

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

2009:40

Perioperativ omvårdnadsdokumentation
Sjuksköterskans dokumentation på operationsavdelningen

Mats Sunneskär



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Perioperativ omvårdnadsdokumentation. Sjuksköterskans dokumentation på operationsavdelningen av patientens operationsupplevelser

Författare: Mats Sunneskär

Ämne: Vårdvetenskap
Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Fristående kurs

Handledare: Sylvia Määttä

Examinator: Elisabeth Björk - Bramberg

Sammanfattning

Under senare år har den perioperativa sjuksköterskegruppen alltmer uppmärksammat bristerna i den del av sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation som varit direkt kopplad till den perioperativa omvårdnaden. Omvårdnadsdokumentationen har ofta varit spridd på många ställen i olika journalsystem. Den vårdvetenskapliga problematiken ligger i att den perioperativa sjuksköterskan i mötet med patienten tenderat att mer dokumentera med fokus på den rent medicinska omvårdnadsdelen jämfört med den omvårdnadsdokumentation som är relaterat till patientens lidande/välbefinnande. Detta kan ge kvalitativt sämre förutsättningar för en god intraoperativ vårdrelation nästa gång patienten möter sjuksköterskan på en operationsavdelning. Förståelsen av de erfarenheter patienten gjort och som kunnat påverka hela patientupplevelsen har i och med detta hamnat i bakgrunden. Det har resulterat i att anesthesi- och operationssjuksköterskan inte fullt ut tagit vara på kunskapen i patientens upplevelse av tidigare operationstillfälle.

Syftet med uppsatsen är att belysa anesthesi- och operationssjuksköterskors omvårdnadsdokumentation av den perioperativa processen

Metoden är empirisk studie i form av ett frågeformulär riktad till 6 operationsenheter i västra Sverige. Resultatet av studien visar att hälften av enheterna inte dokumenterar patientens upplevelser av operationstillfällena, upp till en fjärdedel av den totala omvårdnadsdokumentationen är relaterat till patientens lidande/välbefinnande medan resten är relaterad till medicinteknisk dokumentation. Studien visar att 5 av de 6 enheterna använder sig samma dokumentationsmall. Studien visar också att det finns ett behov av nationella gemensamma termer och begrepp inom perioperativ omvårdnadsdokumentation.

Nyckelord: perioperativ omvårdnadsdokumentation, patientupplevelse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Vad säger författningen	5
Omvårdnadsdokumentation och förutsättningar för dokumentation	6
Förutsättningar för samtal	7
PROBLEMFORMULERING	9
SYFTE	9
METOD	10
Urval	10
Presentation av operationsavdelningarna	10
Datainsamling	12
Dataanalys	12
RESULTAT	12
Operationsavdelningarnas omvårdnadsdokumentation	12
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
REFERENSER	21

BILAGOR

Bilaga 1. Introduktionsbrev till enkät

Bilaga 2. . Enkät

Bilaga 3. Introduktionsbrev till operationskoordinator/systemförvaltare

Bilaga 4. Frågor till operationskoordinator/systemförvaltare

INLEDNING

Jag har under åren 2003 – 2006 arbetat som projektledare med två sjukhusövergripande projekt ”Den nya operationsprocessen” samt införande av ett IT-baserat operationsplanerings-program. Under arbetet med dessa projekt blev det alltmer tydligt att en god perioperativ omvårdnadsdokumentation inte bara är en teknisk sådan. Att även dokumentera utifrån de erfarenheter patienten gjort som kan påverka hela patientupplevelsen ger ytterligare viktig information för att kunna ha patienten i fokus. Nu håller sjukhuset på med att integrera dessa dokumentationsdelar som en del i en elektronisk journal.

Under hösten 2007 har jag deltagit i en referensgrupp med uppgift att ge rekommendationer kring en framtida konsolidering av datorbaserade operationsplaneringsprogram. I dessa program finner man ofta den perioperativa dokumentationen. Därför har referensgruppen konstaterat att även den perioperativa dokumentationen som i dagsläget ofta är spridd på olika ställen behöver konsolideras så att hänsyn tas till detta i kommande val av gemensamma operationsplaneringsprogram.

BAKGRUND

Vad säger författningen

Under de senaste femton åren har det inom hälso - och sjukvården alltmer uppmärksammats vikten av att göra en samlad perioperativ omvårdnadsdokumentation. Denna dokumentation ingår som en naturlig del i omvårdnadsprocessen. Enligt socialstyrelsen skall *”sjuksköterskan självständigt tillämpa omvårdnadsprocessen genom observation, bedömning (omvårdnadsanamnes, status, mål), omvårdnadsdiagnostik, omvårdnadsordination, planering, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad.”* (Socialstyrelsen, 2003, s.11). Man betonar även vikten av att omvårdnadsdokumentationen inte är ett självändamål utan beskriver den som ett *”arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte tidigare träffat patienten”* (Socialstyrelsen, 1993, s 172).

Behovet och skyldigheten att på något sätt dokumentera i patientjournal i samband med operation har sedan länge funnits, mestadels för att kunna lämna en redovisning med fokusering på patientsäkerheten. Kontrollräkning av instrument samt kompresser är exempel där den ansvariga sjuksköterskan har krav på sig att dokumentera (SOSFS, 1982:19). I och med att patientjournalagen kom (SOSFS, 1985:562) skärptes kraven på att dokumentera men även i vilken form dokumentationen skulle göras, samt av vem.

Åtta år senare kom kravet på att en patientjournal skulle innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation med sjuksköterskan som samordnadsansvarig (SOSFS, 1993:20). Samma år gav Socialstyrelsen ut rekommendationer gällande bedömning, planering, genomförande och utvärdering av omvårdnadsåtgärderna (SOSFS, 1993:17).

Omvårdnadsdokumentation och förutsättningar för dokumentation

Det som behöver dokumenteras ur ett omvårdnadsperspektiv bör vara relaterat till patientens unika situation inför operationen. Speciell omvårdnad är ett exempel där olika former av tekniska hjälpmedel och dess eventuella konsekvenser i samband med omhändertagandet av patienten under operationen behöver dokumenteras. Andra exempel på dokumentation är omvårdnadsresultat och omvårdnadsepikris som är viktig dokumentation för den fortsatta postoperativa omvårdnaden.

På grund av nya författningar från tillsynsmyndigheten, ökar alltså behovet av att inte bara dokumentera den rent tekniska delen i omvårdnadsdokumentationen, utan att även dokumentera patientens välbefinnande ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. I och med detta blir dokumentationen mer komplicerad och splittrad i jämförelse med den rent medicinska journalen (Bergbom Engberg, 2000) I en artikel konstaterar dock Edel, Johnson och Tiller (1989) att *"Because of limited time in the operating room documentation on the perioperative record is often compromised"* (s.596). Enligt Rudolfsson (2007) gör den begränsade tiden på operationsavdelningen att patienten och anesthesi - eller operationssjuksköterskan inte hinner lära känna varandra när tid inte ges till samtal. På grund av denna tidsbrist kan det vara svårt för anesthesi- och operationssjuksköterskan att ge mötet och dokumentationen med patienten de förutsättningar som egentligen behövs. Eriksson (1988, s.55) anser att *"En vårdare får inte "forcera" en relation"* . I samband

med detta beskriver Eriksson (1988) också konflikten mellan att samla in och dokumentera så mycket omvårdnadsdata som möjligt mot att det faktiskt ger någonting som kan vara till nytta i vården av patienten. En essentiell faktor som skapar förutsättningar ligger hos vårdledaren som i sin roll att både utmana och ge stöd till sjuksköterskan, har en indirekt påverkan på dokumentationen (Rudolfsson, 2007).

Kan då sjuksköterskan exempelvis ta vara på kunskapen från patientens upplevelse av operationstillfällen och dokumentera detta? Betydelsen av att skapa en tydlig kvalitetssäkring som kan ligga till grund för kvalitetssäkrandet av det enskilda omvårdnadstillfället, blir allt tydligare i och med de nya författningarna. Kraven från författningarna har resulterat i användande av begreppen omvårdnadsdiagnos samt omvårdnads mål. Björvell (1995) uttrycker det som att omvårdnadsdiagnostik är formuleringen av de omvårdnadsproblem patienten har, dvs. de funktionsnedsättningar som uppstår hos patienten p.g.a. den medicinska åkomman eller behandlingen. Det blir också allt tydligare att sjuksköterskor nationellt men även internationellt behöver finna gemensamma termer och begrepp i arbetet med den perioperativa dokumentationen. I en artikel skriver Beyea (2003, s.23) att *“The benefits of structured vocabulary can only be fully realized when national documentation standards are established and implemented within and across settings”*. Märkligt nog skriver de europeiska författarna överlag inget om möjligheten till en internationell standard inom EU

Förutsättningar för samtal

En viktig del för den perioperativa sjuksköterskan är att genom samtal förbereda patienten i det unika sammanhang som vistelsen på en operationsavdelning innebär. Patientens behov av samtal inför operationen är ofta stort då den som sådan genererar flera olika frågeställningar. På många operationsavdelningar gör anesthesi/operationssjuksköterskan enskilt eller tillsammans preoperativa besök hos patienten inför operationen, vilket ger förutsättningar för en bättre omvårdnadsdokumentation inför patientens kommande operation. Bättre förutsättningar ges också om besöket görs på vårdavdelningen, en för patienten oftast upplevd tryggare miljö än operationsavdelningen. Det ger patienten en möjlighet att känna en större hälsa och gemenskap (Rudolfsson 2007). Min erfarenhet

som operationssjuksköterska är att den största svårigheten kopplat till besök på vårdavdelningen delvis beror på att man på operationsenheterna av tids- och resursbrist oftast har svårt att frigöra personal. Rudolfsson (2007) konstaterar att genomföra preoperativa besök ses på en del sjukhus som en resursfråga som hamnar långt ner i prioriteringsordningen. En annan viktig faktor enligt Rudolfsson, Hallberg, Ringsberg och von Post (2005) är att det fortfarande finns en tradition i vårt land att patienten och anesthesi - eller operationssjuksköterskan enbart möts på operationsavdelningen. Faulkner (1995) påpekar att valet av tidpunkt för samtalet styrs av den kontext som patienten befann sig i. Detta gör att mötet med patienten emellanåt sker inne på operationsavdelningen och ibland också på operationssalen.

I en perioperativ process kan således grundförutsättningarna för en bra dialog och möte med patienten oftast vara begränsade. Att utföra ett samtal i operationssalen full med diverse medicinteknisk utrustning, kan upplevas som både skrämmande och hotfull för patienten. Ibland finns dock ett förberedelserum som alternativ plats för det perioperativa samtalet. Tidsaspekten kan också vara ett problem eftersom sjuksköterskan på en operationsavdelning ofta arbetar under tidspress. Lindvall och von Post (2000) pekar på att mötena med patienten ofta är fyllda av för omvårdnad väsentliga komponenter:

Det som är unikt för anesthesi – och operationssjuksköterskans vårdande är de till synes korta möten under vilka hon skall förstå och lära känna patienten, utveckla en vårdrelation, inge förtroende, visa att hon har kunskap och känner till sina rättigheter och skyldigheter (s.23).

Mycket tyder dock på att även ett kort möte är bättre än inget möte alls. I det mötet ges möjlighet att bli medveten om den unika individen och hans/hennes upplevelse (Carnevali 1996). Faulkner (1995) påtalar vikten av att, trots långt från optimala förutsättningar, ändå försöka skapa ett samtalsklimat som möjliggör en dialog där patienten känner sig trygg.

PROBLEMFORMULERING

Bakgrunden till problemformuleringen är en bristande omvårdnadsdokumentation direkt kopplad till den perioperativa omvårdnaden. Den dokumentation som i dagsläget hittas ofta på olika ställen alltifrån IT-baserade journalsystem/operationsplaneringssystem till spridda omvårdnadsanteckningar i anestesi/operationssjuksköterskans pappersjournaler.

Den perioperativa omvårdnadsdokumentation finns på många olika ställen i journalen, vilket är ett problem för personalen och som kan äventyra patientsäkerheten istället för att den är samlad på ett ställe. Utöver detta tenderar de perioperativa sjuksköterskorna i mötet med patienten, att dokumentera med fokus på den rent medicintekniska omvårdnadsdelen jämfört med den omvårdnadsdokumentation som relaterar till patientens välbefinnande. Det ger sämre förutsättningar för en god intraoperativ vårdrelation nästa gång patienten möter en vårdare. Problematiken har accentuerats i och med den nationellt införda vårdgarantin, vilket innebär beslut om att operation skall erbjudas patienten på hemmasjukhuset inom 3 månader. Om sjukhuset inte kan erbjuda det, kan man som patient få sin operation utförd i första hand på annat sjukhus inom regionen än på ”hemmasjukhuset”. I det läget har inte det andra sjukhuset tillgång till ”hemmasjukhusets” perioperativa omvårdnadsdokumentation. Det är därför intressant att studera hur man som anestesi - och operationssjuksköterska dokumenterar sin omvårdnad på olika operationsenheter.

SYFTE

Syftet är att belysa anestesi- och operationssjuksköterskors omvårdnadsdokumentation av den perioperativa processen.

METOD

Uppsatsen är baserad på en empirisk studie vars ansats är empirisk. Kvale (2001) anser denna metod som lämplig för att för att samla in information som sedan kan ställas mot en hypotes eller en problematisering. I planeringen av en enkätstudie krävs att man i förväg beslutar hur undersökningen skall genomföras något som speglas i ibland annat frågeformulären. Lika viktigt är att ta ställning till antalet personer som behöver ingå för att svaren skall bli relevanta. I utformningen av ett frågeformulär blir frågorna oftast i karaktär av specificerade frågor. Kvale (2001) beskriver dessa som operationaliserade. Frågorna i enkäten är formulerade utifrån den vårdvetenskapliga problemformuleringen.

Urval

Studien i form av ett frågeformulär (Bilaga 2) skickades till de 6 största operationsenheterna i Västra Sverige. Urvalet baserades dels på en geografisk spridning dels på att blanda enheter med eller utan integrerad dagkirurgisk verksamhet för att få en variation av olika operationsenheter. En adjungerad klinisk lärare prövade frågeformuläret. Utifrån hennes rekommendationer gjordes smärre korrigeringar utifrån enstaka ord. Av de 6 tillfrågade operationsenheter svarade samtliga 6 på frågeformuläret. De som svarat har varit både anestesijuksköterskor - och operationssjuksköterskor.

Presentation av operationsenheterna

Operationsenhet 1 består av 12 operationssalar där man opererar övre gastrokirurgi, MIS (minimal invasive surgery), urologi, kärlkirurgi, endokrinkirurgi, transplantationskirurgi, ortopedi och jourtid även gynekologi och endoscopy. Vid enheten utförs ca 150 akuta och elektiva operationer per vecka. Det finns 52 anestesijuksköterskor och 51 operationssjuksköterskor och samtliga omvårdnadsdokumenterar.

Operationsenhet 2 består av 14 + 2 operationssalar där det utförs operationer inom ortopedi, kirurgi, urologi, gynekologi/obstetrik, öron, ögon, och käkkirurgi. Vid enheten utförs ca 225 akuta och elektiva operationer (förutom ögon operationer) per vecka. Det finns 40 anestesijuksköterskor och 40 operationssjuksköterskor, samtliga omvårdnadsdokumenterar

Operationsenhet 3 består av 11 operationssalar där det utförs operationer inom kirurgi, urologi, gynekologi/obstetrik, ortopedi samt på jourtid även öron. Vid enheten utförs ca 140 akuta och elektiva operationer i veckan varav ca 60 % av patienterna är sövda. Det finns 37 anestesijuksköterskor och 35 operationssjuksköterskor. Samtliga omvårdnadsdokumenterar.

Operationsenhet 4 består av 3 operationssalar där det utförs operationer inom kirurgi, gynekologi, urologi, ortopedi, samt sjukhustandvård. Vid enheten utförs ca 80 elektiva operationer i veckan varav 75 % av patienterna sövs. Det finns 11 anestesijuksköterskor och 7 operationssjuksköterskor, samtliga omvårdnadsdokumenterar.

Operationsenhet 5 består av 18 operationssalar där det utförs operationer inom kirurgi, gynekologi, öron, ortopedi, käkkirurgi, pedodonti, sjukhustandvård samt ögon. Vid enheten utförs ca 200 akuta/elektiva operationer i veckan varav 92 % sövs. Det finns 33 anestesijuksköterskor och 25 operationssjuksköterskor, samtliga omvårdnadsdokumenterar.

Operationsenhet 6 består av 10 + 4 salar där det utförs operationer inom kirurgi, urologi, gynekologi, öron, ortopedi, käkkirurgi, samt ögon. Vid enheten utförs ca 189 akuta/elektiva operationer per vecka varav 50 % är sövda. Det finns 37 anestesijuksköterskor och 31 operationssjuksköterskor. Operationssjuksköterskorna omvårdnadsdokumenterar.

Alla operationsenheterna har en systemförvaltare kopplad till respektive operationsplanerings/dokumentationssystem. Tre av enheternas systemförvaltare är tillika operationskoordinatorer.

Datainsamling

Jag har skickat ett introduktionsbrev (Bilaga 1) samt enkät (Bilaga 2) efter att i förväg varit i kontakt med en sjuksköterska på respektive operationsenhet som förmedlat namn på anesthesi - och operationssjuksköterskor som arbetat med omvårdnadsdokumentation. För att få mer information om respektive operationsenhet har även ett introduktionsbrev (Bilaga 3) skickats samt ett frågeformulär (Bilaga 4) till en operationskoordinator eller systemförvaltare (systemförvaltaren är en person med specialkunskaper i och huvudansvar för ett specifikt IT - system) tillhörande respektive operationsenhet. Samtliga operationsenheter har svarat på frågeformuläret, dock hälften av dem efter en skriftlig påminnelse.

Dataanalys

Den analysmetod som använts har under bearbetningen av materialet varit omväxlande kvalitativ och kvantitativ. Det hela kan beskrivas som en pågående växelverkan mellan de två metoderna (Kvale 2001). I resultatet har analysmetoden företrädesvis varit kvalitativ. Frågorna och svaren sammanställdes i fulltext i Excel och jämfördes med varandra med avseende på skillnader och likheter. I sammanställningen koncentrerades sedan svaren till ex. ja, nej, under och efter för att öka överskådligheten och underlätta jämförelsen.

RESULTAT

I resultatet redovisas frågeformulär (bilaga 2) med svar från anesthesi och operationssjuksköterskan.

Operationsenheternas omvårdnadsdokumentation

Genomgående för enheternas omvårdnadsdokumentation var att den inte var kopplad till någon dokumentationsteori däremot följde den oftast en specifik dokumentationsmall exempelvis Välbefinnande Integritet Prevention Säkerhet (VIPS). I resultat kommer svaret på enkäten att redovisas i form av svar på varje fråga.

Fråga 1

Hur länge har ni använt er av perioperativ omvårdnadsdokumentation?

Det visade sig att tidsperioden de undersökta enheterna haft omvårdnadsdokumentation varierade stort, från 5 till 14 år. En enhet svarade 5 år, två 8 år, en 9 år, en 12 år medan en enhet svarade 14 år.

Fråga 2

Är dokumentationen kopplad till någon dokumentationsteori?

På denna fråga svarade fem enheter att omvårdnadsdokumentationen inte var kopplad till någon särskild omvårdnadsteori, medan en enhet svarade att omvårdnadsdokumentationen grundades på omvårdnadsvetenskap i allmänhet.

Fråga 3

Följer ni någon särskild dokumentationsmall och i så fall vilken?

Här svarade tre enheter att de följde VIPS i sin helhet och två enheter att de delvis följde VIPS. En enhet använde sig av en befintlig dokumentationsmall i ett operationsplaneringsprogram.

Fråga 4

På vilket sätt dokumenterar ni (dator eller papper) och hur lång tid tar det?

Samtliga 6 enheter svarade att de omvårdnadsdokumenterade via dator. En enhet svarade att det tog 1-10 minuter per patient, fyra svarade 5-10 minuter medan en enhet svarade att det tog 7-10 minuter.

Fråga 5

Frågar ni efter och dokumenterar patientens operationstillfällen?

På denna fråga varierade svaren över en bred skala. En enhet svarade ja, två delvis, en svarade att man frågade men inte dokumenterade medan en enhet svarade nej.

Fråga 6

Har ni preoperativa samtal med patienten på avdelning eller sker det första mötet på operationsavdelningen i samband med ingreppet?

Svaren skiljde sig åt beroende på om det fanns någon form av dagkirurgisk verksamhet integrerad i verksamheten, då grunden för dagkirurgisk verksamhet bygger på att patienten är poliklinisk. En enhet svarade att de hade preoperativa samtal med alla patienter, tre enheter svarade att de inte hade några preoperativa samtal utan det första mötet skedde i samband med ingreppet medan två enheter svarade att de hade preoperativa samtal med de polikliniska patienterna. I annat fall skedde det första mötet i samband med ingreppet.

Fråga 7

När i mötet med patienten dokumenterar ni (under samtalet/efter samtalet)?

Svaren indikerade att dokumentationstillfället styrs av den specifika omvårdnadssituationen. Två enheter svarade under mötet, två enheter efter mötet och två enheter svarade under och efter mötet med patienten. En av enheternas sjuksköterskor beskriver det som:

Det beror på hur mötet blir. Man känner efter om man kan släppa patientens fokus och dokumentera eller om man måste stötta patienten om han/hon t.ex. är rädd, om det finns fler personal i rummet är det lättare, då kan t.ex. undersköterskan göra sina arbetsuppgifter medan jag dokumenterar etc, ibland säger jag till patienten att jag behöver anteckna eller titta igenom journalen för att få erforderlig information.

Fråga 8

Har anestesi och operationssjuksköterskan ett gemensamt ansvar för hela eller delar av dokumentationen?

På frågan om de har ett gemensamt ansvar svarade två enheter nej och fyra enheter svarade delvis (delar av dokumentationen).

Fråga 9

Hur stor del av omvårdnadsdokumentationen är relaterat till patientens välbefinnande?

Svaren varierade. Två svarade litet, en inte alls medan tre enheter svarade 25 % men kommenterade att dokumentationen huvudsakligen fokuserade på eventuella problemområden. En sjuksköterska beskrev det som: *”Inte speciellt mycket”*. De flesta av

oss dokumenterar nog problemområden och sådant som potentiellt kan bli problem för patienten". Den enheten som svarade att den inte alls relaterar till patientens välbefinnande, tillade som kommentar: "Vi har ett mycket dåligt dokumentationssystem. Vi kan inte skriva något om oro/rädsla/upplevelser eller hudfärg".

Fråga 10

Ligger den rena omvårdnadsdokumentationen som en integrerad del i anesthesi/operationssjuksköterskans journaler eller som en separat del?

Fyra enheter svarade att den låg som en integrerad del, en att den låg separat medan en enhet svarade att de inte gjorde någon omvårdnadsdokumentation

DISKUSSION

Metoddiskussion

Att skriva en uppsats baserad på en empirisk studie i form av en enkät med skrivna svar ställer stora krav på författaren. Det handlar då inte bara om att ställa de rätta frågorna och kunna bearbeta svaren. Det handlar lika mycket om att syftet med uppsatsen och dess problemformulering skall spegla innehållet i frågorna samt i resultatet. Med den bakgrunden valde jag att inkludera 6 olika operationsenheter, efter att i förväg varit i kontakt med en sjuksköterska på respektive operationsenhet som förmedlat namn på anesthesi och operationssjuksköterskor som där arbetat med omvårdnadsdokumentation.

För att kunna beskriva de olika operationsenheterna och dess verksamhet skickades ett introduktionsbrev samt frågor till respektive enhets operationskoordinator/systemförvaltare. De svarande bestod av både anesthesisjuksköterskor och operationssjuksköterskor, troligen beroende på att de båda kategorierna har dels ett gemensamt omvårdnadsansvar för patienten som sjuksköterska dels ett omvårdnadsansvar relaterat till den egna funktionen som specialistsjuksköterska.

I urvalet av enheter försökte jag välja sådana som var ungefär lika stora sett till antal medarbetare och ingrepp. En effekt av urvalet var att några av operationsenheterna hade dagkirurgiska patienter som en integrerad del i sin verksamhet, medan några inte hade det.

Denna effekt var intressant då svaren synliggjorde hur några av operationsenheterna skiljde på de polikliniska och inneliggande patienterna relaterat till det första samtalet. En operationsenhet hade mestadels dagkirurgiska patienter något som haft en mindre påverkan på svaren i sin helhet då ytterligare 4 av de 6 enheterna hade integrerat dagkirurgiska patienter i sin verksamhet.

Som författare till en enkät står man i valet att ha färdiga svarsalternativ eller att låta den svarande själv formulera sina svar. Fördelen med de färdiga svarsalternativen är att de är lättare att bearbeta och presentera i ett resultat men låser den svarande till svarsalternativen. Jag valde att låta svaranden formulera själv utifrån givna frågor. Att låta den svarande själv få formulera sina svar till enkäten ställer stora krav på innehållet i frågorna men även på den som svarar. Fördelen är att det som ”biprodukt” kan framkomma viktiga synpunkter. I båda fallen är introduktionsbrevet enligt min uppfattning av största betydelse. Det måste innehålla en tydlig bakgrund och ett tydligt syfte så att den svarande vet vad den svarar på.

I 4 fall av 6 fick jag efter 3 veckor skicka ett påminnelsebrev till de olika operationsenheterna. Jag fick då svar efter 1 vecka. Jag tolkar detta som att man har haft begränsat med tid till att sätta sig ner och besvara enkäten, ett fenomen som oftast är kopplat till alltför slimmade organisationer men också att man sannolikt har valt att prioritera annat än att svara på den. Jag har sökt förslag till enkäter men hittar bara förslag på medicintekniska sådana. Då jag inte fann någon färdig enkät att använda utformade jag den själv med de fel och brister det kan innebära. Enkäten har ändå fyllt sitt syfte då den gett svar på de frågor som fanns i den vilket inneburit att jag kunnat fullfölja syftet med min uppsats.

Resultatdiskussion

Termer och begrepp

Studien visar att man på 5 av 6 operationsenheter använt sig helt eller delvis av en och samma modell för dokumentation av omvårdnad i de perioperativa patientjournalerna. 5 enheter av 6 har också sin dokumentation som en integrerad del i

operationsplaneringsprogrammet. Fördelen med att dokumentera enligt en och samma dokumentationsmodell är uppenbar. Det ger förutsättningar för en god omvårdnad och ökad patientsäkerhet då innebörden av de olika begreppen är desamma oavsett vem som skriver eller läser dokumentationen. Integrationen med operationsplaneringsprogrammet har den fördelen att man får den perioperativa dokumentation samlad och lättillgänglig i en naturlig kontext. Problemen uppstår när enskilda enheter väljer att bara dokumentera vissa delar enligt modellen. Detta påverkar negativt möjligheterna till jämförande kvalitetssäkring och benchmarking enheterna emellan då man inte kan använda sig av samma sökord överlag. Socialstyrelsen har klargjort behovet av en kvalitetssäkring inom hälso och sjukvården med krav på sjuksköterskan att bedriva ett fortlöpande, systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete (Socialstyrelsen, 1993). För att detta skall kunna göras på ett adekvat sätt är det rimligt att vi som perioperativa sjuksköterskor ”talar samma språk”, med andra ord borde vi använda oss av gemensamma termer och begrepp.

Början till ett sådan gemensam dokumentation togs förra hösten då en referensgrupp med representanter från olika operationsenheter i västra Sverige i oktober 2007 lämnade ett betänkande till regionen. I betänkandet konstaterar man bland annat att det finns ett stort behov av att man snarast startar arbetet, med att ensa begrepp och termer kopplat till den dokumentation som görs i de olika operationsplaneringsprogrammen. Om detta kan göras är den stora vinnaren den enskilda patienten då vi som perioperativa sjuksköterskor kommer att ställa frågor med samma innebörd. Det är också viktigt att man som anesthesi- och operationssjuksköterska blir bättre på att identifiera det gemensamma ansvar man har för att dokumentera patientens välbefinnande. Nästa naturliga steg bör bli att skapa en nationell perioperativ omvårdnadsdokumentation med gemensamma termer och begrepp.

Studien visar att det inte bara inom operationssjukvården utan även inom sjukvården i allmänhet finns problemet med att inte ha en gemensam dokumentationsmodell med termer och begrepp Detta är inget svenskt fenomen utan finns även internationellt. I Storbritannien konstaterar Clark och Christensen (2003) att ”*UK nursing has no tradition of standardized language and the concept of nursing diagnosis is almost unknown*” (s.23). I en finsk studie konstaterades det att sjuksköterskor i allmänhet, inklusive den

perioperativa sjuksköterskan, har stora brister och problem i sin journalföring relaterat till brist på tid och standardiserad terminologi (Junttila, Salanterä & Hulpi, 2000).

Studien visar också att samtliga undersökta operationsenheter dokumenterar elektroniskt. Detta är också ett nationellt fenomen då datoriseringen av patientjournalerna på svenska sjukhus det senaste årtiondet ökat kraftigt. Detta har även spritt sig till operationsenheterna där den perioperativa sjuksköterskan lättare kan dokumentera när hon/han möter patienten. Här tycks de svenska förhållandena skilja sig från exempelvis de finska. Enligt Junttilas, et al (2000) studie använde sig bara 20 % av de perioperativa sjuksköterskorna på de tillfrågade finska sjukhusen av elektroniska dokumentationssystem medan resten skrev på papper. Datoriseringen ger oss som sjuksköterskor förutsättningar att på ett mer systematiskt sätt kvalitetssäkra samt forska kring vår omvårdnadsdokumentation.

Dokumentation relaterat till patientens välbefinnande och tidigare vårderfarenhet

I min problemformulering beskrev jag den vårdvetenskapliga problematiken utifrån följande aspekt. Den perioperativa sjuksköterskan tenderar i mötet med patienten att mer dokumentera med fokus på den rent medicinsktekniska omvårdnadsdelen jämfört med att dokumentera relaterat till patientens välbefinnande. Resultatet av min enkät tyder på att den vårdvetenskapliga problematiken är påfallande, men det kan i sin tur bero på utformandet av enkäten. Samma problem finns även på finska operationsenheter där Junttila, et al (2000) studie visade att bara 5 av 38 perioperativa dokumentationsmallar innehöll någon form av evaluering av patientens välbefinnande och/eller tidigare vårderfarenhet. Det verkade också vara en utbredd uppfattning bland perioperativa sjuksköterskor i studien att dokumentationsformen i första hand var till för att verifiera den medicintekniska delen, med andra ord om man som operationssjuksköterska i slutet av en operation inte behöver räkna instrument och material så behöver man heller inte dokumentera omvårdnaden (Junttila et al 2000). Det finns mig veterligen inte någon motsvarande svensk studie liknande denna vilket hade varit intressant att kunna hänvisa till.

Utifrån denna studie uppvisar således en majoritet av de studerade operationsenheterna brister i den del av omvårdnadsdokumentationen som är relaterad till patientens

välbefinnande. Detta gäller även i dokumentationen av tidigare vårderfarenhet. Bristerna består i att man bara ibland efterfrågar patientens tidigare vårderfarenhet. Sjuksköterskorna saknar även gemensamma rutiner för att dokumentera den omvårdnadsinformation man får. Därför försöker man att antingen dokumentera utifrån patientens eventuella problemområden, eller från annat som kan bli till problem för henne. Man kan också vänta med frågorna tills patienten kommit till postoperativa avdelningen.

I några kommentarer i enkätsvaren framgår det att man är väl medveten om bristerna men att man ännu inte hittat rätt verktyg för att kunna åtgärda dem. Likaså saknar man möjligheten till att göra preoperativa besök på vårdavdelningen i samband med operationen, något som en del enheter tidigare gjort men som av tidsbrist tagits bort.

Utifrån dessa svar är det värt att notera vad Socialstyrelsen skriver om hur dokumentationen i patientjournalen skall betraktas *”Den utgör arbetsverktyg eller underlag för bedömningen av de åtgärder som kan behöva vidtas av någon som inte tidigare träffat patienten”* (1993). Den omvårdnadsmissiga vinsten av en fördjupad perioperativ dokumentation ligger i att jag som sjuksköterska då ges möjlighet att tillgodogöra mig dokumentation av patientens välbefinnande samt andra upplevelser som kan ha gjorts vid tidigare operationstillfällen. Med tillgång till denna kunskap ökar min förståelse för patienten och ger mig möjlighet att på ett helt annat sätt bekräfta detta i direkta omvårdnadshandlingar.

Denna studie visar alltså att det inom de studerade operationsenheterna finns brister i den perioperativa omvårdnadsdokumentationen som sådan. Det faktum att största delen av den totala omvårdnadsdokumentationen som de 6 undersökta operationsenheterna presterade var relaterat till medicinskteknisk dokumentation, talar för att det finns olika uppfattning om vikten av att dokumentera omvårdnad. Det vore därför en vårdvetenskaplig utmaning att gå vidare med en nationell studie på ett antal operationsenheter relaterat till hur de bedriver den perioperativa omvårdnadsdokumentationen kopplat till vilka termer och begrepp man använder samt inställningen till den.

Betydelse för vårdandet

Vilken klinisk och vårdvetenskaplig nytta kan då resultaten generera? En utökad perioperativ omvårdnadsdokumentation som även tar tillvara patientens upplevelser genererar bättre förutsättningar för direkta perioperativa omvårdnadshandlingar nästa gång patienten skall opereras oavsett operationsenhet. De brister som kan uppstå i den direkta omvårdnaden när enskilda operationsenheter väljer att bara dokumentera viss perioperativ omvårdnadsdokumentation minskar. Eftersom vi lever i ett mångkulturellt samhälle bör möjligheterna öka att fånga upp den enskildes upplevelser, kopplat till etnisk eller kulturell bakgrund. Skapandet av nationella rutiner kopplat till en accepterad dokumentationsmodell för hur den perioperativa omvårdnadsdokumentationen skall utföras kan ge stort kliniskt och vårdvetenskapligt genomslag inte minst som underlag för omvårdnadsforskningen. Nationella rutiner kan öka förutsättningarna för jämförande kvalitetssäkring och benchmarking operationsenheter emellan. Detta bör vara till stor klinisk nytta samt ha betydelse för vårdandet av den enskilde patienten.

REFERENSER

- Bergbom Engberg, I. (2000) Vårdokumentation – kan datorer användas i vården?:
Ingår i K Dahlberg (red), *Konsten att dokumentera omvårdnad*
Lund: Studentlitteratur, s 77-84
- Beyea, S.C. (2003). Professional Nursing Through a Universal Record in Perioperative Settings. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 14 (4), 24.
- Björvell, C. (1995). *Sjuksköterskans journalföring*. Lund: Studentlitteratur.
- Carnevalli, D. (1996). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber AB.
- Clark, J., & Christensen, J. (1993). Developing Clinical Terms for Health Visiting in the United Kingdom. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 14(4), 23 -24.
- Edel, E.M., Johnson, P.R.,& Tiller, S.G. (1989). Perioperative Dokumentation: incorporating nursing diagnoses into the intraoperative record.
AORN Journal 58 (3) , 596-600.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Norstedts förlag AB.
- Faulkner, A. (1995). *Det professionella samtalet*. Stockholm: Liber utbildning AB.
- Kvale, S. (2001). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Junttila, K., Hulpin, M., & Salanterä, S. (2000). Perioperative Documentation in Finland.
AORN Journal 72 (5), 862-877.

Lindvall,L. & von Post, I. (2000). *Perioperativ vård*. Lund: Studentlitteratur.

Rudolfsson,G., Hallberg, L-M., Ringsberg, KC., & von Post,I. (2003). The nurse has time for me: The perioperave dialogue from the perspective of patients. *J Adv Perioper Care*, 1(3), 77-84.

Rudolfsson,G. (2007). *Den perioperativa dialogen – en gemensam värld* (akad avh.). Åbo akademi, enheten för vårdvetenskap, Åbo

Socialstyrelsen. (1982:19). *Socialstyrelsens föreskrifter om åtgärder mot att materiel oavsiktligt kvarlämnas i samband med operation*. (SOSFS 1982:19). Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (1993). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2007-10-28 på www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (1993). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Patientjournallagen*. (SOSFS 1993:20). Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen. (1993). *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. (SOSFS 1993:17). Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (1995). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Patientjournallagen*. Hämtad 2007-10-28 på www.socialstyrelsen.se

Borås 2007-11-20

Hej

Jag heter Mats Sunneskär och arbetar som op.ssk/op.koordinator på centraloperation SÄS Borås. För närvarande håller jag på med att skriva min C-uppsats i ämnet vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad/vårdvetenskap. Min handledare heter Sylvia Määttä.

Bakgrunden till ämnesvalet i min uppsats är att jag i mitt dagliga arbete ofta stöter på problemet med bristfällig perioperativ dokumentation som belyser patientens upplevelse inför och av tidigare operationstillfälle. Detta i sin tur gör att jag som sjuksköterska riskerar att få en ”sämre” förståelse av de erfarenheter patienten gjort och som kan påverka hela patientupplevelsen och min möjlighet att kunna ge patienten en god perioperativ omvårdnad. Det är ju inte ovanligt att en patient opereras mer än en gång i sitt liv.

Syftet med min uppsats är därför att beskriva den perioperativa dokumentationen som görs av anesthesi/operationssjuksköterskor på 6 av VG regionens operationsavdelningar. För att kunna göra detta behöver jag din hjälp med att svara på bifogad enkät. Enkäten består av 10 frågor som du besvarar i löpande text. Mitt förslag är att du kopierar enkätfilen skriver dina svar direkt i den och skickar kopian tillbaka som en bifogad word- fil till mig. Det ger dig minst arbete.

Om du behöver nå mig för någon fråga finns jag på:
mats.sunneskar@vgregion.se

033-6161000 personsökare 7015

Med vänlig hälsning
Mats Sunneskär

Borås
2007-11-11

Enkät

1. Hur länge har ni använt er av perioperativ omvårdnadsdokumentation.
2. Är dokumentationen kopplad till någon dokumentationsteori
3. Följer ni någon särskild dokumentationsmall och i så fall vilken (ex VIPS)
4. På vilket sätt dokumenterar ni (dator eller papper) och hur lång tid tar det
5. Frågar ni efter och dokumenterar patientens tidigare operationstillfällen
6. Har ni preoperativa samtal med patienten på avd. eller sker det första mötet på operationsavdelningen i samband med ingreppet.
7. När i mötet med patienten dokumenterar ni (under samtalet/efter samtalet).
8. Har anestesi och operationssjuksköterskan ett gemensamt ansvar för hela eller delar av dokumentationen.
9. Hur stor del av omvårdnadsdokumentationen är relaterat till patientens välbefinnande
10. Ligger den rena omvårdnadsdokumentationen som en integrerad del i anestesi/operationssjuksköterskans journal eller som en separat del.

Borås
2007-11-15

Jag heter Mats Sunneskär och arbetar som op.ssk/op.koordinator på centraloperation SÄS Borås. För närvarande håller jag på med att skriva min C-uppsats i ämnet vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad/vårdvetenskap. Min handledare heter Sylvia Määttä.

Syftet med min uppsats är att beskriva den perioperativa dokumentationen som görs av anestesi/operationssjuksköterskor på 6 av VG regionens operationsavdelningar. I uppsatsens metoddel behöver jag ge en kort beskrivning av respektive operationsavdelning och det är här jag behöver din hjälp. Jag skickar därför med ett frågeformulär med 7 korta frågor. Mitt förslag är att du kopierar frågeformuläret och skriver dina svar direkt i det och skickar kopian tillbaka som en bifogad Word fil till mig. Det ger dig minst arbete.

Om du behöver nå mig för någon fråga finns jag på:
mats.sunneskar@vgregion.se

033-6161000 personsökare 7015

Med vänlig hälsning
Mats Sunneskär

2007-11-15

Frågor

1. Vad för karaktär har er operationsavdelning, endast elektiv eller blandad elektivt/akut verksamhet
2. Vilka specialiteter opererar på er enhet
3. Hur många operationssalar har ni inom enheten
4. Hur många operationer görs det i veckan i genomsnitt
5. Hur många anesthesi/operationssjuksköterskor är anställda
6. Hur många av dem gör omvårdnadsdokumentation
7. Hur ser relationen vaken /sövd patient ut i procent (ungefärligen)

Plats för kommentar:

