



EXAMENSARBETE

Våren 2015

Sektionen för Hälsa och Samhälle

Sjuksköterskeprogrammet

Omvårdnad 15 hp

Sjuksköterskors syn på omvårdnads- dokumentation

Författare

Simon Göransson

Sara Hannus

Handledare

Lena Larsson

Examinator

Gerth Hedov

Sjuksköterskors syn på omvårdnadsdokumentation

Författare: Simon Göransson & Sara Hannus

Handledare: Lena Larsson

Litteraturstudie

Datum: 2015-08-18

Sammanfattning

Bakgrund/Syfte: Sjuksköterskan har i sin kompetensbeskrivning att föra omvårdnadsdokumentation. Syftet med arbetet är att ta reda på vad sjuksköterskan har för syn på denna. Olika lagar och författningar styr hur dokumentationen ska skrivas, dock ser detta inte likadant ut i alla länder. Ändå beskriver detta arbete en internationell syn på dokumentationen, då systemen inte beskrivs i detalj, utan presenteras mer överskådligt med fokus på själva dokumentationen. Att föra anteckningar om en patient går tillbaka så långt som Florence Nightingales tid och är i ständig utveckling. Den utveckling och anpassning som sker kontinuerligt stärks av teorin om copingmekanismer som Callista Roy beskriver.

Metod: Kvalitativ litteraturstudie med fokus på omvårdnad har använts. En manifest innehållsanalys har följts.

Resultat: I resultatet beskrivs det att synen på dokumentationen är komplex, då det används flera olika system. Ändå är synen på dokumentationen inte riktad på specifika system, utan mer generellt. De kategorier som presenteras är: Sjuksköterskans dokumentationskunskap och dennes syn på utbildning i dokumentation, sjuksköterskors syn på och inställning till dokumentationssystem, synen på sitt eget och andras ansvar då det gäller omvårdnadsdokumentation och sjuksköterskors upplevelser kring hur patienten påverkas av omvårdnadsdokumentation.

Slutsats: En god och kontinuerlig utbildning och genomgång i de system som används i respektive arbetsplats är förutsättningen för att sjuksköterskor ska kunna känna sig trygga och säkra i sin egna omvårdnadsdokumentation.

Nyckelord: Omvårdnadsdokumentation, sjuksköterska, upplevelser, patientsäkerhet, ansvar

Nurses perceptions of the nursing documentation

Author: Simon Göransson & Sara Hannus

Supervisor: Lena Larsson

Literature review

Date: 2015-08-18

Abstract

Background/Purpose: In the competence description for nurses, nurses are obligated to write down nursing documentation. The purpose of this study is to find out what the nurses perceptions are about the nursing documentation. Different laws and provisions control how the documentations should be written, though this isn't the same internationally. Nevertheless this study describes an international view on documentation, were the systems doesn't describes in details, instead it is presented as foreseeable with a focus on the documentation, itself. To write down notes about a patient goes back to as far as Florence Nightingale's time and is in constant development. This development and adjustment that's happens continuously is confirmed in the theory of copingmekanism by Callista Roy.

Method: A qualitative literature review with a focus on nursing has been used. A manifested content analysis has been applied.

Result: The view of the documentation is complex, though they use a lot of different system. Although is the view of documentation not directed on specific systems, but on a more general basis. The categories that a represented are: Nurse's documentation knowledge and their view on education in documentation, nurse's view on and attitudes to documentation systems, the view on their own and others responsibilities when it comes to nursing documentation and nurse's experiences on how the patient is affected by the nursing documentation.

Conclusion: A good and continuous education and walkthrough on the systems that are used in the various workplaces, is a presumption for nurses to feel safe and secure in their own nursing documentation.

Keywords: Nursing documentation, nurse, experiences, patient safety, responsibility

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	8
METOD	8
Design.....	8
Sökvägar och urval	8
Granskning och analys	9
Etiska överväganden	10
RESULTAT	11
Sjuksköterskans syn på dokumentationskunskap och utbildning i dokumentation	11
Sjuksköterskans syn på dokumentationssystem.....	12
Dator-baserad dokumentation.....	13
Synen på sitt eget och andras ansvar då det gäller omvårdnadsdokumentation	14
Sjuksköterskors syn på hur patienten påverkas av omvårdnadsdokumentation	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Trovärdighet.....	17
Tillförlitlighet.....	17
Verifierbarhet	18
Överförbarhet	18
Resultatdiskussion	18
Slutsats	22
REFERENSER	23

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Röda korsets högskolas granskningsmall

BAKGRUND

Hur sjuksköterskors syn på uppgiften att dokumentera samt hur detta påverkar arbetet är något som är viktigt att lyfta fram så att en så god omvårdnad som möjligt kan tillämpas. Sjuksköterskors syn på dokumentationen menas hur de upplever, uppfattar och vilka erfarenheter de har angående den dokumentation de för i deras dagliga arbete. Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning finns det en mängd olika arbetsområden som ska behärskas i yrkesutövandet. Dessa områden är ledarskap, forskning och utbildning samt omvårdnad i teori och praktik. Det sistnämnda innehåller bland annat en beskrivning av att sjuksköterskan ska föra en dokumentation kring all omvårdnad som sker av en patient. Kompetensbeskrivningen innefattar också att dokumentera, i enlighet med lagen, patientens fysiska och psykiska tillstånd samt granska sin egen dokumentation (Socialstyrelsen, [SoS], 2005). Patientdatalagen (PDL, SFS 2008:355 kap. 3, 3 §) styrker detta genom att beskriva dokumentationsskyldigheten som en viktig omvårdnadsåtgärd för att kunna följa patienten, se vad som gjorts och behöver göras och även för att olika vårdinstanser ska kunna jobba åt samma mål.

Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand (2013) menar att behovet av omvårdnad är större än medicinska diagnoser. Det finns viktig information i den medicinska journalen, men den är inte tillräcklig för att tillgodose patientens behov av omvårdnad, utan en mer utförlig omvårdnadsdokumentation krävs för att kunna bedriva en god vård för patienten. Björvell (2011) menar att dokumentationen innebär att sätta ord på saker och skeenden och att synliggöra dem. Dokumentation skrivs in i patientjournalen, som är en övergripande handling för en patient (PDL, SFS 2008:355, kap. 1, 3 §). Syftet med en patientjournal är i första hand att bidra till god och säker vård men också till att vara en informationskälla för bland annat patienten, verksamheten samt för tillsyn och forskning (PDL, SFS 2008:355, kap. 3, 2 §).

Dahl, Heggdal & Standal (2006) definierar den självständiga del i patientjournalen som sjuksköterskan har ansvar för, som omvårdnadsdokumentation. Det är denna definition som tillämpas i detta arbete. Sverige är också ett av de länder som ligger i framkant då det gäller elektronisk journalföring (Björvell, 2011). Det kommer däremot inte i detta

arbete tas upp specifika system, varken när det gäller papper eller elektronik. Istället kommer fokus att ligga på själva omvårdnadsdokumentationen oavsett hur den är utformad.

Dokumentationen har varit en av viktigaste uppgifterna för sjuksköterskorna på grund av dess flerfaldiga användningsområde. Så har det varit ända sen Florence Nightingales tid (Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006). Dahl Andersen (1997) menar att föra skriftliga anteckningar i sjuksköterskeprofessionen förmodligen är lika lång som själva vårdtraditionen. Hon menar också att Florence Nightingale betonade vikten av att ha fungerade rapporter som skulle vara sanna och bidra till att garantera en betryggande sjukvård. Florence Nightingale lär ha sagt:

”Det förefaller mig att de borde sätta sin ära i att lägga upp rutiner, system, böcker och räkenskaper som var och en kan förstå och arbeta med. Vid frånvaro och sjukdom kan på så sätt allt överföras till andra och allt kan ha sin vanliga gång. Ingen är oersättlig.” (Dahl Andersen, 1997, s. 46)

Louise C Selanders nämner i sin beskrivning av Nightingales omvårdnadsmodell att betoningen på en systematisk patientbedömning betydde att vikten av att dokumentera observationerna var stor. Detta för att kunna ge rätt omvårdnad och se eventuella avvikelser. Selander, liksom Dahl Andersen, betonar Nightingales inställning till vikten av att ha en fungerande omvårdnadsdokumentation. Denna skulle sedan kunna användas till både kritik av det rådande sjukvårdssystemet och självklart även till att dra slutsatser om den enskilde patientens hälsotillstånd samt hur sjuksköterskan bäst kan tillgodose dennes omvårdnadsbehov. Nightingale strävade efter en formell och särskild utbildning för sjuksköterskor, något som ansågs vara en revolutionerande tanke i hennes samtid. Selanders beskriver det som om Nightingale anser att även om läkare och sjuksköterskor arbetar med samma patienter så ska inte omvårdnaden vara underställd medicinen utan de ska istället komplettera varandra (Selanders, 1995). Något som har utvecklats under 1900-talet där sjuksköterskans roll har förändrats från att främst vara läkarens assistent till att ha en egen domän och profession (Dahl Andersen, 1997).

Eftersom det finns många olika journalssystem där sjuksköterskan för omvårdnadsdokumentation och att dessa ständigt är under utveckling, kommer en teori i vidare läsning att användas. Callista Roy (Johnson Lutjens, L., 1995) har lagt fram en teori som bearbetar en adaptationsmodell. Där beskrivs människans sätt att anpassa sig efter olika system för att få fram ett resultat. Detta kan både innebära en förändring i någons liv, men också en förändring i ett system som man måste anpassa sig till. Hon beskriver även att människan är en viktig komponent för att resultatet ska bli av värde och betonar också att denna anpassningsprocess blir påverkad av miljön som människan har runtomkring sig. För att underlätta detta byte använder sig människan av något som kallas Copingmekanismer (bemästringsmekanismer) som en slags beteende-respons till förändringen för att kunna hantera den bättre. Då det gäller dokumentationen för sjuksköterskan, använder de också sig av denna adaptationsmodell för att kunna hantera de journalssystem som används. De är en väsentlig del att sjuksköterskan anpassar sig efter systemen med hjälp av bemästringsmekanismer utifrån den miljö som finns.

Sjuksköterskor ska ansvara för en mängd olika arbetsuppgifter varav en är omvårdnadsdokumentation, som är framtagen och strukturerad enligt lagar och riktlinjer. Alla uppgifter, även dokumentation, som sjuksköterskan utför påverkar på något sätt arbetsflödet. Detta innebär att det är viktigt att sjuksköterskan får framföra sin syn på hur denna fungerar, så att systemen har en möjlighet att utvecklas och anpassas till den dagliga verksamheten.

SYFTE

Syftet är att beskriva sjuksköterskors syn på omvårdnadsdokumentation.

METOD

Design

Litteraturstudien har genomförts som en allmän litteraturöversikt i huvudområdet omvårdnad, där materialet har hämtats från tillgängliga och relevanta texter för att kunna svara på syftet. Segesten (2012) beskriver att vetenskapliga artiklar består av den nyaste forskningen kring ett ämne och att det finns möjlighet att granska dem för att se deras tillförlitlighet och validitet.

Litteraturen har bestått av resultat som hämtats från kvalitativa artiklar, för att få en bred bild av ämnet kring upplevelser som kan stärka trovärdigheten i resultatet.

Kvalitativa artiklar lämpar sig bäst för detta arbetes syfte då dessa studerar personers upplevelser och erfarenheter av ett visst fenomen (Henricsson & Billhult, 2012) I detta fall synen på omvårdnadsdokumentation, i utgångspunkt av sjuksköterskors egna upplevelser av detta.

Sökvägar och urval

Då skribenterna ville se om det fanns tillräckligt med material som behandlade ämnet gjordes först en pilotsökning för att undersöka utbud och tillgänglighet. Denna pilotsökning gjordes i ämnesdatabaserna Pubmed och Cinahl. Orden som användes i den första pilotsökningen var på engelska då databaserna främst innehåller artiklar skrivna på eller översatta till engelska. Orden i Pubmed var; *medical records, nursing records, nurses, staff, experienc**, *perception, attitude of health personnel, opinion** samt *qualitat**. De som användes i Cinahl var: *nursing documentation, nurs**, *staff, expreienc**, *perception**, *attitud** samt *opinion**. Dessa ord ansågs vara de mest relevanta utifrån syftet.

Vid artikelsökningen användes databaserna Pubmed och Cinahl. Sökorden som användes var detsamma som vid pilotsökningen.

Vid artikelsökningen användes inklusions och exklusionskriterier för att filtrera artiklar som ansågs vara irrelevanta till syftet. Inklusionskriterierna var att artiklarna var peer reviewed, var etiskt godkända, att synen på omvårdnadsdokumentationen hade utgått från sjuksköterskan och att de var på något av de skandinaviska språken samt engelska. Dessa språk inkluderades då de är hanterbara för skribenterna. Artiklar som visade både kvalitativa och kvantitativa resultat har tagits med i de fall då den kvalitativa delen har beskrivit sjuksköterskors upplevelser. Ett annat inklusionskriterium var att artiklarna var publicerade mellan 2004-2015.

Exklusionskriterierna för arbetet var att artiklar inte var äldre än från 2004, detta för att få en så ny och relevant syn på omvårdnadsdokumentation som möjligt och samtidigt få tillräckligt med material, något som en tioårs period kan ge. Artiklar kring studenters upplevelser exkluderades genom att skriva NOT students likaså enbart kvantitativa artiklar, då dessa inte beskriver upplevelser.

Granskning och analys

De artiklar som har använts i arbetet granskades med hjälp av Röda korsets högskolas granskningsmall (2005), då den används för att granska arbeten i vetenskapliga omvårdnadsområden. Granskning är enligt Friberg (2012) en viktig faktor för att få reda på om artiklarna har relevant relation och kvalitet gentemot syftet och får en bättre förståelse kring av vad den enskilda artikeln handlar om.

Först lästes alla artiklar individuellt. Detta för att få en helhet kring vad artikeln handlar om. Därefter har en gemensam diskussion förts och granskning gjorts kring artiklarnas resultat och kvalitet. Vidare togs stycken från resultaten som var relevanta gentemot syftet ut och lades i ett eget dokument. Där har styckena komprimerats till enskilda meningar, som sedan har kodats var för sig. Sedan har jämförelser av de olika koderna gjorts för att se likheter och skillnader mellan dem. När detta var klart bildades till slut kategorier som tillämpades i resultatet. Denna analys är en relevant metod för en litteraturöversikt som analyserar kvalitativa artiklar. (Friberg, 2012).

Etiska överväganden

I en uppsats har författarna ansvar för att bedöma projektets betydelse och nytta för samhället. Detta ska vägas mot det obehag projektet skulle kunna ge för enskilda och organisationer (Stryhn, 2007). Skribenterna hoppas att detta arbetes resultat kan bidra till att utveckla omvårdnadsdokumentationen genom att lyfta fram sjuksköterskors syn på att föra en sådan. I resultatet kan det framkomma brister i omvårdnadsdokumentationen eller i sjuksköterskors förhållningssätt till dokumentation. Detta kan då orsaka obehag på det sättet att det kan framkalla en förtroendebrist. Resultatet kan också bli att sjuksköterskors syn på omvårdnadsdokumentation är att den fungerar bra och utan komplikationer. I ett sådant fall kan det orsaka att det inte sker någon vidare utveckling av omvårdnadsdokumentationen. Oavsett utfallet anser författarna att undersökningens nytta väger tyngre än det obehag som den kan ge. Eftersom detta är ett studentarbete och ej någon direkt forskning behövs inte granskning eller godkännande från en etisk nämnd (Kjellström, 2012) Dock har författarna i så stor utsträckning som möjligt, tagit hänsyn till att de vetenskapliga artiklar som använts i resultatet haft ett tydligt etiskt förhållningssätt, att intervjuer och deltagande byggt på anonymitet och självbestämmande. Alla vetenskapliga artiklar som blivit publicerade i en vetenskaplig tidskrift ska innan publicering ha fått ett etiskt godkännande (Stryhn, 2007) något som då innefattar alla de artiklar som använts i detta arbetes resultat eftersom samtliga är hämtade från vetenskapliga tidskrifter. Under arbetets gång har författarna försökt förhålla sig till den egna förförståelsen som innebär att mycket av sjuksköterskans tid går åt till att dokumentera och att det påverkar patienterna på det sättet att den reella omvårdnadstiden påverkas. Stryhn (2007) menar att det är viktigt att redovisa alla resultat och inte underhålla något hur resultatet än blir och oavsett vilken förförståelse som finns. Detta är något författarna har försökt att eftersträva med hopp om att få ett så objektivt resultat som möjligt.

RESULTAT

Sjuksköterskor har enligt resultatet en komplex och blandad syn på omvårdnadsdokumentation. Det finns dock ett framträdande resultat som är övergripande för alla kategorierna; Sjuksköterskors syn på omvårdnadsdokumentation är ofta kopplad till de dokumentationssystem som använts runt om i världen. Detta handlar då inte om ett specifikt system, eftersom dessa kan vara utformade på olika sätt beroende på var de används. De sjuksköterskor som uttrycker sin syn på omvårdnadsdokumentation relaterar ofta till systemet som används i den verksamhet som dessa arbetar i.

Förutom detta kan de kategorier som har framkommit genom analysen av de vetenskapliga artiklarna sammanfattas i:

- Sjuksköterskans syn på dokumentationskunskap och utbildning i dokumentation.
- Sjuksköterskans syn på dokumentationssystem. I denna finns även en subkategori som benämns dator-baserad dokumentation.
- Synen på sitt eget och andras ansvar då det gäller omvårdnadsdokumentation.
- Sjuksköterskors upplevelser kring hur patienten påverkas av omvårdnadsdokumentation.

Sjuksköterskans syn på dokumentationskunskap och utbildning i dokumentation

Den kunskap sjuksköterskor upplever att de har eller kan få, är grunden till att föra en god omvårdnadsdokumentation. Embi et al. (2013) beskriver att själva dokumentationen bidrar till ha en samlad informationspunkt för alla yrkeskategorier samt öka sjuksköterskans kliniska tänkande. Samtidigt som dokumentationen kan vara till grund att uppfylla specifika mål så kan okunskap i att föra dokumentation på ett korrekt sätt påverka kvalitén i hela vårdprocessen. Till exempel kan ett läkemedel förbises eller uteslutas. En anledning till detta kan vara att sjuksköterskan inte har kunskap om hur man dokumenterar detta (Shield et al., 2010).

Flera sjuksköterskor tycker att en omfattande utbildning omkring ett system är viktigt för att arbetsflöde och vårdkvalité ska bli optimal. En god utbildning och teknisk hjälp är grundande

för behärska en dokumentation. En del sjuksköterskor upplevs fortfarande som otekniska och för dem är utbildning i dokumentation extra väsentligt (Garret & Klein, 2008). Trots att många uttrycker att det behövs mer utbildning och att de som har brister i sin dokumentation måste bli bättre (Shield et al., 2010) är åsikterna om nyttan med utbildning delade. En del har synpunkten att utbildningarna är otillräckliga och att man lär sig mer av att göra misstag, även om detta kan leda till man blir tveksam till att använda dokumentationssystemet överhuvudtaget (Lee, 2005). En del anser istället att det är svårt och tidskrävande att lära sig ett system (Stevenson & Nilsson, 2011).

Det som Törnvall, Wilhelmsson & Wahren (2004) beskriver som viktigast är att det sker en kontinuerlig utvärdering av dokumentationssystemet där möjligheten för systemutveckling och anpassning till jobbet finns, trots att det är svårt att hinna med dessa utvärderingar. En attityd som Garret & Klein (2008) upplyser är att man är beredd att lägga tid på att lära sig ett system om det sen kan bidra till en bättre vård.

Sjuksköterskans syn på dokumentationssystem

Många olika yrkeskategorier med många olika åsikter ska ofta samsas om ett och samma dokumentationssystem. I Stevenson & Nilsson (2011) och Ayatollahi, Bath & Goodacre (2009) upplever sjuksköterskor detta som något positivt för att det då finns en samlad plats att få information om en patient. Törnvall et al. (2004) ansåg även att en strukturerad dokumentation leder i sin tur till stimulerande reflektioner samt klarare tankar. Även i Embi et al. (2013) anser sjuksköterskorna att dokumentationen är en källa för kliniskt tänkande och koordination mellan vårdpersonal. En överblick är även lättare att få av en patient innan man ens träffar denna. Det ansågs viktigt att anpassa ett system till användarna så arbetsflödet vidhålls och tidsåtgången blir minimal (Ayatollahi et al., 2009). Dessa anpassningar kan vara svåra att göra så att ett system uppfyller varje yrkesgrupps behov. Om systemet ändå implementeras i organisationen kommer, trots åsikter och klagomål, personalen ändå vänja sig och lära sig, för att till slut anpassa sina egna arbetsrutiner runt systemet (Lee, 2005). En del sjuksköterskor har däremot påpekat att de inte har haft möjlighet att framföra sina åsikter angående systemen, vilket de ansåg vara negativt (Stevenson & Nilsson, 2011). Har man varit med och designat systemet och framfört sina åsikter, har man en stor fördel att ta till sig och lära sig snabbt (Lee, 2005).

Dator-baserad dokumentation

Många av artiklarna som behandlar dokumentation har sitt fokus på elektroniska dokumentationssystem eller införandet av dem. Det har i dessa artiklar både positiva och negativa åsikter kring uppbyggnad och användning av systemen. Ser man på de positiva perspektiven, finns alltid dokumentation om patienterna tillgänglig, man behöver inte leta efter informationen. Det upplevs även väldigt lätt att dokumentera direkt istället för att föra dokumentation på papper som i så fall senare skulle införas i en patientjournal (Shield et al., 2010). Dator-baserad dokumentation upplevs också mer tillgänglig tack vare att texten aldrig blir otydlig, vilket innebär att det är svårare att missa information, samt att läkemedelshanteringen i ett elektroniskt dokumentationssystem blir säkrare (Stevenson & Nilsson, 2011). Dålig och otydlig handsstil upplevs ibland som ett problem då det gäller papper-baserad dokumentation. Detta är ett problem som inte finns i datorbaserad dokumentation (Ayatollahi et al., 2009). Skulle man göra misstag i dokumentationen finns åsikten att dessa är lätt att rätta till i ett elektroniskt dokumentationssystem (Shield et al., 2010). Några sjuksköterskor tyckte att den elektroniska dokumentationen var tidssparande då det gick snabbare att få tag på information och snabbare att signera läkemedel, detta upplevdes också ge mer tid till att vara med patienterna (Shield et al., 2010, Stevenson & Nilsson, 2011, Ayatollahi et al., 2009).

Ser man då på de negativa åsikterna kring att föra ett elektroniskt dokumentationssystem, så anser en del att det snarare finns begränsningar i tillgängligheten. En överblick var svår att få då flera sektioner i systemet och långa sidor av text fanns i varje patientjournal, vilket resulterade i många "klick" för få en överskådlig information om en patient. Lösningen på detta problem är då att sjuksköterskorna istället gjorde muntliga rapporter istället för att läsa igenom journalen (Stevenson & Nilsson, 2011). Mallar och sökord i systemet var då hinder som kunde motverka sjuksköterskorna att få tag i och skriva rätt text, (Embi et al., 2013) samt att det ansågs vara svårt att komprimera viktig information på det sättet som systemet krävde (Blake-Mowatt, Lindo & Bennett, 2013). Detta kunde i sin tur resultera i att de istället skrev i skriftliga rapporter. Det upplevdes också som ett problem att det fanns många olika platser i systemet där man kunde placera informationen och att det då blev svårt att veta var man skulle föra in den (Stevenson & Nilsson, 2011). Mallar, sökord och oklarheter kring var i

systemet informationen ska placeras upplevdes också leda till att det förekom en del dubbeldokumentation (Embi et al., 2013).

Tekniken i sig är ett hinder för vissa sjuksköterskor. En del ansåg att tekniska problem som att datorn är långsam och risk för att skriven data inte sparas kan försvåra arbetet (Lee, 2005). Vissa uttryckte att en del sjuksköterskor inte behärskade tekniken och många var överens om att det behövs mer träning, utbildning och teknisk support för att kunna använda systemen på ett bra sätt (Garret & Klein, 2008). Många upplever att okunskap om ett dokumentationssystem är tidskrävande, de upplever också att det är tidskrävande att lära sig ett system och att systemen i sig är omständiga med flera olika processer för att skriva ner information. Detta leder till att de jobbar runt systemet istället för i det, dokumenterar på fel ställen bara för att det ska stå nedskrivet (Stevenson & Nilsson, 2011). En annan artikel beskriver liknande problem, där systemet är låst i sina funktioner (Embi et al., 2013). Många patienter, hög arbetsbelastning och mycket att skriva var också faktorer till att tidsbrist uppstod (Ayatollahi, 2009).

Synen på sitt eget och andras ansvar då det gäller omvårdnadsdokumentation

Sjuksköterskor känner olika ansvar för dokumentation. En del tycker att man ska lägga ner mycket tid på dokumentationen med tanke på hur viktig de anser att den är (Blake-Mowatt et al., 2013). Medan andra anser att det inte ens är deras uppgift att föra dokumentation (Ayatollahi et al., 2009). Andra vill inte ta ansvar för dokumentationen på grund av kunskapsbrist och en ovilja att lära sig systemet. I en situation där det förekom ansåg sjuksköterskorna att de var nöjda om informationen kom fram överhuvudtaget (Berland, Holm, Gundersen & Bentsen, 2012). Andra menar att de är osäkra på att omvårdnadsinsatser är dokumenterade av annan vårdpersonal, vissa dokumenterar mer än andra. Anledningar till att man inte dokumenterar kan vara tidsbrist, (Shield et al, 2010) personalbrist, telefonen ringer och omvårdnad som sätts före dokumentation (Blake-Mowatt et al., 2013).

Att patienten har tillgång till sin egen journal och då kan läsa vad som har dokumenterats, anser sjuksköterskor ökar medvetenheten kring ansvarstagande då det gäller dokumentationen (Shield et al., 2010). Trots detta anses det finnas en ignorans gentemot patientsekretessen då

sjuksköterskor inte bryr sig om att logga ut från en dator då de är klara med att dokumentera (Lee, 2005).

Sjuksköterskors syn på hur patienten påverkas av omvårdnadsdokumentation

Den omvårdnadsdokumentation som sjuksköterskor för kan vara till fördel för patienten då denna inte kontinuerligt behöver berätta om sina åkommor. Men det finns också nackdelar. En nackdel som Embi et al. (2013) tar upp är att patienter kan finnas en fördomsfullhet genom att sjuksköterskor kopierar gammal text i journalen detta kan också göra att en ny undersökning kring åkomman uteblir,

Eftersom patienter har mer kunskap om sin vård, anser sjuksköterskor att patienterna är mer engagerade och kritiska i hur man hanterar deras journal. Frågor som var man sätter informationen och vilka som har tillgång till journalen blir mer vanliga. Det får en del sjuksköterskor att ifrågasätta hur bra det egentligen är att patienterna får tillgång till den information som skrivs om dem, mestadels för att känsliga uppgifter kan framgå som patienten kan ta illa upp av (Shield et al., 2010). Åsikterna går också isär om det är en fördel att dokumentera vid patienten eller inte. Sjuksköterskor i verket av Ayatollahi et al. (2009) tycker att det är positivt att gör det eftersom man då är på plats och kan föra in information direkt medan Shield et al. (2010) anser att om man dokumenterar samtidigt som man pratar med en patient så kan det påverka patienten negativt eftersom man saknar ögonkontakt.

Patientsäkerheten i omvårdnadsdokumentationen är något som många sjuksköterskor beskriver i artiklarna. Att dokumentera ansågs säkert för att informationen alltid fanns där, särskild viktigt var det då det gällde eventuella allergier eller andra varningar och försiktigheter (Stevenson & Nilsson, 2011). Att vara noga med dokumentationen ansågs också vara viktigt för att det dels gav sjuksköterskor ett juridiskt skydd men också för att det är viktigt för patienten att kunna följa alla steg i sin behandling. En sjuksköterska beskrev detta som: "Work not documented was work not done." (Blake-Mowatt et al., 2013). En annan artikel tar upp att det i vissa dokumentationssystem finns lättillgänglig information om läkemedel kopplat till dokumentationen, vilket gör att sjuksköterskor känner sig säkrare och det leder i sin tur till att säkerheten för patienten också ökar (Stevenson & Nilsson, 2011).

Ändå väljer en del sjuksköterskor att inte dokumentera så noga (Blake-Mowatt et al., 2013). En del skriver på papper för att journalen inte finns vid sängen för att sen föra in det i datorn (Stevenson & Nilsson, 2011). Detta anser vissa sjuksköterskor kan göra att viktig information förloras (Embi et al., 2013). Ibland kan det vara omständigt att skriva in något så enkelt som ett blodsockervärde. Det finns också uppfattningar om att det i vissa system kan vara lätt att dokumentera på fel ställe, fel dag och att det finns en risk för att dubbeldoser av läkemedel kan administreras, samt att det kan vara svårt att hitta information vilket innebär en säkerhetsrisk vid de tillfällen då man behöver ha tillgång till informationen snabbt (Stevenson & Nilsson, 2011).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Skribenterna valde att skriva om ämnet; Sjuksköterskors syn på omvårdnadsdokumentation då detta berör hela vården. Vi har använt oss av en allmän litteraturstudie som metod eftersom det passade tidsmässigt. Elisabeth Dahlborg Lyckhage (2012) menar att avsikten med litteraturbaserade examensarbeten är att studenten ska utveckla och fördjupa sina kunskaper inom omvårdnadsområdet genom kunskap som finns i befintliga texter. Skribenterna har undersökt synen på omvårdnadsdokumentation inte bara nationellt utan också internationellt för att få en så bred bild av uppfattningen av omvårdnadsdokumentation som möjligt.

Databaserna som användes var Cinahl och Pubmed. 11 stycken artiklar hittades, och en del av dem innehöll både kvalitativt och kvantitativt material. Skribenterna har valt att inte låsas vid enbart kvalitativa artiklar, utan de har ansett att en sökning av artiklar med både kvalitativt och kvantitativt material ger en bredare och mer verklig syn på sjuksköterskors åsikter. Dock har bara den kvalitativa delen använts i detta arbete eftersom den kvalitativa delen handlar om just upplevelser och uppfattningar (Henricson & Billhult, 2012) Skribenterna har sökt i andra databaser såsom Swemed men det har då bara hittats irrelevanta artiklar eller artiklar som redan fanns med i de databaser som nämnts ovan.

Trovärdighet

Den förförståelsen som har funnits hos skribenterna handlar mest om att sjuksköterskan dokumenterar för mycket och att detta kan i sin tur påverka patienten, då tid slösas till just dokumentationen. En viss förförståelse har därför givetvis funnits under både valet och analys av artiklar. Däremot har ändå alla sorters åsikter analyserats och kommit med i resultatet, med hänsyn till att det kanske inte överensstämmer med förförståelsen. Det som också har stärkt trovärdigheten är att texterna har analyserats av båda skribenterna, samtidigt. Detta har lett till att två olika perspektiv på texterna kommit fram och diskussioner kring artiklarna ökade sannolikheten att alla åsikter i dessa blev presenterade.

Tillförlitlighet

Tillförlitligheten på den här studien anser skribenterna vara hög. Analysen har genomförts enligt Friberg (2012) och detta har lett till att överskådliga och tydliga kategorier som svarar på syftet har framkommit. Kategorierna har varit logiska jämfört med de åsikter som deltagarna i de olika artiklarna har gett uttryck för.

En sökning i fler databaser än Cinahl och Pubmed skulle kunnat påverka resultatet, detta är skribenterna medvetna om. Sökningar har gjorts i andra databaser med resultat som inte är relevanta för den här studien. Skribenterna har också kommit fram till att de artiklar som berör syftet, finns till största del redan med i de ovannämnda databaserna som har använts. Eftersom arbetet har riktat in sig på internationell nivå, anses sökorden vara många och relevanta så att en stor del av artikel-utbudet har täckts. Orden har varit på engelska, dels då Cinahl och Pubmed innehåller främst artiklar på engelska och för att de flesta artiklar, även de skrivna på annat språk har engelska i åtminstone abstractet.

I det flesta artiklar har det framkommit tydliga intervjufrågor och utformningar av frågeställningar. Det har däremot funnits de artiklar som varit otydliga i sitt sätt att presentera metoden och tillvägagångssättet. Detta kan påverka tillförlitligheten i vårt egna resultat. Dock har skribenterna ansett att viktig information kring syftet ändå funnits och varit användbart. Enbart originalartiklar har använts vilket innebär att tillförlitligheten också har ökat eftersom de redovisar något nytt och inte något som kopierats från andra texter eller källor (Segersten,2012).

Verifierbarhet

Metoden och analysen som finns beskriven i detta arbete anser skribenterna vara tillräckliga med god verifierbarhet. Skulle studien göras om, skulle resultatet sannolikt blir detsamma, eller liknande. Dock kan det ha tillkommit nya artiklar som inte finns med här och tolkningar kan också vara annorlunda beroende på vem som analyserar, även om skribenterna har ansträngt sig för att analysera med så lite subjektiv tolkning som möjligt.

Överförbarhet

I studierna som finns med i detta arbete, har skribenterna varit noga med att enbart sjuksköterskor eller specialistsjuksköterskor har gett åsikter kring omvårdnadsdokumentation. I vissa artiklar har studien genomförts på sjukhus, medan andra har genomförts i hemsjukvård eller vårdcentral. Alla andra yrkeskategorier har uteslutits då det inte svarar på syftet. De världsdelar som är representerade i vårt arbete är: Nordamerika, Sydamerika, Europa och Asien.

Detta har lett till att överförbarheten är god, då det ger en helhetsbild av vad sjuksköterskor ser på omvårdnadsdokumentationen. Det gör att detta arbete kan tillämpas i många olika sammanhang där något dokumentationssystem används.

Resultatdiskussion

I vården finns det flera olika komplexa system då det gäller att dokumentera omvårdnad. I de flesta fall handlar det om datoriserad omvårdnadsdokumentation. Denna komplexitet kan bidra till okunskap och frustration bland sjuksköterskor som utövar omvårdnadsdokumentation. Det finns även de sjuksköterskor som inte behärskar tekniken, speciellt då det gäller elektronisk journalföring, och för dessa är dokumentationen ännu svårare. Allt detta kan i sin tur leda till att informationen om en patient inte blir fullständig.

I resultatet framgick det att flera sjuksköterskor ansåg att grunden till en god omvårdnadsdokumentation är att ha en god kunskap om systemet. De som däremot var ovana vid ett system och/eller hade för lite kunskap kring det, tyckte att själva

dokumentationen kunde påverkas negativt. Åsikter kring hur man skulle göra för att förbättra detta var en kontinuerlig utvärdering av systemen och en grundlig och regelbunden utbildning i dessa. Trots detta råder det delade meningar kring hur nyttiga utbildningarna är, då de kan vara otillräckliga och värdelösa samt tidskrävande.

Det Björvell (2011) beskriver som bestyrker dessa fynd är att sjuksköterskor (speciellt nyutexaminerade) har en brist på kunskap när det gäller att dokumentera. De lär sig då att dokumentera utifrån det som kollegor visar dem, vilket kan vara ett gammalt och förlegat sätt att föra en omvårdnadsdokumentation. Det som då är viktigt är att alla sjuksköterskor på en avdelning måste få en grundlig utbildning så alla jobbar på så liknande sätt som möjligt. Ser man på Callista Roys (Johnson, 1995) teori om att anpassa sig, kan man se att sjuksköterskor som är vana vid ett system har svårt att ta till sig nya, och lära sig av de som har den senaste kunskapen inom omvårdnad. Istället anpassar de som har den nyaste utbildningen sig till det gamla utövandet. Detta blir då en copingmekanism som kan leda utvecklingen bakåt, eftersom det nya systemet inte tas till vara på.

För att underlätta arbetet för sjuksköterskor anser dom själva att en god omvårdnadsdokumentation ska genomföras. För att detta ska fungera, krävs utbildning i de system som används på respektive arbetsplats. Det i sin tur leder till en god omvårdnad för patienten samt att alla vårdinsatser kan jobba åt samma mål, med hjälp av samma verktyg.

En annan aspekt är att vissa känner större ansvar att föra omvårdnadsdokumentation än andra. Detta gör att det i en del situationer kan uppstå osäkerhet på en arbetsplats om vad som gjorts och inte gjorts. I dessa fall kan viktig information om patienten falla bort och personalen kan ha svårt att bilda sig en komplett bild av vad som har hänt och vad som behöver göras.

Att inte vilja ta ansvar för omvårdnadsdokumentationen kan grunda sig i olika saker. De sjuksköterskor som finns med i detta arbetes artiklar beskriver att deras anledningar till att inte ta dokumentationsansvar är bland annat tid- och personalbrist och att

omvårdnaden måste gå före. En del har även en ovilja att dokumentera för att de inte har tillräcklig kunskap samt att de anser att det inte ingår i deras arbetsuppgifter. Allt detta styrker Björvell (2011) i något som hon kallar faktorer av betydelse för omvårdnadsdokumentation. Där talas det om att tidsbrist upplevs vara det största hindret för att planera och dokumentera. Men är det då själva dokumentationen som tar tid? Enligt den studie som Björvell presenterar är svaret på frågan om vilka uppgifter i sjuksköterskans arbete som anses uppta mest tid inte dokumentationen utan telefonsamtal, ronder samt väntan på, och kontroll av, andra vårdare och vad de gjort. Då löser man ju inte mer tid till själva omvårdnaden, som en del tycker måste gå före, genom att låta bli dokumentationen. Istället är det andra saker som bör omstruktureras. Personalbrist kan lösas genom att anställa mer administrativ personal som kan ta hand om exempelvis telefonsamtal. Att sjuksköterskor ändå upplever att de inte har tid eller att dokumentationen måste offras till förmån för omvårdnaden är viktigt att förstå för att kunna göra något åt det. Björvell (2011) fortsätter med att tala om att det behövs struktur från ledningen och träning för att kunna implementera dokumentationen på ett bra sätt i omvårdnaden utan att det ska påverka arbetsflödet och för att det inte ska upplevas som tidskrävande. Dokumentationen jämförs under träningsperioden, med ett nystartat företag. I början är utgifterna större än inkomsterna, i detta fall angående tid och resurser. Senare leder det förhoppningsvis till det omvända. (Björvell, 2011)

En del hävdar att dokumentationen inte tillhör sjuksköterskans arbetsuppgifter och att det är en anledning till att låta bli. Det är en viktig åsikt att ta upp. Då artiklarna som resultatet är grundat på är hämtade från flera olika länder med skiftande lagstiftning kan vi inte utgå ifrån att det ser ut på samma sätt då det gäller dokumentationsansvar. Men om vi utgår ifrån svensk lag och sjuksköterskans kompetensbeskrivning är det sjuksköterskans skyldighet att föra dokumentation över vad som gjort och sagts (SoS, 2005). Detta är inget man kan avfärda med att det inte tillhör arbetsuppgifterna. Återigen bör detta bli tydligt genom ledning och organisation.

Ansvar för omvårdnadsdokumentationen och attityden till ansaret måste lyftas fram och åtgärdas för att osäkerhet, misstag och en ofullständig bild av patienten ska kunna undvikas.

I resultatet har vi funnit att sjuksköterskor anser att patienten påverkas av omvårdnadsdokumentationen. En påverkan är att dokumentation kring tidigare hälsotillstånd och vårdhistoria bidrar till fördomar hos den som läser den. Detta kan påverka den nuvarande behandlingen. Ett exempel på det finns i det tydliga faktum att personer med psykisk ohälsa får sämre vård och dör i större utsträckning i behandlingsbara sjukdomar än människor i allmänhet

(<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19634/2014-12-26.pdf>). Det faktum att det uppmärksammats av en del sjuksköterskor att det kan finnas fördomar i och med tidigare dokumentation är positivt. Det är av största vikt att sjuksköterskor och även andra vårdgivare ställer sig uppmärksamma och kritiska till tidigare dokumentation för att på det sättet kunna undvika onödigt lidande.

En annan aspekt som sjuksköterskor tycker påverkar patienten är tillgången till den egna journalen, som gör att patienten själv kan ha kontroll över vad som skrivs och görs.

Patienten har mer kunskap om sin vård och är mer kritiska till vad som skrivs än tidigare. De ställer krav på kvalitet och kontinuitet (Björvell, 2011). Detta leder till att patienten är mer delaktig i sin egen vård och detta leder till ett ökat medbestämmande.

En del sjuksköterskor är rädda för att patienten kan ta illa upp av det som dokumenteras om dem. I ett seminarium angående att få tillgång till sin egen journal

(www.ur.se/produkter/178472-UR-Samtiden-Patienten-i-fokus-Att-fa-tillgang-till-sin-egen-journal) menar talaren att ett ofta bortglömt syfte med en journal är att den är till för patienten själv eftersom det ger en insyn i vård och behandling. Han menar också, i motsats till det som vissa sjuksköterskor i resultatet är rädda för, att personer som läser sin egen journal INTE; blir arga, frågar mer eller uttrycker att man inte förstår. De tycker inte heller att det borde vara mer anpassat för lekmän. Detta i sin tur kan leda till en ökande delaktighet hos alla patienter i samhället där självbestämmande och inflytande är ett centralt fokus. Generellt vill man ha kontroll över sin egen situation och detta ökande empowerment kan göra att man mår bättre. Även Björvell (2011) talar om att dokumentationens värde för patienten bör tydliggöras. Sjuksköterskors inställning till att journalen är lättillgänglig är viktig. Att öva på att dokumentera på ett korrekt sätt utan att kränka någon i sin text är mycket relevant

(<http://www.vardhandboken.se/Texter/Dokumentation/Journalhantering/>) och kan också motverka den osäkerhet över patienters reaktioner som det finns uttryck för.

Det som sjuksköterskor nämner mest återkommande och som den viktigaste påverkan på patienten är säkerheten. Cook (2013) förklarar att det finns två balansgångar utifrån perspektivet patientsäkerhet. Den ena är kostnaden för vården gentemot hur lönsam den är. Den andra handlar om att försöka hindra att en patient skadas samtidigt som man vill nå fram till ett mål. Balanserar man dessa balansgångar rätt och tar till vara på dem, har man uppnått en patientsäkerhet. Liksom all form av säkerhet finns det alltid risker att den fallerar. Det är därför viktigt enligt Cook (2013) att man accepterar verkligheten som den är och försöker så gott som möjligt upprätta den bästa möjliga patientsäkerheten.

Där finns åsikter om en både positiv och negativ påverkan på patientsäkerheten då det gäller omvårdnadsdokumentation. En positiv faktor är att informationen alltid finns där med tydliga varningar och försiktigheter, att hanteringen av läkemedel är lättillgänglig. Sjuksköterskor upplever att de känner större säkerhet i och med dokumentationen, detta upplevs leda till att det faktiskt blir säkrare för patienten. Att all information finns samlad om dokumentationen fungerar som det ska samt att skulle ett fel uppstå finns möjligheten att gå tillbaka och se över vad som har brustit, bidrar också till en större säkerhet. Däremot kan patientsäkerheten minskas av att sjuksköterskan kan glömma eller strunta i att dokumentera en vårdinsats.

Slutsats

De flesta sjuksköterskor förstår att omvårdnadsdokumentationen är viktig. Skulle det inte finnas, hade patientsäkerheten minskats. Ändå beskriver vissa sjuksköterskor att det finns brister i dokumentationssystemen som gör att patientens säkerhet äventyras. Det beskrivs också att det är svårt att upprätthålla god omvårdnadsdokumentation på grund av olika faktorer. Dessa kan vara komplexa system, anpassningsvårigheter, upplevelser av tids-, kunskaps- samt personalbrist. Det som skulle kunna förbättra sjuksköterskans sätt att dokumentera är en god kontinuerlig utbildning och genomgång av det system som används.

REFERENSER

- Ayatollahi, H., Bath, P & Goodacre, S. (2009). Paper-based versus computer-based records in the emergency department: Staff preferences, expectations, and concerns. *Health informatics Journal*, (15), 199-211. DOI: 10.1177/1460458209337433
- Berland, A., Holm, A.L., Gundersen D. & Bentsen S.B. (2012). Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management* (20), 794–801. Från <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=d9cbc3dc-3804-4612-869b7f7fc3206872%40sessionmgr112&hid=118>
- Björvell, C. (2011). *Sjuksköterskans journalföring och informationshantering: en praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Björvell C. (2014) Journalhantering: dokumentation. Hämtad 20 juli 2015 från Vårdhandboken <http://www.varldhandboken.se/Texter/Dokumentation/Journalhantering/>
- Blake-Mowatt, C., Lindo, J.L.M & Bennett, J. (2013). Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital. *International nursing review*, (60), 328-334. Från <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=512eda38-c94a-4f32-9557-edfcf9a8bdcb%40sessionmgr4002&hid=4214>
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K., Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, (12), 366-374. doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x
- Cook, R. (2013) Systemperspektivet på säkerhet. S. Ödegård (red.) *Patientsäkerhet: teori och praktik*. (s. 142-147) Stockholm: Liber.
- Dagens medicin (2013, maj) UR Samtiden - patienten i fokus: Att få tillgång till sin egen journal. [video] hämtad från: <http://www.ur.se/produkter/178472-UR-Samtiden-Patienten-i-fokus-Att-fa-tillgang-till-sin-egen-journal>
- Dahl Andersen, I. (1997) Omvårdnadsprocessen. J. Kristoffersen (Red.) *Allmän omvårdnad- samspel, upplevelse och identitet*. (sid. 11-60) Stockholm: Liber AB
- Dahl, K, Heggdal, K & Standal, S. (2006) Omvårdnadsdokumentation. Jahren Kristoffersen, N. Nortvedt, F & Skaug E-A. (Red) *Grundläggande omvårdnad 4*.(sid. 102-151) Stockholm: Liber AB.

- Dahlborg Lyckhage E. (2012) Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. F. Friberg (Red) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Ehnfors M. Ehrenberg A. & Thorell-Ekstrand I. (2013) *Nya Vips-boken*. Lund: Studentlitteratur AB
- Embi, P., Weir, C., Efthimiadis, E., Thielke, S., Hedeon, A. & Hammond, K. (2013), Computerized provider documentation: findings and implications of a multisite study of clinicians and administrators, *Journal of the American Medical Informatics Association 2013*, (20), 718-726, doi:10.1136/amiajnl-2012-000946
- Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.
- Garret, B. & Klein, G. (2008). Value of wireless personal digital assistants for practice: perceptions of advanced practice nurses. *Journal of Clinical Nursing* (17), 2146–2154. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02351.x
- Henricson M. & Billhult A. (2012) Kvalitativ design. M. Henricson (Red) *Vetenskaplig teori och metod; från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-138) Lund: Studentlitteratur AB
- Johnson Lutjens, L. (1995). Callista Roy: En adaptationsmodell. I *Anteckningar om Omvårdnadsteorier III* (s. 11-39). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström S. (2012) Forskningens etik. M. Henricson (Red) *Vetenskaplig teori och metod; från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-94) Lund: Studentlitteratur AB
- Lee, T.-T. (2005). Adopting a personal digital assistant system: application of Lewin's change theory. *Journal of Advanced Nursing* 55 (4), 487-496. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03935.x
- Rystedt, H. & Winman, T. (2014) Från patientjournaler till digitala informationssystem. A. Ehrenberg & L. Wallin (Red.) *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling*. (s. 409-434) Andra uppl. Studentlitteratur AB
- Röda Korsets Högskola (2005). Mall för granskning av vetenskapliga artiklar. Från http://www.rkh.se/pagefiles/466/mall_granskning.pdf

- Segesten, K. (2012). Användbara texter. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 47-56). Lund: Studentlitteratur AB.
- Selanders, L. (1995). Florence Nightingale: En teori om anpassning av miljön. I *Anteckningar om Omvårdnadsteorier IV* (s. 17-43). Lund: Studentlitteratur.
- Shield, R., Goldman, R., Anthony, D., Wang, N., Doyle, R. & Borkan, J. (2010), Gradual Electronic Health Record Implementation: New Insights on Physician and Patient Adaptation. *Annals of Family Medicine* (8), 316-326. Doi: 10.1370/afm.1136
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Hämtad 26 januari, 2015, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/?bet=2008:355
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 24 januari, 2015, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Socialstyrelsen (2014, december) Öppna jämförelser 2014 Jämlik vård: somatisk vård vid samtida psykisk sjukdom. Hämtad 20 Juli 2015 från Socialstyrelsen <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19634/2014-12-26.pdf>
- Stevenson, J.E. & Nilsson, G. (2011), Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 68 (3). doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05786.x
- Stryhn, H. (2007). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Törnvall, E., Wilhelmsson, S., Wahren, L. (2004), Electronic nursing documentation in primary health care. *Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci; 2004*, (18), 310-317. Från: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0db8e68e-a52f-47efb0dc6d4a0ddacef0%40sessionmgr114&hid=115>

Bilaga 1

Sökschema för systematisk datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar/databasfilter	Typ av sökning (tex. MESH-term, abstract, nyckelord, fritext)	Antal träffar	Lästa Abstract	Utvalda artiklar
2015-04-14	Cinahl	1	Nursing documentation	Publicerade 2004-2015 Peer reviewed	Abstract	326	66	6
		2	Nurs*		Abstract	83 661		
		3	Staff		Abstract	23 453		
		4	Experienc*		Abstract	87 999		
		5	Perception*		Abstract	25 020		
		6	Attitud*		Abstract	17 226		
		7	Opinion*		Abstract	6 372		
		8	2 OR 3		Abstract	97 267		
		9	4 OR 5 OR 6 Or 7		Abstract	120 072		
		10	1 AND 8 AND 9		Abstract	66		
2015-04-15	Pubmed	1	Medical records	Publicerade 2004-2015 Peer reviewed	MeSH-term	88 608	65	15
		2	Nursing records		MeSH-term	6 283		
		3	Nurses		MeSH-term	71 567		
		4	Staff		Title/abstract	105 821		
		5	Experienc*		Title/abstract	772 094		
		6	Perception		MeSH-term	336 973		
		7	Attitude of Health		MeSH-term	123 637		
		8	Personnel		Title/Abstract	68 988		
		9	Opinion*			93 754		
		10	1 OR 2			173 825		
		11	3 OR 4			1 244 268		
		12	5 OR 6 OR 7 OR 8			790		
		13	9 AND 10 AND 11 AND 12 NOT Student*		All fields	381		
		14	13 AND Qualitat*		All fields	65		

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Lee, T.-T. Taiwan 2006	”Adopting a personal digital assistant system: application of Lewin's change theory”	Att undersöka sjuksköterskors uppfattningar om implementering handdatorsystemet i deras dagliga arbete.	15 Sjuksköterskor som är legitimerade och har använt PDA i minst tre månader. Data samlades in genom frågestrukturerade intervjuer som spelades in och sedan transkriberades ordagrant.	Potentiella deltagare gick med i studien genom att svara på ett introduktionsbrev som sattes upp på avdelningarna, detta beskrev studiens syfte och genomförande. Deltagarna rekryterades från avdelningar där handdatorer användes. Intervjuerna skedde i ett konferensrum på deltagarnas avdelningar. Latent innehållsanalys.	Resultatet grundades på teoretikers syn på förändringar och dess steg: Unfreezing stage (Deltagarna såg problem av att använda en handdator), Moving stage (Deltagarna lärde sig att använda handdatorn), Refreezing stage (Problemen som uppstod löstes och deltagarna blev nästan för bekväma av systemet), Anticipatory stage (Önsknings om ändringar av handdatasystemet framkom)	<u>Trovärdighet</u> Trovärdigheten är tillräckligt hög, då urvalet och datainsamlingsmetoden är relevant och noga genomförd. Resultatet är dessutom välarbetat och välgrundat. <u>Tillförlitlighet</u> Tillförlitligheten är godkänd, då analysen och tillvägagångssättet är noga beskrivet. <u>Verifierbarhet</u> Studien är verifierbar, då citat finns, teman presenteras och studien är utformat på ett logiskt sätt. <u>Överförbarhet</u> Överförbarheten är rimlig för de ställen där samma handdator används.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Embi, P. Weir, C. Efthimiadis, E. Thielke, S. Hedden, A. Hammond, K. USA 2013	”Computerized provider documentation: findings and implication of a multisite study of clinicians and administrators”	Undersöka en större grupp personal gällande att använda sig av CPD – computerized provider documentation	129 personer ur personalen (sjuksköterskor, läkare och administrativ personal) på ett sjukhus. Inklusionskriterierna var att de skulle ha minst två år erfarenhet av att använda sig av sjukhusets patientsystem. Data samlades in genom yrkesinriktade fokusgruppsintervjuer som började med en guidad diskussion.	Mail skickades ut till alla berättigade individer i varje grupp på varje anläggning. På varje ställe kontaktades de tre yrkeskategorierna för att rekrytera 12 individer ur varje yrkeskategori. Intervjuerna skedde på de utvalda anläggningarna. Latent innehållsanalys.	Fem övergripande teman presenterades: Kommunikation och koordination.(kommunikationerna mellan personal och översikten i dokumentet), Kontroll och begränsningar av att uttrycka sig (I systemets uppbyggnad), Informationstillgänglighet och stöd för resonemang(all information om patienten finns tillgänglig), arbetsflöde och avbrott (Systemet kan vara omständligt och att gå iväg för att hitta en dator är ett störmoment i arbetet), Tillit och självsäkerhetsproblem (Bekvämligheter i att dokumentera som kan påverka säkerheten). De olika yrkeskategorierna hade skilda åsikter gentemot varandra.	<u>Trovärdighet</u> Trovärdigheten stärks genom att urvalet är stort och inklusionskriterierna tydliga, samt att datainsamlingsmetoden är anpassad till urvalet. <u>Tillförlitlighet</u> Tillförlitligheten godkänd, då tillvägagångssättet är relevant. <u>Verifierbarhet</u> Verifierbarheten är god för att resultatet är ingående och presenterar teman/underteman, samt att citat finns. <u>Överförbarhet</u> Då antalet var stort, är överförbarheten stor, samt att hela artikeln är överskådlig gällande dokumentationssystem.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Törnvall, E. Wilhelmsson, S. Wahren, L-K. Sverige 2004	”Electronic nursing documentation in primary health care”	Att beskriva och analysera omvårdnadsdokumentation baserad på en elektronisk patientjournalsystem i primärvården med betoning på sjuksköterskornas åsikter.*	154 distriktssköterskor i ett landsting i södra Sverige. Data samlades in genom enkäter med frågor kring kunskap, träning och åsikter om dokumentation.	Mail med enkäter skickades ut till samtliga vårdcentraler i landstinget. Efter det skickades två påminnelsemail. Därefter svarade 154 distriktssköterskor och skickade tillbaka enkäten. Minst en distriktssköterska från varje vårdcentral var representerad. Innehållsanalys.	Distriktssköterskor har en positiv syn på dokumentation. De känner behov av en ordentlig introduktion till systemet. De tycker att systemet behöver bli mer tydligt. Det är svårt att hitta information i det och det kan påverka omvårdnaden.	<u>Trovärdighet</u> Trovärdigheten är tillräcklig, då urvalet är stort. Däremot är en enkät inte lika grundläggande som en intervju. <u>Tillförlitlighet</u> En noga analys har genomförts. Dock är inte analysen av de öppna frågorna väl beskriven. <u>Verifierbarhet</u> Verifierbarheten stärks, då citat finns och resultatet är logiskt och grundlig. <u>Överförbarhet</u> Då antalet är många kan detta överföras till många andra verksamheter. Resultatet är dessutom överskådlig.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Blake-Mowatt, C. Lindo, J.L.M. Bennett J. Jamaica 2013	"Evaluation of registered nurses' knowledge and practice of documentation at a Jamaican hospital."	Att granska kvalitén av omvårdnadsdokumentationen s användning i ett samtyckande sjukhus för att testa vår hypotes och utforska vilka faktorer som kan påverka dokumentation sutövandet.	12 sjuksköterskor, ingick i studien, fyra från varje avdelning på sjukhuset som undersöktes. Exklusionskriterier var sjuksköterskor som jobbat mindre än ett år och sjuksköterskor som var på semester/tjänstlediga. Deltidsanställda och vikarier. Inklusionskriterierna var heltidsanställda och att de arbetat mer än ett år på sjukhuset. Datainsamling skedde genom fokusgruppsdiskussioner.	Forskarna valde ut 30 journaler om patienter som lämnat avdelningarna den senaste veckan, utifrån dem fördes fokusgruppsdiskussioner med sjuksköterskorna från avdelningarna. Analys genom en latent innehållsanalys.	Alla sjuksköterskor dokumenterade inte allt de gjorde. Betoning på vikten av dokumentation framstod. Telefonsamtal och svårigheter att hitta journaler begränsade möjligheterna att dokumentera. Hög arbetsbelastning och många patienter påverkade dokumentationen. Sjuksköterskorna föreslog regelbundna utbildningar.	<u>Trovärdighet</u> Trovärdigheten stärks då inklusions/exklusionskriterierna är tydliga. Däremot är antalet deltagare få. Insamlingsmetoden godkänd. <u>Tillförlitlighet</u> Godkänd, då journaler om patienter fanns med i diskussionerna. <u>Verifierbarhet</u> Styrks genom citat och relevant resultat. <u>Överförbarhet</u> Överförbarheten är godkänd. Kan tillämpas i andra verksamheter.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Shield, R. Goldman, R. Anthony, D. Wang, N. Doyle, R. Borkan, J. USA 2010	”Gradual Electronic Health Record Implementation : New Insights on Physician and Patient Adaptation.”	Att undersöka effekterna av EHR implementering g.*	26 stycken deltagare. Inklusionskriterier och exklusionskriterier för fokusgrupperna finns ej. Datainsamling skedde genom fokusgrupper och genom slumpmässiga intervjuer.	Det hölls fokusgrupper med personal både innan och efter implementeringen av EHR. Fokusgrupperna ledde av en medförfattare och höll på i max en timme. Intervjuerna blev inspelade och transkriberade. Det skedde en omfattande analys av fokusgruppsmötena via diskussioner, så kallad latent innehållsanalys.	- Före implementering. Innan implementeringen av EHR så skrev enbart problem och läkemedelslistor i EHR, resten skrevs på papper. EHR anses vara mer korrekt och läsbar än papper och är lättare att hitta än pappersjournalerna eftersom de alltid finns där. - Övergång. Datorer installerades på avdelningen. Sjuksköterskor tyckte att det var en inkomplett metod eftersom vissa fortfarande antecknade på papper. - Full implementering. Datorer fanns i varje mottagningsrum. Även om sjuksköterskor tittade på pappersdokumentationen för anamnes användes datorerna fullt ut.	<u>Trovärdighet</u> Trovärdigheten minskar, då inga inklusions/exklusionskriterier finns. Datainsamlingsmetoden finns dock beskrivet. <u>Tillförlitlighet</u> Tillförlitligheten godkänd, bra genomförd analys. <u>Verifierbarhet</u> En Före- och efterdel av implementering av systemet finns med vilket stärker relevansen och sammanhanget. Citat finns även med. <u>Överförbarhet</u> Abstraktionsnivån var tillräcklig.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Stevensson, J. Nilsson, G. Sverige 2011	"Nurses' perception of an electronic patient record from a patient safety perspective: A qualitative study"	Att upptäcka sjuksköterskors uppfattningar av att använda elektronisk patientjournal i arbetet på en allmän vårdavdelning.	21 legitimerade sjuksköterskor på ett sjukhus i sydöstra Sverige. Inklusionskriterier var att de skulle vara legitimerade, jobba på en akutavdelning och använda sig av EPR. Datainsamling skedde genom fokusgrupper.	Brev skickades ut till sex avdelningar, de sjuksköterskor som ville vara med kunde anmäla sig till studie. Därefter skedde intervjuer i ett konferensrum bredvid avdelningarna där sjuksköterskorna arbetade. De började med att ställa en öppen fråga för att få igång en diskussion. Sen ställdes strukturerade frågor för att förtydliga syftet. Slutligen fick alla som blev intervjuade säga en positiv och en negativ sak med EPR. Detta spelades in och transkriberades för att sen koda och kategoriseras. Latent innehållsanalys.	-Dokumentation i det dagliga arbetet. Svårigheter att veta var man ska skriva och vilka sökord man ska använda. Det finns både positiva och negativa åsikter om översikten. Det positiva var att information från olika yrkesgrupper fanns samlat, dessutom var viktig information alltid tillgänglig. Det negativa var att det upplevdes vara en dålig överskådlig bild av patientens vårdprocess. Dessutom var det omständligt med olika delar av EPR. Angående läkemedelsadministreringen var det positiva att det stod tydligt vad patienten skulle ha och signering samt information om läkemedel gick snabbt att skriva under/ta reda på. Det negativa var att man kunde signera på fel dag och på fel tid, samt att det finns risk att dubbeldosera.	<u>Trovärdighet</u> Trovärdigheten stärks, då inklusionskriterier finns med samt att ett rimligt stort antal sjuksköterskor har deltagit. Datorinsamlingen finns även beskriven. <u>Tillförlitlighet</u> En stark tillförlitlighet, då tillvägagångssättet av analysen är mycket noggrant beskrivet. <u>Verifierbarhet</u> Verifierbarheten är god, då citat finns och teman beskrivs tydligt. <u>Överförbarhet</u> Överförbarheten är bra. Detta arbete kan tillämpas på andra vårdavdelningar.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Ayatollahi, H. Bath, P. Goodacre, S. England 2009	"Paper-based versus Computer-based records in the emergency department: Staff preferences, expectations, and concerns"	Att beskriva en akutavdelnings personals perspektiv gällande användandet av papper- eller datorbaserade journaler.	34 personer deltog i studien. Inklusionskriterier var att deltagarna använt minst ett informationssystem på akutavdelningen. Datainsamling genom semistrukturerade intervjuer användes.	Ett informationshäfte gavs till deltagarna för att informera dem om studien och intervjuernas uppbyggnad. De fick också fylla i ett formulär där de godkände att de blev intervjuade. Deltagarna blev inspelade och materialet transkriberades. Materialet analyseras genom en "framework analys" som innebär att man först söker efter likheter och skillnader i svaren för att sen jämföra dem med varandra och utifrån det dra slutsatser.	Databaserad dokumentation varför och varför inte. Positiva faktorer är att det sparar tid och tillgängligheten ökar samt att kommunikationen på avdelningen blir bättre. Negativa faktorer innefattar att sjuksköterskor ansåg att den administrativa personalen skulle sköta dokumentationen och inte dem. Akutavdelningens karaktär och användandet av datorer, arbetsbelastningen kan påverka den datorbaserade dokumentationen. Använda pappersbaserad dokumentation varför och varför inte. Kan vara snabbare och lättare att använda. Handstilen kan variera i tydlighet. Om systemet inte är anpassat så kan det vara tidskrävande.	<u>Trovärdighet</u> Inklusionskriterier beskrivna, samt att ett rimligt antal personer deltog. Datainsamlingen beskriven. Trovärdigheten är alltså god. <u>Tillförlitlighet</u> Tillförlitligheten är god, då analysen är väl beskriven och relevant. <u>Verifierbarhet</u> Verifierbarheten godkänd. Citat finns med, samt teman är beskrivna. <u>Överförbarhet</u> Överförbarheten är bra, däremot kan denna artikel vara svår att tillämpa på alla avdelningar, då det handlar om en akutavdelning.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Berland, A. Holm, A-L. Gundersen, D. Bentsen, S-B. Norge 2012	”Patient safety culture in home care: Experiences of home care nurses”	Att upptäcka hemsjuksköterskors erfarenheter av patientsäkerhet i deras vårdutövande till äldre patienter.	20 stycken sjuksköterskor. Inklusionskriterier var att de var legitimerade, jobbade i hemsjukvården och inte hade en chefsposition. Datainsamling skedde genom fokusgruppsintervjuer.	De som var kvalificerade till studien fick muntlig och skriftlig information från sina chefer. De som ville vara med i studien skrev under ett medgivande. Sedan bestämdes datum för intervjuerna och ytterligare information om studien tillgavs deltagarna genom ett telefonsamtal från författare till studien. Fyra fokusgruppsdiskussioner hölls. Frågorna var öppna. Intervjuerna blev inspelade och lyssnades på ett flertal gånger innan de transkriberades. Materialet analyserades genom tematisk analys, som är att hitta mönster, likheter och olikheter för att sedan dela in texterna i teman.	Huvudtema var svårigheter med ansvar i olika situationer. Dokumentationen mellan skift var bristfällig. Mycket muntligt framför skriftligt, bland annat dels för att många inte hade kunskap att använda elektroniskt journalföring.	<u>Trovärdighet</u> Inklusionskriterier finns, rimligt antal i urvalet samt datainsamlingsmetod är beskriven. God trovärdighet. <u>Tillförlitlighet</u> Tillförlitligheten stärks, då analysen är väl beskriven. <u>Verifierbarhet</u> Godkänd verifierbarhet. Teman och citat finns med. <u>Överförbarhet</u> Överförbarheten god, då detta kan tillämpas i annan hemsjukvård.

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Garrett, B. Klein, G. Kanada 2008	”Value of wireless personal digital assistants for practice: perceptions of advanced practice nurses”	Att upptäcka specialistsjuksköterskors uppfattningar om trådlösa handdatorers teknik.*	Bekvämlighetsurval, vilket innebär att man tar dem som finns tillhands. 43 stycken deltagare som bestod av specialistsjuksköterskor, sjuksköterskestudenter och administrativ personal. Datainsamlingen skedde genom enkäter och intervjuer.	Enkäterna skickades ut via mail till olika sjukhus och vårdcentraler inom British Columbia. Där en rekommendation att enkäterna skulle ges till sjuksköterskor som arbetar med avancerad vård. Semistrukturerade enkäter och fokusgruppsintervjuer genomfördes. Deltagarnas yttranden från enkäterna och intervjuerna från fokusgrupperna blev transkriberade. Därefter användes en latent innehållsanalys.	<ul style="list-style-type: none"> - Frihet och mobilitet är en stor positiv faktor av handdatorer. - Handdatorerna stödjer användandet av avancerad praktik. - Tillgång till klinisk data är omfattande. - Kliniska beslut stöds med hjälp av handdatorn. - Läkemedelshanteringen underlättades. - Handdatorerna underlättade integrationen mellan olika yrkeskategorier. - Det fanns system och design begränsningar som handhavandet omständligt. - Handdatorn ansågs lite och svår att läsa på. - Säkerheten och tilliten kunde påverkas. Bland annat trådlöst internet och batteritiden. - Motivationen att använda handdatorn stärktes om arbetsflödet förbättrades genom användandet. - Bra utbildning för användandet av handdatorn behövs. 	<p><u>Trovärdighet</u> Trovärdigheten godkänd, trots bekvämlighetsurvalet . Dock ingen beskriven inklusionskriterier/exklusionskriterier. Däremot är datainsamlingsmetoden beskriven.</p> <p><u>Tillförlitlighet</u> Analysen och tillvägagångssättet är godkänt. Dock var det enbart en rekommendation till vilka enkäterna skulle ges till.</p> <p><u>Verifierbarhet</u> Godkänd verifierbarhet. Citat och teman finns med.</p> <p><u>Överförbarhet</u> Godkänd. Kan däremot användas främst för dom som brukar handdatorer samt dom som arbetar inom avancerad sjukvård.</p>

Bilaga 3

Röda korsets högskolas granskningsmall

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Börja med slutet! 1. Konklusion och/eller diskussion. (eng. Conclusion/discussion)	Egna anteckningar
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
2. Syfte (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
3. Bakgrund (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	
4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)	
a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisk textanalys)? b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium? c) <u>Urval</u> (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper". d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)? e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien? f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades? g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)? h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? i) På vilket sätt <u>analyserades</u> materialet (statistiska metoder, begreppsanalys. viss tolkningsmetod etc)? j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka? k) Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes? l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerstälts? m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?	

n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?

5. Resultat (eng. Results, Findings)

- a) Beskriv resultaten av undersökningen.
- b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.
- c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?

6. Diskussion och/eller konklusion (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)

Läs nu diskussion och konklusion igen.

- a) Vilka slutsatser drar forskaren?
- b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren?
- c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna.
- d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?

7. Innebörden av studien för den praktiska vården (eng. Clinical implications, Implications for practice)

- a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?
- b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?
- c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.

8. Sammanfattande helhetsbedömning

- a) Syftet: varför har undersökningen gjorts?
- b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts?
- c) Kvaliteten: hur bra anser du att undersökningen är?
- d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?