



**MALMÖ HÖGSKOLA**  
Hälsa och samhälle

# **FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT KUNNA DOKUMENTERA ENLIGT OMVÅRDNADSPROCESSEN**

EN LITTERATURSTUDIE

ANN JOHANSSON  
EVA LENANDER

Examensarbete 10p  
Omvårdnad 41-60p  
Nätburen distans HT 06  
Maj 2007

Malmö högskola  
Hälsa och samhälle  
205 06 Malmö  
e-post: [info@hs.mah.se](mailto:info@hs.mah.se)

# FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ATT KUNNA DOKUMENTERA ENLIGT OMVÅRDNADSPROCESSEN

EN LITTERATURSTUDIE

ANN JOHANSSON  
EVA LENANDER

Johansson, A & Lenander, E. Förutsättningar för att kunna dokumentera enligt omvårdnadsprocessen. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, enhet för omvårdnad, 2007.

Betydelsen av en adekvat omvårdnadsdokumentation i en snabbt föränderlig vård- och omsorgsstruktur är stor. Samtidigt beskrivs ofta att kvaliteten på dokumentationen är bristfällig. Syftet med föreliggande arbete är att identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskornas förutsättningar att genomföra omvårdnadsdokumentation enligt de fem stegen i omvårdnadsprocessen. En systematisk litteraturstudie genomfördes. Sökningarna utfördes i följande databaser: CINAHL, Cochrane Library och MEDLINE. Dessutom genomfördes manuell sökning. Tio artiklar inkluderades och kvalitetsbedömdes. Studiens resultat indikerar att viktiga faktorer för att sjuksköterskan ska kunna dokumentera enligt de fem stegen i omvårdnadsprocessen är kunskap om det samma, datorisering av dokumentation, stöd från ledningen och organisation samt sjuksköterskornas attityder till omvårdnadsprocessen.

*Nyckelord:* faktorer, omvårdnadsdokumentation, omvårdnadsprocessen, sjuksköterskor

# **PREREQUISITES FOR NURSING DOCUMENTATION ACCORDING TO THE NURSING PROCESS**

## **A LITERATURE REVIEW**

**ANN JOHANSSON  
EVA LENANDER**

Johansson, A & Lenander, E Prerequisites for nursing documentation according to the nursing process. *Degree Project, 15 Credit Points*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Nursing, 2007.

An adequate nursing documentation in a rapidly changing health and welfare system is of great importance. Despite this the quality of nursing documentation is often described as poor. The aim of the literature study is to identify factors that influence the nursing documentation according to the five steps in the nursing process. A systematic literature review was conducted . A CINAHL, Cochrane Library and MEDLINE Database search was conducted and a manual search of the literature references completed the search. Ten articles were included and each study subjected to a quality assesment. To enable nurses to document according to the five steps of the nursing process, the results of the study indicates that knowledge of the nursing process, datorisation of documentation, the support and expectations of the management and nurses attitudes to the nursing process are vital factors.

*Keywords*; factors, nurse, nursing documentation, nursing process

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Betydelsen av adekvat omvårdnadsdokumentation	5
Omvårdnadsdokumentation enligt omvårdnadsprocessen	6
Internationellt	7
SYFTE	7
Definition	7
METOD	7
1. Precisera problemet.	7
2. Precisera inkluderings- och exkluderingskriterier för studierna	8
3. Formulera en plan för litteratursökningen.	8
4. Genomför litteratursökningen och samla in inkluderade studier	8
5. Tolka evidensen från studierna.	9
6. Sammanställa evidensen	9
7. Formulering av rekommendationer baserade på bevisen	9
RESULTAT	10
Kunskap	10
Datorisering	11
Ledning och organisation	12
Attityd till omvårdnadsprocessen	12
DISKUSSION	13
Diskussionen indelas i metod- respektive resultatdiskussion.	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Kunskap	14
Ledning och stöd	14
Attityd till omvårdnadsprocessen	15
Datorisering	15
Konklusion och förslag till ytterligare forskning	16
REFERENSER	17
BILAGOR	20

## **INLEDNING**

Enligt socialstyrelsen ska sjuksköterskornas omvårdnadsdokumentation utformas så att den bidrar till att trygga patientens säkerhet och ge underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna (SOSFS 1993: 17, SFS 1985: 562) och Socialstyrelsen rekommenderar att dokumentation av omvårdnad görs enligt en struktur som omvårdnadsprocessen (a a).

Omvårdnadsprocessen är en dynamisk, systematisk problemlösningssmodell som från början omfattade fyra steg; bedömning, planering, genomförande, och utvärdering (Ehnfors m fl, 1998). Det femte steget omvårdnadsdiagnosen, ingick från början i bedömningsfasen utan tydlig avgränsning men har gradvis kommit att användas inte bara som en slut produkt av bedömningsfasen utan som ett separat steg (a a). Syftet med omvårdnadsprocessen är att vid genomförande av individualiserad god omvårdnad arbeta målinriktat, systematiskt och metodiskt. Omvårdnadsprocessen som modell med dess fem steg har blivit internationellt accepterad och används både i praktisk verksamhet och i utbildning (a a).

Dokumentationen av delarna i omvårdnadsprocessen relaterat till en specifik patient benämns vårdplanering eller individuella vårdplaner (Björvell m fl, 2002). Vårdplanerna är utformade för att åstadkomma en organisation av planering, utförandet och evaluering av omvårdnad (Mason, 1999).

Verktyg för att strukturera omvårdnadsdokumentationen har utvecklats och i Sverige är VIPS-modellen (välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet) ett väletablerat sådant (Björvell m fl; 2002 Ehnfors m fl; 1998 Törnvall m fl; 2004). VIPS-modellen är baserad på omvårdnadsprocessen och dess fem steg. I denna modell delas omvårdnadsdiagnoser i tre nivåer, 1. enkel beskrivning av problem/behov 2. allmän omvårdnadsdiagnos: d.v.s. problembeskrivning baserade på observerat beteende 3. specifik omvårdnadsdiagnos: problembeskrivning baserad på närmare analys med hjälp av systematiska metoder/instrument. Nivåerna kan sedan appliceras till tre typer av omvårdnadsdiagnoser, problemdiagnoser, riskdiagnoser och resursdiagnoser (Ehnfors m fl, 1998). Klassificeringsinstrument har utvecklats av North America Nursing Diagnoses Association (NANDA) (Ehnfors m fl, 2003) och i Europa har ett internationellt samarbete utvecklats angående klassifikationer, International Classification of Nursing Practice (ICNP). Dessa klassificeringsinstrument fokuserar på att utveckla ett standardiserat språk för omvårdnadsdokumentationen (a a).

## **BAKGRUND**

### **Betydelsen av adekvat omvårdnadsdokumentation**

Strukturförändringarna i den svenska sjukvården har inneburit att arbetet vid de somatiska och psykiatriska sjukhusen består av mycket aktiv vård och behandling av svårt sjuka människor med korta vårdtider (Socialstyrelsen, 2000). Många beslut fattas av personalen under pressad tid. Vård inom och utom sjukhusen av svårt sjuka eller gamla människor med behov av behandling kräver samverkan i väl fungerande vårdprocesser. Dokumentation har därmed blivit ett allt viktigare instrument för hälso- och

sjukvårdspersonalen (a a). Att muntligt kommunicera all information som behövs till alla som är involverade i en patients omvårdnad är en omöjlighet. En välskrivna dokumentation gör adekvat information tillgänglig för ett stort antal av vårdens aktörer (Taylor 2003).

Currell och Urqhart (2006) påtalade att behovet av bra information är en förutsättning för en effektivare vård, vilket har lett till att sjuksköterskor, läkare, datatekniker och även industrin har intresserat sig för kliniska informationssystem (CIS) avsedda för omvårdnadsdokumentation. Författarna beskrev även de problem som kan uppstå eftersom CIS inte har utvärderats gentemot användaren. Ofta återspeglas den existerande rutinen kring dokumentationen i CIS och att införandet av CIS har då inte inneburit någon utveckling av dokumentationen. De negativa effekterna på omvårdnad och den negativa påverkan på utvecklandet av kunskap i system som inte är anpassat för ändamålet kan vara ödesdigert (a a).

De svenska landstingens utveckling av gemensamma CIS har av tradition inriktats på systemstöd för administration och uppföljning. Även utvecklingen av journalsystem har fokuserat på journalens legala och formella roll, vilket lett till att journalsystem inte blivit något stöd för utveckling av vårdverksamheten eller för effektivisering. Först under senare år har systemen börjat få sådana funktioner och egenskaper som gör att de kommer att kunna användas i - och ge stöd för - det dagliga vårdarbetet (Socialstyrelsen, 2000).

### **Omvårdnadsdokumentation enligt omvårdnadsprocessen**

Omvårdnadsdokumentationen har traditionellt skrivits i fritext utan struktur eller hjälp av nyckelord (Björvell, m fl 2003b). Den har framförallt beskrivit den medicinska vården och dokumentationen har skett retrospektivt istället för prospektivt (a a). VIPS som konstruerades 1992 utifrån omvårdnadsprocessen för att understödja de svenska sjuksköterskornas omvårdnadsdokumentation används idag i stor utsträckning inom svensk sjukvård (Törnvall m fl, 2004). Trots att dokumentationsverktyg har utvecklats samt att sjuksköterskor är ålagda att dokumentera omvårdnad (SFS 1985:562), beskriver fler författare brister i dokumentationen (Ehrenberg & Birgersson, 2003; Idvall & Ehrenberg 2002).

Törnvall m fl (2004) beskriver att de svenska sjuksköterskorna ännu inte uppnått Socialstyrelsens rekommendationer vad gäller dokumentationen. Framförallt saknas omvårdnadsdiagnoser och resultat (a a). Forsberg och Edlund (2003) påtalar att sjuksköterskor i stort sett endast dokumenterar anamnes, status och vid enstaka tillfällen skriver omvårdnadsepikris. De menar att sjuksköterskor i Sverige idag, ändå dokumenterar för mycket, ofta i form av omfattande daganteckningar. Men det finns inte omvårdnadsdiagnoser formulerade, inga uppsatta mål eller dokumenterade planerade åtgärder. Även strukturerade vårdplaner saknas (Forsberg & Edlund, 2003). Att omvårdnadsdiagnoser saknas kan enligt Ehrenberg och Birgersson (2003) bero på brist på kunskap och vana att utforma dessa. Sjuksköterskor menar dessutom att omvårdnadsdiagnoser kräver reflektion och kritiskt tänkande och därför är en tidskrävande del av dokumentationen (Törnvall m fl, 2004).

Medicinska diagnoser är grunden för sjukvård och behandling men samtidigt är de inte tillräckliga för att beskriva de underliggande omvårdnadsbehoven då de inte differentierar de individuella behoven (Ehrenberg & Ehnfors, 1999). Att använda både medicinska och omvårdnadsdiagnoser ger möjlighet att beskriva patientens egentliga situation vilket ger ett bättre beslutsunderlag för den specifika vården (a a). Omvårdnadsdiagnoser ger underlag för valet av sjuksköterskans omvårdnadsinsatser som sedan kan utvärderas. Omvårdnadsproblemen lyfts fram och kan då prioriteras av sjuksköterskan (Müller-Staub m fl, 2006).

### **Internationellt**

Det är inte bara i Sverige som problem kring omvårdnadsdokumentationen beskrivs. I Tyskland finns beskrivet stora skillnader i hur fullständigt omvårdnadsprocessen dokumenteras (Ammenwerth m fl, 2003) och liknande problem rapporteras från Taiwan (Lee 2005). I Australien har O'Connell m fl (2000) beskrivit ett ökande missnöje med användandet av vårdplaner trots att man här har arbetat utifrån omvårdnadsprocessen och med omvårdnadsplaner i mer än 30 år. Vårdplaner anses vara ineffektiva som kommunikativa verktyg, svåra att uppdatera samt ofta svåra att läsa (a a).

## **SYFTE**

Syftet med föreliggande arbete är att identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskornas förutsättningar för att dokumentera enligt de fem stegen i omvårdnadsprocessen.

### **Definition**

I denna studie beskrivs omvårdnadsprocessen som en modell, ett sätt att i tanken dela in omvårdnaden i olika moment (Ehnfors m fl, 1998, s 14). Omvårdnadsprocessen är en dynamisk, systematisk problemlösningsmodell som omfattar fem steg: bedömning, omvårdnadsdiagnos, planering, genomförande och utvärdering. (a a, s.17)

## **METOD**

Studien valdes att genomföras i form av en systematisk litteraturstudie. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 1993) finns inte en ensam process som passar till all sorts insamlande av data. Det är viktigt att tillförsäkra god kvalitet på det vetenskapliga underlaget genom att använda sig av en systematisk plan och den kan vara upplagd enligt sju steg som beskrivs av Goodman (SBU, 1993). Metoden i föreliggande studie baseras utifrån dessa sju steg.

### **1. Precisera problemet.**

Intentionen att belysa framförallt faktorer som kan påverka dokumentation enligt omvårdnadsprocessen grundades på artiklar som visade på betydelsen av dokumentation i en snabbt föränderlig vård- och omsorgsstruktur samt det faktum att kvaliteten på dokumentationen ofta beskrivs som bristfällig. Författarna valde att fokusera på omvårdnads-dokumentationen utifrån omvårdnadsprocessen eftersom denna är en struktur

rekommenderad av bl a Socialstyrelsen (2000) och använd i undervisning samt känd av sjuksköterskor över hela världen.

## **2. Precisera inkluderings- och exkluderingskriterier för studierna**

Artiklarna skulle vara skrivna på engelska och inte äldre än 10 år. Dessutom valdes beroende på projektets tidsramar (datainsamling vecka 3-7, 2007) endast de artiklar som fanns att tillgå via ELIN (Electronic Library Information Navigator), Samsök eller tillgängliga bibliotek. Artiklarna skulle belysa faktorer som påverkar omvårdnadsdokumentationen för sjuksköterskor.

## **3. Formulera en plan för litteratursökningen.**

Litteratursökningen utfördes under vecka 3-7, 2007 i databaserna, CINAHL, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews) och MEDLINE. En optimal litteratursökning bör ha hög sensitivitet och hög specificitet (SBU, 1993) vilket innebär att forskaren i sökstrategin använder de sökord som är betydelsefulla för problemställningen samt undviker de sökord som inte har relevans (a a).

Valet av sökord och sökprofiler gjordes med utgångspunkt att få en hög sensitivitet. Sökorden baserades på orden dokumentation och omvårdnadsprocessen då de ingår i syftet. Utifrån ordet omvårdnadsprocessen valdes nursing process, nursing assessment\*, nursing diagnos\*, nursing goal\*, nursing intervention\*, nursing outcome\*. Med utgångspunkt från ordet dokumentation valdes documentation, nursing documentation, nursing record\*, nursing informatic\*. För att smalna av sökningen något kopplades dessa sökningar till complete, accurate, appropriate och quality. Sökningarna kopplades med Booleska sökoperatörer (Willman & Stoltz, 2002) i omgångar till ett slutligt sökresultat (Bilaga 1). För att komplettera sökningen utfördes också manuell sökning av de, i andra urvalet, valda artiklarnas referenslistor.

## **4. Genomför litteratursökningen och samla in inkluderade studier**

Sökningen i MEDLINE och CINAHL gav ett stort antal träffar medan däremot sökning i Cochrane Library (med endast orden documentation och nursing) endast gav en träff i Cochrane Database of Systematic Reviews, vilken ej heller valdes till studien då den inte överensstämde med syftet.

Sökresultatet (430 st från MEDLINE och 223 st från CINAHL, bilaga 1) gick igenom av författarna individuellt samt gemensamt. Artiklar som hade anknytning till problemområdet valdes ut i första hand via titeln men författarna var frikostiga i att gå vidare till abstrakt för att inte missa relevanta artiklar (114 i MEDLINE och 52 i CINAHL). Efter att abstrakt lästs kunde många artiklar exkluderas eftersom de inte ansågs vara relevanta till syftet och ett flertal artiklar fick också exkluderas beroende på att de ej fanns i tidskriftsbaserna. Kvar blev totalt 37 artiklar som genomlästes en första gång och efter det kunde ytterligare artiklar uteslutas p.g.a. att de inte var fullständigt redovisade studier eller att de inte överensstämde med syftet. De kvarvarande 22 artiklarna granskades av författarna, både individuellt och gemensamt. I detta läge exkluderades ytterligare artiklar för att kvalitén var låg (enligt Carlsson & Eiman, 2003, bilaga 2) eller för att resultatdelen i artiklarna trots allt inte belyste syftet. Manuell sökning som gjordes i studiernas referenslistor resulterade i ytterligare en artikel (Willman & Stoltz, 2002). Denna valdes bl.a. utifrån att den ingick



som en delstudie bland ett flertal studier av samma författare och vi fann att denna var den som passade bäst till syftet. Efter denna process kvarstod 10 artiklar som granskades ytterligare först individuellt av båda författarna och sedan gemensamt utifrån Carlsson och Eiman (2003).

## **5. Tolka evidensen från studierna.**

Det finns olika modeller för granskning av studier och de granskas utifrån olika verktyg beroende på studiens ansats. Randomiserade studier bedöms oftast ha högre kvalitet än icke randomiserade, kontrollerade studier föredras framför icke kontrollerade och prospektiva studier bedöms ha högre tillförlitlighet än retrospektiva (Willman & Stoltz, 2002). I denna undersökning ingår olika sorters studier, ett flertal är interventionsstudier och några där triangulering användes. För att kvalitetsbedöma de inkluderade studierna användes Carlsson och Eimans (2003) två olika bedömningsmallar (Bilaga 2) för kvantitativa studier och kvalitativa studier som bas men sammanställdes i en enhetlig mall (se respektive granskningprotokoll, Bilaga 3). Slutbedömningen görs i en tregradig skala, där grad I har högst kvalitet.

Artikelmatriser upprättades (Bilaga 4).

## **6. Sammanställa evidensen**

Analysen av det insamlade materialet gjordes av författarna först individuellt och sedan gemensamt.

Av de artiklarna som hade kvantitativ ansats, var sex stycken interventionsstudier. I dessa sökte författarna framförallt efter skillnader i omvårdnadsdokumentationen utifrån hela eller delar av omvårdnadsprocessen före och efter intervention. I de studier som hade kvalitativ ansats söktes efter sjuksköterskornas beskrivningar av faktorer relaterade till omvårdnadsdokumentation utifrån hela eller delar av omvårdnadsprocessen. Detta gjordes även i de kvantitativa undersökningarna där t ex enkäter använts. Artikelmatriser upprättades och sammanställdes (Bilaga 4). Med hjälp av artikelmatriserna kunde författarna få en överblick av resultatet. Genom analysen av resultatet kunde författarna finna samband och kategorisera de olika beskrivningar av faktorer. De olika faktorerna beskrivs och presenteras i resultatet under rubriker utifrån dessa kategorier.

## **7. Formulering av rekommendationer baserade på bevisen**

Syfte med denna litteraturstudie var att identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskornas förutsättningar för dokumentation enligt de fem stegen i omvårdnadsprocessen. Dessa faktorer kan inte ensamt ligga till grund för rekommendationer. För att formulera rekommendationer anser författarna att det krävs ytterligare kunskaper om t ex hur datorisering kan stödja dokumentationen. Författarna avslutar därför studien med en konklusion och rekommendation till ytterligare forskning.

## RESULTAT

Resultatet kommer att beskriva faktorer som påverkar sjuksköterskornas förutsättningar för att dokumentera enligt omvårdnadsprocessen utifrån kategorierna kunskap, datorisering, ledning och organisation samt attityd till omvårdnadsprocessen.

### Kunskap

I flera av studierna (Björvell m fl, 2003a; Cheevakasemsook m fl, 2006; Darmer m fl, 2006; Florin m fl, 2005) framkommer betydelsen av kunskap om omvårdnadsprocessen och dess olika delar. Specifika utbildningsprogram kan ge en förbättring av omvårdnadsdokumentation (Björvell m fl, 2003a; Florin m fl, 2005). Florin m fl (2005) beskriver att sjuksköterskorna i experimentgruppen fått undervisning fem gånger à tre timmar i VIPS-modellen för att öka förståelsen för denna. Därefter kunde en ökning av omvårdnadsdiagnoser i de granskade journalerna (35 st) från 34 % till 69 % visas, antalet specifika omvårdnadsdiagnoser i de granskade journalerna (35 st) ökade med 50 % medan de enkla problemen/behov beskrivningarna minskade med 50 %. I studien av Björvell m fl (2003a) fick sjuksköterskorna i experimentgruppen (grupp A, 34 sjuksköterskor) först tre dagars utbildning, därefter under två år fortsatt individuell undervisning i klinisk praktik, dagkonferenser och kvällsseminarier, support från dokumentationsansvariga, support och råd från vårdenhetschef samt hjälp för att utveckla nya standardiserade vårdplaner. I experimentgruppen (grupp A) ansåg 91 % att omvårdnadsdokumentation är användbar i det dagliga arbetet medan 15 % i kontrollgruppen (grupp B, 343 sjuksköterskor) ansåg det. Författarna påvisade även att en stor skillnad i sjuksköterskornas uppfattning om sin kunskap i att skriva vårdplaner där 53 % i grupp A ansåg sig besitta denna kunskap mot 23 % i grupp B. I grupp A ansåg 97 % av sjuksköterskorna att VIPS-modellen underlättade dokumentationen och i grupp B ansåg 82 % av sjuksköterskorna detsamma (a a).

I studien av Darmer m fl (2006) där totalt 600 journaler granskades, infördes VIPS-modellen kopplad först till utbildning i modellen samt därefter individuellt stöd, support av specialistsjuksköterskor samt journalgranskningssessioner visas förändring av dokumentationskvaliteten, mätt med ett validerat granskningsinstrument. Därefter visades med hjälp av en validerad gransknings instrument en förändring av dokumentationskvaliteten. Man såg en ökning av alla komponenter i omvårdnadsprocessen. De största ökningarna fanns i utskrivningsanteckningar som ökade från 15 % till 76 % och omvårdnads mål från 7 % till 48 % medan omvårdnadsdiagnoserna ökade från 38 % till 55 % och åtgärder från 38 % till 57 %.

Sjuksköterskorna (15 st) i studien av Cheevakasemsook m fl (2006) ansåg att ett av hindren för en god dokumentation var brist på kunskap i att göra vårdplaner. Detta visas även i studien av Björvell m fl (2003a) där 377 sjuksköterskor besvarat enkäter. I studien av Kim & Park (2005) ansåg 17 % av sjuksköterskorna (27 st) att de behövde utbildning i utvärdering av resultat och 17 % ansåg att de behövde utbildning om omvårdnadsresultat rent generellt. För att dokumentera omvårdnadsresultat gällande psykosocial vård ansåg sjuksköterskorna att det var brist på kunskap om hur och när man skulle utvärdera resultatet som var den mest betydande inhiberande faktorn för att dokumentera omvårdnadsresultatet.

Även att finna rätt tidpunkt för utvärdering var svårt när det gällde trycksår och respiratorisk omvårdnad (Kim & Park, 2005). Cheevakasemsook m fl (2006) visade på betydelsen av personalutveckling och regelbunden support från ledningen. Sjuksköterskor i studien ansåg att de inte hade tillräcklig kompetens i omvårdnadsdokumentation. Det framkom att de inte fick tillräcklig vägledning. Det saknades ett systematiskt granskningsförfarande som kunde ge dem möjlighet till reflektion. Kunskapsbristen påverkade motivationen till att skriva omvårdningsplaner (a a).

Larrabees m fl (2001) studie visar att det datorbaserade system som införts hade gynnsam effekt på dokumentationen först efter ytterligare utbildning. En förbättringsintervention som skulle uppdatera sjuksköterskornas kunskap angående det datorbaserade systemet genomfördes mellan mätningarna vid 6 och 18 månader efter interventionen där den största förbättringen inträdde. Lee (2006) beskriver i sin studie att sjuksköterskorna upplevde att det datoriserade dokumentationssystemet även fungerade som ett inlärningsinstrument.

Smith-Higuchi m fl (1999) visade i resultat att dokumentationskvalitet inte påverkades av studiegång, sjuksköterskornas ålder, arbetslivserfarenhet eller arbetsplats. I svaren på frågeformuläret som ingick i studien uppgav sjuksköterskorna (66 st) att brist på kunskap om omvårdningsdiagnoser och svårigheter med att använda NANDA-modellen var några av anledningarna till att inte dokumentera omvårdningsdiagnoser (a a).

### **Datorisering**

Nahm och Poston (2000) visade att införandet av ett datoriserat dokumentationssystem ökade kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen med 13 %. Det kliniska informationssystemet (Point-of-care) hade en hel del inbyggda faktorer vilka hjälpte sjuksköterskan. Påminnelser gjorde att sjuksköterskorna fyllde i obligatoriska data som krävdes för att gå vidare med dokumentationen. Dessutom fanns även en automatisk uppdateringsfunktion som uppmärksammade sjuksköterskan när olika åtgärder inte var utförda (a a).

I Larrabees m fl (2001) studie redovisas med hjälp av ett datainsamlingsinstrument (nursing care plan data collection instrument, NCPDCI) att nurse-perceived quality (NQUAL) ökade på två av tre avdelningar (55 % till 80 % respektive 64 % till 80 %) från mätning ett till tre då ett nytt datoriserat system införts.

Smith-Higuchi m fl (1999) visade i sin studie skillnad i förekomsten av omvårdningsdiagnoser i dokumentationen i journalerna (totalt 427 st) mellan den grupp som dokumenterade i ett datoriserat system (91 %) jämfört med den grupp som dokumenterade på papper (54 %). Gruppen undersökta sjuksköterskor (20 st) i Lees (2006) studie ansåg att den datoriserade omvårdnadsdokumentation gav sjuksköterskorna en referenslista som stöd för minnet, fungerade som ett inlärningsinstrument för omvårdnad och som ett verktyg för att lättare kunna bedöma och revidera omvårdningsplanens innehåll. I Smith m fl (2005) studie beskrivs att sjuksköterskorna (46 st) blev mer negativa till det datoriserade systemet efter implementeringen. En minskning kunde ses generellt i attitydpoängen från 71 % till 61 %. Den största minskningen låg i påståendena ”datorer underlättar sjuksköterskornas arbete” ” datoriseringen besparar arbetsmoment och gör att sjuksköterskornas arbete

effektiviseras” ” ökad datoranvändning kommer att göra att sjuksköterskor får mer tid till patienten” ”datorisering ökar kostnader genom att öka sjuksköterskornas arbetsbelastning” (Smith m fl, 2005).

### **Ledning och organisation**

I studien av Smith-Higuchi m fl (1999) beskrivs en avdelning där sjuksköterskorna (11 st) hade deltagit i utbildningsprogram innan omvårdnadsdiagnoser formellt införts på avdelningen, dokumentationen var även datoriserad. Där dokumenterades omvårdnadsdiagnoser till nästan 100 %. Sjuksköterskorna menade att den största betydelsen för att dokumentationen av omvårdnadsdiagnoser gjordes berodde på ledningens förväntningar. I studien av Cheevakasemsook m fl (2006) där man upplevde begränsningar för dokumentationen efterfrågade sjuksköterskorna mer stöd från ledning och organisation.

I studien av Smith-Higuchi m fl (1999) upplevde sjuksköterskorna att tidsbrist kunde vara en anledning till att inte dokumentera omvårdnadsdiagnoser. Björvell m fl (2003a) visar i sin studie att tidsbrist upplevs som en hindrande faktor för dokumentationen. Sjuksköterskorna menar att de förutom dåligt med tid till den faktiska dokumentationen inte heller får tid att utveckla densamma.

I studien av Kim och Park (2005) ansåg sjuksköterskorna (27 st) att den största oberoende faktorn till att sjuksköterskorna inte skrev omvårdnadsresultat var tidsbrist. I studien av Smith m fl (2005) kunde ingen skillnad i tidsåtgång märkas efter införandet av ett datoriserat dokumentationssystem samtidigt som man fick en mer fullständig dokumentation i 28 av 81 mätningar. Däremot ansåg inte sjuksköterskorna att datoriseringen hade gett dem mer tid för omvårdnadsarbetet. Detta visades genom att det var ett av de fyra påståenden som minskat mest i attitydundersökningen som genomförts (a a). Även Kim och Park (2005) visar i sin studie att 43 % av sjuksköterskorna ansåg att de hade behov av mer tid för att kunna förbättra dokumentationen av omvårdnadsresultat.

### **Attityd till omvårdningsprocessen**

Björvell m fl (2003a) visade att sjuksköterskorna (377 st) kan ha negativa attityder till framförallt omvårdnadsdiagnosernas användbarhet. Trots att sjuksköterskorna (i grupp B) ansåg att det var meningsfullt att dokumentera enligt de övergripande delarna i VIPS-modellen ansåg de inte att omvårdnadsdiagnoser och mål var meningsfulla. Enligt Smith-Higuchi m fl (1999) hade sjuksköterskorna (22 st) från avdelningar som inte formellt hade implementerat omvårdnadsdiagnoser en mer positiv attityd till värdet av omvårdnadsdiagnoser. Sjuksköterskorna (43 st) på avdelningar som formellt hade implementerat omvårdnadsdiagnoser ansåg mer att deras ledning förväntade sig att de skulle dokumentera omvårdnadsdiagnoser (a a).

## **DISKUSSION**

Diskussionen indelas i metod- respektive resultatdiskussion.

### **Metoddiskussion**

För att identifiera faktorer som påverkar förutsättningar för sjuksköterskor att dokumentera enligt de fem stegen i omvårdnadsprocessen valde författarna att göra en systematisk litteraturstudie i enlighet med Goodman (1993).

Sökningen försvårades av att omvårdnadsdokumentation är ett stort område som det har forskats om utifrån många olika perspektiv. Val av sökord och sökprofiler gjordes med utgångspunkt att som Goodman (1993) rekommenderar, få en hög sensitivitet.

”Sökstrategin skiljer sig åt för varje projekt eftersom varje frågeställning är unik. Det viktiga för att få en korrekt sökstrategi är att problemformuleringen är tydlig och avgränsad” (Willman & Stoltz 2002 s. 65). Syftet kan anses vara tydligt och har utgjort en tydlig vägledning för sökningen. Som utgångspunkt till sökningen valdes documentation och nursing process. Övriga ord kopplade till dem expanderade sökningen varvid, för att smalna av sökområdet, orden complete, accurate, appropriate och quality kopplades till documentation. Antalet träffar blev stort men kan anses acceptabelt.

Att välja artiklar utifrån titel kan vara svårt och kan leda till att relevanta artiklar inte inkluderas. Författarna har därmed varit frikostiga i att gå vidare till abstrakt för att bedöma relevansen. Till skillnad från vissa andra vetenskaper, som t ex humaniora, motsvarar titlarna inom omvårdnad och medicinskvetenskapslitteraturen innehållet ganska bra anser Friberg, (2006) och med hjälp av dessa kan du få en uppfattning av vad som kan sorteras bort och vad som bör granskas närmare (a a). Det kan dock inte uteslutas att relevanta artiklar genom detta förfarande har exkluderats vilket skulle kunna innebära att relevant fakta inte kommit författarna till del.

Kravet på artiklarna var att de skulle vara skrivna på engelska vilket gjorde att en del studier måste uteslutas trots att de utifrån abstrakten verkade relevanta. För övrigt finns det en bred geografisk spridning på de valda artiklarna med möjligen en viss förskjutning mot de Nordiska länderna eftersom två studier gjordes i Sverige och en i Danmark. De övriga studierna kommer från Europa, Asien och Nordamerika. Valet att endast använda artiklar som var tillgängliga via ELIN, Samsök och tillgängliga bibliotek kan ha begränsat antalet relevanta artiklar något. SBU (1993) menar att det är viktigt att forskare är uppmärksamma på den tid som står till förfogande och begränsar sina sökningar utifrån denna. Bedömning gjordes att artiklar i pappersformat inte kunde erhållas inom rimlig tid, därmed accepterades att vissa intressanta artiklar exkluderades p.g.a. detta. Eventuellt hade dessa kunnat tillföra studien någon ytterligare aspekt eller ge mer tyngd till resultatet. Flera av studierna hade olika metodologisk ansats. Det fanns både kvantitativa och kvalitativa ansatser vilket vi anser gav det multifaktoriella perspektiv vi önskade för att fånga essensen av problemet.

Flera av studierna har hög kvalitet med utgångspunkt på genomförande och relevans enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall. Studien av Lee (2006) bedömer vi dock ha

tveksam kvalitet beroende på brister i urvalsförfarande. Bland annat var sjuksköterskornas deltagande frivilligt och de fick dessutom en mindre summa pengar. Goodman (1993) menar att det kan innebära en intressekonflikt där den finansiella kan påverka deltagarens objektivitet. Även studien av Cheevakasemsook m fl (2006) hade tveksamheter i urvalet. Vårt syfte att finna faktorer som påverkar sjuksköterskornas omvårdnadsdokumentation gör att ett av studiens fokus varit på sjuksköterskornas upplevelser och därmed bör även kvalitativa undersökningar inkluderas (Willman & Stoltz, 2002). Utifrån detta ingår studierna av Lee (2006) och Ceevakasemsook m fl (2006) i vårt urval.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie var att identifiera faktorer som påverkar sjuksköterskornas förutsättningar för att dokumentera enligt omvårdnadsprocessens fem steg. Författarna har funnit faktorer som är betydelsefulla för att kunna dokumentera enligt omvårdnadsprocessen. De har presenterats utifrån kategorierna kunskap, datorisering, ledning och organisation samt attityd till omvårdnadsprocessen.

Många av de faktorer vi fann i resultatet återkom i flera av studierna och känns därför relevanta och äkta. Med tanke på den mängd litteratur och artiklar om omvårdnadsdokumentation som finns drar vi slutsatsen precis som Currell och Urquhart (2006) ”att detta verkar vara ett område som engagerar och bekymra vår yrkeskår”.

## **Kunskap**

Socialstyrelsen (2000) har beskrivit betydelsen av en god omvårdnadsdokumentation men också svårigheter med densamma. De rekommenderar att omvårdnadsdokumentationen ska skrivas enligt en struktur som omvårdnadsprocessen. Studierna som granskades visar att det är framförallt omvårdnadsdiagnoser som av sjuksköterskor anses vara den svåraste delen av omvårdnadsprocessen (Smith-Higuchi m fl 1999; Björvell m fl 2003a). Flera författare redovisade att man kunde förbättra omvårdnadsdokumentationen genom utbildningsprogram (Björvell m fl, 2003a; Darmer m fl, 2006; Florin m fl, 2005). Däremot var det bara 53 % av sjuksköterskorna som deltagit i utbildningsprogrammet i Björvells m fl (2003a) studie som ansåg att de hade tillräcklig kunskap för att skriva vårdplaner.

## **Ledning och stöd**

Författarna anser att många av resultaten i studien både direkt och indirekt pekar på betydelsen av arbetsledningens stöd och förväntningar. Detta visade Smith-Higuchi m fl 1999 när de beskrev den avdelning där alla sjuksköterskor dokumenterade omvårdnadsdiagnoser och där ledningens förväntningar var den faktor som påverkade mest till detta. I studien av Cheevakasemsook m fl (2006) upplevde sjuksköterskorna begränsningar för dokumentationen och efterfrågade just mer stöd från ledning och organisation.

Liknande problem beskrivs i en studie av Turunen Olsson och Gardulf (2003) där en stödjande organisation saknades. Även sjuksköterskorna som blev intervjuade i studien av Axelsson m fl (2006) påtalar ledningens betydelse som motivation till att skriva omvårdnadsdiagnoser.

## **Attityd till omvårdnadsprocessen**

Sjuksköterskorna är enligt Ammenwerths m fl, (2001) studie generellt positiva till omvårdnadsprocessen och vill gärna använda sig av den. Däremot anses omvårdnadsdiagnoser vara den svåraste delen av omvårdnadsprocessen och dessutom tidskrävande (Björvell m fl, 2003a, Smith-Higuchi m fl, 1999). Detta motsägs av sjuksköterskorna i en studie av Axelsson m fl (2006) som ansåg att omvårdnadsdiagnoser var tidsbesparande speciellt efter att man ändrat rapporter till läsrappporter. De menade att de kände sig motiverade att ta den tid som behövdes då de snarast upplevde att dokumentationen var ett tidsbesparande verktyg i omvårdnaden (a a). Enligt Björvell m fl (2003b) upplevde sjuksköterskorna att tidsbrist till omvårdnadsdokumentation hade att göra med om det var accepterat av kollegorna att prioritera dokumentationen.

## **Datorisering**

I den arbetssituation där, som Socialstyrelsen (2000) beskriver, många beslut fattas av personalen under pressad tid kan det vara svårt att prioritera dokumentationen om man inte uppfattar att den i sig är tidsbesparande. Utvecklingen av journalsystem i Sverige har fokuserat på journalens legala och formella roll, vilket lett till att journalsystem inte blivit något stöd för utveckling av vårdverksamheten eller för effektivisering (a a). Lee (2006) visar i sin studie att datoriseringen har effektiviserat deras dokumentation och därmed visat sig vara tidsbesparande. Däremot Smith m fl (2005) visade ingen skillnad i dokumentationstid. Med tanke på att sjuksköterskorna upplevde det datoriserade systemet som svårnavigerat och inte understödande tror vi att ett mer användarvänligt och mer tillgängligt system hade varit tidsbesparande.

Utifrån resultatet i studien uppfattar författarna att lagstiftningen inte är en lika stor motiverande faktor som krav och stöd från ledningen. Lagstiftningen nämns över huvud taget inte som en påverkande faktor i studierna. Att detta inte är en motiverande faktor beskrivs också i en studie av Axelssons m fl (2006). Författarna anser det anmärkningsvärt att de juridiska aspekterna inte nämns i studierna som en påverkande faktor med tanke på att det finns tydliga riktlinjer för sjuksköterskans dokumentation i lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd (SFS 1985:562).

När författarna analyserat konceptet för den avdelning som Smith-Higuchi m fl (1999) beskriver som hade nästan fullständigt komplett omvårdnadsdokumentation, ses tre viktiga komponenter som har uppfyllts; kunskap om omvårdnadsprocessen, datorisering och stöd från ledning och organisation. Vid jämförelse med studierna som beskriver att de använder VIPS-modellen kopplat till utbildningsinsatser är deras kvalitet på omvårdnadsdokumentation inte lika hög. Ligger då orsaken till skillnaden i att de inte hade ett datoriserat system? Hellesö m fl (2006) visar stor skillnad i omvårdnadsdokumentationen mellan pappersdokumentering och datoriserad dokumentation. Författarna frågar sig också om den positiva effekten kommer av att datoriserade system också har inneburit att man utvecklat färdiga omvårdnadsdiagnoser som därmed inte kräver så mycket tid och reflektion för skapandet av dessa?

## **Konklusion och förslag till ytterligare forskning**

I strävan efter en omvårdnadsdokumentation med hög kvalitet utifrån omvårdnadsprocessens olika steg grundar författarna sin konklusion på de faktorer som belysts i denna studie. Förutsättningar för att sjuksköterskorna ska kunna dokumentera utifrån omvårdnadsprocess är kunskap om det samma, datorisering av dokumentation, stöd från ledningen och organisation samt sjuksköterskornas attityder till omvårdnadsprocessen.

Författarna anser att för att få en förbättrad omvårdnadsdokumentation räcker det inte med att öka kunskapen om omvårdnadsprocessen eller att datorisera dokumentationen. Resultatet från denna studie indikerar att sjuksköterskorna framförallt behöver stöd från ledning och organisation men också att den datoriserade dokumentationen behöver en struktur som underlättar för att samtidigt kunna bli tidsbesparande.

Ytterligare forskning om strategier för att förbättra omvårdnadsdokumentationen bör göras. Eftersom datoriseringen av journaler redan implementeras i stor utsträckning bör forskningen kopplas till datorverktygen (mjukvaran). Författarna anser därmed att forskningen bör fokusera på standardiserat språk, standardvårdplaner och standardisering av omvårdnadsdiagnoser.



## REFERENSER

\* = artiklar använda i resultatet

Ammenwerth, E m fl (2001) Nursing process documentation systems in clinical routine – prerequisites and experiences. *International Journal of Medical Informatics*, 64 ,184-200.

Ammenwerth, E m fl (2003) Factors affecting and affected by users acceptance of comuterbased nursing documentation: Results of a two-year study. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10, 69-84.

Axelsson, L, Björvell, C, Mattiasson, A-C, Randers, I (2006) Swedish registered nurses´ incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursin*, 15, 936-945.

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 Science*, 16, 34-42.

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

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

Carlsson, S, Eiman, M (2003) Evidensbaserd omvårdnad: Studiematerial för undervisning inom projektet ”Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö Högskola.(Rapport nr 2). Malmö Högskola: Hälsa och samhälle. <http://hdl.handle.net/2043/660>

\* Cheevakasemsook, A, Chapman, Y, Francis, K, Davies, C (2006) The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*,12, 366-374.

Currell, R & Urquhart, C (2006) Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *The Cochrane Library*, Issue 4.

\* Darmer, MR, Ankersen, L, Nielsen, BG, Landberger, G, Lippert, E, Egerod, I (2006) Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 525-234.

Ehnfors, M, Ehrenberg, A, Thorell-Ekstrand, I (1998) *VIPS-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.

- Ehrenberg, A & Ehnfors, M (1999) Patient Problems, Needs, and Nursing Diagnoses in Swedish Nursing Home Records. *Nursing Diagnosis*, 10, 65-76.
- Ehrenberg, A & Birgersson, C (2003) Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian journal of caring science*, 17, 278-284.
- Ehnfors, M, Florin, J, Ehrenberg, A (2003) Applicability of the international classification of nursing practice (ICNP) in the areas of nutrition and skin care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14, 5-18.
- \* Florin, J, Ehrenberg, A, Ehnfors, M (2005) Quality of nursing diagnoses: Evaluation of an educational intervention. *International Journal of Nursing Technologies and Classifications*, 16, 33-43.
- Forsberg, A & Edlund, K (2003) *Standardiserade vårdplaner*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F (2006) Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.
- Hellesö, R (2006) Information handling in the nursing discharge note. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 11-21.
- Idvall, E & Ehrenberg, A (2002) Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of clinical nursing*. 11, 734-742.
- \* Kim, YJ & Park, H-A (2005) Analysis of nursing records of cardiac-surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes. *International Journal of Medical Informatics*, 74, 952-959.
- \* Larrabe, J, Boldreghini, S, Elder-Sorrells, K, Turner, Z, Wender, R, Hart, J, Lenzi, P (2001) Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in an acute care hospital. *Computers in Nursing*, 19, 56-65.
- Lee, TT (2005) Nurses' concerns about using information systems: analysis of comments on a computerized care plan system in. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 344-353.
- \* Lee, TT (2006) Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care plan system. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1376-1382.
- Mason, C (1999) Guide to practice or "load of rubbish"? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 29, 380-387.

Müller-Staub, M, Lavin, MA, Needham, I, Van Achtenberg, T (2006) Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 514-531.

\* Nahm,R & Poston,I (2000) Measurement of the effects of an integrated, Point-of -Care Computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction. *Computers in Nursing*, 18, 220-229

O'Connell, B, Myers, H, Twigg, D, Enriken, F (2000) Documenting and communicating patient care: Are nursing care plans redundant. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 276-280.

SBU (1993) *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

SFS Lag 1985:562, Svensk författningssamling. Stockholm: Socialdepartement

\* Smith Higuchi, K, Dulberg, C, Duff, V (1999) Factors Associated with Nursing Diagnosis Utilization in Canada. *Nursing Diagnosis*, 10, 137-147.

\* Smith, K, Smith, V, Krugman, M, Oman, K (2005) Evaluating the impact of computerized clinical documentation. *Computers, Informatics, Nursing*, 23, 132-138.

Socialstyrelsen (2000) *Omfattning av administration i vården*. Internetversion. <http://www.sos.se/fulltext/0077-001/0077-001.htm>

SOSFS 1993: 17 Socialstyrelsens allmänna råd. Omvårdnaden inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Taylor, H (2003) An exploration of the factors that affect nurses' record keeping. *British journal of nursing*. 12, 751-758.

Turunen Olsson, P & Gardulf A (2006) Nurses and head nurses views of nursing diagnoses at a geriatric clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1338-1339.

Törnvall, E, Wilhemsson, S, Wahren, L K (2004) Electronic documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 310-317.

Willman, A & Stoltz, P (2002) *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

## **BILAGOR**

Bilaga 1: Sökningsresultat

Bilaga 2: 1-2 Bedömningsmallar

Bilaga 3: 1-10 Granskningsprotokoll

Bilaga 4: 1-6 Artikelmatriser

Bilaga 1: Sökningsresultat

Databas	Sökord	Träffar	Urval från titel	Första urval	Granskade artiklar	Valda artiklar
Cinahl Sökning1	nursing process or nursing assessment* or nursing diagnos* or nursing plan* or nursing goal or nursing intervention* or nursing outcome*	19562				
Cinahl Sökning2	documentation	11522				
Cinahl Sökning3	nursing documentation or nursing record* or nursing informatic*	3709				
Cinahl sökning4	complete or accurate or appropriate or quality	138293				
Cinahl Sökning5	Sökning 1 and sökning 2 and sökning 3	378				
Cinahl sökning6	Sökning 2 and sökning 4	4019				
Cinahl Sökning7	Sökning 5 and sökning 6	223	52	16	14	7
Cochrane	nursing and documentation	1	1	1	0	0
PubMed Sökning1	nursing process or nursing assessment* or nursing diagnos* or nursing plan* or nursing goal or nursing intervention* or nursing outcome*	38569				
PubMed Sökning2	documentation	287819				
PubMed Sökning3	nursing documentation or nursing record* or nursing informatic*	3642				
PubMed Sökning4	complete or accurate or appropriate or quality	477222				
PubMed Sökning5	Sökning 1 and sökning 2 and sökning 3	1244				
PubMed Sökning6	Sökning 2 and sökning 4	23515				
PubMed Sökning7	Sökning 5 and sökning 6	430	114	24	14	6
Manuell sökning						1

Limits: English, published in the last 10 years

Flera träffar gav samma artiklar i både Cinahl som i PubMed vilket innebar ett mindre antal valda artiklar totalt (10 st) än vad sökresultatet visar.

## Bilaga 2.1 Bedömningsmall

### Exempel på bedömningsmall för studier med kvantitativ metod

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Statistisk analys (beräkningar, metoder, signifikans)	Saknas	Mindre bra	Bra	
Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat		
Tolkning av resultatet	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
<b>Total poäng (max 47 p)</b>	<b>p</b>	<b>p</b>	<b>p</b>	<b>p</b>
<b>Grad I: 80%</b>				<b>p</b>
<b>Grad II: 70%</b>				<b>%</b>
<b>Grad III: 60%</b>				<b>Grad</b>

Titel

Författare

Carlsson, S Eiman, M (2003) Evidensbaserad omvårdnad: Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö Högskola.(Rapport nr 2). Malmö Högskola: Hälsa och samhälle. <http://hdl.handle.net/2043/660>

Bilaga 2.2 Bedömningsmall

**Exempel på bedömningsmall för studier med kvalitativ metod**

Poängsättning	0	1	2	3
<b>Abstrakt</b> (syfte, metod, resultat=3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
<b>Introduktion</b>	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
<b>Syfte</b>	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
<b>Metod</b>				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetierbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	> 20 %	5-20 %	< 5 %
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
<b>Resultat</b>				
Frågeställning besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, kodning etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teori etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
<b>Diskussion</b>				
Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
<b>Slutsatser</b>				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
<b>Total poäng (max 48 p)</b>	p	p	p	p
<b>Grad I: 80%</b>				p
<b>Grad II: 70%</b>				%
<b>Grad III: 60%</b>				Grad
<b>Titel</b>				
<b>Författare</b>				

Carlsson, S Eiman, M (2003) Evidensbaserad omvårdnad: Studiematerial för undervisning inom projektet "Evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan Universitetssjukhuset MAS och Malmö Högskola.(Rapport nr 2). Malmö Högskola: Hälsa och samhälle. <http://hdl.handle.net/2043/660>

### Bilaga 3.1 Granskningsprotokoll

<b>Björvell, C Wredling,R Thorell-Ekstrand, I (2003a)</b> Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of registered nurses <i>Journal of Clinical Nursing</i> 12; 206-214	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson /Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Syfte metod och resultat finns, kortfattad och översiktlig. Har nyckelord.	<b>Samtliga</b>	<b>3</b>
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Leder in på problemet med adekvata kopplingar. Avslutar med syftet. Välskriven.	<b>Välskriven</b>	<b>3</b>
<b>Problem/hypotes/syfte</b> Att undersöka faktorer som upplevs som förutsättningar och konsekvenser relevanta för omvårdnads-dokumentationen med VIPS (inom akutsjukvård)	<b>Tydligt</b>	<b>3</b>
<b>Frågeställning</b>		
<b>Metod</b> Relevant metodval, väl beskriven utförlig metod, urval tydligt och representativt, bortfall angivet. Repeterbarhet möjlig. Statistisk metod beskriven. Godkänd av etiska kommittén.	<b>Relevant</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Urval god</b> <b>Bortfall angivet/av betydelse nej</b> <b>Etisk aspekt angivet</b>	<b>2</b> <b>3</b> <b>3</b> <b>3</b> <b>1</b> <b>1</b>
<b>Resultat</b> Svarar väl till syftet. Väl beskrivet, tydligt och kortfattat resultat, tabeller som förtydligar. Statistisk analys beskriven. Tolkar resultatet väl.	<b>Svar på det undersökta</b> <b>Resultat tydligt</b> <b>Statistisk analys</b> <b>Confounders ?</b> <b>Tolkning god</b>	<b>1</b> <b>3</b> <b>2</b> <b>0</b> <b>3</b>
<b>Diskussion</b> Kompletterar resultatet. Egenkritik finns. Anknnytning till tidigare forskning görs. Slutsatser överensstämmer med resultatet.	<b>Anknnytning</b> <b>Felkällor och egenkritik</b> <b>Tidigare forskning</b> <b>Slutsatser</b>	<b>3</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>3 + 1</b>
<b>Bedömning</b> Bra balans mellan bakgrund, resultat och diskussion trots att resultatet är kort men kompenseras genom tabeller. Tydligt och innehållsrikt trots att det är ganska kortfattat. Mycket god kvalitet överlag.	(Maxpoäng 44 Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>43 P</b> <b>98 %</b> <b>Grad I</b>



### Bilaga 3.2 Granskningsprotokoll

<b>Cheevakasemsook, A Chapman, Y Francis, K Davies, C (2006)</b> The study of nursing documentation complexities International Journal of Nursing Practice 12, 366-374	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson / Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Övergripande har med syfte, metod och resultat på ett tydligt sätt samt även slutsats.	<b>Samtliga</b>	<b>3</b>
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Bra historik och koppling till tidigare studier. Leder in på problematiken och metodvalet. Olika rubriker.	<b>Välskriven</b>	<b>3</b>
<b>Problem/Hypotes/Syfte</b> Att undersöka den komplexa beskaffenheten i den Tailändska omvårdnadsdokumentationen och faktorer relaterat till denna. Kvantitativ och kvalitativ fullständighet av dokumentationens juridiska korrekthet och kontinuitet i dok.	<b>Tydligt</b>	<b>3</b>
<b>Frågeställning</b>		
<b>Metod</b> Både kvalitativ och kvantitativ. Styrt urval till intervjuer – varför? Fåtal journaler granskade. Urval av ssk ej beskrivet. Metoden relevant och väl beskriven. Etiska aspekter ej beskrivna.	<b>Relevant</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Triangulering</b> <b>Urval ej acceptabelt.</b> <b>Bortfall ej angivet/analys saknas</b> <b>Etiska aspekter ej angivna</b>	<b>2</b> <b>3</b> <b>1</b> <b>0</b> <b>0 + 0</b> <b>0</b>
<b>Resultat</b> Redovisning av resultat under rubriker med belysande kommentarer och även den kvantitativa delen i tabeller.	<b>Beskriver det efterfrågade</b> <b>Tydligt</b> <b>Confounders ej kontrollerat</b> <b>Tolkning God</b>	<b>1</b> <b>3</b> <b>0</b> <b>3</b>
<b>Diskussion</b> Bra anknytning till tidigare forskning och till existerande problem. Egenkritik saknas. Framtida värde och framtida behov av studier diskuteras.	<b>Anknytning Tydlig</b> <b>Egenkritik saknas</b> <b>Tidigare forskning</b> <b>God</b> <b>Slutsats God</b>	<b>3</b> <b>0</b> <b>3</b> <b>3 + 1</b>
<b>Bedömning</b> Vissa brister i metodbeskrivning. I övrigt en väl skriven studie som belyst existerande faktorer och funnit en del nya aspekter.	(Maxpoäng 45* Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>32 P</b> <b>71%</b> <b>Grad II</b>

\*Den kvalitativa aspekten gör det möjligt med ett poäng mer jmf med kvantitativ studie p.g.a. triangulering

### Bilaga 3.3 Granskningsprotokoll

<b>Darmer, MR Ankersen, L Nielsen, BG Landberger, G Lippert, E Egerod, I (2006)</b> Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark Journal of Clinical Nursing 15, 525-234	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson /Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Övergripande, innehåller syfte, metod och resultat samt konklusion. Nyckelord.	<b>Samtliga</b>	<b>3</b>
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Syfte och delvis problematiken kommer i inledningen. Beskriver förutsättningar väl. Del 2 av en större undersökning.	<b>Medel</b>	<b>2</b>
<b>(Problem/hypotes) Syfte</b> Att beskriva ssk följsamhet till VIPS modellen genom att bedöma kvalitet av ssk bedömningar och vårdplaner.	<b>Tydligt</b>	<b>3</b>
<b>Frågeställning</b>		
<b>Metod</b> Relevant metodval. Väl beskriven intervention. Urval och instrument är väl beskrivna. Bortfall ej beskrivet eller analyserat. Etiska aspekter är belysta.	<b>Relevant</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Urval God</b> <b>Bortfall ej angivet/ analys saknas</b> <b>Etiska aspekter angivna</b>	<b>2</b> <b>3</b> <b>3</b> <b>0</b> <b>0</b> <b>1</b>
<b>Resultat</b> Belyser det efterfrågade. Redovisar resultatet under rubriker och med tabeller. Ganska mycket siffror i den löpande texten som försvårar läsningen.	<b>Belyser det efterfrågade</b> <b>Resultat tydlig</b> <b>Statistisk analys Bra</b> <b>Confounders ej kontrollerat</b> <b>Tolkning God</b>	<b>1</b> <b>3</b> <b>2</b> <b>0</b> <b>3</b>
<b>Diskussion</b> Problemanknytning tydlig. Jämförelser med tidigare studier. Tolkning av resultatet görs samt resultatdiskussion. Metoddiskussion finns med. Egenkritik finns. Konklusion efter diskussionen knyter samman resultatet.	<b>Anknytning</b> <b>Felkällor och egenkritik</b> <b>Tidigare forskning</b> <b>Slutsatser</b>	<b>3</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>3 + 0</b>
<b>Bedömning</b> Välgjord studie. Bra balans mellan bakgrund, resultat och diskussion	(Maxpoäng 44 Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>37 P</b> <b>84 %</b> <b>Grad I</b>

### Bilaga 3.4 Granskningsprotokoll

<b>Florin, J Ehrenberg, A Ehnfors, M (2005)</b> Quality of nursing diagnoses: Evaluation of an educational intervotion International Journal of Nursing Technologies and Classifications 16 (2), 33-43	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson /Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Innehåller syfte, metod, resultat och konklusion.	<b>Samtliga</b>	<b>3</b>
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Ger en bra bakgrund som refereras till tidigare studier både i Sverige och utomlands. Leder in på problematiken och relevansen av studien.	<b>Välskriven</b>	<b>3</b>
<b>/Problem/Hypotes/ Syfte</b> Att utvärdera effekterna på kvalitén i omvårdnadsdokumentationen efter ett utbildningsprogram.	<b>Tydligt</b>	<b>3</b>
<b>Frågeställning</b>		
<b>Metod</b> Relevant metod. Repeterbarhet möjlig. Urval väl beskrivet 10 % av alla journaler i experimentgruppen. Mätverktyg beskrivet. Definitioner finns. Kategorisering beskrivs. Etiska aspekter belysta. OBS! Kontrollgruppen kunde inte användas som detta utan experimentgruppen fick bli sin egen kontrollgrupp	<b>Relevant</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Urval medel</b> <b>Bortfall ej angivet/av betydelse</b> <b>Etisk aspekt angivet</b>	<b>2</b> <b>3</b> <b>3</b> <b>0</b> <b>0</b> <b>1</b>
<b>Resultat</b> Svarar till syftet. Tydligt material med tabeller och statistisk analys. Tolkar resultatet väl.	<b>Svar på det undersökta</b> <b>Resultat tydligt</b> <b>Statistisk analys bra</b> <b>Confounders</b> <b>Tolkning god</b>	<b>1</b> <b>3</b> <b>2</b> <b>0</b> <b>3</b>
<b>Diskussion</b> Kopplar bra till bakgrund och resultat och tidigare forskning. Jämför med tidigare studiers resultat. Egenkritik finns.	<b>Anknytning</b> <b>Felkällor och egenkritik</b> <b>Tidigare forskning</b> <b>Slutsatser</b>	<b>3</b> <b>3</b> <b>3</b> <b>3 + 1</b>
<b>Referenser</b> 34 st. Relevanta. Harvardsystemet.		
<b>Bedömning</b> Mycket välgjord studie. Diskussion något större än bakgrund och resultat men ändå balans. Tydli och innehållsrik utan att vara för omfattande.	(Maxpoäng 44 Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>39 P</b> <b>88 %</b> <b>Grad I</b>

### Bilaga 3.5 Granskningsprotokoll

<b>Kim YJ &amp; Park H-A (2005)</b> Analysis of nursing records of cardiac –surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson /Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Inget syfte Går direkt in på metoden. Resultat finns. Mycket komprimerad.	2/3	2
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Mycket välskriven introduktion som tydligt leder in på problemet.	Välskriven	3
<b>/Problem/Hypotes/Syfte</b> Att analysera de handskrivna sjuksköterskeanteckningarna för att identifiera nuvarande status på omvårdnadsdokumentationen med fokus på omvårdnadsresultat. Samt att undersöka sjuksköterskornas problem med att dokumentera omvårdnadsresultat för att kunna förbättra dessa.	Tydligt	3
<b>Frågeställning</b>		
<b>Metod</b> Metodval relevant till syftet, repeterbarhet möjlig. Välbeskrivet. Urval välbeskrivet och representativt. Bortfall angivet angående sjuksköterskorna som deltog i enkäten. Ingen etiska aspekt angiven.	<b>Relevant</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Urval god</b> <b>Triangulering</b> <b>Bortfall angivet/av betydelse</b> <b>Etisk aspekt angivet</b>	2 3 3 1 1 0 0
<b>Resultat</b> Svarar till syftet. Beskriver resultatet tydligt med hjälp av ett flertal tabeller som är lätta att förstå. Tolkar resultatet väl.	<b>Svar till syfte finns</b> <b>Tydligt</b> <b>Statistisk analys bra</b> <b>Confounders</b> <b>Tolkning God</b>	1 3 2 1 3
<b>Diskussion</b> En tydlig problemanknytning finns. Diskussionen kopplar vär till tidigare forskning. Men egenkritik saknas till största del. Slutsatser överensstämmer med resultatet	<b>Problemanknytning tydlig</b> <b>Egenkritik saknas</b> <b>Tidigare forskning</b> <b>God</b> <b>Slutsatser</b>	3 0 3 3 + 1
<b>Bedömning</b> Mycket välskriven studie med bra balans.	(Maxpoäng 45 Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>38 P</b> <b>84 %</b> <b>Grad I</b>

\*Den kvalitativa aspekten gör det möjligt med ett poäng mer jmf med kvantitativ studie p.g.a. triangulering

### Bilaga 3.6 Granskningsprotokoll

<b>Larrabe J Boldreghini, S Elder-Sorrells, K Turner, Z Wender, R Hart, J Lenzi, P (2001)</b> Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in an acute care hospital Computers in Nursing 19(2), 56-65	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson / Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Syfte och resultat finns men ej metod mer än viss info om urval och mätintervall. Nyckelord finns.	2/3	2
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Relaterar i imperfekt till studiens syfte. Leder snabbt in på problemet. Förklarar val av intervention. Beskriver en pilotstudie och dess resultat. Inleder inte tydligt på problemet.	Medel	2
<b>Problem/Hypotes/Syfte</b> Att undersöka skillnad i hur fullständig dokumentationen blivit efter införande av ett datorbaserat informationssystem vad gäller bedömning, mål och resultat.	Tydligt	3
<b>Frågeställning</b>		
<b>Metod</b> Metodval relevant och repeterbart. Urval väl beskrivet. Beskrivning av interventionen passar bättre i bakgrund. Mätverktyg beskrivs samt visas i figur. Etiska aspekter endast refererat som att tillstånd erhållits.	<b>Relevant</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Urval God</b> <b>Bortfall ej angivet/av betydelse</b> <b>Etisk aspekt angivet</b>	2 3 3 0 1
<b>Resultat</b> Mäter det som efterfrågas. Resultat beskrivs under rubriker. Statistiskt material belyses av tabell. Mycket kortfattad. Mindre tolkning av resultat	<b>Svar på det undersökta</b> <b>Resultat tydligt</b> <b>Statistisk analys bra</b> <b>Confounders</b> <b>Tolkning låg</b>	1 3 2 0 1
<b>Diskussion</b> Kopplar till, och tydliggör resultatet samt kopplar det vidare till tidigare studier. Egenkritik finns ganska omfattande. Slutsats belyser resultatets kärna.	<b>Anknytning medel</b> <b>Felkällor och egenkritik</b> <b>Tidigare forsk</b> <b>Slutsatser</b>	2 2 3 3 + 1
<b>Bedömning</b> Dålig balans mellan bakgrund, resultat och diskussion. Väl genomförd studie i övrigt. Intressanta slutsatser	(Maxpoäng 44 Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>34 P</b> <b>77 %</b> <b>Grad II</b>

### Bilaga 3.7 Granskningsprotokoll

<b>Lee, TT 2006)</b> Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care plan system Journal of Clinical Nursing 15, 1376-1382	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson /Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Syfte, metod, resultat och konklusion finns. Lättläst. Nyckelord finns.	<b>Samtliga</b>	<b>3</b>
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Kopplar till tidigare studier. Leder in på problemet. Syfte finns med. Introduktion i egen rubrik därefter kommer Litteraturöversikt (bakgrund)	<b>Välskriven</b>	<b>3</b>
<b>Problem/Hypotes/Syfte</b> Att undersöka hur ssk upplever att innehållet i det datorbaserade dokumentationssystem påverkar dem i deras dokumentation, spec i att göra vårdplaner.	<b>Tydligt</b>	<b>3</b>
<b>Frågeställning</b>		
<b>Metod</b> Metodval relevant. Urval: frivillighet samt åldersfördelning ger ett snedvridet och icke representativt urval. Analysmetod beskriven och adekvat. Etiska aspekter belysta men deltagarna fick en mindre summa pengar (anses u.a. i asiatiska länder?)	<b>Relevant</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Triangulering saknas</b> <b>Urval ej acceptabel</b> <b>Bortfall ej angivet/av betydelse</b> <b>Analysmetod hög kvalitet</b> <b>Etisk aspekt angivet</b>	<b>2</b> <b>3</b> <b>0</b> <b>0</b> <b>0</b> <b>3</b> <b>1</b>
<b>Resultat</b> Svarar på det efterfrågade. Tre tema utkristalliserade och redovisade under var sin rubrik med kommentarer som belyser och förtydligar.	<b>Svar på det undersökta</b> <b>Resultat tydligt</b> <b>Tolkning god</b>	<b>1</b> <b>3</b> <b>3</b>
<b>Diskussion</b> Kopplar resultatet till tidigare forskning och drar slutsatser. Ingen egenkritik men felkällor beskrivs. Framtida studier föreslås.	<b>Anknytning</b> <b>Felkällor och egenkritik</b> <b>Tidigare forskning</b> <b>Slutsatser</b>	<b>1</b> <b>1</b> <b>3</b> <b>3 + 1</b>
<b>Bedömning</b> Svaghet beroende på dåligt urval.	(Maxpoäng 45* Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>34 P</b> <b>76 %</b> <b>Grad II</b>

\*Den kvalitativa aspekten gör det möjligt med ett poäng mer jmf med kvantitativ studie p.g.a. triangulering

### Bilaga 3.8 Granskningsprotokoll

<b>Nahm, R Poston, I (2000)</b> Measurement of the effects of an integrated, point-of-care computer system an quality of nursing documentation and patient satisfaction Computers in Nursing 18(5) 220-229	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson /Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Innehåller indirekt syfte (att mäta effekter) metod och resultat	<b>Samtliga</b>	<b>3</b>
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Innehåller ett tydligt syfte. Leder in på problem och metodval. Egen rubrik för litteraturöversikt och därmed en hel del referenser till tidigare studier.	<b>Välskriven</b>	<b>3</b>
<b>Syfte</b> Att bedöma effekterna av integrerad ”point of care” databaserat dokumentationssystem på kvaliteten i omvårdnads dokumentationen och patienternas tillfredsställelse.	<b>Tydligt</b>	<b>3</b>
<b>(Frågeställning) Hypotes</b> Tre hypoteser. 1. Det blir skillnad i kvaliteten på omvårdnadsdokumentation före och efter interventionen. 2. Kvaliteten på den dokumenterade omvårdnadsdok ökar över tid. 3 Det blir skillnad i patienternas tillfredsställelse		
<b>Metod</b> Metodval relevant. Tydligt beskriven metod som är repeterbar. Urval väl beskrivet både vad gäller journaler och patienter. Statistiska beräkningar förklarade relaterat till validitet av instrument. Etiska aspekter inte diskuterade.	<b>Relevant</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Urval god</b> <b>Bortfall ej angivet/av</b> <b>betydelse</b> <b>Etisk aspekt ej</b> <b>angivet</b>	<b>2</b> <b>3</b> <b>3</b> <b>0</b> <b>0</b> <b>0</b>
<b>Resultat</b> Svaren väl beskrivna med statistisk bakgrund och tabeller. En faktor som inte var med i syftet mättes också (tidsaspekten) och i resultatet motiverades varför.	<b>Svar på</b> <b>frågeställning</b> <b>Resultat tydligt</b> <b>Statistisk analys</b> <b>Confounders ?</b> <b>Tolkning god</b>	<b>2</b> <b>3</b> <b>2</b> <b>0</b> <b>3</b>
<b>Diskussion</b> Bra problemanknytning. Kopplar diskussionen till implementationen samt till resultatet men inte till tidigare forskning. Egenkritik begränsningar och ev felkällor diskuteras. Slutsatser dras. Framtida värde och ytterligare forskningsbehov diskuteras.	<b>Anknytning</b> <b>Felkällor och</b> <b>egenkritik</b> <b>Tidigare forsk</b> <b>Slutsatser</b>	<b>3</b> <b>2</b> <b>0</b> <b>3 + 1</b>
<b>Bedömning</b> Väljord studie.	(Maxpoäng 44 Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>36 P</b> <b>82 %</b> <b>Grad I</b>

### Bilaga 3.9 Granskningsprotokoll

<b>Smith Higuchi, K Dulberg, C Duff, V (1999)</b> Factors Associated with Nursing Diagnosis Utilization in Canada Nursing Diagnosis 10(4) 137-147	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson /Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Innehåller syfte, metod, resultat och konklusion. Nyckelord.	<b>Välskriven</b>	<b>3</b>
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Ger en kort men förklarande bakgrund av omvårdnadsdiagnoser. Leder in på problemet och syfte finns. Litteraturoversikt gjord och presenterad under egen rubrik. Bakgrund till metodval finns.	<b>Vägjord.</b>	<b>3</b>
<b>Syfte</b> (mål) att ta reda på om upplevd värde av omvårdnadsdiagnoser och användandet av diagnoser varierade utifrån ssk ålder, utbildning, arbetslivserfarenhet och arbetsplats relaterade faktorer.	<b>Tydligt</b>	<b>3</b>
<b>Frågeställning</b> Finns det skillnader i attityder mellan ssk som dokumenterar med data eller papper? Är utbildning, attityder och arbetsmiljöfaktorer relaterade till användning av omvårdnadsdiagnoser av ssk som vårdar patienter med komplicerad sjukdomsbild?		
<b>Metod</b> Metodval relevant till frågeställningarna. Väl beskriven metod, repeterbarhet möjlig. Urval väl beskrivet. Bortfall redovisat > 20% Analysinstrument beskrivs. Etiska aspekter ej beskrivna.	<b>Relevant</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Urval god</b> <b>Bortfall angivet/av betydelse nej</b> <b>Etisk aspekt angivna</b>	<b>2</b> <b>3</b> <b>3</b> <b>1</b> <b>0</b> <b>0</b>
<b>Resultat</b> Svarar på frågeställningar. Tydlig resultatredovisning med underrubriker och en tabell. Statistisk analys. Tolkar resultatet.	<b>Svar på frågeställning</b> <b>Resultat tydligt</b> <b>Statistisk analys</b> <b>Confounders ?</b> <b>Tolkning god</b>	<b>1</b> <b>3</b> <b>2</b> <b>0</b> <b>3</b>
<b>Diskussion</b> Bra problemanknytning samt kopplar till tidigare studier. Diskuterar intressant bifynd. Egenkritik saknas. Tar upp framtida värde. Välgjord konklusion	<b>Anknytning</b> <b>Felkällor och egenkritik</b> <b>Tidigare forsk</b> <b>Slutsatser</b>	<b>3</b> <b>0</b> <b>3</b> <b>3 + 1</b>
<b>Bedömning</b> Välgjord studie.	(Maxpoäng 44 Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>37 P</b> <b>84 %</b> <b>Grad I</b>



### Bilaga 3.10 Granskningsprotokoll

<b>Smith, K Smith, V Krugman, M Oman, K (2005)</b> Evaluating the impact of computerized clinical documentation Computers, Informatics, Nursing 23(3) 132-138	<b>Bedömning</b>	<b>Poäng enligt Carlsson /Eiman</b>
<b>Abstrakt</b> Syfte (men indirekt), metod och resultat finns. Kompakt text. Nyckelord finns.	<b>Samtliga</b>	<b>3</b>
<b>Introduktion/Bakgrund</b> Informativ bakgrund med underrubriker. Referenser till tidigare studier. ( Syfte och frågeställningar kommer under metod) litteraturoversikt som egen rubrik enligt tidskriftens layout.	<b>Medel</b>	<b>2</b>
<b>Syfte</b> Att bedöma effekter av implementation av online documentation på 1. personalens attityder, 2. fullständigheten i dokumentationen 3. tidsåtgång	<b>Tydligt</b>	<b>3</b>
<b>Frågeställning</b> 1. Vilken är den uppmätta skillnaden av ssk attityder till datoriserad omv dok före och efter implementation? 2. Vilken är skillnaden i tidsåtgång före och efter implementation? 3. Är journalföringen mer komplett efter datorinförandet?		
<b>Metod</b> Tre olika metodval som är relevanta till frågorna. Metodbeskrivning tydlig repeterbarhet möjlig. Urval tydligt beskrivet för varje metod. Bortfall ej beskrivet- fanns inget? Etiska aspekter ej angivna.	<b>Relevanta metoder.</b> <b>Utförligt beskriven</b> <b>Triangulering</b> <b>Urval god</b> <b>Bortfall angivet/av betydelse</b> <b>Etisk aspekt angivet</b>	<b>2</b> <b>3</b> <b>1</b> <b>3</b> <b>0</b> <b>0</b>
<b>Resultat</b> Svarar på frågeställningarna. Kortfattad, tydlig resultatbeskrivning förtydligad med tabeller. Statistisk analys utförd. Tolkning av resultat kan ifrågasättas.	<b>Svar på frågeställning</b> <b>Resultat tydligt</b> <b>Statistisk analys bra</b> <b>Confounders</b> <b>Tolkning låg</b>	<b>1</b> <b>3</b> <b>2</b> <b>0</b> <b>1</b>
<b>Diskussion</b> Bra problemanknytning. Fördjupning och förklaring till tolkning av resultatet. Ett fåtal kopplingar till tidigare studier. Egenkritik saknas. Framtida värde diskuteras. Avslutas med kortfattad sammanfattande konklusion. Metodologisk diskussion i tidigare avsnitt. Confounder : vilken var orsaken till den negativa attityden datoriseringen i sig eller det standardiserade språket? Undersöktes och besvarades.	<b>Anknytning</b> <b>Felkällor och egenkritik</b> <b>Tidigare forsk</b> <b>Slutsatser</b>	<b>3</b> <b>0</b> <b>1</b> <b>3 + 1</b>
<b>Referenser</b> 30 st enligt Vancouversystemet. Relevanta. Ev någon ganska gammal ref.	<b>Relevant.</b>	
<b>Bedömning</b> Välgjord studie. Men kanske lite väl lättvindigt tolkning och slutsats av förbättring.	(Maxpoäng 45 Grad I 80% Grad II 70% Grad III 60%)	<b>Totalt</b> <b>32 P</b> <b>71 %</b> <b>Grad II</b>

\*Den kvalitativa aspekten gör det möjligt med ett poäng mer jmf med kvantitativ studie p.g.a. triangulering

#### Bilaga 4.1 Artikelmatris

Artikelreferens	Syfte	Metod	Undersökningspopulation	Resultat	Kvalitetsbedömd
<p><b>Björvell, C Wredling, R Thorell-Ekstrand, I</b> (2003)</p> <p>Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of registered nurses</p> <p>Journal Of Clinical Nursing 12; 206-214</p>	<p>Att undersöka faktorer som uppfattar som förutsättningar och konsekvenser relevanta för omvårdnadsdokumentationen med VIPS (inom akutsjukvård)</p>	<p>En jämförande deskriptiv studie. Enkätundersökning efter en utbildning i VIPS Intervention: individuell undervisning i klinisk praktik, dagkonferenser och kvällsseminarier, 2 dokumentationsansvariga som support, Support och råd från vårdenhetschef, hjälp för att utveckla nya standardiserade vårdplaner</p>	<p>377 sjuksköterskor i två grupper varav grupp A (experimentgruppen) bestod av 34 sjuksköterskor som deltog i ett 2 års interventionsprogram Grupp B bestod av 343 analyserade enkäter av 622 utdelade. Båda grupperna hade deltagit i en 3-dagars utbildning i VIPS</p>	<p>Birst på tid att skriva ansåg båda grupper sig ha, samt tidsbrist för att utveckla dokumentationen. Att VIPS förenklar förmågan att dokumenterar omvårdnaden anser 97 % i grupp A och 82 % i grupp B. Att omvårdnadsdokumentation är användbar i det dagliga arbete anser (91 % i grupp A och 15% i grupp B Att sjuksköterskorna ansåg sig ha tillräcklig kunskap för att kunna skriva vårdplaner tyckte 53 % i grupp A mot 23 % i grupp B ansåg detta. Att dokumentera enligt VIPS var meningsfullt förutom omvårdnadsdiagnoser och omvårdnads mål ansåg grupp B ( grupp A fick ej denna fråga)</p>	<p>Grad I</p>
<p><b>Cheevakasemsook, A Chapman, Y Francis, K Davies, C</b> (2006)</p> <p>The study of nursing documentation complexities</p> <p>International Journal of Nursing Practice 12, 366-374</p>	<p>Att undersöka den komplexa beskaffenheten i den Tailändska omvårdnadsdokumentationen och faktorer relaterat till denna.</p>	<p>1. Djupintervjuer, 2. Observationer av sjuksköterskedokumentering 3. Diskussionsgrupp 4. Tid och rörelsemätning av sjuksköterskeaktivitet 5. Granskning av fullständigheten i sjuksköterskornas omvårdnadsdokumentation</p>	<p>1. de 2 ansvariga för dokumentationssystemet (ordförande och kommitté) 2. under tre dagar 3. 15 ssk deltog 4. 5. 35 patientjournaler på patienter som varit inlagda mer än 3 dygn.</p>	<p>Tre problem a. Dålig kvalitet på omvårdnadsdokumentation b. Ofullständig dokumentation c. Olämplig/ej relevant dokumentation.</p> <p>Tre relaterade faktorer a. begränsad kompetens, motivation och säkerhet hos ssk b. ineffektiva rutiner c. bristfällig omvårdnadsgranskning, vägledning och utveckling (sjuksköterskorna efterfrågade mer stöd från ledning och organisation).</p>	<p>Grad II</p>

## Bilaga 4.2 Artikelmatris

Artikelreferens	Syfte	Metod	Undersökningspopulation	Resultat	Kvalitetsbedömd
<p><b>Darmer, MR</b> <b>Ankersen, L</b> <b>Nielsen, BG</b> <b>Landberger, G</b> <b>Lippert, E Egerod, I</b> (2006)</p> <p>Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark</p> <p>Journal of Clinical Nursing 15, 525-234</p>	<p>Att beskriva ssk följsamhet till VIPS modellen genom att bedöma kvalitét av sjuksköterskors bedömningar och vårdplaner.</p>	<p>Retrospektiv. Granskning av randomiserat utvalda journaler.</p> <p>Modifierat Cat-ch.ing instrument användes.</p> <p>Intervention. VIPS införs efter 2 ggr 7 tim utbildning.Handleding tillgänglig. Gransknings-sessioner/diskussioner 3-4 personer.</p>	<p>Totalt 600 patientjournaler (uppdelat på tre undersökningstillfällen) från 4 olika vårdavdelningar. Tre granskningsomgångar</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. baslinjegranskning</li> <li>2. 1 år efter interventionens start.</li> <li>3. 2 år efter interventionens start</li> </ol>	<p>Signifikant förbättring av sjuksköterskornas dokumentation. Nyckelorden användes korrekt. Ankomststatus ökade fr.93-100%. Den språkliga lämpligheten och relevansen ökade. Antalet bedömningar (av förändring) ökade. Utskrivningsant (epikriser) ökade markant från 15-76%. Omvårdnadsdiagnoser och omvårdnads mål ökade men med variation mellan avd. Dokumentation av planerade åtgärder ökade, Symtom och andra tecken ökade.</p>	Grad I
<p><b>Florin, J</b> <b>Ehrenberg, A</b> <b>Ehnfors, M</b> (2005)</p> <p>Quality of nursing diagnoses: Evaluation of an educational intervention</p> <p>International Journal of Nursing Technologies and Classifications 16(2), 33-43</p>	<p>Att utvärdera effekterna på kvalitén i omvårdnadsdokumentationen efter ett utbildningsprogram</p>	<p>Quasi experimentell studie. Granskning av omvårdnadsdokumentationen i journaler pre och post intervention. Intervention: fem 3-timmars utbildningsmöten med två veckors mellanrum med syfte att utifrån VIPS öka förståelsen för omv-processen. Ett dokumentationsinstrument utvecklades</p>	<p>Randomiserat urval av journaler. Journaler till patienter &gt; 18 år som varit inlagda minst 3 dagar. 35 journaler pre- och 35 post intervention, samt samma antal av kontrollgruppens journaler granskades Totalt 140 st.</p>	<p>Omvårdnadsdiagnoser ökade från 34% till 69 %. Mer specifika diagnoser användes, en ökning med 50% på de specifika diagnoserna medan enkla problem samtidigt minskade med 50%. Kvantitet och kvalitet av omvårdnadsdiagnoser ökade i experimentgruppen men inte i kontrollgruppen. Resultatet indikerar att utbildning och nya former för journalföring kan förbättra omvårdnadsdokumentationen. Förbättrad kvalitet av dokumentationen uppmättes men fr.f.a etiologikomponenten saknades ofta. Behov och problem fokuserade ofta på medicinska tillstånd och i 33 % saknades de.</p>	Grad I

### Bilaga 4.3 Artikelmatris

Artikelreferens	Syfte	Metod	Undersökningspopulation	Resultat	Kvalitetsbedömd
<p><b>Kim YJ &amp; Park H-A</b> (2005) Analysis of nursing records of cardiac – surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes</p>	<p>Att analysera de handskrivna sjuksköterskeanteckningarna för att identifiera nuvarande status på omvårdnadsdokumentationen med fokus på omvårdnadsresultat, samt att undersöka sjuksköterskornas problem med att dokumentera omvårdnadsresultat för att kunna förbättra dessa.</p>	<p>1 Granskning av narrativ dokumentation gjord av sjuksköterskor under 518 dagar till 46 patienter. Texten omvandlades till fraser som indelades i tre grupper beroende på deras innehåll. (i) problem och symptom relaterade till patienten och omvårdnadsdiagnoser (ii) omvårdnadsåtgärder (iii) övriga fraser. Dessa i sin tur uppdelades i omvårdnadsstatus, diagnoser och resultat enligt ICNP. 2 Enkäter</p>	<p>1. Omvårdnadsdokumentation av 46 patienter. 2. 30 sjuksköterskor (27 besvarade)</p>	<p>Av 5099 fraser utslöts 248 som inte ansågs vara relaterade till omvårdnadsfenomen eller omvårdnadsåtgärder. Kvar blev 4851 fraser. Omvårdnadsresultat ingick i 1417 av dessa. Orsaker enligt enkäten till att sjuksköterskorna inte skrev omvårdnadsresultat var tidsbrist som den största oberoende faktorn. Brist på kunskap om hur och när man skulle utvärdera resultatet som var den mest betydande inhiberande faktorn när det gällde psykosocial vård. Att finna rätt utvärderingstid var svårt när det gällde trycksår och respiratorisk omvårdnad. 43 % av sjuksköterskorna ansåg att de hade behov av mer tid för att kunna förbättra dokumentationen av omvårdnadsresultat. 20 % menade att de hade insett behovet av utvärdering av omvårdnadsresultatet 17 % ansåg att de behövde utbildning i utvärdering av resultat, 17 % ansåg att de behövde utbildning om omvårdnadsresultat rent generellt.</p>	
<p><b>Larrabe J Boldreghini, S Elder-Sorrells, K Turner, Z Wender, R Hart, J Lenzi, P</b> (2001)  Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in an acute care hospital  Computers in Nursing 19(2), 56-65</p>	<p>Att undersöka skillnad i hur fullständig dokumentationen blivit efter införande av ett datorbaserat informationssystem vad gäller bedömning, mål och resultat.</p>	<p>Quasiexperimentell studie. Granskning av journaler retrospektivt. Mätningar en månad innan, 6 och 18 mån efter intervention. Intervention: Nytt datorbaserat dokumentationssystem, 8 timmars utbildning innan. 24 tim/dygn support under införandet. En förbättrings-intervention som skulle uppdatera sjuksköterskornas kunskap angående det datorbaserade systemet genomfördes mellan mätning två och tre.</p>	<p>Stratifierat, randomiserat urval av journaler baserat på % av intagningar 3 vårdavdelningar. 90 journaler granskades vid varje mätning –tre mätningar.</p>	<p>Status ökade inte totalt men på avdelning 1 hade det ökat signifikanta medan de på de två andra avdelningarna minskat Sjuksköterskorna upplevelse av kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen ökade från 68 % till 79% men ökning visades endast i två av de tre avdelningarna. Mål ökade inte totalt signifikant men hade ökat marginellt i avdelning 3 och minskat marginellt i vadelning 1 och 2. (nursing care plan data collection instrument, NCPDCI) att nurse-perceived quality (NQUAL) ökade i två av tre avdelningar 55 % till 80% respektive 64 % till 80 %.  Mätningarna visade en försämring mellan mätning ett och två vad gäller status och mål dessa ökade igen till mätning tre.</p>	<p>Grad II</p>

#### Bilaga 4.4 Artikelmartis

Artikelreferens	Syfte	Metod	Undersökningspopulation	Resultat	Kvalitetsbedömd
<p><b>Lee, TT (2006)</b> Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care plan system</p> <p>Journal of Clinical Nursing 15, 1376-1382</p>	<p>Att undersöka hur sjuksköterskorna upplever att innehållet i det datorbaserade dokumentationssystemet påverkar dem i deras dokumentation, spec i att göra vårdplaner.</p>	<p>Deskriptiv, explorativ kvalitativ studie. Djupintervjuer Data analys enligt Miles och Huberman</p>	<p>20 frivilliga sjuksköterskor från tre vårdavd där men testat olika informationssystem.</p>	<p>Tre tema utkristalliserades från intervjuerna. Datoriserad omvårdnadsdokumentation 1. gav sjuksköterskorna en referenslista som stöd för minnet 2. fungerade som ett inlärningsinstrument för omvårdnad och 3. som ett verktyg för att lättare kunna bedöma och ändra omvårdnadsplanens innehåll. När sjuksköterskorna var mer vana vid systemet ledde det till att de reflekterade och analyserade omvårdnadsdiagnoserna. Erfarna sjuksköterskor följde inte alltid vårdplanen och ändrade även en del inkorrekta eller gamla anteckningar.</p>	<p>Grad II</p>
<p><b>Nahm, R Poston, I (2000)</b></p> <p>Measurement of the effects of an integrated, point-of-care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction</p> <p>Computers in Nursing 18(5) 220-229</p>	<p>Att bedöma effekterna av integrerad "point of care" databaserat dokumentationssystem på kvaliteten i omvårdnadsdokumentationen och patienternas tillfredsställelse.</p>	<p>Quasi-experimentell modell användes för att testa tre hypoteser. Kvalitetsmättningsverktyg användes (JCAHO). Intervention: Införande av ett kliniskt datorsystem som implementerades stegvis under 18 månader. (Point-of-care system: Påminnelser fanns för att obligatoriska data skulle fyllas i, dessa krävdes dessutom för kunna gå vidare. I systemet fanns en automatisk uppdateringsfunktion som uppmärksammade sjuksköterskan när åtgärder inte var utförda)</p>	<p>Randomiserat urval av journaler totalt 288 st. Journaler granskades 3 mån innan (61 st) interventionen 6 mån (67 st) efter samt 12 (82 st) och 18 månader (78 st) efter.  Patienter till Hypotes 3 valdes om de var adekvata och om de ville delta, 108 st</p>	<p>Hypotes 1. det blir skillnad i kvaliteten på omvårdnadsdokumentation före och efter interventionen. Bekräftades. 13% förbättring. Hypotes 2. Kvaliteten på den dokumenterade omvårdnadsdok ökar över tid. Bekräftades. Hypotes 3 det blir skillnad i patienternas tillfredsställelse. Avslogs.</p>	<p>Grad I</p>

### Bilaga 4.5 Artikelmatris

Artikelreferens	Syfte	Metod	Undersökningspopulation	Resultat	Kvalitetsbedömd
<p><b>Smith Higuchi, K Dulberg, C Duff, V</b> (1999)</p> <p>Factors Associated with Nursing Diagnosis Utilization in Canada</p> <p>Nursing Diagnosis 10(4) 137-147</p>	<p>(mål) att ta reda på om upplevd värde av omvårdnadsdiagnoser och användandet av diagnoser varierade utifrån sjuksköterskornas ålder, studiegång, arbetslivserfarenhet och arbetsplats relaterade faktorer.</p> <p>2 frågeställningar. Är utbildning, attityder och arbetsmiljöfaktorer relaterade till användning av omvårdnadsdiagnoser av sjuksköterskor som vårdar patienter med komplicerad sjukdomsbild? Finns det skillnader i attityder mellan sjuksköterskor som använder datorvid dokumentation och de som använder pappersbaserad dokumentation?</p>	<p>Retrospektiv: kopplad till de sjuksköterskor som deltog i studien. 2 veckor före och 2 veckor efter attitydundersökningen. Granskning av journaler. Attitydundersökning med 2 öppna frågor och 47 frågor att svara på utifrån värdeskala.</p>	<p>2 större och 2 mindre sjukhus med lung-iva 2 sjukhus hade innan studien formellt infört omvårdnadsdiagnoser varav det ena hade pappersbaserad dok (sjukhus C) och den andra (sjukhus B) hade elektronisk dok. Sjukhus A och D hade varken datorisering eller formellt infört omvårdnadsdiagnoser Alla sjuksköterskor erbjöds delta. 66 (av 114) enkäter fylldes i. Totalt 427 journaler granskades Undersökningen varade fem mån.</p>	<p>Två av sjukhusen (A och D) hade inget formellt utbildningsprogram i omvårdnadsdiagnoser och hade också det lägsta % användandet av dessa. Högst antal skrivna omvårdnadsdiagnoser fanns på sjukhus B (91% av dokumentationen ) därefter var det sjukhus C (54% av dokumentationen) medan de två sista (A och D) hade lägst antal skrivna omvårdnadsdiagnoser (25% resp 12% av dokumentationen). Alla ssk på B använde omvårdnadsdiagnoser 81% av ssk på C använde omvårdnadsdiagnoser på de sista två sjukhusen försökte 57% resp 43% att använda omvårdnadsdiagnoser. Användandet av omvårdnadsdiagnoser var inte signifikant kopplad till de andra undersökta faktorerna Sjuksköterskor från avdelningar som inte formellt hade implementerat omvårdnadsdiagnoser hade en mer positiv personaltitid till värdet av omvårdnadsdiagnoser. Och sjuksköterskor på avdelningar som formellt hade implementerat omvårdnadsdiagnoser ansåg mer att deras ledning förväntade sig att de skulle dokumentera omvårdnadsdiagnoser Frågeformuläret visade att sjuksköterskorna ansåg att de dokumenterade omvårdnadsdiagnoser för att identifiera patientproblem, att uppfylla krav från ledning, förmedla informationen till andra yrkeskategorier samt för att planera och förbättra patientvården. Anledningar till att inte dokumentera omvårdnadsdiagnoser var tidsbrist, att sjuksköterskorna upplever att omvårdnadsdiagnoserna har ett begränsat värde, brist på kunskap om omvårdnadsdiagnoser, svårigheter med NANDA-modellen. Svårigheter med dokumentationsprocessen och ofullständig patientdata.</p>	<p>Grad I</p>

#### Bilaga 4.6 Artikelmatris

Artikelreferens	Syfte	Metod	Undersökningspopulation	Resultat	Kvalitetsbedömd
<p><b>Smith, K Smith, V Krugman, M Oman, K (2005)</b></p> <p>Evaluating the impact of computerized clinical documentation</p> <p>Computers, Informatics, Nursing 23(3) 132-138</p>	<p>Att bedöma online dokumentationens påverkan på</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. personalens attityder, 2. fullständigheten i dokumentationen</li> <li>3. tidsåtgång</li> </ol> <p>Tre frågeställningar.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vilken är den uppmätta skillnaden av sjuksköterskornas attityder till datoriserad omvårdningsdokumentation före och efter implementation?</li> <li>2. Vilken är skillnaden i tidsåtgång före och efter implementation?</li> <li>3. Är journalföringen mer komplett efter datorinförandet?</li> </ol>	<p>Quasi experimentell. Intervention.Pre och post 1 mån före och ca 1 år efter</p> <p>Tre olika frågor och olika metoder til dessa.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. enkät</li> <li>3. journalgranskning</li> <li>3. observationer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 46 sjuksköterskor</li> <li>2. 60 journaler pre och 81 journaler post</li> <li>3. 82 sjuksköterskor under 2 timmarsperioder - 10 olika aktiviteter</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mer negativa till datorisering efter implementationen</li> </ol> <p>En minskning kunde ses i attitydpoängen som minskade från 71 % till 61 %. De största minskningen låg i påståendena ”datorer underlättar sjuksköterskornas arbete” ”datoriseringen besparar arbetsmoment och gör att sjuksköterskornas arbete effektiviseras” ”ökad datoranvändning kommer att göra att sjuksköterskor får mer tid till patienten” ”datorisering ökar kostnader genom att ge sjuksköterskorna ökat arbetsbelastning”</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fullständighet av omvårdningsdokumentation i journalerna visade vid mätning av 81 faktorer 34 % en förbättring. 60 % var oförändrat och 5 % var sämre.</li> <li>3. Tidsmässigt fanns ingen statistisk skillnad att dokumentera.</li> </ol> <p>Diskussion: En undersökning (fokusgrupp med sjuksköterskor) av orsak till negativ attityd till datoriseringen troligen berodde på att systemet var svårnavigerat och långsamt, att det saknades automatiska påminnelser, men att det även var svårt att få en översikt av patientinformation omvårdnaden och progress.</p>	<p>Grad II</p>