



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Akutsjuksköterskans dokumentation av omvårdnadsbehovet på RETTS- journal

– ett patientsäkerhetsperspektiv på akutmottagning

Författare: Camilla Andersson
Alina Constantin

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

Hösten 2016

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Akutsjuksköterskans dokumentation av omvårdnadsbehovet på RETTS- journal

– ett patientsäkerhetsperspektiv på akutmottagning

Författare: Camilla Andersson
Alina Constantin

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats
Hösten 2016

Abstrakt

Bakgrund. Dokumentationen är en stor del av sjuksköterskans arbetsuppgifter men det finns brister vilket sätter patientsäkerheten i fara och patienten kan utsättas för en vårdskada **Syftet** med studien var att belysa i vilken utsträckning omvårdnadsbehovet är bedömt och dokumenterat eller inte avseende fallrisk, omvårdnadsbehov samt autonoma brister av sjuksköterskan. **Metoden** var en kvantitativ, deskriptiv och retrospektiv journalgranskning. I urvalet ingick alla vuxna patienter som under en vecka besökt en akutmottagning i södra Sverige där dokumentationen utfördes på RETTS-journal. Antalet var 1139 journaler som granskades. **Resultatet** Akutsjuksköterskan dokumenterar/bedömer omvårdnadsbehovet undermåligt. Det fanns signifikanta skillnader ($p=0,009$) på medelåldern där omvårdnadsdokumentationen bedömdes/dokumenterades eller ej. Det fanns ingen signifikant samband mellan patientflödet och om omvårdnadsbehovet dokumenterades eller ej. Inte heller mellan män och kvinnor fanns det någon signifikans mellan om omvårdnadsbehovet bedömdes/dokumenterades eller ej. **Diskussion.** Akutsjuksköterskan behöver bli bättre på att dokumentera/bedöma omvårdnadsbehovet på vuxna patienter överlag, men framförallt på yngre vuxna patienter. Akutsjuksköterskans kunskaper om vikten av korrekt och saklig dokumentation behöver förstärkas. Det är viktigt även ur ett patientsäkerhetsperspektiv att alla dokumenterar på samma sätt och att detta är väl förankrat i organisationen, tydliga riktlinjer som uppmuntrar kritiskt tänkande och reflektion.

Nyckelord

RETTS-journal, omvårdnadsbehov, omvårdnadsdokumentation, patientsäkerhet, akutsjuksköterska

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Problemområde	4
Bakgrund	5
Säker vård	5
Omvårdnadsdokumentation	5
Akutsjukvård/Akutsjuksköterska	7
Dokumentationsverktyg	8
Hendersons omvårdnadsteori	9
Syfte	10
Specifika frågeställningar	10
Metod	11
Urval	11
Datainsamling	12
Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Vilken omfattning som omvårdnadsbehovet bedöms bland manliga respektive kvinnliga patienter.	16
I vilken omfattning skiljer sig bedömningen av omvårdnadsbehovet mellan manliga och kvinnliga patienter	18
I vilken omfattning finns det skillnad på åldern i vilken uträkning omvårdnadsbehovet bedöms	19
På vilket sätt påverkar det totala patientflödet vid på akutmottagningen omfattningen av akutsjuksköterskans omvårdnadsbedömning vid inskrivning av patienten	20
Diskussion	21
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer	26
Referenser	28
Bilaga 1 (2)	31
.....	31

Introduktion

Problemområde

Dokumentationen är en stor del av sjuksköterskans arbetsuppgifter men det finns brister vilket sätter patientsäkerheten i fara och patienten kan utsättas för en vårdskada (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2007). En studie av Zegers et al (2011), vars syfte var att bedöma förhållandet mellan kvalitén på dokumentationen i patientjournalerna och förekomsten av negativa konsekvenser för patienten, fann att bristande kvalitet på den informationen som fanns i patientjournalen var associerat med högre frekvens av negativa konsekvenser för patienten. Bättre dokumentation kommer att gynna kvalitén på vårdprocessen och minska risken för biverkningar. I en litteraturstudie av Wang, Hailey och Yu (2011), vars syfte var att identifiera och standardisera tidigare forskning angående omvårdnadsdokumentation och dess kvalitet, identifierades brister i omvårdnadsdokumentationer och påtalade behovet av vidare forskning angående noggrannheten i dokumentationen.

Det åligger sjuksköterskan enligt lag att dokumentera (Patientdatalagen, SFS 2008:355) och ge vård av god kvalitet som tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen (HSL, SFS 1982:763). Vården ska ges med respekt för människor och vara lättillgänglig. Det är därför av vikt att studera och granska i vilken utsträckning omvårdnadsbehovet dokumenteras. Det som inte dokumenteras "finns inte" och har inte hänt.

Forskningen kring akutsjuksköterskans dokumentation av patientens omvårdnadsbehov på RETTS-journalen tycks saknas, vilket gör att kunskapen om akutsjuksköterskans dokumentation angående patientens omvårdnadsbehov är otillräckligt, även i avseende av kön och ålder.

Bakgrund

Säker vård

En av kärnkompetenserna inom sjuksköterskans specialistområden är säker vård, vilket innebär att skydda patienten mot en vårdskada (Edberg, Enhrenberg, Friberg, Wallin, Wijk & Öhlén. 2013). Patientsäkerhetslagens (SFS 2010:659) syfte är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och avser att skydda patienten från vårdskada. Vårdskada föreligger när patienten drabbats av lidande, fysisk eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade gjorts när patienten hade kontakt med hälso- och sjukvården (a.a.). Enligt Edberg et al (2013) är brister i kommunikationen och informationsöverföringen en av de mest frekventa orsakerna till vårdskada.

ICN:s etiska kod (2014) för sjuksköterskor innebär eller förordar att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Genom hela sitt omvårdnadsarbete skall akutsjuksköterskan ha ett etiskt tänkande samt ett personcentrerat förhållningssätt gentemot patienten (Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen för akutsjuksköterskor, 2010). Sjuksköterskan ska även följa etiska principer såsom autonomiprincipen, godhetsprincipen och principen att inte skada samt rättvisepincipen (Söderström, 2004).

Omvårdnadsdokumentation

Dokumentationen är en grund för att kunna ge en korrekt och säker vård till patienten. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) ska sjuksköterskan bland annat tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

En bidragande faktor till otillräcklig dokumentation kan bero på tidsbrist eller att materialet som dokumenteras i/på inte underlättar för dokumentation. Björvell (2013) skriver att tidsbrist är det största hindret för att planera och dokumentera vården. Garzia De Marinis et al. (2010) genomförde en studie vars syfte var att utvärdera omvårdnaden som sjuksköterskorna gav patienterna med den omvårdnad som dokumenterades. De fann att endast 40 % av den omvårdnad som sjuksköterskan gav patienterna dokumenterades i journalerna. De dagar då sjuksköterskan hade mycket omvårdnadsarbete dokumenterades detta i lägre grad patientens journal. Studien belyste behovet av dokumentationssystem som underlättar dokumentationen. Liknande resultat framkom även i Pans, Sergeis, Nieberg och Van der Schans (2010) studie

som undersökte noggrannheten av omvårdnadsdokumentationen. Under ett år studerades olika patientjournaler på tio olika sjukhus i Nederländerna. Resultatet visade på att sjuksköterskorna behöver förbättrade dokumentationssystem som kan koppla diagnos, åtgärder, framsteg och utvärdering, för att förbättra noggrannheten i omvårdnadsdokumentationen. Författarna kom fram till att behov av vidare forskning behövdes (a.a). Sjuksköterskan på en akutvårdsavdelning dokumenterar oftast i ett datorprogram jämfört med att sjuksköterskan på en akutmottagning oftast fortfarande dokumenterar på pappersjournal. Ambulanssjuksköterskan dokumenterar numera oftast i ett datorprogram och skriver sedan ut detta i pappersformat vid ankomst till akutmottagningen. På detta dokument, RETTS-journalen, fortsätter akutsjuksköterskan att dokumentera.

Jeffrics, Johnsson och Griffiths (2010) genomförde en metaanalys med syftet att syntetisera all relevant information om omvårdnadsdokumentation samt presentera viktiga kvalitetsaspekter gällande omvårdnadsdokumentation. De identifierade bland annat att omvårdnadsdokumentationen ska vara patientcentrerad samt vara klar och koncis för att det blir ett effektivt kommunikationsverktyg. Detta är i enighet med Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS, 1982:763) där det framgår att vården och behandlingen så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Enligt patientdatalagen (SFS, 2008:355) ska det alltid finnas en patientjournal vid vård av en patient och denna får inte delas med andra patienter. Den ska även innehålla uppgifter så att en god och säker vård uppehålls. Om uppgifter finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla patientens identitet, bakgrund till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder (a.a.). Även väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder samt uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i frågan om val av behandlingsalternativ samt, om möjligt till en förnyad medicinsk bedömning ska finnas med. Den ska även innehålla vem som dokumenterat och när denna gjordes. Anteckningarna ska vara skrivna på svenska och vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. En sjuksköterska har skyldighet att föra patientjournal (SFS, 2008:355).

Omvårdnadsdokumentationen ska, enligt Wikström (2012), utgöra en prioritering av hur snabbt patienten behöver behandling av läkare. Detta gör sjuksköterskan med hjälp av den

anamnes som tagit upp samt sina egna teoretiska kunskaper och kliniska erfarenheter. Vidare skriver Wikström (2012) att en bra anamnes är grundstenen inom akutsjukvården och att sökorden troligtvis är begränsade på grund av att patienten inte ska vistas på akuten så länge som hen oftast gör på en avdelning. Sökorden utgår från VIPS, Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet, som är en modell, vilken utgör ett redskap för sjuksköterskan att få struktur på informationen som dokumenteras gällande patienten i omvårdningsprocessen (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 1998; Björvell, 2013). Omvårdningsprocessen innebär olika faser som innefattar bedömning, diagnos/mål, planering, genomförande och utvärdering, vilka överensstämmer med VIPS-modellens huvudsökord som är omvårdnadsanamnes, omvårdnadsstatus, omvårdnadsdiagnos/omvårdnads mål, omvårdnadsåtgärder, omvårdnadsresultat, omvårdnadsmeddelande och omvårdnadsepikris (Ehnfors et al, 2007). Wikström (2012) skriver exempel på sökord enligt VIPS som är lämpliga för akutsjukvård såsom: kontaktorsak, hälsohistoria, överkänslighet, social bakgrund, omvårdnadstatus, andning/cirkulation, kommunikation, aktivitet, smärta/sinnesintryck, nutrition, elimination, hud/vävnad, omvårdnadsåtgärder, observation/övervakning, speciell omvårdnad samt läkemedelshantering (a.a.).

Akutsjukvård/Akutsjuksköterska

Med akutsjukvård avses den omvårdnad och vård som patienter erhåller inom de första 24 timmarna vid akutmottagning, akutvårdsavdelning eller motsvarande (Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen för akutsjuksköterskor, 2010). En akutmottagning, ofta indelad i kirurgi, ortopedi och medicin, är en central punkt i sjukvården och samverkar med primärvård, andra sjukhus, avdelningar, röntgen etc. Akutsjukvård är ett lagarbete där alla inblandade måste vara fokuserade på just sin position och sina arbetsuppgifter (Wikström, 2012). På en akutmottagning bedöms och därefter prioriteras patienten, så kallad *triagering*, vilket oftast görs av en sjuksköterska. Akutsjuksköterskan ska kunna genomföra och koordinera vårdinsatser utifrån patientens tillstånd, omvårdnadsbehov och tillgängliga resurser. Hen måste vidare vara väl insatt i vårdprocesser och flöden så patienter och närstående omhändertas på bästa sätt samt erhåller vård på rätt nivå. Syftet är att identifiera och dokumentera patienter med stort omvårdnadsbehov och vidta relevanta åtgärder (Wikström, 2012, Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen för akutsjuksköterskor, 2010).

Akutsjuksköterskan ska i omvårdnaden av patienten utgå från de sex kärnkompetenserna; personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård samt informations- och kommunikationsteknologi (Edberg et al, 2013).

Dokumentationsverktyg

År 2003 skapades ett protokoll som fick namnet RETTS, vilket står för Rapid Emergency Triage and Treatment System och är ett bedömningsverktyg av kontaktorsak och vitalparametrar. Utifrån detta systematiska och standardiserade arbetssätt är tanken att få en tillräckligt hög sensitivitet för att hitta de patienterna som är i behov av ett direkt akut omhändertagande (Widgren, 2012). År 2005 ändrades namnet till METTS, Medical Emergency Triage and Treatment System men år 2011 återupptogs namnet RETTS efter att det mellan 2005 och 2010 gjorts ett antal valideringar och uppdateringar (Widgren, 2012). Systemet används både vid akutmottagningar och inom ambulanssjukvård för bedömning av patienter (Widgren et al., 2009). Vitala parametrar som puls, blodtryck, syresättning, andningsfrekvens och temperatur bedöms tillsammans med symtom och kontaktorsak, ESS (Emergency Symptoms and Signs) och dokumenteras på REETS- journal (se bilaga 1). ESS är en algoritm baserat på sökord där specifika symtom och tecken medför olika prioriteringsnivåer. Alla ESS är uppbyggda på samma sätt, både prehospitalt och hospitalt. Poängsättningen/bedömningen kommer att avgöra den fortsatta handläggningen och den medicinska behandlingen (Widgren et al., 2008).

På RETTS- journalen finns det förtryckta rutor angående omvårdnadsbehovet där inskrivande sjuksköterska ska bedöma samt dokumentera fallrisk, autonoma brister, och omvårdnadsbehov (bilaga 1). Under fallrisk finns två bedömningsnivåer, ja eller nej och likaså under omvårdnadsbehov. En tom ruta är lika med icke bedömt. Under autonoma brister finns istället fyra bedömningskriterier avseende patientens förmåga att gå eller stå, toa, dricka samt orienteringsförmåga. Ett kryss i en av dessa rutor betyder att omvårdnadsbehovet är bedömt.

Region Skåne använder sig av Qlickview vilket är ett system som analyserar och kvalitetssäkrar olika data (Region Skåne, 2014).

Patientliggaren är ett program som patienten blir inskriven i när hen blivit mottagen och bedömd av akutsjuksköterskan. I detta program finns alla patienten som befinner sig inskrivna på akutmottagningen. Det är även ett verktyg som följer patientens vårdprocess från ankomst till akutmottagningen, triageringen. Där dokumenteras inskrivningstiden, personnummer och kontaktorsak samt följer sedan vad som gjorts och vilka åtgärder som planeras. När patienten lämnar akutmottagningen skrivs patienten ut och då kommer även utskrivningstiden att registreras på patienten om man söker på patienten. Patienten försvinner då från patientliggaren men patientinformationen sparas.

Hendersons omvårdnadsteori

Enligt Kirkevold (2000) utgår Hendersons omvårdnadsteori från tre utgångspunkter. Den första är att det finns vissa åtgärden som måste göras för att personen ska uppnå hälsa, tillfriskna eller få en fridfull död. Den andra är att personen normalt kan utföra dessa själva. Det tredje är återvinnande av självständigheten (Kirkevold, 2000).

Sjuksköterskans speciella funktion beskriver Henderson (1991)

”Sjuksköterskans speciella arbetsuppgift består i att hjälpa en individ, sjuk eller frisk, att utföra sådana åtgärder som befördrar hälsa eller tillfrisknande (eller en fridfull död); åtgärder individen själv skulle utföra om han hade erforderlig kraft, vilja eller kunskap. Denna arbetsuppgift ska utföras på ett sätt som hjälper individen att så snart som möjligt återvinna sitt oberoende” (sid10).

Enligt Henderson (1991) finns det 14 punkter som utgör grundprinciper för basal omvårdnad:

1. Att hjälpa patienten andas
2. Att hjälpa patienten äta och dricka
3. Att hjälpa patienten med uttömningen
4. Att hjälpa patienten inta lämplig kroppsställning när han går, sitter eller ligger samt växla ställning
5. Att hjälpa patienten till vila och sömn
6. Att hjälpa patienten välja lämpliga kläder samt med av- och påklädning
7. Att hjälpa patienten hålla kroppstemperaturen inom normala gränser
8. Att hjälpa patienten hålla sig ren och välvårdad samt skydda huden

9. Att hjälpa patienten undvika faror i omgivningen samt skydda andra mot skador som patienten eventuellt kan vålla, såsom infektioner eller våldshandlingar
10. Att hjälpa patienten att meddela sig med andra och ge uttryck för sina önskemål och känslor.
11. Att hjälpa patienten att utöva sin religion och leva i enlighet med sin uppfattning om rätt och orätt
12. Att hjälpa patienten att utföra arbete och skapande verksamhet
13. Att ge patienten möjlighet till förståelse och avkoppling
14. Att hjälpa patienten att lära

Oavsett medicinsk diagnos och behandling kan akutsjuksköterskan med stöd av Hendersons omvårdnadsteori bedöma patientens grundläggande omvårdnadsbehov.

Syfte

Syftet var att belysa i vilken utsträckning omvårdnadsbehovet är bedömt och dokumenterat eller inte av akutsjuksköterskan, avseende fallrisk, omvårdnadsbehov samt autonoma brister av sjuksköterskan.

Specifika frågeställningar

- I vilken omfattning bedöms omvårdnadsbehovet bland manliga respektive kvinnliga patienter.
- I vilken omfattning skiljer sig bedömningen av omvårdnadsbehovet mellan manliga och kvinnliga patienter?
- I vilken omfattning finns det skillnad i åldern mellan patienter där omvårdnadsbehov bedöms?
- På vilket sätt påverkar det totala patientflödet vid på akutmottagningen omfattningen av akutsjuksköterskans omvårdnadsbedömning vid inskrivning av patienten.

Metod

En kvantitativ ansats där retrospektiv deskriptiv journalgranskning valdes som metod till denna uppsats. En retrospektiv design sågs som passande eftersom de studerade händelserna redan hade ägt rum innan studien påbörjats. En kvantitativ ansats var passande eftersom data gick att beskriva med siffror samt att kunskap som avsågs kunna uppnås genom att mäta, genom ett matematiskt tillvägagångsätt förelåg. En deskriptiv studie användes för att belysa och beskriva de fenomen som förekom alternativt frekvenser av en eller flera händelser (Polit & Beck, 2013).

Urval

Studien genomfördes genom journalgranskning av RETTS- journaler. Det som studerats i denna magisteruppsats är om omvårdnadsbehovet är bedömt avseende fallrisk, omvårdnadsbehov samt om det finns autonoma brister. Även se om det finns skillnad i ålder eller kön när omvårdnadsbehovet bedömt eller inte bedömt samt se om det finns skillnad i patientflödet och bedömning av omvårdnadsbehov när detta bedöms eller inte. Studien genomfördes som en retrospektiv registerstudie på ett akutsjukhus i södra Sverige som använder sig av RETTS-journal. Urvalet var konsekutivt. Konsekutivt urval användes eftersom alla individer undersöktes som passerar mottagningen under en viss fördefinierad tidsperiod och som uppfyllde uppsatta inklusionskriterier (Billhult & Gunnarsson, 2012). Fick urvalet genom Qlickveiw av behörig person. I urvalet ingick alla patienter som under en vecka besökt en akutmottagning i södra Sverige. *Inklusionskriterier* var vuxna patienter över 18 år som besökte akutmottagningen under en förutbestämd vecka. Patienter under 18 år *exkluderades* samt patienter som kom in till akuten som traumalarm då annat journalblad än RETTS- journal används. Hela urvalet granskades och dubletter på inskrivningar togs bort. Patienter som kom på återbesök dagen efter räknades som två besök för att en ny RETTS-journal skrivs och en ny bedömning på patienten görs då. Tidsperioden var en förutbestämd vecka måndag till söndag för att kunna studera alla veckans dagar då patientflödet oftast varierar från dag till dag.

Datainsamling

På RETTS- journalen finns det förtryckta alternativ angående omvårdnadsbehovet där inskrivande sjuksköterska ska bedöma samt dokumentera fallrisk, autonoma brister, och omvårdnadsbehov (bilaga 1). Under fallrisk finns två alternativ, ja eller nej, likaså under omvårdnadsbehov. Om alternativen inte är ikryssade gjordes bedömning att omvårdnadsbehovet inte var bedömt. Under autonoma brister finns istället fyra alternativ avseende om patienten har brister i gå eller stå, toa, dricka samt orienterad. Ett kryss i en av dessa alternativ betyder att omvårdnadsbehovet är bedömt. Författarna valde frågeställningar utifrån att forskningen kring akutsjuksköterskans dokumentation av patientens omvårdnadsbehov på RETTS-journalen tycks vara bristfällig. Författarna började med att undersöka om det finns skillnader mellan kön och om omvårdnadsdokumentation är gjord eller inte och mellan ålder och om omvårdnadsdokumentation är gjord eller inte.

Under en vecka samlades data från patientjournaler in på vuxna patienter som sökte på en akutmottagning i södra Sverige. Patientjournalerna granskades för att få svar på studiens syfte och frågeställningar. Vuxna patienter avses i föreliggande studie vara personer över 18 år, se under urvalsavsnittet.

Antalet patienter blev 1154 stycken. Granskningen utfördes genom att granska alla journalerna. I 15 av journalerna saknades inskannade RETTS-journalblad och dessa exkluderades. Bortfallet blev $15 \text{ av } 1154 = 1,3 \%$. Varje patients journal i Melior öppnades och RETTS-journalen som ligger i inskannade dokument granskades genom att dessa avlästes om bedömningen var gjord eller inte. Vidare avidentifierades patienterna med nummer och sammanfördes i ett Excel program. RETTS-journalerna sorterades ut i kronologisk ordning i fallande led avseende ålder. För varje granskad RETTS-journal fördes statistik. En datatablå bör organiseras på ett sådant sätt att inmatning och bearbetning av data underlättas (Björk, 2010). Personnummer avkodades av nyckelvariabel i form av löpnummer så att personernas identitet inte gick att utläsa. Denna variabel sattes i första kolumnen, detta för att kunna använda löpnumret för att identifiera och särskilja enskild deltagares uppgifter i forskningsdatabasen. Personnummer ska inte finnas i den datafil som ska användas för de statistiska analyserna (a.a.). Varje individ som ingår i undersökningen matades in som en egen rad i Excel programmet och varje variabel fick en egen kolumn för att inte blanda olika företeelser eller egenskaper. Kolumner/variabler som användes var bakgrundsvariabler som

ålder och kön, 1 för kvinna och 0 för man. Dessa valdes för att kunna bedöma de undersökta gruppernas sammansättning och jämförbarhet och för att få svar på våra frågeställningar. För att underlätta bearbetningen av de binära variablerna kodades dessa med siffrorna 0 och 1, 0 nekande och 1 jakande. Om omvårdnadsbehovet dokumenterats, 1 för ja och 0 för nej. Om dokumentation hade förekommit så noterades vilket av omvårdnadsbehov, fallrisk eller autonomi som hade fyllts i på liknande sätt med 1 för ja och 0 för nej. Inskrivningstid dokumenterades samt antal/flöde på akutmottagningen vid det tillfälle patienter skrevs in på akutmottagningen. Denna data överfördes sedan till SPSS för statistisk deskriptiv analys för att få fram vårt resultat.

Analys av data

För att få svar på syftet och frågeställningarna användes en deskriptiv analys i form av statistik. Detta för att få en överblick över datamaterialet sammansättning samt kunna upptäcka direkta felaktigheter eller eventuella skevheter i materialet (Björk, 2010). Ett datorprogram för statistisk analys, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) användes.

Variabler som valdes ut från RETTS- journalerna var ålder, kön, om rutorna angående patientens omvårdnadsbehov, fallrisk samt autonoma brister är ikryssade eller inte. Även antal patienter/ flödet som vistades på akutmottagningen då varje enskild patient skrevs in. Inskrivningstiden valdes då det oftast är då sjuksköterskan bedömer/dokumenterar omvårdnadsbehovet. Detta inhämtades från patientliggaren samt Qlickview. Dessa variabler valdes för att besvara syftet och frågeställningarna. En variabel består av värden som kan variera och är av olika typer beroende på vilka värden den kan anta. Det är även en uppgift som kan variera mellan olika individer i en undersökning (Björk, 2010).

Variablerna kön och om omvårdnadsdokumentation är gjort eller inte är kategorisk kvalitativa variabler. Dessa är nominalskala då de är en klassificering utan inbördes rangordning. Kön och om omvårdnaden är dokumenterad eller inte är binära/dikotoma variabler då endast två möjliga värden kan antas (Björk, 2010). Variablerna ålder samt patientflödet är kvantitativ diskret variabel då vi valde att beskriva ålder i hela fyllda år. Dessa är numeriska variabler som är meningsfulla att använda i matematiska beräkningar (Björk, 2010). Vi har valt att avrunda till två decimaler då innehållet blir mer lättläst och försåtligt.

Pearsons Chi2-test utfördes på variablerna ålder och dokumentation för att testa signifikansnivån. En statistisk signifikans vid p-värde 0.05 eller lägre valdes att accepteras (Ejlertsson, 1992; Billhult & Gunnarsson, 2012; Björk, 2010). Chi2- test mäter om fördelningen av individer skiljer sig mellan de olika kategorierna från vad man kan förvänta sig om det inte är någon skillnad (Björk, 2010).

För att få svar på första frågeställningen sattes variablerna kön och dokumentation mot varandra i beskrivande statistik i SPSS genom att analyseras i korstabeller (crosstabs). Kön och dokumentation som kvalitativa variabler sattes mot varandra. Kön beskrevs även i beskrivande statistik under frequencies och då kom indelningen av andelen män respektive kvinnor i urvalet fram. Antalet räknades i procent. Samma gällde för dokumentationen, om den gjorts eller inte. Pearsons Chi 2– test utfördes på dessa. Se tabell 1.

För att få svar på frågeställning nummer två sattes ålder och dokumentation mot varandra i beskrivande statistik i SPSS. Ålder som är en kvantitativ/metrisk variabel sattes i dependent list och den kvalitativa variabeln dokumentation sattes i factor list. Åldern räknades i medelvärde/medianen och det var medelvärdet/medianen som räknade om det fanns skillnader i åldern på det där omvårdnadsbehovet dokumenterades eller inte.

För att få svar på frågeställningen nummer tre sattes flödet/antal patienter har betydelse för om dokumentation av omvårdnadsbehovet är utfört eller inte. Flödet/antal patienter och är en kvantitativ variabel och denna sattes i dependent list och dokumentationen är en kvalitativ nominal variabel och sattes i factor list.

För att få materialet överskådligt presenteras resultatet i tabeller och diagram (Ejlertsson, 1992). De kvalitativa variablerna, kön och dokumentation presenteras i stapeldiagram och cirkeldiagram medan de kvantitativa variablerna ålder och patientflöde presenteras i histogram (Björk, 2010).

Forskningsetiska avvägningar

Författarna har skriftligen kontaktat verksamhetschefen för akutsjukvård på ett sjukhus i södra Sverige för godkännande av att göra magisteruppsatsen där. Författarna fick även godkännande att använda magisteruppsatsen som ett kvalitetssäkringsarbete. Alla akutjournaler behandlades konfidentiellt. All personal i forskningsprojekt som är med i användningen av etiskt känsliga uppgifter bör underteckna tystnadsplikt (vårdvetenskapliga

rådet, 2013). Personuppgiftslagens (SFS, 1998:204) syfte är att ”skydda människor mot deras personliga integritet kränks genom behandling av personuppgifter”. Med personuppgifter menar lagen ”all slags” information som direkt eller indirekt kan hänföras till en fysisk person som är i livet” (a.a.). Uppgifterna på identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att personen inte kan identifieras av utomstående (vårdvetenskapliga rådet, 2013). Journalerna avidentifierades och kodades före granskningen och materialet förvarades inlåst så att obehöriga inte fick tillgång till det.

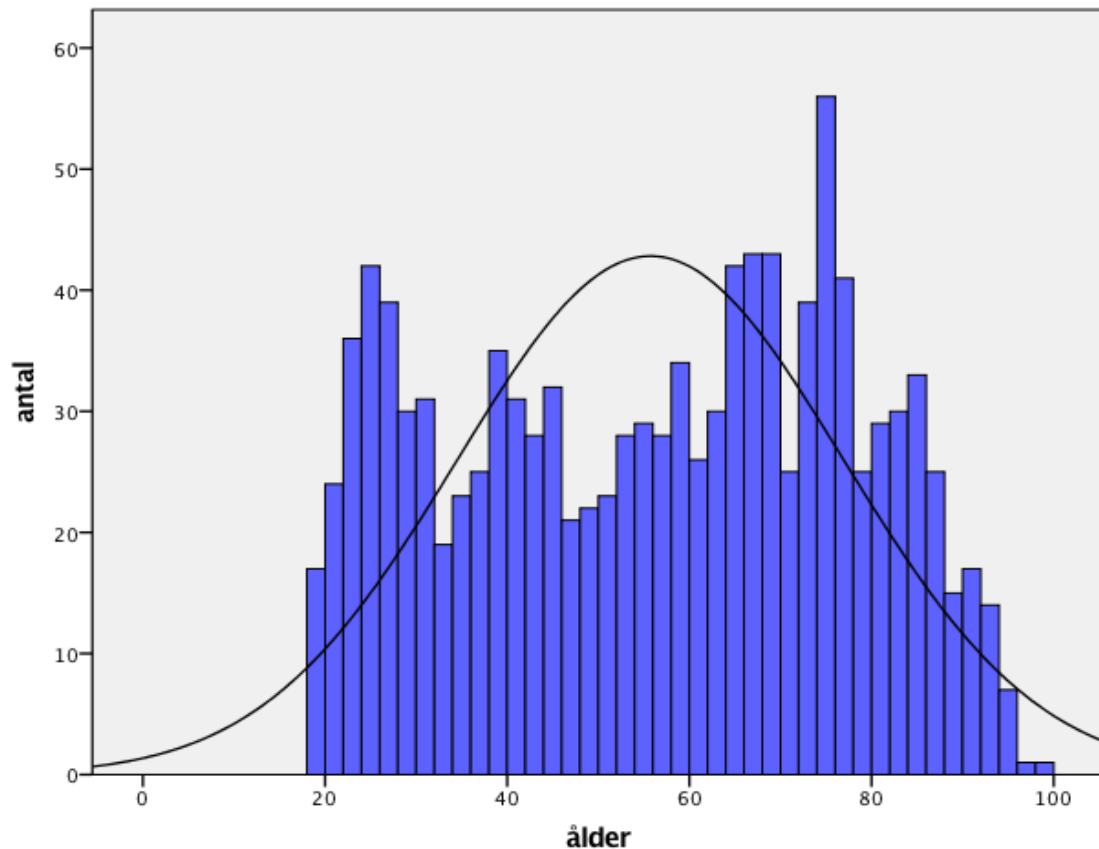
Nyttjandekravet avser att de uppgifter som samlats in om deltagarna i undersökningen endast få användas för forskningsändamålet (vårdvetenskapliga rådet, 2013). Denna magisteruppsats insamlade uppgifter användes bara till denna magisteruppsats och kommer att förstöras när magisteruppsatsen är godkänd och klar.

Granskning av journaler görs oftast för att få svar på hur vården för en grupp patienter med något problem fungerar och vilket utvecklingsbehov som finns (Ehnfors et al, 2007).

Ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) i Lund har gjorts och de har lämnat rådgivande yttrande till studien. Dessa rådgivande yttranden har följts av författarna. Denna magisteruppsats har fått godkännande av verksamhetschef att användas som ett kvalitetsutvecklingsarbete och denna skriftliga tillåtelse från verksamheten har även VEN fått tillgång till.

Resultat

Totalt 1154 personer som besökte akutmottagningen under den specifika veckan uppfyllde Inklusionskriterierna. I 15 av fallen (1,3 %) fanns ingen RETTS-journal inskannad och detta blev bortfallet. Totalt var det 529 män och 610 kvinnor. Åldern på männen varierade mellan 19-93 år och kvinnorna mellan 19-99 år. Variationsvidden var 19-99 år.



Figur 1. Histogram: Patientålder samt antal patienter som besökte akutmottagningen under en vecka. Medelvärde 55,73, SD 21,22, N= 1139.

Vilken omfattning som omvårdnadsbehovet bedöms bland manliga respektive kvinnliga patienter.

Antalet RETTS- journaler på kvinnliga patienter där omvårdnadsbehovet var dokumenterat/bedömt var 255 stycken (41,8%) av totalt 466. På 355 (58,2%) RETTS- journaler på kvinnliga patienter var omvårdnadsbehovet inte dokumenterat/bedömt av totalt 673.

Tabell 1. Andel och procent där omvårdnadsbehovet är dokumenterat/bedömt för kvinnliga patienter.

		<i>Totalt</i>	<i>Kvinnor</i>
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Omvårdnadsbehovet	Ja	466 (40,9)	255 (41,8)
dokumenterat/bedömt	Nej	673 (59,1)	355 (58,2)
	Summa	1139 (100)	610 (100)

Medelåldern på kvinnorna där omvårdnadsbehovet var bedömt/dokumenterat 58,93 år och medianen var 61år. SD var 21,78. Medelåldern på kvinnorna där omvårdnadsbehovet inte dokumenterats/bedömt var 54,44 år och medianen var 54 år. SD var 22,22. Kvinnors medelålder skilde sig 4,49 år mellan om omvårdnadsbehovet var dokumenterat/bedömt. Kvinnor där omvårdnadsbehovet dokumenterades var i genomsnitt 4,49 år äldre än kvinnor vars omvårdnadsbehov inte var dokumenterat bedömt. Det finns ett samband mellan åldern för kvinnliga patienter om omvårdnadsbehovet dokumenteras eller inte ($p=0,013$).

Tabell 2. Medelåldern på kvinnor där omvårdnadsbehovet är dokumenterat/bedömt eller inte.

		<i>Medelåldern i år för kvinnor</i>
Omvårdnadsbehovet dokumenterat/bedömt	Ja	58,93
	Nej	54,44

*Chi 2-test p-värde = 0,13, T-test = 0,013

Antalet RETTS- journaler på manliga patienter där omvårdnadsbehovet var dokumenterat/bedömt var 211 stycken (39,9%) av totalt 466. På 318 (60,1%) RETTS- journaler på manliga patienter var omvårdnadsbehovet inte dokumenterat/bedömt av totalt 673 stycken.

Tabell 3. Andel och procent där omvårdnadsbehovet är dokumenterat/bedömt för manliga patienter.

		<i>Totalt n (%)</i>	<i>Män n (%)</i>
Omvårdnadsbehovet dokumenterat/bedömt	Ja	466 (40,9)	211 (39,9)
	Nej	673 (59,1)	318 (60,1)
	Summa	1139 (100)	529 (100)

Medelåldern på männen där omvårdnadsbehovet var bedömt/dokumenterat var 56,25 år och medianen var 62 år. SD var 19,60. Medelåldern på männen där omvårdnadsbehovet inte dokumenterats/bedömt var 54,25 år och medianen var 57 år. SD var 20,47. Männens

medelålder var två år högre då omvårdnadsbehovet var dokumenterat/bedömt. Männerna där omvårdnadsbehovet dokumenterades var i genomsnitt 2 år äldre än män vars omvårdnadsbehov inte var dokumenterat/bedömt. Det finns inget samband mellan åldern för manliga patienter om omvårdnadsbehovet dokumenteras eller inte ($p=0,27$).

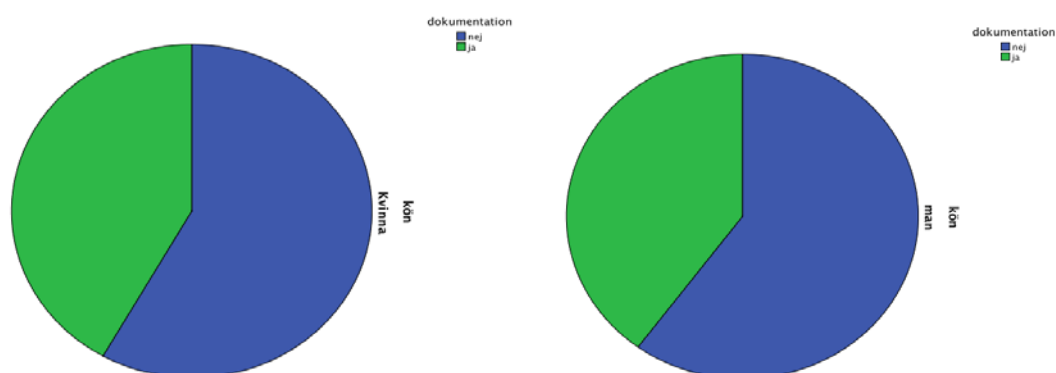
Tabell 4. Medelåldern på män där omvårdnadsbehovet är dokumenterat/bedömt eller inte.

		<i>Medelåldern i år för män</i>
Omvårdnadsbehovet dokumenterat/bedömt	Ja	56,25
	Nej	54,25

*Chi 2-test p-värde 0,94, T-test = 0,27

I vilken omfattning skiljer sig bedömningen av omvårdnadsbehovet mellan manliga och kvinnliga patienter.

Sammanlagt var det 529 män (46,4%) och 610 kvinnor (53,6%). Totalt 1139 RETTS-blad. Av alla dessa var omvårdnadsbehovet dokumenterat/bedömt på 466 stycken (40,9%) och inte dokumenterat på 673 stycken (59,1%) Av männen så var omvårdnadsbehovet dokumenterat/bedömt på 211 RETTS-journaler (39,9%) och inte dokumenterat på 318 RETTS-journaler (60,1%). Av kvinnorna var omvårdnadsbehovet dokumenterat/bedömt på 255 RETTS-bladet (41,8%) och inte dokumenterat/bedömt på 355 RETTS-blad (58,2%).



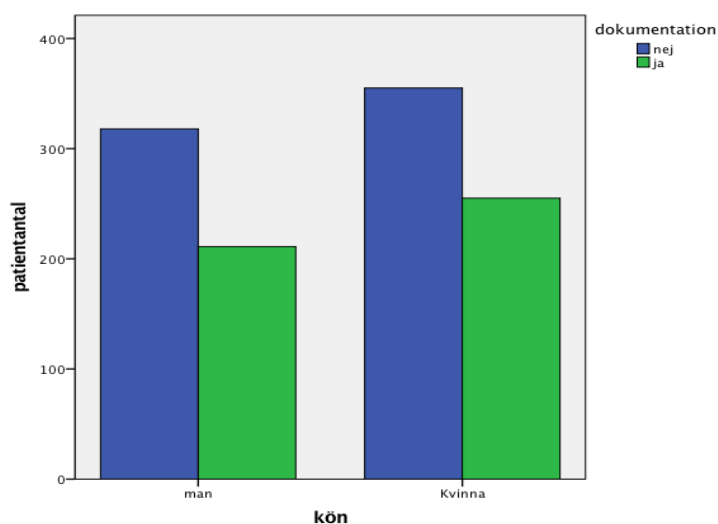
Figur 1. Cirkeldiagram. Andelen dokumenterat omvårdnadsbehov eller ej dokumenterat

omvårdnadsbehov avseende kvinnliga respektive manliga patienter.

Tabell 3. Andel och procent där omvårdnadsbehovet är dokumenterat/bedömt eller inte för manliga och kvinnliga patienter.

		<i>Totalt</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Omvårdnadsbehovet	Ja	466 (40,9)	211 (18,5)	255 (22,4)
dokumenterat/bedömt	Nej	673 (59,1)	318 (27,9)	355 (31,2)
	Summa	1139 (100)	529 (46,4)	610 (53,6)

*Chi 2-test p-värde 0,51



Figur 2. Kumulativt stapeldiagram. Andelen dokumenterat omvårdnadsbehov eller inte dokumenterat omvårdnadsbehov kön.

Pearsons Chi2 test visade 0.51 och man kan inte utgå från att detta resultat representerar 95 % av populationen. Pearsons korrelationstest (r) visade -0.02 det vill säga att korrelationen mellan kön på patienterna på akuten och om omvårdnadsbehovet dokumenterades/bedömdes eller ej, inte visade signifikans med 95 % säkerhet ($p= 0,51$) det vill säga att det inte finns skillnad i vilken utsträckning omvårdnadsbehovet bedöms mellan manliga och kvinnliga patienter.

I vilken omfattning finns det skillnad på åldern i vilken uträkning omvårdnadsbehovet bedöms

Medelåldern var på hela undersökningsmaterialet är 55.73 år, Medianen uppmättes till 57,82 år. SD var 21,22. Nedre kvartilen 37,27år och övre kvartilen 73,76 år.

Medelåldern där omvårdnadsbehovet dokumenterades/bedömdes var 57,71 år och medianen 62 år. SD var 20,84. Nedre kvartilen var 41 år och övre kvartilen var 75 år.

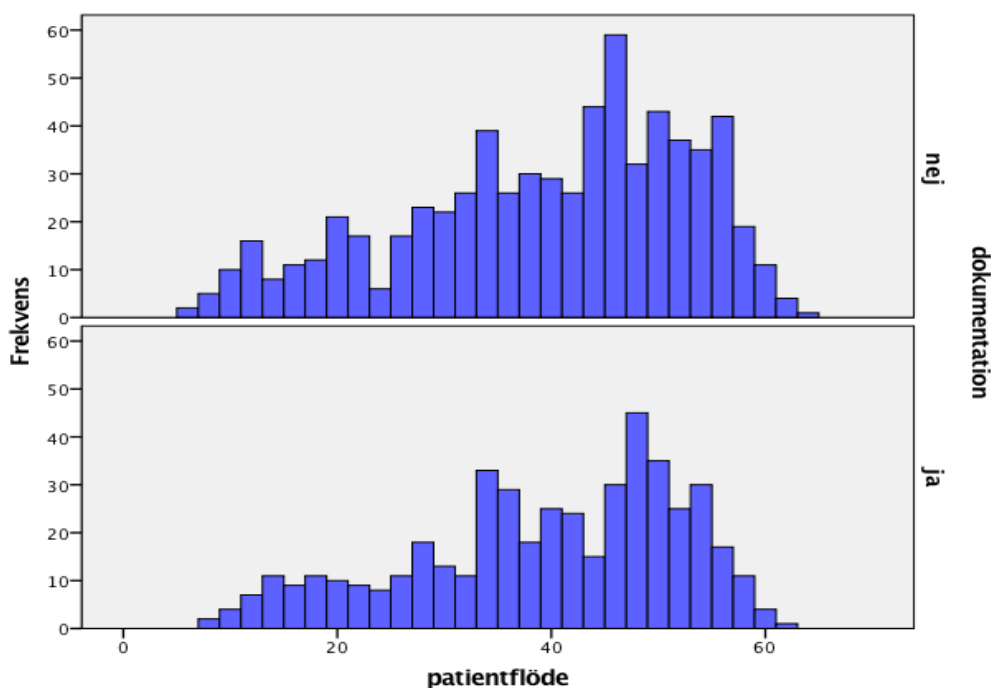
Medelåldern där omvårdnadsbehovet inte dokumenterats/bedömts var 54,35 år och medianen var 55 år. SD var 21,39. Nedre kvartilen var 35 år och övre kvartilen 73 år.

Pearsons Chi2 test ($p=0.23$) visade att man ej kan utgå från att detta resultat representerar 95 % av populationen. Pearsons korrelationstest (r) visade -0.08 d.v.s. att korrelationen mellan medelåldern på patienterna på akuten och om omvårdnadsbehovet dokumenterades/bedömdes eller ej visade signifikans på 95 % säkerhet, $p= 0,009$.

Medelåldern på personerna där omvårdnadsbehovet dokumenterades/bedömdes var sju år högre än där omvårdnadsbehovet inte dokumenterades/bedömdes. Det fanns en signifikant skillnad ($p= 0,009$).

På vilket sätt påverkar det totala patientflödet vid på akutmottagningen omfattningen av akutsjuksköterskans omvårdnadsbedömning vid inskrivning av patienten

Patientflödet på akutmottagningen varierade mellan 6 till 63 patienter per inskrivningstillfälle den specifika veckan. Medelvärde var 39 patienter och medianen låg på 41 patienter. SD var 13,02. Nedre kvartilen var 31 patienter och övre kvartilen var 49 patienter.



Figur 3. Korrelation mellan antal patienter och om omvårdnadsbehovet bedömdes eller inte.

Medelvärde av patientflödet då omvårdnadsbehovet inte dokumenterades/bedömdes var 39,02 patienter. Medianen var 42 patienter. Variationen låg mellan 6 till 63 patienter. SD var 13,32. Nedre kvartilen var 30 patienter och övre kvartilen var 49,50 patienter.

Medelvärde av patientflödet då omvårdnadsbehovet dokumenterades/bedömdes var 38,97 patienter. Medianen var 41 patienter. Variationen låg mellan 7 till 61 patienter. SD var 12,59. Nedre kvartilen var 31 patienter och övre kvartilen var 49 patienter.

Pearsons Chi2 test visade 0.19 och man kan ej utgå från att detta resultat representerar 95 % av populationen. Pearsons korrelationstest (r) visade -0.002 det vill säga att korrelationen mellan patientflödet på akuten och om omvårdnadsbehovet dokumenterades/bedömdes eller ej visade inte är signifikant på 95 % säkerhet ($p= 0,947$).

Diskussion

Syftet var att belysa i vilken utsträckning omvårdnadsbehovet är bedömt och dokumenterat eller inte avseende fallrisk, omvårdnadsbehov samt autonoma brister av sjuksköterskan.

Alternativen på RETTS-journalen gällande omvårdnadsbehov har ett direkt samband med Henderssons 10 av 14 grundprinciper för basal omvårdnad för att hjälpa patienten att uppnå välbefinnande/hälsa. En korrekt dokumentation/bedömning på RETTS-journalen underlättar akutsjuksköterskans och andra yrkeskategorier omvårdnadsarbete som leder till att patienten får en adekvat personcentrerad vård. Även Maslows behovsteori utgår från att tillfredsställa människans basala behov samt prioriterar dessa. Fysiologiska behov såsom mat, dryck och sömn, denna nivå är den mest grundläggande (Maslow, 2013).

Metoddiskussion

Resultatet av denna studie kan anses vara trovärdigt då det material som studerats inte kunnat påverkas. Trots att bara en av fyra frågeställningar visade på signifikans så påvisar ändå resultatet att akutsjuksköterskan inte bedömer/dokumenterar omvårdnadsbehovet på en rimlig nivå. Frågeställningarna är rimliga då tidigare forskning inte är stort och att börja med att titta på hur dokumentationen är fördelad över kön och patientflöde känns rimligt.

Inklusionskriterierna var vuxna patienter över 18 år som besökte akutmottagningen under en förutbestämd vecka. Patienter under 18 år *exkluderades* samt patienter som kom in till akuten som traumalarm då annat journalblad än RETTS- journal används. Detta var rimliga kriterier utifrån vårt syfte och frågeställningar och med tanke på att RETTS journalen för barn (RETTS-p) är annorlunda hade det varit svårt att jämföra resultaten. På traumamanualen finns inga förgjorda alternativ avseende omvårdnadsbehov, fallrisk samt autonoma brister. Även patienter som kom till akutmottagningen via ambulans inkluderades, vilket kan ha påverkat resultatet. Ambulanssjuksköterskorna har oftast RETTS-journalen elektroniskt och vid granskningen av journalerna upplevde författarna att omvårdnadsbehovet oftare var bedömt/dokumenterat på patienter som kom in med ambulans till akutmottagningen än på de patienter som togs sig till akutmottagningen själv. Möjligtvis hade resultatet kunnat få ett annat utfall om studien bara valt att granska patienter som kom direkt till akuten utan att komma med ambulans.

Retrospektiv journalgranskning medför möjlighet att undersöka ett stort forskningsmaterial (1139 journaler) som ger svar på syfte och frågeställningar men saknar dokumentation av sjuksköterskans egna observationer och motiveringar till dokumentationen. Variablerna anses vara lätta att replikera, såsom kön, patientflöde, ålder samt om dokumentation/bedömning av omvårdnadsbehov är gjord eller inte. Samma resultat på dessa variabler skulle återfås vid

replikering. Systematiska fel kan hota den interna validiteten, vilket kan bero på 1. Selektionsfel, 2. Informationsfel, 3. Förväxlingseffekter (Björk, 2010). Författarna har granskat materialet var för sig samt tillsammans och kommit fram till samma resultat. Detta för att kontrollera att rätt data kopplas till rätt variabel så att det blir rätt avkodning. Görs detta på ett fel leder detta till ett felaktigt resultat. Variablerna som användes saknar subjekt bedömning.

Vid analys användes det statistiska programmet SPSS, var för sig och tillsammans för att försäkra studiens ekvivalens (Polit & Beck, 2013). Det statistiska programmet, SPSS är ett bra redskap att använda vid statistiska beräkningar men kräver förkunskap om hur det ska tillämpas, vilket till viss del kan ha betydelse för om inmatning och avkodning gjorts rätt. Detta försökte minimeras genom att båda författarna först var för sig matade in data i programmet och sedan gjorde det tillsammans.

Om urvalsperioden för en ny studie skulle vara efter publicering av uppsatsen, kan resultatet av denna studie påverkas relaterat till detta förbättringsarbets inflyttande. Författarna kan inte uttala sig om hur resultaten skulle påverkas om en annan tidsperiod hade valts innan publicering. Sammanfattningsvis bedömer författarna att studiens reliabilitet är god.

Urvalet var inte normalfördelat avseende patienternas ålder samt antalet patientbesök på akutmottagningen under en vecka men parametrisk metod (t-test) valdes ändå på grund av det stora urvalet i denna magisteruppsats. Detta för att jämföra medelvärdet i två olika grupper. Författarna till denna magisteruppsats har valt att redovisa materialet i både medelvärde och median för att underlätta jämförelse med andra studier. Om undersökningsmaterialet är tillräckligt stort så följer medelvärdets fördelning, stickprovsfördelning ungefär en normalfördelning. Detta gäller även om variabelvärdena är snedfördelade (Björk, 2010). Eftersom urvalet i denna magisteruppsats är stort valdes även presentation av medelvärdet då detta alltid blir normalt fördelat om undersökningsmaterialet är tillräckligt stort, det vill säga mer än 50 händelser/journaler (Björk, 2010).

Validitet påvisar om det verkliga förhållandet som finns mellan olika variabler kan styrkas av en studie. De sanna sambanden mellan variablerna kan uppnås genom ett stort urval (Polit, 2013). En vecka kan tyckas vara en kort urvalstidsperiod men gav 1145 journaler, vilket räknas som tillräckligt stort. I 15 (1,3 %) av journalerna saknades inskannad RETTS-journal. Detta bortfall är dock litet och resultatet påverkas inte av detta. Dock finns risk att patientsäkerheten

är i fara och patienten kan utsättas för en vårdskada om det saknas delar i en patientjournal. Berörd verksamhet kommer att informeras om detta. Variablernas olikhet ger stor power till designen. Validiteten i studien stärks av variablernas olikheter (a.a.). Det var tidskrävande att leta upp patientens RETTS-journalblad då det är inskannat under olika kliniker vilket beror på om och vilken klinik patienten hade besökt. Tidseffekten har ingen inflytande över författarna då insamlingsdata skulle vara detsamma oavsett när den skulle utföras. Författarna förtutfattade meningar har inte kunnat påverka datainsamlingen då journalföringen ägde rum i en tidigare tidsintervall samt att tolkningsmöjlighet inte fanns.

För att kunna generalisera ett resultat måste undersökningen innehålla karakteristiska delar så nära verkligheten så möjligt avseende: population, tid, undersökningar och andra omständigheter (Polit & Beck, 2013; Björk, 2010). Tidsperioden som valdes tog hänsyn till eventuella helgdagar, semesterperioder och strävade efter en vanlig vecka med vanlig personalbemanning då det finns uppfattningar att vikarierande personal inte har samma rutiner som ordinarie personal. Bemanningen på helger är reducerad samt arbetssättet varierar dag, natt och helger vilket kan påverka olika faktorer. Patienterna som kommer till akutmottagningen med ambulans blir bedömda av ambulanspersonal som möjligen har mer tid med patienten under färden. Hur bemanningen var på ambulansen under respektive vecka vet vi inte. Studien utfördes på ett sjukhus och kan därför ge en indikator på hur det kan se ut på andra akutmottagningar i Sverige. Författarna till denna studie har uppmärksammat att det är bristfälligt med studier inom detta område och menar att det finns behov av vidare forskning. Hur ser det ut på andra akutmottagningar i övriga Sverige? Hur har andra akutmottagningar löst detta problem för patientsäkerheten? Det hade det varit intressant om vidare forskning jämförde resultaten från olika akutmottagningar och ser om det finns skillnader eller inte.

Resultatdiskussion

Resultatet från vår journalgranskning är att akutsjuksköterskan behöver bli bättre på att dokumentera/bedöma omvårdnadsbehovet på vuxna patienter överlag men framförallt yngre vuxna patienter. Resultatet visar på att det finns signifikanta skillnader mellan patientens ålder och där omvårdnadsbehovet är bedömt. Medelåldern på patienterna där omvårdnadsbehovet är bedömt är sju år högre än för patienterna där omvårdnadsbehovet inte är bedömt. Detta tror vi kan bero på att personalen oftast i större utsträckning tycker att det är onödigt att

dokumentera på yngre friska patienter som tillsynes inte har något omvårdnadsbehov. I en studie av Coleman (1997), där sjuksköterskans dokumentation undersöktes, framkom att det finns två olika sorters dokumentation, *documentation by exeption* och *documentation by inclusion*. Vid *Documentation by exeption* behöver inte sjuksköterskan dokumentera till exempel om behovet inte förekommer, utan bara dokumentera när ett behov uppmärksammas. Vid *documentation by inclusion* dokumenteras allt, även om det inte uppmärksammas något behov, alltså två svarsalternativ, ja eller nej. Enligt Coleman (1997) var fördelarna med *documentation by exeption*: mindre tidskrävande, mindre pappersarbete, minska repetition i dokumenteringen, synliggör förändringar hos patienten samt att sjuksköterskan inte negligerar det som inte är dokumenterat.

Medelåldern på kvinnor där omvårdnadsbehovet dokumenterades eller inte skilde sig signifikant vilket det inte gjorde för männen. Medelåldern på både männen och kvinnorna där omvårdnadsbehovet dokumenterades eller inte skilde sig också signifikant. Hur kan det vara så? Medelåldern där omvårdnadsbehovet är dokumenterat/bedömt eller inte bedömt skiljer sig mer mellan kvinnorna än för männen. Medelåldern för männen är lägre. Författarna upptäckte vid granskningen av RETTS-journalerna att det kanske mer berodde på vem som dokumenterade än om patienten var man eller kvinna. Anledningen till detta antagande var om en patient kom på återbesök hade denna bedömts ha ett omvårdnadsbehov dagen innan men på återbesöksdagen blev det inte bedömt. Samma sak tror vi gällde mellan patientflödet och om omvårdnadsdokumentationen är bedömt eller inte. Despina, Scott-Cawiezell & Rouder (2010) undersökte en teori om hur sjuksköterskor upptäcker och tolkar patienternas olika risksignaler och kom fram till att sjuksköterskornas förmåga att identifiera dessa signaler är motarbetade av trötthet, utbildning, instrumentens reliabilitet, arbetsmiljö och sjuksköterskornas syn på organisationen. Om individen som har ansvar för monitoreringen saknar förmåga att identifiera risksignalerna kan våldsskador inträffa (a.a).

Det fanns inget samband mellan patientflödet och om bedömningen/dokumentationen av omvårdnadsbehovet eller inte. Författarna till denna magisteruppsats tror att det behövs mer fördjupad utbildning i dokumentation som ger sjuksköterskan ingående kunskaper i varför och hur man dokumenterar. Daskein (2009) fann i sin studie ett samband mellan sjuksköterskans utbildningsnivå och noggrannheten i journalföringen. Utbildning har visat sig ha partiell förbättring i sjuksköterskornas dokumentation enligt Neary (2014). Dokumentationen kan inte enbart förbättras av universitetsutbildning utan även klinisk

erfarenhet har betydelse (a.a.). Personalutbildningens former har utvecklats över tid precis som patientjournalens innehåll. E-learning är ett sätt att utbilda personal på ett kostnadseffektivt sätt men den saknar möjligheten att ställa frågor och föra diskussioner (Chang, Liu & Hawang, 2011). För att uppnå en maximal effekt bör e-learning kompletteras med face-to-face utbildning där personalen får möjlighet att komplettera kunskaperna genom samtal och diskussioner (Evatt, Ren, Tuite, Reynolds & Hravnak, 2014). Författarna till denna uppsats tror att regelbunden utbildning underlättar för sjuksköterskor att hålla sina kunskaper uppdaterade. Stevenson och Nilsson (2011) undersökte sjuksköterskornas syn på den elektroniska patientjournalen och identifierade faktorer som ställer patientsäkerheten i fara. Sjuksköterskornas både positiva och negativa åsikter om själva systemet bidrar till en förbättring av dokumentationsmöjligheter som stärker patientsäkerheten (a.a.). Författarna menar att det är viktigt även ur ett patientsäkerhetsperspektiv att alla dokumenterar på samma sätt och att detta är väl förankrat i organisationen, tydliga riktlinjer som uppmuntrar kritiskt tänkande och reflektion.

Sjuksköterskans förmåga att identifiera riskfaktorer hos patienten kan leda till en tidig identifiering av patientens försämring och hindra en vårdskada (Despins et al., 2010). Brist eller avsaknad av information på REETS-journalen kan leda till att patientsäkerheter brister. I vår granskning var omvårdnadsbehovet i nästan 60 procent på RETTS-journalerna inte dokumenterat/bedömt. Akutsjuksköterskan kan ha svårigheter att upptäcka en försämring om hen inte vet patientens habituella tillstånd.

Konklusion och implikationer

Akutsjuksköterskans omvårdnadsdokumentation på RETTS-journalen kan bara bli bättre. Det hade kanske underlättat om RETTS-journalen ändrades något och det enbart dokumenterades när patienten har ett omvårdnadsbehov och i så fall vilket. Är det nödvändigt att dokumentera om patienten inte har något omvårdnadsbehov? Finns risken att något missas annars?

En förutsättning för att patienten ska få bästa möjliga vård är att dokumentera på samma sätt.

Vidare forskning på att jämföra omvårdnadsdokumentationen på patienter som kommer med ambulans till akutmottagningen med dem som söker själva till akutmottagningen hade varit

intressant. Informera/utbilda om vikten med korrekt och rätt dokumentation är en nödvändighet. Denna studie visar på att dokumentationen/bedömningen av omvårdnadsbehovet kanske inte beror på patientflödet utan mer på vem som dokumenterar/bedömer det. Beror det på att vi inte "tycker" att det behövs dokumentera på unga friska personer? Intressant forskning hade varit en kvalitativ studie på akutsjuksköterskans upplevelser och syn på omvårdnadsdokumentation på en akutmottagning.

Referenser

- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Analytisk statistik. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 317-328). Lund: Studentlitteratur.
- Björk, J. (2010). *Praktisk statistik för medicin och hälsa*. Stockholm: Liber.
- Björvell, C. (2013). *Sjuksköterskans journalföring och informationshantering. En praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Chang, H. U., Liu, C.F., & Hawang, H. G. (2011) Exploring nursing e-learning systems success based on information system success model. *Computers Informatics Nursing*, 29(12), 741-7.
- Coleman, A. (1997). Where do I stand? Legal implications of telephone triage. *Journal of clinical nursing*, 6, 227-231.
- Daskein, R., Moyle, W., & Creedy, D. (2009). Aged-care nurses' knowledge of nursing documentation: An Australian perspective. *Journal of clinical nursing* 18, 2087–2095 doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02670.x
- Despins, L. A., Scott-Cawiezell, J., & Rouder, J. (2010). Detection of patient risk by nurses: a theoretical framework. *Journal of advanced nursing*, 66(2), 465-474.
- Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., & Wijk, H. (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå: Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (1998). *VIPS-boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. (FoU-rapport nr 48). Stockholm: Vårdförbundet.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2007). *VIPS-boken – om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. (2. uppl.). Stockholm: Vårdförbundet.
- Ejlertsson, G. (1992). *Grundläggande statistik – med tillämpningar inom sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Evatt, M., Ren, D., Tuite, P., Reynolds, C. & Hravnak, M. (2014). Development and implementation of an educational support process for electronic nursing admission assessment Documentation. *Medsurg Nursing*, 23(2), 89-95.
- Garzia de Marinis, M., Piredda, M., Chiara Pascarella, M., Vincenzi, B., Spiga, F., Tartaglini, D., Matarese, M. (2010). "If it is not recorded, it has not been done!": Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1544-1552.

- Henderson, V. (1991). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Borås: Almqvist & Wiksell.
- Jeffries, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112-124.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Maslow, A. H. (2013). *A theory of human motivation*. Martino Publishing. Mansfield Centre. USA.
- Neary, A. (2014). Do emergency nurse practitioners provide adequate documentation? *Emergency nurse*, 4(22), 34-40.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M., Van der Schans, C. P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of advanced nursing*, 66(11) 2481-2489.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2013). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott: Williams & Wilkins.
- Region Skåne (2014) *Vårdgivare Skåne. QulickView- grundkurs*. Hämtad 19 oktober, 2016, från: <http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/utbildningskalender/e-learning/qlickview---grundkurs/>.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 6 februari, 2016, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Hämtad 28 mars, 2016, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Hämtad 6 februari, 2016, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Hämtad 19 oktober, 2016, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- Stevenson, J. E. & Nilsson, G. (2011). Nurse´s perception of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Jurnal of Advance Nursing*, 68(3), 667-676.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etisk kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening och Riksföreningen för akutsjuksköterskor (2010). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialisering inom akutsjukvård*. Stockholm: SSF.

Söderström, M. (2004). Genusperspektiv på forskningsetik granskning. I B. Hovellius & E. Johansson (Red.). *Kropp och genus i medicinen* (sid. 105-113). Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapliga rådet. (2013). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 28 mars, 2016, från Vetenskapliga rådet, <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to it evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of advanced nursing, sep 2011*; 67(9): 1858-1875.

Widgren, B., Jourak, M., Martinius, A., 2008. Ny träffsäker triagemetod METTS-A ger underlag för prioritering till rätt vårdnivå. *Läkartidningen, 105* (4), 201–204.

Widgren, B.R., Örnunge, P., Trauman, S., Thörn, K., 2009. Akutvården säkrare och effektivare med gemensamma metoder. *Läkartidningen, 106* (49), 3348–3349.

Widgren, B. (2012). *RETTTS: akutsjukvård direkt*. Lund: Studentlitteratur.

Wikström, J. (2012). *Akutsjukvård: omvårdnad och behandling vid akut sjukdom eller skada*. Lund: Studentlitteratur.

Zegers, M., De Bruijne, M. C., Spreuwenberg, P., Wagner, C., Groenewegen, P. P. & Van Der Wal, G. (2011). Quality of patient record keeping: an indicator of the quality of care. *British Medicine Journal Quality & Safety, 20*(4), 314-318. doi:10.1136/bmjqs.200

Bilaga 1 (2)



Akutjournal enligt RETTS ©

IDhandling sign
Ja Nej

klistra patientetikett

Amb.nr	Larmtid	MA	SL
Datum	Akut ssk	Akutmott kl.	Medgivande Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>

Disciplin: _____

Aktuellt

Tid. väs. frisk Kardiovaskulär sjd. Cerebrovask sjd. Hjärtsvikt Immunosuppr. Blödningbenäg./AK-beh
 Njursjukdom Leversjukdom Lungsjukdom Malignitet op inom 3 mån Diabetes Ins Tabl

Överkänslighet		Blodsmitta		MRB Misstanke		GE misstanke		Ökad fallrisk		Omv.behov?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Gå + stå <input type="checkbox"/> Toa	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Triage	A	Patient ej i behov av triage <input type="checkbox"/> = Blå prio		<input type="checkbox"/> Ofri luftväg <input type="checkbox"/> Stridor	<input type="checkbox"/> Larm
	B	SpO2 på luft	AF/min	<input type="checkbox"/> SpO2 < 90% med O2 <input type="checkbox"/> AF > 30 eller < 8	<input type="checkbox"/> SpO2 < 90% utan O2 <input type="checkbox"/> AF > 25
	C	Puls	BT	<input type="checkbox"/> RR > 130 el OR > 150 <input type="checkbox"/> SBT < 90 mmHg	<input type="checkbox"/> Puls > 120 eller < 40 <input type="checkbox"/> Puls > 110 eller < 50
	D	RLS /GCS	kl:	<input type="checkbox"/> Medvetslös <input type="checkbox"/> Krampanfall	<input type="checkbox"/> Somnolent/RLS 2-3 <input type="checkbox"/> Akut desorienterad
	E	Temp	EKG <input type="checkbox"/> Ja	Laksign EKG	<input type="checkbox"/> Temp > 41°, < 35° <input type="checkbox"/> Temp > 38,5°

Röd ESS Orange ESS Gul ESS Grön ESS
 Röd prio Orange prio Gul prio Grön prio
 Prover kl: sign Prover kl: sign Prover kl: sign Prover kl: sign

Omprio/reevaluering sign/klocksag Kommentar till omprio ID-band sedan tidigare Patient fått ID-band sign Läk sign

Närstående	tel.	Närstående kontaktad?	sign.
<input type="checkbox"/> Ja kl. <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja kl. <input type="checkbox"/> Nej	

Övr.åtg	Pvk strl	plac.	sign	Fasta kl:	Tolk behov	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Tolk kl:
Prover	Pvk strl	plac.	sign	IO	plac.	sign	Språk:

Övervakning	kl: sign							Läk.sign	kl.	sign
	AF							KAD nr/ml		
	CO2							Bladderscan ml		
	SpO2							V-sond nr		
	O2							Spinal immobilisering		
	BT S							Halskrage		
	D									
	Puls									
	RLS									
	VAS									

Läkemedel	Beredningsform, läkemedel, mängd, dos, adm sätt	Läk.sign	kl:	sign	Beredningsform, läkemedel, mängd, dos, adm sätt	Läk.sign	kl:	sign

13.03 Läkings-Stamp 0411-411 60

Läkemedel	Beredningsform, läkemedel, mängd, dos, adm sätt	Läk.sign	kl:	sign	Beredningsform, läkemedel, mängd, dos, adm sätt	Läk.sign	kl:	sign
Åtgärd	Åtgärd på akuten							
	Läk.sign							
Rtg	<input type="checkbox"/> Lungor <input type="checkbox"/> CT hjärna <input type="checkbox"/> CT thorax (LE) <input type="checkbox"/> CT buk <input type="checkbox"/> UL ben <input type="checkbox"/> UL buk <input type="checkbox"/> BÖS <input type="checkbox"/> Urografi <input type="checkbox"/> CT halsrygg <input type="checkbox"/> CT ansikte <input type="checkbox"/> CT aorta <input type="checkbox"/> Bäckren/höft							remix/fax/sign
Omvårdnadsåtg/händelser	Rond/tillsyn							
Kontakt med hemsjukvård/hemtjänst inför hemgång Hemsjukvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hemtjänst <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Anhörig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Nycklar finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Journalanteckning medskickad/faxad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Remiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Transportsätt _____ beställt kl. _____ Hämtas av anhörig _____								
Tillvarataget <input type="checkbox"/> Värdesaker/kläder tillvaratagna <input type="checkbox"/> Värdesaker lämnat till anhörig <input type="checkbox"/> ID-handling åter sign								
LÄKARORDINATIONER TILL AVDELNINGEN	Orsak/diagnos/ICD10	<input type="text"/>	Ansv Läk	Avdelning - vårdnivå				
	PBD/ÅTG/VB	<input type="text"/>						
	<input type="checkbox"/> Rapporterad till husjour/bakjour							
	<input type="checkbox"/> Ny bedömning kl. _____							
	Prover/odl avd _____ Syrgas: % via specialmask: _____ eller liter/minut <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Grinna							
	Röntgen och undersökningar från avd: _____							
	Per os Op-anmäld Hygien och fallrisk <input type="checkbox"/> Fasta <input type="checkbox"/> Fritt flytande <input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Skärpt hygien/GE <input type="checkbox"/> MRB isolering <input type="checkbox"/> Ökad fallrisk							
	Ordinerade basala kontroller Monitorering <input type="checkbox"/> Puls, Blodtryck, Saturation, AF _____ ggr per dygn <input type="checkbox"/> Ischemiövervakning <input type="checkbox"/> Telemetri _____ <input type="checkbox"/> Vakenhet (RLS), Temp _____ ggr per dygn <input type="checkbox"/> Vätskelista <input type="checkbox"/> Bladderscan _____ <input type="checkbox"/> Urinmätning <input type="checkbox"/> Timdiures _____							
	Enligt vårdprogram <input type="checkbox"/> _____							
	Avdelning	<input type="text"/>	Bakavd.	<input type="text"/>	Rapporterad till ssk:	Rapporterad av ssk / läk:		