

Att vara passiv på en aktiv avdelning

- En innehållsanalys om
hjärtpatientens dokumenterade delaktighet i omvårdnadsjournalen

Examensarbete i: Vårdvetenskap
Nivå: Avancerad
Högskolepoäng: 15
Program/utbildning: Vårdvetenskap med inriktning mot
hjärtsjukvård
Kurskod: OVA052

Datum: 2008-09-03

Författare: Christina Andreae

Handledare: Ingrid Snellman

Examinator: Margareta Asp

Examensarbetets titel: Att vara passiv på en aktiv avdelning - En innehållsanalys om hjärtpatientens dokumenterade delaktighet i omvårdnadsjournalen

Författare: Christina Andrae

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot hjärtsjukvård

Nivå, poäng: Avancerad nivå, 15 p

Kurs: OVA052

Handledare: Ingrid Snellman

Examinator: Margareta Asp

Sammanfattning

Bakgrund: Inom hälso- och sjukvården finns två viktiga budskap för en god och säker vård, det ena är att vård och behandling ska ske i samverkan mellan vårdare och patient och det andra är att sjuksköterskan ska utforma individuella vårdplaner. Studier visar att individuella vårdplaner i hälso- och sjukvård i princip är obefintliga och att sjuksköterskor istället utformar standardvårdplaner. **Problem:** Risken att arbeta med standardvårdplaner är att patienternas delaktighet i vården förbises eftersom standardvårdplaner utformas i förväg genom förväntade omvårdnadsproblem, till skillnad från individuella vårdplaner som utarbetas i samverkan med patienten. **Syfte:** Examensarbetets syfte var att beskriva på vilket vis patientens delaktighet framkom i omvårdnadsjournalen vid användning av standardvårdplaner, vid vård av patienter med instabil kranskärslsjukdom. **Metod:** En kvalitativ, beskrivande forskningsmetod användes för att undersöka sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation av tretton omvårdnadsjournaler. Text som innehöll någon form av dokumenterad delaktighet i sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation analyserades utifrån manifest innehållsanalys som till slut även analyserades genom latent innehållsanalys. **Resultat:** I omvårdnadsjournalerna, vid användning av standardvårdplaner framkommer patienternas delaktighet genom kategorier sjukdomsberättelsen, kroppsfunction, självuppfattade problem, utanförskap och självbestämmande. Kategorierna visade mönster som urskilde tema passivt och aktivt deltagande där det passiva deltagandet i omvårdnadsjournalerna framträdde som starkast.

Nyckelord: Standardvårdplaner, vårdväg, delaktighet, kranskärslsjukdom

Title of degree project: Being passive in an active ward – A content analysis of the cardiac patient's documented participation in the nursing record

Author: Christina Andreae

Subject: Health Sciences, Cardiac Nursing speciality

Level, credits: Advanced level, 15 credits

Course: OVA052

Tutor: Ingrid Snellman

Examiner: Margareta Asp

Summary

Background: In health services and nursing care there are two important messages with a view to good and safe care. One of them is that care and treatment must be based on co-operation between carer and patient, the other that the nurse must draw up individual care plans. Studies have shown individual care plans, in principle, to be non-existent in health services and care, with nurses drawing up standard care plans instead. **Problem:** The danger with standard care plans is that patient participation in care is liable to be overlooked, due to standard care plans being drawn up in advance, with reference to anticipated nursing problems, whereas individual care plans are drawn up in partnership with the patient. **Purpose:** The purpose of this degree project was to describe how patient participation emerged in the nursing record in connection with the use of standard care plans, for the care of patients with unstable coronary disorders. **Method:** A qualitative, descriptive research method was used to investigate the nurse's documentation of thirteen nursing records. Text containing any form of documented participation in the nurse's documentation was subjected to manifest content analysis and also, finally, to latent content analysis. **Outcome:** In the nursing records associated with the use of standard care plans, patient participation was revealed through the categories of anamnesis, body function, self-perceived problems, exclusion and self-determination. The categories indicated patterns distinguishing between the themes of passive and active participation, with passive participation in the nursing records as the more powerfully evident of the two.

Keywords: standard care plans, care path, participation, coronary disease

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Hjärt- och kärlsjukdom	1
Hälso- och sjukvård	2
Omvårdnadsproblem	3
Omvårdnadskvalitet	3
Delaktighet	4
<i>Förmåga till att utföra aktiviteter</i>	4
<i>Patientens delaktighet i planering och beslut</i>	4
<i>Patientens syn på delaktighet</i>	5
<i>Delaktighetens djup</i>	5
<i>Sjuksköterskans perspektiv på delaktighet</i>	5
Individuella vårdplaner	6
Standardvårdplaner	7
Problemområde	8
Syfte	8
Metod	9
Retrospektiv design	9
Inklusionskriterier och exklusionskriterier	9
Urval och bortfall	9
Analysmetod	11
Analysförfarande	12
Etiska överväganden	14
Resultat	14
Sjukdomsberättelsen	15
<i>Delge sjukdomssymtom</i>	16
<i>Erfaren bröstsmärta</i>	16
Kroppsfunktion	17
Självuppfattade problem	18
Utanförskap	19
<i>Vårdare</i>	20
<i>Närstående</i>	20
Självbestämmande	21
<i>Ställningstagande</i>	21
<i>Självständighet</i>	23
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion	26
<i>Passivt deltagande</i>	26
<i>Aktivt deltagande</i>	28
Slutsatser	29
Förslag på fortsatt forskning	29
Litteraturförteckning	30
Bilaga 1 Tillstånd av verksamhetschef	
Bilaga 2 Presentation av koder, subkategorier och kategorier	

Inledning

Min mormor dog den 21 februari, 1999. Inte i en hård säng på ett sjukhus utan i sin egen mjuka säng i sitt hem. Jag minns den tiden med både sorg och glädje. Det kan tyckas vara konstigt men det finns skäl till det. Veckan före mormors död åkte hon in med ambulans till akutmottagningen för hög feber och andfåddhet och man misstänkte lunginflammation. Efter vård på en infektionsavdelning var hon ”färdigbehandlad” och redo för hemgång. Några dagar senare återinsjuknade mormor i hemmet, då med andfåddhet och hög puls. Hon uttryckte en önskan om att få vara kvar hemma men min mamma, pappa och syster som alla arbetar inom sjukvården såg att den medicinska situationen var ohållbar. Samtidigt som vi lindrade symtomen genom att höja huvudändan och vädra i rummet försökte vi få mormor att inse att sjukvården hade den bästa medicinen. Hon var envis och vi gav med oss. Hon fick den medicinska behandlingen som behövdes för den snabba pulsen, smärtstillande och urindrivande men framförallt fick hon vara i sitt hem med sina närstående. På morgonen tredje dagen efter insjuknande dog mormor fridfullt med solens strålar in på rummet och alla tyckte det kändes så bra för att mormor fick avsluta sitt liv på den plats hon själv valt. Ska det vara så svårt att respektera den vilja som uttrycks? Med min personliga erfarenhet och med tretton år som sjuksköterska på en hjärtintensivavdelning känns det angeläget att få beskriva patientens delaktighet utifrån sjuksköterskans perspektiv. Examensarbetet handlar om patientens dokumenterade delaktighet i omvårdnadsjournalen, när omvårdnad planeras och genomförs med hjälp av standardvårdplaner.

Bakgrund

Bakgrunden beskriver sju olika områden. Hjärt- och kärlsjukdom, hälso- och sjukvård, omvårdnadsproblem, omvårdnads kvalitet, delaktighet, individuella vårdplaner och standardvårdplaner. Eftersom delaktighet framkommer i bakgrunden på mer eller mindre märkbart sätt så har jag valt att förtydliga delaktighet efter varje område.

Hjärt- och kärlsjukdom

I Sverige lider ca 12 % av befolkningen av hjärt- och kärlsjukdom. Sjukdomen orsakas av en långsamt fortskridande åderförkalkningsprocess (ateroskleros) inne i blodkärlen. Åderförkalkning drabbar främst stora och medelstora artärer i hjärtats kranskärl, blodkärlen i hjärnan och de perifera blodkärlen. Åderförkalkningsprocessen förminskar artärernas kärldiameter så att artärernas omkringliggande muskelceller försvagas och som i slutstadiet brister. I hjärtat resulterar en bristning till en akut blodproppsbildning inne i kärlet så att flödet helt eller delvis stannar av, hjärtmuskeln drabbas av syrebrist så att pumpförmågan påverkas. Hjärtmuskelceller dör om inte blodflödet snabbt återställs. Inom loppet av 30 minuter får hjärtmuskeln skador så att en hjärtinfarkt kan uppstå (Wallentin, 2002; Socialstyrelsen, 2008). Forskning visar att åderförkalkningsprocessen påskyndas genom ett flertal omgivande faktorer. De främsta riskfaktorerna för utveckling av kranskärlssjukdom är rökning, höga blodfettsnivåer, högt blodtryck, bukfetma och diabetes. Rökning och höga blodfetter utgör den största riskfaktorn medan högt blodtryck, bukfetma och diabetes utgör den näst största

riskan för att drabbas av kranskärlssjukdom. Personer som röker har nästan tre gånger så stor risk att insjukna i kranskärlssjukdom jämfört med dem som inte röker. Personer med diabetes har 2-4 gånger ökad risk och personer med högt blodtryck har dubbelt så stor risk att drabbas av kranskärlssjukdom (Yusuf m.fl., 2004; Dunder, Lind, Lagerquist, Zethelius & Vessby, 2004; Yusuf m.fl., 2005; Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007). I Sverige minskar risken att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom, bidragande orsaker är minskad rökning. Risken att dö i hjärt- och kärlsjukdom minskar stadigt men orsakar fortfarande hälften av alla dödsfall (RIKS-HIA, 2007).

Hjärt- och kärlsjukdom är en av de vanligaste sjukdomarna i Sverige. Risken att insjukna har stark koppling till livsstil, för att minska risken att drabbas bör personer med riskfaktorer som rökning och höga blodfetter i första hand vara delaktiga att ta egna beslut om rökstopp men även besluta om att inta en fettsnål kost och motionera.

Hälso- och sjukvård

Vården ska utgå ifrån de lagar som styr hälso- och sjukvården. I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) stadgas i 2 § att de vårdande yrkeskategorierna ska arbeta mot ett gemensamt mål som innebär en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. När målet kopplas till det vårdvetenskapliga perspektivet betyder det att sjuksköterskan skall främja hälsa, förhindra sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. I praktiken så är det framförallt patientens egen vilja och beslut som styr vilka omvårdnadsproblem som är viktiga för sjuksköterskan att prioritera i omvårdnadsarbetet (SOSFS 2008:14; International Council of Nurses [ICN], 2006).

För att sjuksköterskan ska bilda sig en uppfattning om vilka av patientens omvårdnadsproblem som är viktiga att prioritera behöver sjuksköterskan lyssna på patientens berättelse, både om sjukdomshistoria och aktuellt hälsostatus. Insamling av data sker utifrån en arbetsmodell som återspeglar innehållet i omvårdnadsprocessen som omfattar; bedömning, diagnos, planering, genomförande och utvärdering. Kunskap om och färdigheter i att genomföra de olika stegen i omvårdnadsprocessen har visat sig vara av stor betydelse (Ehrenberg, Ehnfors & Thorell-Edstrand, 1996; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 1998; Carpenito-Moyet, 2004). Insamlad patientdata behöver dokumenteras i omvårdnadsjournalen för att främja en god och säker vård. Kraven på dokumentation av omvårdnad tydliggörs utifrån patientdatalagen (SFS 2008:355) i 6 § som uttrycker att omvårdnadsjournalen ska innehålla väsentliga uppgifter om hälsohistoria, diagnos, genomförd och planerad vård.

All hälso- och sjukvård ska utgå ifrån patientens delaktighet. Patienternas berättelser om hälsosituation ligger till grund för hur sjuksköterskan, tillsammans med patienten planerar omvårdnaden. De omvårdnadsproblem som för patienten är viktigast ska prioriteras och dokumenteras.

Omvårdnadsproblem

Omvårdnadsproblem kan se olika ut beroende på individuella upplevelser och sjukdomen i sig. Ett vanligt omvårdnadsproblem vid kranskärlsjukdom är otillräcklig kunskap. Kunskapsbehovet kopplas ofta samman med hur sjukdomen påverkar den framtida livssituationen som återgång till arbete men även den fysiska förmågan som att fortsätta med till exempel fritidsaktiviteter. Kunskapsbehovet om den medicinska behandlingen handlar oftast om att få veta varför mediciner bör tas och hur de påverkar kroppen (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2005; Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006).

Bröstmärta är ofta det första symtomet som får patienten att söka sjukvård och med bröstsmärtan kommer oro och ångest. Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär för många ett hot mot livet. Ångest och rädsla för att dö och för framtiden leder patienten in i en otrygghet. Sjuksköterskan har därför en stor uppgift att stödja och samtala om det som hänt för att underlätta hantering av de reaktioner som visar sig (Hale, Thomas, Bond & Todd, 1997; Wallentin, 2002; Nakano, Mainz & Lomborg, 2008; Dunckley, Ellard, Quinn & Barlow, 2008).

Reaktioner som oro, ångest och rädsla är inte ett fenomen enbart för kranskärlssjukdom. För patienter med hjärtsvikt är reaktionerna ofta förenade med tankar om framtid, familjen och förlust av energi som bidrar till att inte orka göra det man tidigare gjort. Oron och ångesten leder till sömnsvårigheter som är ett av de mest frekventa och svåraste symtomen. Inte bara för patienten utan även för den som patienten lever tillsammans med. Den närstående blir för trött för att orka ge det stöd som de önskar (Broström, Strömberg, Dahlström & Fridlund, 2001, 2003; Zambroski, Moser, Bhat & Ziegler, 2005).

Patienter upplever omvårdnadsproblem på olika sätt, för den enskilde innebär det att omvårdnadsproblem påverkar livet på ett sätt medan det för en annan påverkar livet på ett annat sätt. Det är av stor betydelse att patienterna själva delger sina omvårdnadsproblem till sjuksköterskan så att omvårdnadsåtgärderna fokuserar på rätt problem.

Omvårdnads kvalitet

Omvårdnads kvalitet främjas utifrån den mänskliga relationen mellan sjuksköterska och patient, som när patienten visas respekt för den vilja som uttrycks men även genom att det finns en överensstämmelse mellan förväntningar av vård och den vård som patienten faktiskt får som också patienten upplever betydelsefull (WHO, 1994; Forsberg & Edlund, 2003; Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2005; ICN, 2006). God omvårdnads kvalitet förklaras också med att omvårdnad bygger på evidens och att vård och behandling genomförs i samråd med patienten (Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område [LYHS], 2 kap 1§ 1998:531; HSL 28 § 1982:763). Omvårdnads kvalitet kan också mätas. Ett sätt är att mäta patienternas nöjdhet av given vård. Det finns säkert andra variabler att mäta omvårdnads kvalitet på men det förefaller naturligt att det är patienten själv som bedömer omvårdnads kvalitet. Genom att mäta patienternas nöjdhet kan kvalitet i vården utvärderas (WHO, 2008). Nöjdhet ställs i relation till patientens uppfattning av olika omvårdnadsåtgärder. Det är främst den individualiserade vården som ger nöjda patienter där

individualiserad information om vård och behandling anses utgöra en viktig parameter för att mäta nöjdhet (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2005; Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2005; Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen, 2006).

Det är genom patientens berättelser om upplevelsen av och förväntningar omkring vård som omvårdnadskvalitet kan mätas. Det är främst genom patienternas delaktighet att berätta om nöjdhet av den individualiserade vården som kan påvisa god omvårdnadskvalitet.

Delaktighet

Delaktighet har olika innebörder som kan förstås och tolkas på olika sätt beroende på i vilket sammanhang ordet används. När delaktighet beskrivs utifrån Svenska akademins ordlista (2002) erhålls innebörden: en person som utgör en del av något eller en person som är involverad, som till exempel att lyssna eller att ha en åsikt i en specifik situation. Att vara inblandad motsvaras av att en person är engagerad i något (Walter, 1996). I ett sjukhusvårdande sammanhang får delaktighet olika innebörd beroende på vem som säger vad och om vem som berörs, som till exempel patienter eller sjuksköterskor. Fem innebörder av delaktighet har valts ut och presenteras nedan genom; förmåga till att utföra aktiviteter, patientens delaktighet i planering och beslut, patientens syn på delaktighet, delaktighetens djup och sjuksköterskans perspektiv på delaktighet.

Förmåga till att utföra aktiviteter

Den första innebörden av delaktighet handlar om en persons förmåga att utföra olika aktiviteter beroende på faktorer runt omkring. Omgivningens förhållningssätt som inställning och förståelse utgör en faktor som både kan underlätta men också hindra en persons förmåga att utföra olika aktiviteter (WHO, 2001). Som exempel kan språket begränsa kommunikationen mellan patient och sjuksköterska, men med hjälp av att sjuksköterskan planerar samtal med tolk kan patienten ändå vara aktiv att själv berätta om sina omvårdnadsbehov. Rädsla och oroliga anhöriga kan begränsa patientens förmåga att utföra olika aktiviteter lika mycket som att anhöriga kan underlätta och ge stöd genom känslomässig närvaro (Dunckley, Ellard, Quinn & Barlow, 2008). Enligt WHO (2001) behöver delaktighet förstås i ett sammanhang som en person lever och fungerar, utifrån personens förutsättningar och faktorer runt omkring.

Patientens delaktighet i planering och beslut

Patientens delaktighet i planering och beslut av omvårdnad utgör den andra innebörden. Delaktighet i vårdsituationen beror på hur ansvarstagande patienten är som att meddela vårdpersonal när olika omvårdnadsproblem uppstår. Delaktighet framkommer också när patienten är delaktig i beslut som berör den egna vården som att avvakta eller att avstå från behandling, även beslut om vilka omvårdnadsproblem som patienten anser vara viktiga att prioritera under den tiden patienten är på sjukhus (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 1998; Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2005). Som exempel kan sjuksköterskan alltid rekommendera fysisk hjärtrehabilitering men det är alltid patienten som sist bestämmer att överhuvud taget träffa en sjukgymnast. Det torde vara rimligt att först diskutera behovet av sjukgymnastik med den det berör.

Patientens syn på delaktighet

Den tredje innebörden beskrivs utifrån patientens syn på begreppet delaktighet. Studier visar att patienter uppfattar delaktighet genom att själva ta ansvar för sin egen vård men även tillgång till nödvändig information om vård och behandling. Det framkommer också att patienter upplever delaktighet genom att önsningar, behov och beslut respekteras av sjuksköterskan (Eldh, Enhfors & Ekman, 2005). En annan syn på delaktighet är också att patienter upplever delaktighet genom att få berätta om sina symtom, att bli lyssnad till och få förklaringar om vård och behandling. Delaktighet kännetecknas även av patienten genom att de respekteras som person och att de varit aktiva i planering av vården (Eldh, Enhfors & Ekman, 2005). När patienter upplever ett förtroendefullt förhållande till vårdpersonalen överlåter de åt professionen att fatta beslut om vård och behandling och i de fall där vård och behandling överlåts till vårdpersonal upplever patienter delaktighet. Patienter upplever inte delaktighet när det handlar om att fatta beslut om medicinska åtgärder (Nordgren, Asp & Fagerberg, 2007).

Delaktighetens djup

Planerad vård behöver bekräftas av den som berörs. Studier visar att patienter kan vara aktiva att ta beslut på olika vis. Florin, Ehrenberg och Ehnfors (2006) visar att patienter är delaktiga att ta beslut om vård och behandling utifrån tre perspektiv, en passiv roll, en aktiv roll och genom beslut som fattas i samråd med sjuksköterskan. Den passiva rollen handlar om att patienten överlämnar det slutgiltiga beslutet om vård och behandling till sjuksköterskan. Den passiva delaktigheten framkommer genom att patienten beslutar om vård och behandling som berör fysiska problem som till exempel andning, hud, sömn och smärta. Den aktiva rollen handlar om att patienten själva tar det slutgiltiga beslutet om vård och behandling, antingen själv eller efter att tagit del av sjuksköterskans åsikter. Den aktiva rollen kopplas samman med beslut som berör psykosociala och emotionella behov särskilt när patienten är ensamstående. När ansvaret att ta beslut om vård och behandling delas av patient och sjuksköterska framkommer delaktighet genom ett samråd med sjuksköterskan.

Sjuksköterskans perspektiv på delaktighet

Den femte och sista innebörden kopplas till sjuksköterskans sätt att uppfatta patienternas delaktighet. Sjuksköterskan uppfattar patienterna som delaktiga när patienterna själva kan påverka sin vård och behandling. Därför ser sjuksköterskor ett starkt samband mellan kunskap och delaktighet där kunskap sammankopplas med att patienterna har kunskap om sin sjukdom och medicinering och de biverkningar som eventuellt medföljer (Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005b). Studier från barnsjukvård visar att sjuksköterskor förväntar att föräldrar ska ta hand om sina barn under sjukhusvistelsen och att föräldrar ska ta egna initiativ precis som de gör i sin hemmiljö. Särskilt uppmuntrar sjuksköterskor föräldrarna att vara delaktiga genom att informera om vård, vårdrutiner och behandling (Söderbäck, 1999).

Söderbäck (1999) visar att sjuksköterskor arbetar på olika sätt för att involvera och få föräldrar delaktiga i vården. Genom samarbete främjas delaktighet. Samarbete fokuserar på att sjuksköterskan förhandlar och kommer överens med föräldrar så att deras önsningar och funderingar kan tillgodoses. Men alla sjuksköterskor har inte förmågan att bjuda in till samtal.

Sahlsten, Larsson, Plos och Lindencrona (2005a) menar att sjuksköterskor ibland har svårt att främja patientens möjligheter till inflytande och delaktighet på grund av osäkerhet och bristande kontroll över omvårdnadssituationen. Ofta har det att göra med hur länge man har arbetat och hur trygg man är i sin yrkesroll (Benner, 1993).

Innebörden av delaktighet är beroende av vem man tillfrågar och i vilket sammanhang som det ska förklaras än det som generellt beskrivs utifrån hälso- och sjukvårdslagen. Patienter och sjuksköterskor uppfattar delaktighet på olika sätt. Examensarbetet har fokus på patientens delaktighet utifrån sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation.

Individuella vårdplaner

Sjuksköterskor utformar individuella vårdplaner genom att först lyssna och uppfatta patienten utifrån ett helhetsperspektiv. Datainsamling och analys av hälsosituationen vägleder hur omvårdnadsproblemen på bästa sätt ska hanteras eftersom det är patientens förmåga till aktiviteter och handlingar som styr vilka omvårdnads mål och omvårdnadsåtgärder som är rimliga att utföra (Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 1998; Axelsson, Björvell, Mattiasson, Randers, 2006).

Omvårdnadsprocessen innehåller fem delar; bedömning, diagnos, planering, genomförande och utvärdering. Sjuksköterskor arbetar nästan uteslutande med två av de fem delarna, bedömning och genomförande. I omvårdnadsjournalen är det framförallt bedömning av sjukdomshistoria och hälsostatus som identifieras och dokumenteras, så även genomförda omvårdnadsåtgärder. Planering av vård är inte lika tydlig i omvårdnadsjournalen och på vissa håll är dessa nästan helt obefintliga (Ehrenberg, Ehnfors & Thorell-Ekstrand, 1996; Ehrenberg & Birgersson, 2003; Törnvall, Wilhelmsson & Wahren, 2004; Ziegert, Fridlund & Lidell, 2007).

Bristen på individuella vårdplaner anses beror på flera faktorer. Studier visar att sjuksköterskor inte har tillräckligt med kunskap för att utforma individuella vårdplaner (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2005b; Kärkkäinen, Bondas & Eriksson, 2005; Lee, 2005). Det påvisas också att individuella vårdplaner tar tid att utarbeta (Higuchi, Dulberg & Duff, 1999; Axelsson, Björvell, Mattiasson & Randers, 2006). För att överbrygga klyftan med lagen att upprätta individuella vårdplaner och sjuksköterskans bristande kunskap om utformning av individuella vårdplaner så har dessa kompletterats med en annan form av vårdplan, en så kallad standardvårdplan.

När patienten delger sina omvårdnadsproblem kan sjuksköterskan uppfatta och förstå vilka omvårdnadsåtgärder som kan komma att bli aktuella, men inte förrän dessa är diskuterade och värderade med patienten. Sjuksköterskor har inte kommit så långt med att utforma individuella vårdplaner vilket anses bero på okunskap att utforma individuella vårdplaner men även till följd av att sjuksköterskor inte arbetar enligt omvårdnadsprocessens samtliga delar.

Standardvårdplaner

Syftet med standardvårdplaner är att skydda patienten från medicinska komplikationer som till exempel tromboflebit relaterat till perifer venkateter eller lunginflammation relaterat till långvarigt sängliggande. Standardvårdplaner förbättrar omhändertagandet så att alla får god omvårdnad av god omvårdnadskvalitet. Med standardvårdplaner som arbetsmetod framhålls också effekten av minskad dokumentationsvolym (Forsberg & Edlund, 2003).

En standardvårdplan karakteriseras av att omvårdnadsåtgärder utgår ifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och att den ofta koordineras av ett tvärprofessionellt team genom samarbete mellan olika professioner som till exempel sjuksköterskor, läkare och paramedicin där samtliga i vårdteamet arbetar mot ett gemensamt vårdmål. Standardvårdplaner används för en homogen patientgrupp med likartade omvårdnadsbehov som vid en specifik diagnos eller specifik operation där samtliga vårdåtgärder är tidsangivna (Bleser m.fl., 2006). En standardvårdplan innehåller i likhet med individuella vårdplaner omvårdnadsdiagnoser, omvårdnads mål och omvårdnadsåtgärder men istället som vid individuella vårdplaner utforma omvårdnadsdiagnoser i samråd med patienten så utformas omvårdnadsdiagnoser på förhand (Björvell, 2001; Forsberg & Edlund, 2003; Carpenito-Moyet, 2004).

Även om standardvårdplaner oftast används av ett tvärprofessionellt team så kan man urskilja både standardvårdplaner som enbart har fokus på de medicinska vårdåtgärderna som läkare har sammanställt men även standardvårdplaner som fokuserar på omvårdnaden som sjuksköterskor ansvarar för. Inom den medicinska vården används standardvårdplaner för att säkra att vårdåtgärder utförs med rätt mätinstrument. Studier visar att medicinska standardvårdplaner förbättrar användning av datortomografi och ultraljud för patienter med akut stroke och att träning med sjukgymnast utförs tidigare än för de patienter som vårdas utan standardvårdplan. Medicinska komplikationer som urinvägsinfektioner förhindras också i större utsträckning jämfört med patienter som inte vårdas enligt en standardvårdplan (Kwan, Hand, Dennis & Sandercock, 2004).

Standardvårdplaner för omvårdnad visar att patienter som drabbas av höftfraktur i de allra flesta fallen återhämtar sin ADL-funktion och att patienten ofta är helt oberoende av fysisk hjälp vid hemgång. Standardvårdplaner medför även att planering inför hemgång utförs tidigt under vårdtillfället. En annan positiv effekt med standardvårdplaner är att urinvägsinfektioner för samma patientgrupp kan undvikas eftersom tiden för kateterinläggningen minskar med nästan en hel vecka (Olsson, Karlsson & Ekman, 2007). Vid vård i livets slutskede bidrar standardvårdplaner att patienter får en ökad uppmärksamhet om emotionella känslor och reaktioner, som mening med liv och död och möjlighet att själv bestämma var den sista tiden av livet skall levas eftersom sjuksköterskan påminns om att beakta de emotionella omvårdnadsbehoven (Main, Whittle, Treml, Woolley & Main, 2006).

Standardvårdplaner för omvårdnad är inte gynnsamma för patienter som drabbas av stroke, det finns hos strokepatienter en inneboende missnöjdhet att inte kunna påverka beslut om den egna omvårdnaden och att inte få hjälp med individuella ADL behov. Det finns också en upplevelse hos strokepatienter att omvårdnadsbehoven utgör en belastning för omgivningen

eftersom deras omvårdnadsbehov är så omfattande (Walldal, Anund & Furaker, 2002). Ytterligare en aspekt vid användning av standardvårdplaner för omvårdnad är att information om sjukdom och behandling inte blir tillfredställande för patienter med stroke. Informationen är för ytlig och generell och saknar ofta information om resultat av undersökningar. Möjligheten att själv påverka vård och behandling och möjlighet till att uttrycka önskningar blir i högsta grad bristfälliga (Walldal, Anund & Furaker, 2002).

Standardvårdplaner har den fördelen att sjuksköterskor får hjälp med att strukturera och komma ihåg olika omvårdnadsåtgärder men för patienten kan det innebära ett alltför ytligt och generellt omhändertagande. Sjuksköterskan behöver ständigt vara lyhörd för de omvårdnadsproblem som patienten delger, även för de omvårdnadsproblem som standardvårdplanen utelämnar. En standardvårdplan kompletterar omvårdnadsprocessen och den ska fylla en funktion att ge god och säker vård.

Problemområde

Sjuksköterskor är ålagda att planera patientens omvårdnad med hjälp av individuella vårdplaner, endast ett fåtal av patienterna har en egen individuell vårdplan. På senare år har det istället utvecklats standardvårdplaner med syfte att förbättra omhändertagandet så att alla får god omvårdnad, men det finns problem. Individuella vårdplaner bygger på delaktighet så att patientens upplevda omvårdnadsproblem prioriteras i omvårdnadsarbetet. Sjuksköterskan identifierar omvårdnadsproblem så att patientens delaktighet främjas. Standardvårdplaner bygger till skillnad från individuella vårdplaner på förväntade omvårdnadsproblem som är utformade på förhand till en hel patientgrupp med likartade besvär, som till exempel instabil kranskärlssjukdom. Genom att standardisera ett vårdförlopp så har sjuksköterskan på förhand redan planerat för vilka omvårdnadsproblem som kan vara aktuella vilket motsäger principen om att vård och behandling skall utgå ifrån patientens delaktighet. För sjuksköterskan innebär standardvårdplaner en hjälp att planera och strukturera omvårdnadsarbetet, för patienten innebär det en risk att inte vara delaktig i sin egen vård. Idag saknas forskning omkring patientens delaktighet och standardvårdplaner. Det här examensarbetet beskriver patientens delaktighet utifrån sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation, med utgångspunkt i vad som visar sig i texten, i patienternas omvårdnadsjournaler.

Syfte

Syftet med examensarbetet är att beskriva hur patientens delaktighet framkommer i omvårdnadsjournalen vid användning av standardvårdplaner vid instabil kranskärlssjukdom.

Metod

Examensarbetet utgår från en kvalitativ forskningsmetod där insamling av data i huvudsak är induktiv.

Retrospektiv design

Undersökningen genomfördes på en hjärtintensivvårdsavdelning (HIA) i en stad i mellansverige där det årligen vårdas cirka 420 patienter med kranskärslsjukdom. Med tillstånd av verksamhetschefen på den medicinska kliniken se bilaga 1 utfördes journalgranskningar med fokus på sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation i omvårdnadsjournaler. Datamaterialet hämtades från patientdatajournaler där det fanns ett vårdtillfälle med huvuddiagnos icke ST-höjningsinfarkt och instabil angina. Eftersom det på HIA avdelningen enbart fanns en utarbetad standardvårdplan för denna patientgrupp var någon annan patientgrupp inte aktuell. Datainsamling utgick från sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation enligt omvårdnadsprocessen; bedömning, diagnos, planering, genomförande och utvärdering.

Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Omvårdnadsjournaler (n=54) inkluderades i förening med medicinska diagnoskoder I21.4 icke ST-höjningsinfarkt och I21.0 instabil angina, koder enligt International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10 (2007). Omvårdnadsjournalerna innehöll en standardvårdplan för icke ST-höjningsinfarkt och instabil angina med anslutning till ett vårdtillfälle på en HIA avdelning med både in- och utskrivning under perioden 2007-11-15 till och med 2008-02-15.

Omvårdnadsjournaler som var startade på en annan vårdavdelning exkluderades eftersom andra vårdavdelningar inte startar standardvårdplaner. Omvårdnadsjournaler som fortgick mindre än tre och fler än fem dagar exkluderades eftersom medelvårdtiden enligt det svenska registret för hjärtsjukvård [RIKS-HIA], 2008 för den aktuella patientgruppen är fyra dagar. Omvårdnadsjournaler som saknade omvårdnadsanamnes och/eller ankomststatus exkluderades också likväl om det i omvårdnadsjournalen framkom att sjuksköterskan inte kunde förstå eller uppfatta patientens berättelser eller om den medicinska diagnosen skiljde sig från standardvårdplanens diagnos, icke ST-höjningsinfarkt eller instabil angina.

Urval och bortfall

Examensarbetets syfte gav underlag till hur urvalet genomfördes (Jacobsen, 2007; Polit & Beck, 2008). Urvalet strukturerades i fyra steg för att systematiskt ordna urvalsprocessen.

Steg 1. Urvalet utgick ifrån en patientdatalista från det statistikdataprogram som används inom det aktuella landstinget. Variabler till patientlistan motsvarade studiens inklusionskriterier. Den framtagna patientlistan bestod av omvårdnadsjournaler (n=54) med diagnos icke ST-höjningsinfarkt och instabil angina med ett vårdtillfälle någon gång under 2007-11-15 t.o.m. 2008-02-15 och som hade en anteckning om standardvårdplan. Den utvalda tidsperioden för omvårdnadsjournalerna hade ett naturligt samband med

standardvårdplanernas införande på den aktuella avdelningen. Genom att välja ut omvårdnadsjournaler en månad efter standardvårdplanernas införande minimerades risken att innehållet i omvårdnadsjournalerna skulle vara påverkade av ovana att dokumentera enligt det nya förfarandet med standardvårdplaner. Slutdatum berodde på att det inte fanns fler startade standardvårdplaner efter 2008-02-15.

Steg 2. Samtliga omvårdnadsjournaler (n=54) kontrollerades utifrån studiens exklusionskriterier. Omvårdnadsjournalerna i patientdatajournalen jämfördes med exklusionskriterierna, efter den genomförda kontrollen kvarstod omvårdnadsjournaler (n=26) till det slutliga urvalsmomentet.

Steg 3. Omvårdnadsjournaler som efter exkludering kvarstod indelades i fyra huvudgrupper utifrån födelseår, till varje huvudgrupp grupperades undergrupper med fördelning av kön se tabell 1. I den första huvudgruppen, grupp 1 fördelades omvårdnadsjournaler (n=9) till födelseår 1920-1929, kvinnor (n=4) grupperades till undergrupp 1a och män (n=5) grupperades till undergrupp 1b. I den andra huvudgruppen, grupp 2 fördelades omvårdnadsjournaler (n=7) till födelseår 1930-1939, kvinnor (n=2) grupperades till undergrupp 2a och män (n=5) grupperades till undergrupp 2b. I den tredje huvudgruppen, grupp 3 fördelades omvårdnadsjournaler (n=6) till födelseår 1940-1949, kvinnor (n=3) grupperades till undergrupp 3a och män (n=3) grupperades till undergrupp 3b. I den fjärde och sista huvudgruppen, grupp 4 fördelades omvårdnadsjournaler (n=4) till födelseår 1950-1959, kvinnor (n=0) sänkades och män (n=4) grupperades till undergrupp 4b.

Tabell 1. Översikt av urvalsförfarande steg 3 och 4

Huvudgrupp	Ålder	Omvårdnadsjournaler	Undergrupp kvinnor och män		Urval Kvinnor/män	
1	1920-1929	(n=9)	kvinnor män	(n=4) 1 a (n=5) 1 b	Kvinnor Män	(n=2) (n=2)
2	1930-1939	(n=7)	kvinnor män	(n=2) 2 a (n=5) 2 b	Kvinnor Män	(n=2) (n=2)
3	1940-1949	(n=6)	kvinnor män	(n=3) 3 a (n=3) 3 b	Kvinnor Män	(n=2) (n=2)
4	1950-1959	(n=4)	kvinnor män	(n=0) 4 a (n=4) 4 b	Kvinnor Män	(n=0) (n=2)

Steg 4. Personnummer och namn avskiljdes från patientdatalistan till mindre remsor för att sedan vikas och placeras i olika hattar enligt huvud- och undergrupper. Ett slumpmässigt urval av omvårdnadsjournaler till studien genomfördes så att två kvinnor och två män utvaldes från huvudgrupp ett, två och tre. Den fjärde huvudgruppen saknade kvinnor så där utvaldes bara två män. Under själva urvalsmomentet var det inte möjligt att urskilja identiteter.

Av totalt 54 omvårdnadsjournaler exkluderades (n=28). I huvudgrupp 1 exkluderades omvårdnadsjournaler (n=9) varav kvinnor (n=6) och män (n=3). Av omvårdnadsjournaler för kvinnor exkluderades (n=5) relaterat till annan diagnos och vård med fler än fem vårddygn

(n=1). Av omvårdnadsjournaler för män exkluderades (n=3) relaterat till vård med fler än fem vårddygn.

I huvudgrupp 2 exkluderades omvårdnadsjournaler (n=12) varav kvinnor (n=4) och män (n=8). Av omvårdnadsjournaler för kvinnor exkluderades (n=1) relaterat till påbörjad vård på annan vårdavdelning, exklusion relaterat till annan diagnos (n=1) och vård med fler än fem vårddygn (n=2). Omvårdnadsjournaler för män exkluderades (n=8) relaterat till vård med fler än fem vårddygn.

I huvudgrupp 3 exkluderades omvårdnadsjournaler (n=6) varav kvinnor (n=3) och män (n=3). Av omvårdnadsjournaler för kvinnorna exkluderades (n=2) relaterat till annan diagnos, exklusion relaterat till vård med fler än fem vårddygn (n=1). Av omvårdnadsjournaler för män exkluderades (n=2) relaterat till annan diagnos, exklusion relaterat till vård med fler än fem vårddygn (n=1)

I huvudgrupp 4 exkluderades en omvårdnadsjournal, en omvårdnadsjournal för kvinna med ett vårdtillfälle på mer än fem dygn.

Ytterligare en omvårdnadsjournal exkluderades när analysprocessen påbörjats relaterat till att omvårdnadsjournalen var startad på en annan vårdavdelning, vilket förbisågs när omvårdnadsjournalerna kontrollerades utifrån exklusionskriterier, enligt steg 2. Det totala antalet omvårdnadsjournaler för undersökningen uppgick till (n = 13) varav kvinnor (n=5) och män (n=8).

Analysmetod

Intentionen var att tolka dokumentationstexten med försiktighet, utan alltför stort djup eftersom det var sjuksköterskor som dokumenterade i omvårdnadsjournalerna och inte patienterna själva. Genom att datainsamlingen utgjordes av sekundärdata, valdes att använda en manifest innehållsanalys. Graneheim och Lundman (2004) beskriver den manifesta analysen som logisk när syftet är att analysera det som visar sig i texten, det uppenbara och synliga som relaterar till det som skall studeras. Den manifesta innehållsanalysen karakteriseras av att text tolkas och behandlas på ett grundare plan utan att nå fördjupning i den text som skall analyseras (Polit & Beck, 2008). Så fort analysprocessen startar påbörjas en tolkning och beskrivning av den utvalda texten och därför menar Graneheim och Lundman (2004) att den manifesta tolkningen, med fördel kan förklaras med en latent innehållsanalys.

Det första steget i analysprocessen är att klargöra analysens enhet, det vill säga omvårdnadsjournaler. Innehållet i omvårdnadsjournalerna ska sedan enligt Graneheim och Lundman (2004) bearbetas och förstås som en process så att helheten bevaras. För att kunna bevara och förstå helheten behöver datamaterialet granskas upprepade gånger. Förståelsen kring helheten är viktig för att kunna möjliggöra en tankebana och reflektion mellan datamaterialet som helhet och datamaterialet i dess delar. Delar som utgörs av text i form av ord och meningar och som relaterar studiens syfte ska lyftas ut, ord och meningar som relateras till varandra genom sitt innehåll grupperas till en och samma centrala mening till så

kallade, meningsbärande enheter. Texten i de meningsbärande enheterna ska sedan bearbetas och kondenseras på ett sätt så att texten koncentreras och kortas ned till kondenserade meningsbärande enheter utan att förlora mening och innehåll. Kondenseringen syftar till att reducera textvolymen till en mer hanterbar text för att sedan kunna beskrivas och tolkas till koder utifrån den analys man har valt. Vid en manifest innehålls analys ska meningsbärande enheter beskrivas och hanteras så att de under analysprocessen fortfarande kan belysa det som visar sig i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Koder ska i första hand beskriva händelser och fenomen och de ska spegla en motsvarighet till sammanhanget vilket fordrar en ständig reflektion mellan datamaterialet i dess helhet och i dess delar. Koder används som redskap och stöd för tankeprocessen så att de meningsbärande enheterna kan ses utifrån ett nytt perspektiv på ett annorlunda sätt men under förutsättning att innehållet fortfarande är sammankopplat till sitt sammanhang. Det nya perspektivet återfås när koder som harmonierar med varandra utifrån likheter och skillnader sorteras till subkategorier och kategorier. Metoden möjliggör att subkategorier antingen sorteras till kategorier eller att kategorier delas in i subkategorier. Kategorier beskrivs som en enhet som sammankopplar flera subkategorier till en plattform, med syfte att ge texten ett beskrivande innehåll som i en manifest innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Analysförfarande

Samtliga omvårdnadsjournaler (n=13) genomlästes i lugn och ro och högt för att på bästa sätt kunna använda mina sinnen till att förstå vad jag läste. Omvårdnadsjournalerna genomlästes i en följd, journal efter journal flera gånger för att få en känsla om helheten. För att nå en djupare helhetskänsla lästes journalerna även en i taget upprepade gånger. Den noggranna läsningen skapade möjligheter att reflektera och att kunna se hela och delar av text i sitt sammanhang. Väl förbered påbörjades den praktiska textbearbetningen. Text i alla omvårdnadsjournaler i form av ord och meningar som innehöll något mönster av delaktighet sorterades ut med hjälp av den teoretiska bakgrunden men även utifrån min förståelse om helheten som jag utvecklat efter att ha läst omvårdnadsjournalerna. Ord och meningar som innehöll någon form av delaktighet antecknades på fyra pappersark. Alla ord och meningar som sorterats ut som delaktighet numrerades för att underlätta att hitta tillbaka till den ursprungliga texten i omvårdnadsjournalerna.

Den första omvårdnadsjournalen i urvalsgrupp 1 och den första lästa omvårdnadsjournalen i grupp 1 numrerades till grupp ett a (G1a). De utvalda texterna i omvårdnadsjournalerna angavs med siffror. Nästa omvårdnadsjournal i samma urvalsgrupp numrerades till G1b, de utvalda texterna i omvårdnadsjournalerna angavs siffror. Samma förfarande återstod för de kvarstående omvårdnadsjournalerna. Den utvalda texten i form av ord och meningar lästes upprepade gånger för att skapa en förståelse om delaktighet i sitt sammanhang, tanken var att förstå budskapet i texten i relation till delaktighet. När jag bildat mig en uppfattning om relationen mellan den text jag nyligen läst och delaktighet kunde jag gruppera ord och text med samma centrala mening till meningsbärande enheter se tabell 2.

När den första omvårdnadsjournalen analyserats till meningsbärande enheter var det nödvändigt att flera gånger reflektera över och tillförsäkra att de meningsbärande enheterna

verkligen speglade delaktighet. Efterhand gick jag även tillbaka till omvårdnadsjournalerna för att återse texten i sitt ursprungliga sammanhang eftersom det blev svårare och svårare att hålla så många delar i minnet. För att lättare kunna hantera texten i de meningsbärande enheterna koncentrerades texten till kondenserade meningsbärande enheter för att på så sätt få en mindre textvolym utan att för den skull tappa dess mening och innehåll se tabell 1. En del av de meningsbärande enheterna var redan tillräckligt komprimerade eftersom sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation många gånger är kortfattad. Av den anledningen koncentrerades den text som var möjlig och den text som redan var kortfattad följde till kondensering utan förändrat innehåll.

Kondenserade meningsbärande enheter märktes med koder utifrån tanken att koderna hela tiden skulle beskriva en händelse eller företeelse i relation till helheten, delaktighet se tabell 2. Samtliga 137 kondenserade meningsbärande enheter ställdes frågan var och en, vad finns för sammanhang i den här texten som kan kopplas till delaktighet i form av händelse och/eller företeelse. Av 137 meningsbärande enheter skapades 137 koder som var och en innehöll en till sju ord se bilaga 2. Både kondenserad text och koder sammanställdes i ett excel dokument för att få en tydlighet i de utvalda texterna. Innehållet i koderna användes som redskap för att kunna reflektera över ett nytt sätt att se på helheten och för att kunna lyfta fram ett nytt innehåll av begreppet delaktighet, i ett nytt perspektiv.

Tabell 2. Översikt och belysande exempel över analysförfarandet.

<i>Text i form av ord och meningar med samma centrala mening grupperas till meningsbärande enheter</i>	<i>Meningsbärande enheter kondenseras utan att förlora mening och innehåll</i>	<i>Kondenserad text kodas, ges etiketter</i>
Har under två veckor haft bröstsmärta och dyspné, söker på grund av bröstsmärta	Berättar om symtom som orsakat inläggning	Berättar om symtom
Beskriver att hon har haft problem i samband med kontrast, men svullnar inte upp	Beskriver att inte tåla läkemedel	Berättar om överkänslighet mot läkemedel.
Har fått muntlig information om hjärtinfarkt och angio. Patient tycker det känns bra även om han är chockad över att det varit en hjärtinfarkt.	Informerad om hjärtinfarkt, chockad över hjärtinfarktdiagnos	Berättar om att vara chockad över hjärtinfarktdiagnos
Eventuell hemgång idag eller imorgon beroende på hur hustru upplever patienten	Närståendes beslut om patientens hemgång	Närstående beslutar om hemgång
Har mycket funderingar frågar om han vill prata med kurator och det vill han.	Funderingar, samtycker till kuratorkontakt	Samtycker till kuratorkontakt
Blodsocker på 11 mmol/l, hon tar halva dosen insulin och äter en smörgås	Avgör själv insulin doser relaterat till blodsockervärdet.	Bestämmer själv insulin doser

Det nya perspektivet kunde inte urskiljas förrän koderna hade sorterats till likheter och skillnader. Praktiskt genomfördes den analysdelen genom att samtliga koder skrevs ut och fördelades till remsor med en kod på varje remsa. Genom att koderna häftades upp på en vägg kunde koderna fördelas till likheter och skillnader i sina sammanhang. Det nya perspektivet skapades genom reflektion över vad koderna visade i texten kopplat till delaktighet, praktiskt formades det nya perspektivet i form av subkategorier. Koder med likartat innehåll av delaktighet utgjorde basen för en subkategori. Koder med annat likartat innehåll av delaktighet utgjorde basen för en andra subkategori. Totalt utformades sex subkategorier och fem kategorier. När resultatet var klart och överskådligt framkom gemensamma mönster från de aktuella kategorierna. Genom att övergå från en manifest tolkning till en latent tolkning skapades ett intressantare och rikare resultat, se tabell 3.

Etiska överväganden

För att undersökningen skulle kunna genomföras granskades de forskningsetiska principerna inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning och de lagar och myndigheter som omnämner journalgranskningar. Av ovanstående principer, lagar och myndigheter framkom i huvudsak tre viktiga aspekter att ta hänsyn till för att tillgodose de forskningsetiska krav som ställs på vetenskapliga undersökningar.

Den första aspekten bestod av att personuppgifter som inhämtas från befintlig text i omvårdnadsjournaler inte påverkar patienter varken psykiskt eller fysiskt eftersom patienterna vid journalgranskningar inte är aktiva i någon handling. Detta innebar att patienterna i den här undersökningen inte upplystes om att deras omvårdnadsjournaler blev analyserade (Vetenskapsrådet, 2007).

Den andra aspekten bestod av att det var nödvändigt att ansöka om tillstånd för journalgranskningen hos verksamhetschefen se bilaga 1 eftersom undersökningen behandlade personuppgifter som berörde hälsa (Personuppgiftslagen 1998:204).

Den tredje aspekten stod fast med att samtliga omvårdnadsjournaler ovillkorligt skulle avidentifieras och hanteras så att personuppgifter inte kunde återkopplas till en specifik person. Överflödiga personuppgifter samt uppgifter som för undersökningen inte var betydelsefulla förstördes så att dess innehåll och helhet inte kunde återskapas till originaltext (Datainspektionen, 2003). Den person som upprättat och dokumenterat i omvårdnadsjournalen avidentifierades precis som patientuppgifterna för att på intet vis låta någon sjuksköterska uppleva några obehag av att identifieras till specifik omvårdnadssituation. Samtliga avidentifierade omvårdnadsjournaler hanterades med största försiktighet för att uppgifter inte skulle framkomma till någon annan person, omvårdnadsjournalerna bevarades därför inlåsta på det aktuella sjukhuset fram tills dess att examensarbetet godkändes av examinator på Mälardalens Högskola. Vid eventuell granskning av examensarbetet hade endast handledare, examinator och opponent möjlighet att ta del av omvårdnadsjournalerna. Efter godkänt examensarbete förstördes de kopierade omvårdnadsjournalerna egenhändigt med hjälp av dokumentförstörare.

Resultat

Det viktigaste huvudfyndet är att delaktighet framkommer genom tema passivt och aktivt deltagande. Det passiva deltagandet innebär att patienterna uteblir att fatta beslut om den egna vården. Patientens vilja blir inte prövad i relation till omvårdnadsåtgärder och när sjuksköterskan inte beaktar patientens vilja blir de förbisedda. Till följd av detta hamnar patienterna i underläge och kan bara konstatera att de blir föremål för en rad omvårdnadsåtgärder. Det passiva deltagandet blir synligt i omvårdnadsjournalerna genom sjukdomsberättelsen, kroppsfunktionen, självuppfattade problem och utanförskap.

Det aktiva deltagandet innebär att patienterna själva bestämmer över vad som är viktigt och vilka omvårdnadsbehov som sjuksköterskan ska ombesörja. Patienternas förmåga att tala om sin vilja stärker deras positioner i vårdssammanhang eftersom de har kontroll över vad de själva vill och vad andra vill och därmed kan avväga att ta egna beslut om vad som är viktigt. Det aktiva deltagandet blir synligt i omvårdnadsjournalerna genom kategorin självbestämmande, se tabell 3.

Tabell 3. Översikt av subkategorier, kategorier och tema.

<i>SUBKATEGORI</i>	<i>KATEGORI</i>	<i>TEMA</i>
Delge sjukdomssymtom Erfaren bröstsmärta Vårdare Närstående	Sjukdomsberättelsen Delger passivt Kroppsfunktion Självuppfattade problem Utanförskap	<i>Passivt deltagande</i>
Ställningstagande Självständighet	Självbestämmande Delger aktivt	<i>Aktivt deltagande</i>

Sjukdomsberättelsen

Den som plötsligt drabbas av obehag i bröstet kontakter förr eller senare sjukvården, de kliniska symtomen och berättelsen av symtomen blir vägledande för sjukvården så att patienterna kommer till rätt vårdnivå. Patienterna delger sjukdomsberättelsen utifrån den personliga sjukdomsupplevelsen. I omvårdnadsjournalen delger patienterna sina sjukdomssymtom genom berättelser om hur det känns i bröstet, berättelsen om symtomen och berättelsen om symtomen i förhållande till tidsperspektivet. Sjukdomsberättelsen framkommer också genom att patienterna berättar om hur bröstsmärtan erfars genom smärtans karaktär, smärtans intensitet och i vilken situation som bröstsmärtan ger sig till känna.

Delge sjukdomssymtom

Det framkommer en främmande och plötslig känsla i bröstet. Patienterna berättar om symtom som inte känns igen och symtom som inte tillhör den normala vardagen. Det framkommer i omvårdnadsjournalen hur det plötsligt blir en förändring i kroppen. De främmande symtomen på sjukhuset återkopplas till de främmande symtomen som uppkom i hemmet och att det var dessa främmande symtom som förde patienterna till sjukhuset. Patienterna berättar att de söker sjukvård på grund av flera symtom. Det framkommer i omvårdnadsjournalen att patienterna i hemmet uppmärksammar ett första symtom och ett andra symtom.

Flera uppkomna symtom förstärker varandra, symtomen är till en början beskrivna som en känsla av hjärklappning, andfåddhet eller orkeslöshet. De första symtomen förstärks med ett andra symtom som ger sig till känna genom lufthunger och obehag i bröstet. När ett symtom förstärks med ett annat symtom leder det till att patienterna söker sjukvård. Sjuksköterskan dokumenterar i omvårdnadsjournalen: *"Debut av hjärklappning kl 13.00. Efter 45 minuter smärta i bröstet"* (G2a).

Sjuksköterskan dokumenterar att patienternas symtom kopplas till ett tidsperspektiv. I omvårdnadsjournalen framkommer tidsperspektivet genom patienternas berättelse om dag och klockslag som symtomen startar. Patientens symtom har ett tidsperspektiv från veckor till några timmar. I omvårdnadsjournalen framkommer att patienterna går hemma med sina symtom upp till två veckor innan de söker sjukvård. Det framkommer också att patienterna söker sjukvård samma dag som symtomen startar.

Erfaren bröstsmärta

Det framkommer att bröstsmärtan erfars genom smärtans karaktär, smärtans intensitet och i vilken situation som bröstsmärtan uppkommer. I omvårdnadsjournalen dokumenteras bröstsmärtans karaktär som ont i bröstet, obehag i bröstet eller ett tryck över bröstet men även att smärta i bröstet förflyttar sig ut till andra delar av kroppen som axel och arm. Bröstsmärtan erfars inte ensamt i bröstet utan även utanför bröstet. Smärtans karaktär beskrivs som svårare i närliggande kroppsdelar som axlar och armar.

Smärtans intensitet framkommer i omvårdnadsjournalen genom två aspekter, dels genom erfaren smärtfrihet och dels genom erfaren mild smärta. I omvårdnadsjournalen framkommer mild smärta genom att sjuksköterskan dokumenterar smärtans intensitet med hjälp av visuell analog skala (VAS), smärtan visar grad ett till grad två på VAS skalan. Smärtans intensitet blir också synbar i omvårdnadsjournalen när smärta dokumenteras genom den verbala beskrivningen där smärtan inte är konstant utan att den kommer och går.

Det framkommer att bröstsmärtor uppkommer i samband med fysisk aktivitet. I hemmet uppkommer bröstsmärta i samband med promenader utomhus. Under vårdtiden uppkommer bröstsmärtor i samband med förflyttningar i vårdkorridor, som att gå till toaletten eller som att gå till matvagnen. När smärta i bröstet har samband med fysisk aktivitet på avdelningen sammankopplas dessa till liknande smärtor i hemmet. Patienterna känner igen bröstsmärtor från tidigare situationer, bröstsmärtor på avdelningen relateras och kopplas samman till situationer som liknar de bröstsmärtor som uppkom i hemmet före kontakt med sjukhus.

Kroppsfunktion

Var patienten än befinner sig så regleras livet av kroppsliga fysiska funktioner. Livet i vardagen ter sig inte på samma sätt för alla. I omvårdnadsjournalen berättar patienterna om sitt liv utifrån fysiska funktioner som överkänslighet, syn, hörsel, kommunikation och andning men även utifrån fysiska funktioner som kroppens förmåga att göra sig av med restprodukter, att förflytta sig och att sova.

Patienter lever med olika förutsättningar som ibland inte är påverkbara och som behöver undvikas för att kunna fungera i vardagen. Det framkommer i omvårdnadsjournalen att patienterna berättar om överkänslighet mot läkemedelssubstanser, födoämnen och naturen.

Sjuksköterskan dokumenterar i omvårdnadsjournalen: *”Beskriver att hon har haft problem i samband med kontrast, men svullnar inte upp”* (G3a). Överkänslighet visar sig på olika vis för olika patienter och eftersom överkänslighet påverkar livets tillvaro behöver patienterna lära sig att förebygga och hantera signaler på överkänslighet. Patienterna berättar om överkänslighet mot mjölk, mögel, pollen, men även överkänslighet som framkallas av läkemedel.

Det är naturligt att kroppens funktioner förändras genom stigande ålder. Kroppsliga funktioner som syn och hörsel förändras så att det dagliga livet påverkas, särskilt när det handlar om att kommunicera med omvärlden. Patienter som drabbas av instabil kranskärslsjukdom är ofta sextio år och däröver, en ålder där syn och hörsel börjar svikta. Omvårdnadsjournalen innehåller dokumentation som visar att patienter berättar om syn och hörselnedsättningar och där patienter berättar om behovet av hjälpmedel. Glasögon och hörapparat beskrivs som de vanligaste hjälpmedlen som ger möjlighet att bevara en god kommunikation, men inte för alla. En del har inga hjälpmedel och en del väntar på hjälpmedel. Saknaden av hjälpmedel får konsekvenser som innebär att kommunikationen mellan vårdare och patient begränsas med risk för missförstånd och förvirring när patienten inte uppfattar eller förstår vad som sägs.

Inte bara syn och hörsel påverkar kommunikationen utan även språket påverkar. Språket kan man inte välja som liten, det utvecklas under livet och anpassas för var man lever och bor. Att tala ett språk som inte andra förstår begränsar kommunikationen men genom att lära sig kan flerspråkighet vara en tillgång. Det framkommer i omvårdnadsjournalen att patienter som inte har det svenska språket som modersmål kan göra sig förstådda.

I omvårdnadsjournalen berättar patienter att det normala livet sammankopplas med en god andningsfunktion. Andningen är en autonom kroppslig funktion som inte behöver styras med viljan, genom att aldrig behöva tänka på andningen uppmärksammas minsta skillnad och avvikelser, därför kan patienterna avgöra och berätta hur andningen fungerar på sjukhuset.

Förbränning av näringsämnen och metabola processer i kroppens olika celler leder till att miktions och tarmtömning tillhör livets normala processer. Urinrängningar tar inte hänsyn till att dygnets 24 timmar är uppdelat i dag och natt, patienter berättar att de anpassar sig till att gå upp på nätterna utan att för den skull känna besvär över detta. Det framkommer i

omvårdnadsjournalen att patienten berättar om att tarmfunktionen är kopplad till hur ofta patienten får gå på toaletten, desto längre tiden går mellan toalettbesök desto trögare mage. Det framkommer i omvårdnadsjournalen att patienten berättar om normal mage när tarmtömning sker varje dag. Det framkommer också att tarmtömning var tredje till var fjärde dag kopplas till trög mage.

I omvårdnadsjournalen berättar patienterna om fysiska aktiviteter i relation till förmågan att gå och röra sig i det dagliga livet. Patienterna berättar att fysiska förflyttningar begränsas när patienterna blir äldre och det är framförallt fysiska förflyttningar utomhus som hindrar att gå och röra sig. Ojämn mark bidrar till osäkerhet och rädsla att ramla men med hjälp av stöd som rullator ökar självsäkerheten på den egna fysiska förmågan. Inte bara ålder begränsar fysiska förflyttningar, det framkommer i omvårdnadsjournalen att patienterna berättar om lokala besvär som begränsar förmågan att gå och röra sig. Lokala funktionsnedsättningar i leder bidrar till begränsningar att delta i olika former av aktiviteter som hjärtgympa efter hjärtinfarkt.

Sömnbehov och sömnvanor ter sig olika. För en del patienter är det normalt med sammanhängande sömn hela natten och för andra är det normalt med bara ett par timmars nattsömn. Det framkommer i omvårdnadsjournalerna att patienterna berättar om en god sömn hemma men att patienterna blir mer osäkra på om sömnen kommer att fungera i sjukhusmiljö. Det framkommer även att patienterna inte sover bra hemma men att det mera är ett normalt tillstånd, de sömnsvårigheter som patienten berättar är tillstånd som har funnits en längre tid och som patienten bär med sig till den nya sjukhusmiljön.

Självuppfattade problem

Vid akut sjukdom och vård på sjukhus drabbas patienten av emotionell belastning. Tankar kring livssituationen tar kraft av kroppens energi och tankar om en oförutsägbar framtid leder till problem med sömn, oro, osäkerhet, dödsångest och ångest.

Det framkommer i omvårdnadsjournalerna att patienterna berättar om sömn som en form av trötthet, patienterna berättar om den ständiga tröttheten och bristen på energi som leder till att inte vara tillräckligt utvilad för att ta del av den information som ges om hjärtinfarkt, det framkommer i omvårdnadsjournalerna att sjuksköterskan blir osäker på hur mycket information som patienten har tagit till sig. Sömnproblem under vårdtiden framkommer också i omvårdnadsjournalerna genom att patienterna berättar om att inte kunna sova på nätterna eftersom vanan att sova i sin egen säng och de vanliga rutinerna före sänggående inte är de samma som på sjukhuset. Sängarna är annorlunda och rutinerna för insomning rubbas av rutiner på sjukhuset, sömnen blir eftersatt som får patienterna att känna sig trötta. Inte bara sängar och miljö påverkar sömnen, det framkommer också berättelser om insomningssvårigheter relaterat till att patienterna känner sig spända, spända inför det som ska hända och spända över resultat av undersökningar. Sömnsvårigheterna leder till känslan av trötthet där tröttheten leder till fysiska symtom som huvudvärk.

Oron handlar i första hand om oro över praktiska händelser och oro över hälsosituationen. Oro kring praktiska händelser handlar om patienternas oro inför olika undersökningar som kranskärlsröntgen. Sjuksköterskan skriver i omvårdnadsjournalen att patienterna berättar om oro och nervositet inför undersökningar men även om den oro som ständigt finns närvarande i det vardagliga livet. Oron över hälsosituationen blir synbar när patienterna får information om hjärtinfarkt-diagnos och information om att kranskärlsröntgen visar förträngningar så att den enda behandlingen att minska kärlkrampssymtom är en kranskärlsoperation. Det framkommer i omvårdnadsdokumentationen att patienter berättar om reaktioner som chock och besvikelse när patienten ges information om diagnos. Sjuksköterskan dokumenterar i omvårdnadsjournalen: *"Har fått muntlig information om hjärtinfarkt och angio. Patient tycker det känns bra även om han är chockad över att det varit en hjärtinfarkt"* (G2c). Patienternas reaktioner av att få besked om diagnos blir synbara genom deras berättelser om oro, nedstämdhet och stress. Reaktionerna hanteras och bearbetas med hjälp av personer som är specialiserade i att stödja och lyssna till reaktioner som sjukdomen medför.

Det framkommer i omvårdnadsjournalerna att patienterna berättar för sjuksköterskan om oro som handlar om att inte komma igång med magen. Patienterna berättar att de är aktiva med att röra sig på avdelningen. Under de första vård dygnet hindrar hjärtövervakningen patienterna att röra sig fritt, en bidragande orsak till förstoppning.

Omvårdnadsjournalen visar att patienterna berättar om det svaga tandstatus som hindrar intag av den kost som bispisas på sjukhuset. Att återkommande uppleva en osäkerhet att sätta i halsen leder till minskat matintag med risk för minskad näringstillförsel och vikt nedgång. En annan osäkerhet som framkommer i omvårdnadsjournalen är patienternas berättelser om deras förståelse att ha varit i ett förvirringstillstånd. Tillstånd att inte vet vart man är eller veta vad man tar sig för leder till osäkerheten när det blir uppenbart för patienterna, att de plötsligt förstår var de har varit och vad de har gjort. Osäkerheten leder till svårigheter att planera dagen eftersom patienterna plötsligt kan förvirra sig i lokaler och risken att ta sig för saker leder till osäkerhet att lita på sin kropp.

Ångest och dödsångest dokumenteras i omvårdnadsjournalerna, patienterna berättar att ångest och dödsångest blir påtaglig och ihågkommen när kroppen utsätts för fara. Hjärtinfarkt är ett hot mot kroppen, ett hot som kan leda till att inte klara livet. Ångesten för att dö blir synbar genom patienternas rädsla att utsätta sig för undersökningar som inte kan kontrolleras av patienterna själva.

Utanförskap

Vårdare och närstående påverkar patientens möjligheter att vara delaktiga i vården. Det framkommer att sjuksköterskans information om vård och behandling är rutinmässig och stel och att informationen inte utgår ifrån patientens berättelse om tidigare kunskapsnivå. Närstående har kontroll över vård situationen till den grad att patienten inte deltar i beslut om vård.

Vårdare

Oavsett patientens uppfattning ger sjuksköterska och läkare information om diagnos, behandling och resultat av utredningar. Patientens utanförskap blir synligt när information om vård och behandling utgår från sjuksköterskans perspektiv och inte från patientens kunskapsnivå. Detta blir tydligt när sjuksköterskan i omvårdnadsjournalerna dokumenterar att information är given, skriftligen eller muntligt. Sjuksköterskan skriver: *"Fått muntlig och skriftlig information om hjärtinfarkt och levnadsråd"* (G3d). Den skriftliga informationen ges utifrån ett standardiserat material, en broschyr om hjärtinfarkt, ett ihop häftat material om kranskärlsröntgen och kort med telefonnummer till kurator utan att sjuksköterskan tar del av patientens önskemål. Patientens utanförskap framkommer även i omvårdnadsjournalerna när sjuksköterskan generellt informerar om hur kranskärlsröntgen utförs praktiskt, före, under och efter röntgen.

Det framkommer i omvårdnadsjournalen att såväl läkare som sjuksköterska ger information som handlar om att patienterna ska kunna förstå vad som har hänt och veta vad som kommer att ske. Ett sätt är att sjuksköterskan under vårdtiden delar ut standardiserad information men oberoende vem som är mottagare och vad mottagaren vill veta. I omvårdnadsjournalen skriver sjuksköterskan: *"Har fått information av läkare om hjärtinfarktdiagnos"* (G3c).

När patienterna får information om de läkemedel som ordineras efter utskrivning framkommer utanförskap. Behandling och planering av vård är beslutad av sjukvården och inte i samråd med patienten. Före hemgång får patienterna prova läkemedel som förebygger och behandlar kärlekskramp. Det framkommer i omvårdnadsjournalen att patienterna provar läkemedel samtidigt som sjuksköterskan ger information om hur läkemedlet fungerar. Vid utskrivning får patienterna besked om att läkemedelsbehandling och genomförda utredningar behöver följas upp med kontroll av blodprover, antingen på sjukhuset eller på vårdcentral. Sjuksköterskan dokumenterar i omvårdnadsepikrisen att patienterna själva ska planera och ansvara för uppföljning av blodprover.

Närstående

Patienter som vårdas på sjukhus har ofta närstående som tar del av vård och behandling. Närstående blir underrättade om vad som händer under vårdtiden. Det visar sig i omvårdnadsjournalen att familjemedlemmar under vårdtiden får information om patientens vård och behandling. Det framkommer i omvårdnadsjournalen att sjuksköterskan informerar närstående om vad som har hänt och vad som planeras. Sjuksköterskan ger även information om orsak till inläggning och misstanke om hjärtinfarkt. Om patientens närstående inte vet att patienten vårdas på sjukhus är det i första hand närstående i familjen och i släkten som meddelas om inläggning, antingen av patienterna själva eller av sjuksköterskan.

Sjuksköterskan ger information till närstående om utredningar med kranskärlsröntgen, den informationen ges genom telefonsamtal eller direkt på avdelningen. När diagnosen är bekräftad av läkare skriver sjuksköterskan i omvårdnadsjournalen att patienten ges såväl muntlig som skriftlig hjärtinfarktformation, även till närstående. Informationen omfattar också utredning med kranskärlsröntgen och resultatet av denna. En kranskärlsröntgen leder

ofta till att kranskärnen vidgas med nät, med den behandlingen och hjärtinfarkt följer en hel del mediciner, ofta livslång behandling. För en del patienter är detta något helt nytt medan det för andra blir ett ytterligare tillägg som patienterna behöver hålla reda på. Det framkommer i omvårdnadsjournalen att sjuksköterskan förutom information till patienten även ger information om läkemedel till närstående.

Närstående deltar i patientens vård, det framkommer i omvårdnadsjournalen att närstående vill tala om vård och behandling genom samtal med patientansvarig läkare och sjuksköterska, antingen genom personligt samtal eller via telefon. Deras engagemang och vilja att besluta om vård och behandling medför att sjuksköterskan har telefonsamtal med närstående, utan att patienten är tillfrågad. Dessutom framkommer det i omvårdnadsjournalen att en del närstående arbetar inom hälso- och sjukvård, de har kunskap och är rustade att ställa frågor om behandling som säkerligen inte skulle ha lyfts fram av patienten själv. Patientens utanförskap framkommer i omvårdnadsjournalen när sjuksköterskan samtalar med närstående om hälsotillstånd relaterat till patientens förmåga att kunna skrivas ut från sjukhuset. Sjuksköterskan samtalar även med närstående om biståndshandläggare och vårdplanering utan patientens närvaro. Det framkommer av sjuksköterskans dokumentation att det är närstående som beslutar om det är aktuellt med vårdplanering och om när patienten kan skrivas ut från sjukhuset.

Närstående vill bli kontaktade när som helst på dygnet, en önskan som sjuksköterskan tar del av och dokumenterar i omvårdnadsjournalen. Närstående vill också vara med på utskrivningssamtalet, något som sjuksköterskan tillgodoser och planerar för.

Självbestämmande

Kroppens behov är så starka att de rutinmässiga vårdåtgärderna ibland får stå tillbaka. De vårdande yrkeskategorierna visar vägen för olika vårdåtgärder men det är den enskildes vilja som sist avgör vilka vårdåtgärder som ska accepteras eller förkastas. Den nya sjukhusmiljön och livssituationen leder till att patienterna åstadkommer självständiga val.

Ställningstagande

Under vårdtiden tar patienterna ställning om vård och behandling. Deras ställningstaganden blir synbara i omvårdnadsjournalerna genom deras följsamhet och beslut om vård och behandling.

Det framkommer att patienternas följsamhet vilar på en positiv anda, patienterna ser sina möjligheter att återhämta sig efter en hjärtinfarkt genom att ta del av den behandling och rehabilitering som föreslås. Patienterna är positiva till förslagen om utredning av kranskärnen och följer rekommendationer för att kunna börja planera för framtiden och komma vidare i livet efter hjärtinfarkten. Intresset för att inte återinsjukna i hjärtinfarkt visar sig genom patienternas positiva anda att delta i hjärtskola och de patienter som har mycket frågor om sin sjukdom följer sjuksköterskans råd att förutom detta samtala med en kurator, en person som har tid att lyssna. Väl efter utskrivning visar omvårdnadsjournalerna patienternas följsamhet

till de rekommendationer som ges när det gäller högt blodtryck. I hemmet kontrollerar patienterna blodtrycket, de följer upp den behandlingen som påbörjats på sjukhuset.

Patienter som genomgår kranskärlsröntgen och som inte har några förträngningar berättar om sin nöjdhet att undersökningen var normal. För de patienter som behandlas med ballongvidgning dokumenterar sjuksköterskan att patienter har funderingar om det nät, stent som opereras in i de kranskärl som varit förträngda. Patienterna efterfrågar information om en särskild del i en behandling för att fylla den kunskapslucka som de upplever sig ha. Att få främmande material inopererat i kroppen får patienter att börja fundera kring hur stent påverkar kroppen och hur det påverkar framtida återfall av kranskärlssjukdom. Patienterna är delaktiga och frågar efter att de har behandlats, när allt är över och när det finns tid till att fundera.

Patienternas styrka att ta egna beslut visas i omvårdnadsjournalerna genom att patienterna själva avgör om de vill ha information om kranskärlssjukdom eller inte. En del har kunskap om kranskärlssjukdom sedan tidigare genom egen erfarenhet eller genom närståendes erfarenheter. Det blir synbart i omvårdnadsjournalerna att patienterna inte har några frågor om sin sjukdom och att de anser sig klara sig i hemmet med den kunskap som de redan har.

Beslut kopplas till egenvård, en insulinbehandlad diabetiker påverkas i vardagen av blodsockerkontroller och beslut om insulindoser. Vid vård på sjukhus förändras inte egenvårdsförmågan vilket leder till att patienterna fortsatt under vårdtiden själva beslutar om sina insulindoser. I patientens omvårdnadsjournal dokumenterar sjuksköterskan: *"Känner av lågt blodsocker, vill ta ny kontroll innan hon somnar ikväll, kontrollerar blodsockret själv. Blodsocker 9.8 mmol/l i samråd med patienten ges ordinarie insulindos. Blodsocker på 11 mmol/l, hon tar halva dosen insulin och äter en smörgås"* (G3b). Erfarenhet av att vara insulinberoende och de kroppsliga reaktionerna vid olika blodsockernivåer bidrar till att patienterna tar ställning och beslutar om hur mycket insulin som behövs vid olika tillfällen. Patienternas insulindoser anpassas efter behovet. Förändrade kostrutiner och minskad fysisk aktivitet under sjukhusvistelsen påverkar blodsockernivåerna, patienterna känner när blodsockernivåerna sjunker och beslutar själva om vilken insulindos som lämpar sig bäst i olika situationer.

Egenvård handlar också om att patienterna tar ställning till att delta i hjärtskola för att få kunskap för att kunna förändra sin livsstil. Redan under vårdtiden beslutar patienterna sig för att delta i hjärtskola, de beslutar även vilket avsnitt i hjärtskolan som de är intresserade av. I omvårdnadsjournalerna skriver sjuksköterskan att patienterna har fått information om hjärtskola och i samband med informationen beslutar de sig för att delta. Beslut om deltagande i hjärtskola handlar också om att avstå, det framkommer att patienternas tidigare kunskap om hjärtinfarkt leder till beslut om att avstå hjärtskolan.

Självständighet

Under sjukhusvistelsen framkommer patienternas självständighet genom den egna viljan. Patienterna uttrycker en vilja som både är kopplad till att vara i behov av någonting som inte ingår i den rutinmässiga vården, men även en vilja som handlar om att avstå från rutinmässig vård. När patienterna har behov som är kopplat till kroppsliga besvär som nikotinbegär, stress och smärta leder det till att patienterna uttrycker en vilja att få hjälp, det framkommer i omvårdnadsjournalen en vilja att bli hjälpt med läkemedel som sjuksköterskan har delegering att ge men som inte ingår i den rutinmässiga vården. Viljan blir även synlig i omvårdnadsjournalen när patienterna har en valmöjlighet att använda läkemedel för att underlätta sömn men även när patienter avstår från läkemedel för såväl sömn som nikotinersättningsmedel.

Rutinmässigt skrivs patienterna ut från sjukhuset efter fem vårddygn. Det framkommer i omvårdnadsjournalen att patienterna redan före hemgång påtalar sin vilja att få komma hem och när utskrivningsdagen väl kommer ser patienterna fram emot att få komma hem. Patienterna visar sin självständighet genom att avstå från vård och behandling, sjuksköterskan dokumenterar att patienterna inte vill delta i behandlingar och att patienterna inte vill följa de vardagliga rutiner som avdelningen har. För sjuksköterskan är det en rutin att ha ett inskrivningssamtal med patienter men den rutinen blir tillbakavisad när patienterna istället visar ett behov och en vilja att sova. Sjuksköterskan dokumenterar att patienter är trötta och vill sova. Det finns även en rutin som säger att patienter ska bära en perifer venkateter (PVK), när patienterna visar hudirritation och obehag vid bärande av PVK så visar patienterna en vilja att avstå från PVK. Sjuksköterskan dokumenterar att PVK dras relaterat till att patienter upplever irritation och obehag.

Diskussion

I följande avsnitt diskuteras examensarbetets resultat och metod. För att resultatets kvalitet ska kunna värderas behöver resultatet ställas i relation till både bakgrund och val av metod. Ett kritiskt förhållningssätt ger stöd och underlättar för författaren själv och läsaren att förstå resultatet, men även för att kunna dra egna slutsatser (Polit & Beck, 2008). Resultatets trovärdighet tydliggörs med hjälp av diskussion kring datainsamling, analysteknik och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Metoddiskussion

Den valda metoden medför två huvudsakliga svagheter, den ena kring datainsamlingen och den andra kring analystekniken. När syftet är att beskriva hur patientens delaktighet framkommer i omvårdnadsjournalen begränsas möjligheten att finna en motsvarande metod. Examensarbetet karakteriseras av en kvalitativ metod med en beskrivande innehållsanalys, utan koppling till någon traditionell metodologisk disciplin.

Den första svagheten är att datamaterialet utgörs av omvårdnadsjournaler med sekundärdata. Sjuksköterskan har uppfattat patienten på eget vis och tolkat patientens berättelser, därför finns en osäkerhet att omvårdnadsjournalerna inte återspeglar vad patienterna berättar i verkligheten. Det hade varit möjligt att istället använda patientdagböcker som datamaterial för att undvika tolkningar och med den metoden hade det säkerligen framkommit tydligare aspekter på patienternas delaktighet eftersom dagboksanteckningar kan styras mot ett specifikt ämne.

Även sjuksköterskornas yrkeserfarenhet av att vårda patienter med instabil kranskärlssjukdom kan påverka innehållet i omvårdnadsjournalen. En novis sköterska har till skillnad från expertsjuksköterskan många gånger mycket att hålla reda på i form av läkarens ordinationer och arbetsrutiner. Deras stress att hinna med sitt arbete kan ha betydelse för hur de dokumenterar patientens delaktighet, bröstsmärtor och EKG förändringar får högre prioritet i omvårdnadsjournalen jämfört med dokumentation om hur patienterna är delaktiga i beslut om den egna vården. Med risk för detta kan dokumentationen bli styrd mot det medicinska istället för det vårdvetenskapliga perspektivet med följd att innehållet i omvårdnadsjournalen blir för medicinskt inriktad vilket egentligen inte är förvånande eftersom undersökningen är utförd på en hjärtintensivvårdsavdelning med avancerad medicinsk apparatur, potenta läkemedel och akuta medicinska vårdsituationer som till exempel hjärtstopp.

Expertsjuksköterskan har erfarenheter av olika symtom och tillstånd hos patienter och är trygg i sin arbetsroll vilket sannolikt medför att expertsjuksköterskan dokumenterar patientens vård utifrån ett helhetsperspektiv med följd att patientens delaktighet i den egna vården tydliggörs i omvårdnadsjournalen. Benner (1993) belyser liknande resonemang att expertsjuksköterskor vårdar patienter utifrån ett helhetsperspektiv till skillnad från en novis sjuksköterska som mer behöver luta sig mot regler och rutiner och därför har svårare att uppfatta helheten kring patientens vård. Yrkeserfarenhet kan inte automatiskt kopplas till att sjuksköterskor dokumenterar med fokus på patienternas delaktighet i vården men det är värt att belysa resonemanget för att förstå resultatet i undersökningen.

I det här datamaterialet kan sjuksköterskans identitet i omvårdnadsjournalerna inte spåras och därmed heller inte sjuksköterskans yrkeserfarenhet. Men det är av betydelse att föra ett resonemang kring vilken erfarenhet dessa sjuksköterskor har att vårda patienter med instabil kranskärlssjukdom. På den aktuella hjärtintensivvårdsavdelningen arbetar cirka trettio sjuksköterskor. En tredjedel har erfarenhet av hjärtsjukvård från noll till fyra år, en tredjedel från fem till tio år och en tredjedel från tio år och uppåt. Detta säger inget om vilken grupp sjuksköterskor som har dokumenterat i patienternas omvårdnadsjournal för den här undersökningen, men ger en fingervisning om den bakomliggande yrkeserfarenheten.

Osäkerheten om huruvida omvårdnadsjournalerna verkligen innehåller dokumentation om delaktighet finns ständigt närvarande och det verkar som att känslan inte är helt obefogad. Tidigare studier kritiserar sjuksköterskans bristande dokumentation särskilt när det handlar om att identifiera omvårdnadsproblem och att upprätta vårdplaner (Ehrenberg, Ehnfors & Thorell-Ekstrand, 1996; Ehrenberg & Birgersson, 2003; Törnvall, Wilhelmsson & Wahren,

2004; Ziegert, Fridlund & Lidell, 2007). Studier visar att sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation inte överensstämmer med patientens aktuella omvårdnadsstatus. Det visar sig att sjuksköterskor muntligen rapporterar omvårdnadsproblem i större utsträckning än vad de dokumenterar. Ehrenberg och Ehnfors (2001) visar att sjuksköterskor identifierar patienternas omvårdnadsproblem i omvårdnadsjournalen upp till 59 % så det är väl rimligt att ha förståelse för att även det här examensarbetets omvårdnadsjournaler inte innehåller en fullständig och invändningsfri omvårdnadsdokumentation om patientens delaktighet.

En annan viktig aspekt är att sjuksköterskor inte alltid hinner, eller glömmer bort, eller blir störda i sin dokumentation och att detta kan ha påverkat att datamaterialet inte blivit representativt för det som ska studeras (Kärkkäinen, Bondas & Eriksson, 2005). Det är också av värde att påminna läsaren om att standardvårdplaner ofta motiveras med att minska dokumentationsvolymerna (Forsberg & Edlund, 2003). En motivering som sjuksköterskor ofta ställer sig positiva till och som kan ha påverkat datamaterialet med minskad dokumentation av text med delaktighet. Även om det finns många nackdelar med att använda omvårdnadsjournaler som datainsamlingsmetod så finns det några fördelar. Till skillnad från exempelvis intervjustudier så har retrospektiva journalgranskningar den fördelen att sjuksköterskor inte på förhand får vetskap om att omvårdnadsjournaler kommer att granskas, i det fallet är det positivt eftersom man slipper kontexteffekter.

Den andra svagheten gäller analystekniken. Att utföra en innehållsanalys kräver stor öppenhet med förmåga att se delar i ett större perspektiv, detta blir särskilt synbart när analysen kommer fram till att uppfatta och förstå det nya perspektivet i dess helhet. Till följd av att sjuksköterskan ofta dokumenterar kort och konsist har det varit svårt att kondensera text och bilda koder. Enligt Graneheim och Lundman (2004) finns det en risk med korta meningsbärande enheter eftersom meningen i texten kan gå förlorad under analysprocessen vilket påverkar resultatet till att bli fragmentariskt. I det här examensarbetet har analysen utgått från en manifest tolkning vilket möjligen kan väga upp det fragmentariska i resultatet.

För att kunna se mönster av likheter och skillnader i ett samesurium av 137 koder behövs ramar att stödja sig mot, examensarbetets ram utgjordes inte av någon specifik metod utan den utgjordes av den egna yrkeserfarenheten, att vårda patienter med instabil kranskärlssjukdom och att vårda enligt omvårdnadsprocessen. Samtidigt var det viktigt att inte låta erfarenhet och förförståelse, dvs. att sjukvården förbiser patientens delaktighet påverka analystekniken utan istället vara öppen och följsam mot det datamaterial som ändå visade sig. En inte alltför självklar kontroll med tanke på den novisa erfarenheten att samla in och analysera datamaterial som det här. Därför är det också lätt att påstå att resultatet skulle kunna ha sett annorlunda ut om någon annan hade analyserat materialet eftersom det är den person som analyserar som "besitter" analysinstrumentet.

Kunde då resultatet ha blivit annorlunda med den valda metoden? När det gäller antalet omvårdnadsjournaler (n=13) framkom det i samtliga någon form av delaktighet. Hade ett större antal omvårdnadsjournaler granskats så hade troligtvis inte resultatet fått ett rikare

innehåll, men om man ser till kunnigheten att utföra innehållsanalyser skulle den troligtvis ha utvecklats under tidens gång. Under analysprocessen ökar successivt den kritiska förmågan att beakta delar i helheten och därför kan antalet omvårdnadsjournaler ge mer tid för ett mer reflekterande förhållningssätt. Graneheim och Lundman (2004) påtalar faran med att analysera data under lång tid eftersom det finns risk för inkonsekvens under analysprocessen men lyfter samtidigt resonemanget att tid kan ge nya funderingar och frågor kring analysprocessen.

Svagheterna med metoden ges stor respekt men det är samtidigt viktigt att belysa metodens fördelar. Med erfarenhet som dokumentationsansvarig sjuksköterska på den aktuella hjärtintensivavdelningen och ansvarig för utveckling av standardvårdplaner vågar jag påstå att dokumentationen i omvårdnadsjournalerna för den utvalda patientgruppen håller god och hög kvalitet. Dessutom vilar metoden på en manifest innehållsanalys med försök att finna vad som visar sig i texten som synligt och uppenbart. Abstraktionsnivån är inte så hög och därför så har den manifesta analysen den fördelen att resultatet kan förstås av sjuksköterskor i den kliniska vardagen, utan alltför teoretiska och invecklade ord. I all enkelhet ger den här analystekniken en tydlig bild av att patienter är passivt delaktiga under sitt vårdtillfälle och även om metoden inte gör anspråk på att vara fullständig eller invändningsfri så finns en förhoppning om att examensarbetet berikar sjuksköterskan att se patientens delaktighet som viktig i den kliniska vardagen.

Resultatdiskussion

Tema passivt och aktivt deltagande framkommer genom kategorier. De mest betydelsefulla kategorierna att diskutera för passivt deltagande är självuppfattade problem och utanförskap, för aktivt deltagande kategori självbestämmande.

Passivt deltagande

Resultatet visar att delaktighet framkommer genom patientens berättelser om sig själva och sin hälsosituation. Resultatet stöds av andra studier som visar att patienternas delaktighet har ett samband med att få berätta om sin sjukdom (Eldh, Enhfors & Ekman, 2005). Utöver denna likhet framkommer en viktig skillnad, patienterna är i den här undersökningen delaktiga men på ett passivt vis eftersom det i omvårdnadsjournalerna saknas en vilja till förändringar eller ställningstaganden kring den egna vården.

Resultatet visar att ångest och dödsångest delges för sjuksköterskan i form av viljelösa berättelser, omvårdnadsdokumentationen skrivs på ett sådant sätt att patienterna uppfattas som passiva i sina yttranden. Men det vi inte vet är om patienterna kan ha framfört sin ångest på ett aktivt sätt men som sjuksköterskan inte förmår att hantera. Sjuksköterskan skriver i omvårdnadsdokumentationen som om patienten är ett objekt.

Under ett vårdtillfälle blir patienterna föremål för en hel del undersökningar och behandlingar, för de allra flesta infinner sig en tacksamhet att bli omhändertagen och utredd. Det finns ändå en rädsla för att utsätta sig för undersökningar som patienterna inte själva kan kontrollera. Det framkommer i resultatet att patienterna berättar om rädsla att genomgå undersökningar, de

delger passivt eftersom omvårdnadsjournalerna belyser en viljelöshet i berättelserna. Det hade varit intressant att få veta hur sjuksköterskan hanterade patienternas rädsla och om patienterna hade varit delaktiga i besluten att genomgå undersökningarna, men det framkom inte omvårdnadsjournalerna. Även om (HSL 1982:763) strängt reglerar att vård och behandling ska genomföras i samråd med patienten så finns det brist på bestämmelser som faktiskt säger att sjuksköterskan ska dokumentera att patienten har varit delaktig i beslut. Begreppet delaktighet används mer som ett rättesnöre och därför finns det risk för att patientens aktiva delaktighet i omvårdnadsjournalen faller bort.

Information om egenvård är viktig eftersom kunskap om riskfaktorer om kranskärslssjukdom förväntas minska återinläggningar och ge ett längre liv. Det framkommer i resultatet att sjuksköterskor är ihärdiga med att ge patienter information om sjukdom och behandling. Resultatet visar att patienter under vårdtiden får en hel del information, både muntligen och skriftligen men på ett sätt som är helt neutralt. Vårdaren utestänger patienterna från att reflektera och känna efter vilken information som känns mest betydelsefull, patienterna framstår mer som mottagare av information än att vara en del i informationen och sjuksköterskor framstår som sändare av information. Kopplas resultatet till begreppet delaktighet så ligger fynden helt i linje med de studier som beskriver delaktighet från ett sjuksköterskeperspektiv. Sahlsten, Larsson, Plos och Lindencrona (2005b) visar att sjuksköterskor utgår ifrån att patienter är delaktiga i vården när patienten har kunskap om sin sjukdom. På ett liknande sätt visar Söderbäck (1999) att sjuksköterskor informerar för att åstadkomma föräldrarnas delaktighet i vård av sjuka barn men även för att få hjälp i det praktiska omhändertagandet av barnen.

Problemet med att sjuksköterskan levererar en mängd information som är standardiserad och förutbestämd enligt en viss mall som vid standardvårdplaner är att patienten inte själv bestämmer över vilken specifik information de vill ha eller när informationen ska ges. Resultatet visar att patienten är passivt delaktig vid informationstillfället eftersom det i omvårdnadsjournalerna saknas anknytning till patienternas kunskapsnivå. Sjuksköterskan delar ut lika information till alla utan särskild bedömning av patienternas kunskapsnivå. I likhet med andra studier så visar resultatet att information som utgår från standardvårdplaner leder till ett passivt deltagande eftersom informationen är stel och inte anpassad för individuella behov (Walldal, Anund & Furaker, 2002).

Resultatet visar att sjuksköterskan ger närstående information om diagnos och undersökningsresultat när patienterna inte är närvarande, dessutom bekräftar och tydliggör läkaren patientens hälsosituation för närstående, när patienten inte närvarande. Patienterna står utanför och är passiva. Närstående är både envisa och handlingskraftiga till den grad att de påverkar patienternas hemsituation, men inte utifrån patientens behov av hemhjälpinsatser. I resultatet framkommer istället närståendes behov av att patienten får hemhjälp. Till skillnad från studier som visar att närstående ger stöd så visar det här resultatet att patienterna lämnas utanför, blir passiva deltagare både gällande beslut om hemhjälp och beslut om hemgång (Ziegert, Fridlund & Lidell, 2005).

Resonemanget om den passiva delaktigheten visar sig även i andra studier men då handlar det mer om passivitet att ta beslut kring omvårdnadsåtgärder. Till skillnad från Florin, Ehrenberg och Ehnfors (2006) som menar att patienter intar en passiv roll vid beslut som framförallt berör de fysiska omvårdnadsproblemen som andning, hud, sömn och smärta visar det här resultatet att patienterna visar en vilja med ett aktivt deltagande när det gäller omvårdnadsåtgärder som handlar om sömn och smärta. Förtroende och säkerhet ligger också till grund för hur patienter tar beslut kring vård och behandling. Henderson och Wai-Tong Chien (2007) visar att patienter oftare intar en passiv roll vid beslutsfattande när de känner förtroende för sin läkare, en tro på att läkaren är kompetent att fatta beslut som är bäst för patienten själv. Det kan också vara så att patientens förtroende för sjuksköterskan även i den här undersökningen får patienterna att överlåta beslutsfattande till sjuksköterskan och att delaktighet i omvårdnadsjournalerna av den anledningen till största delen är passiv. Ett inte helt otänkbart resonemang då patienter på den aktuella avdelningen ofta uttrycker vårdpersonalen som ”änglar” och som att vårdpersonalen måste vara ”handplockad” och att patienterna känner sig ”trygga”.

Aktivt deltagande

Gemensamma mönster i resultatet pekar på att patienterna är aktivt deltagande i sin egen vård och behandling. Till skillnad från det passiva deltagandet där det framkommer viljelösa berättelser så visar sig det aktiva deltagandet genom patienternas vilja och följsamhet i sina berättelser. Patienternas förmåga att vara aktivt deltagande utgörs av många olika faktorer, en faktor som säkerligen spelar stor roll för patienternas aktiva deltagande är sjuksköterskans förhållningssätt och förmåga att bjuda in till samtal. WHO (2001) beskriver att förhållningssätt och inställning hos sjuksköterskor i patientens omgivning påverkar patientens delaktighet i sin egen vård. Studier visar att en tillåtande miljö där sjuksköterskor lyssnar och visar förståelse underlättar för patienterna att vara delaktiga (Eldh, Enhfors & Ekman, 2005).

I det här resultatet blir det aktiva deltagande tydligt när patienterna berättar för sjuksköterskan om hur de själva ser på egen vård. En del patienter visar sitt aktiva deltagande genom att framhålla en ståndpunkt som att avstå från att delta i hjärtskola eller att bestämma sig för att delta i hjärtskola. Andra patienter visar ett aktivt deltagande genom att vara intresserad och positiv till att genomgå kranskärlsutredningar. Det aktiva deltagandet framkommer på liknande sätt i andra studier. Eldh, Enhfors och Ekman (2005) visar att patienternas delaktighet har samband med att patienterna har varit aktiva i planering av vård. Däremot får det aktiva deltagandet i den här undersökningen inte stöd av Nordgren, Asp och Fagerberg (2007) som visar att patienter istället upplever sig delaktiga när beslut om vård och behandling överläts till sjuksköterskan.

Det bör föras ett resonemang kring sjuksköterskans förmåga och erfarenhet att bjuda in till samtal och främja patientens aktiva deltagande. Med en högst personlig erfarenhet och uppfattning så vågar inte alltid oerfarna sjuksköterskor att föra samtal med patienterna om vård och behandling med risk för felsäkringar och svårigheter att besvara frågor. Sjuksköterskans erfarenhet kan alltså bidra med att patienternas aktiva deltagande begränsas. Studier visar att sjuksköterskor ibland har svårt att öka möjligheterna till patienternas

delaktighet på grund av osäkerhet och bristande kontroll över omvårdnadssituationen vilket ofta förklaras med hur länge sjuksköterskan har arbetat och hur trygg sjuksköterskan är i sin yrkesroll (Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005a; Arnetz, Winblad, Arnetz & Höglund, 2007).

Patienter som ser sina egna behov är ofta aktiva i att ta beslut om vård och behandling. Studier visar att patienter som känner att det endast är de själva som kan avgöra hur deras kroppar fungerar också kan förklara sina behov på ett tydligt vis, patienternas kroppskänedom leder till aktivt deltagande med aktiva beslut (Henderson & Wai-Tong Chien, 2005). Resultatet visar liknande att patienterna är självständiga och medvetna om sina behov som de självständigt berättar om, det framkommer också en tydlig och skarp aktiv egen vilja om hur behoven ska åtgärdas. Vilka möjligheter patienterna har haft att framföra sina behov utforskades inte i den här undersökningen och vi vet heller inte om just de här patienterna hade erfarenhet av sjukvård sedan tidigare vilket möjligtvis kan påverka patienternas erfarenhet att vara tydliga i sina önskningar om hjälp vid olika omvårdnadsproblem.

Resultatet belyser att patienternas delaktighet i omvårdnadsjournalerna till största delen är passiva och att patienterna under vårdtiden inte ges särskilt stort utrymme att vara fri att ta egna beslut över sin egen person. En viktig kunskap som sjuksköterskan kan ta del av och fundera över vid både dokumentation och vård av patienter med instabil kranskärslsjukdom. Delaktighet är alltid lika viktigt att identifiera och dokumentera, oavsett omvårdnadsbehov eller medicinsk diagnos. Därför finns möjligheter att resultatet kan användas som stöd när sjuksköterskor vårdar andra patientgrupper än för de som resultatet stödjer sig mot. Resultatet kan vara en hjälp att bilda en uppfattning om hur delaktighet kan förstås och användas i den kliniska vardagen men det återstår för läsaren att bedöma resultatets slutgiltiga användbarhet.

Slutsatser

- Standardvårdplaner utesluter inte patienter från att vara delaktiga i sin egen vård
- Patienter med instabil kranskärslsjukdom är passivt och aktivt deltagande
- Det passiva deltagandet framträder starkast

Förslag på fortsatt forskning

Det är inte alldeles säkert att patienter är medvetna om möjligheten att ta aktiva beslut om vård och behandling, därför behöver delaktighet förstås utifrån ett patientperspektiv. Framförallt finns behov av studier som belyser hur patienternas delaktighet i beslut om vård och behandling under vårdtiden påverkar tillvaron efter utskrivning. Ett sätt är att tänka tillbaka till sin sjukhusvistelse, fanns det något tillfälle som patienterna kände en önskan om att ta eget beslut men som inte var möjligt, hade ett aktivt deltagande haft någon betydelse för hur patienterna lever och fogar in sig till livet efter sin kranskärslsjukdom?

Litteraturförteckning

- Arnetz, J.E., Winblad, U., Arnetz, B.B., Höglund, A.T. (2008). Physicians' and nurses' perceptions of patient involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 113-120.
- Axelsson, L., Björvell, C., Randers, I. (2006). Swedish Registered Nurses incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 936-945.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: studentlitteratur.
- Björvell, C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring- en praktisk handbok*. Lund: studentlitteratur.
- Bleser, L., Depreitere, R., Waele, K., Vanhaecht, K., Vlayen, J., Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of Nursing Management*, 14, 553-563.
- Broström, A., Strömberg, A., Dahlström, U., Fridlund, B. (2001). Patients with congestive heart failure and their conceptions of their sleep situation. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (4), 520-529.
- Broström, A., Strömberg, A., Dahlström, U., Fridlund, B. (2003). Congestive heart failure, spouses' support and the couple's sleep situation: a critical incident technique analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 223-233.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2004). *Nursing care plans & documentation, Nursing Diagnoses and Collaborative Problems*. Fourth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Datainspektionen (2003). Datainspektionen informerar 10. Tillgänglig från <http://www.datainspektionen.se/Documents/faktabroschyr-personuppgifter.pdf>
Webbplats besökt 2008-08-10 kl 20.17
- Dunder, K., Lind, L., Lagerquist, B., Zethelius, B., Vessby, B. (2004). Cardiovascular risk factors for stable angina. *American Heart Journal*, 147 (3), 502-508.
- Dunckley, M., Ellard, D., Quinn, T., Barlow, J. (2008). Coronary artery bypass grafting: Patients' and health professionals' views of recovery after hospital discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 36-42.
- Ehrenberg, A., Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian journal Caring Sciences*, 17, 278-284.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2001). The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15, 303-310.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., Thorell-Ekstrand, I. (1996). Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (4), 853-867.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I. (1998). VIPS-boken, *Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. FOU 48. Stockholm. Bromma-Tryck AB.
- Eldh, A.C., Ehnfors, M., Ekman, I. (2005). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 (1), 45-53.
- Florin, J., Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2005a). Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in a acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 140-149.
- Florin, J., Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2005b). Quality of Nursing Diagnoses: Evaluation of an Educational Intervention. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 16 (2), 33-43.

- Florin, J., Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1498-1508.
- Forsberg, A., Edlund, K. (2003). *Standardvårdplaner*. Lund: Studentlitteratur
- Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education Today*, 24 (2), 105-112.
- Hale, C.A., Thomas, L.H., Bond, S., Todd, C. (1997). The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 207-214.
- Hansen, T.A., Nordrehaug, J.E., Hanestad, B.R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 37-44.
- Henderson, A., Chien, W.T. (2007). Health beliefs and expectations implicit in decision-making in a Hong Kong Chinese surgical population. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 603-609.
- Higuchi, K.A., Dulberg, C., Duff, V., (1999). Factors Associated With Nursing Diagnosis Utilization in Canada. *Nursing Diagnosis*, 10 (4), 137-148.
- Hälso- och sjukvårdslagen. Svensk författningssamling SFS (1982:763). Socialdepartementet Tillgänglig från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763> Webbplats besökt 2008-08-10 kl 20.24
- International Council of Nurses, [ICN] (2006) The ICN Code of Ethics for Nurses. Tillgänglig från <http://www.icn.ch/icncode.pdf> Webbplats besökt 2008-08-10 kl 20.26
- Jacobsen, D.I. (2007). Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälso och socialt arbete. Högskoleforlaget AS. Förlagsort: Norge.
- Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS, 1998:531) Kap 2 § 1 Tillgänglig från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531> Webbplats besökt 2008-08-10 kl 20.28
- Kwan, J., Hand, P., Dennis, M., Sandercock, P. (2004). Effects of introducing an integrated care pathway in acute stroke unit. *Age and Ageing*, 33, 362-367.
- Kärkkäinen, O., Bondas, T., Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: A qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12 (2), 123-132.
- Lee, T.T. (2005). Nursing diagnosis: factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of clinical nursing*, 14, 640-647.
- Main, J., Whittle, C., Trembl, J., Woolley, J., Main, A. (2006). The development of an Integrated Care Pathway for all patients with advanced life-limiting illness – the Supportive Care Pathway. *Journal of Nursing Management*, 14, 521-528.
- Nakano, A., Mainz, J., Lomberg, K. (2008). Patient perception and assessment of admission to acute cardiac care unit. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 10-15.
- Nordgren, L., Asp, M., Fagerberg, I. (2007). An exploration of the phenomenon of formal care from the perspective of middle-aged heart failure patients. *European of Cardiovascular Nursing*, 6, 121-129.
- Olsson, L-E., Karlsson, J., Ekman, I. (2007). Effects of nursing intervention within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (2), 116-125.

- Oterhals, K., Hanestad, B., Eide, G., Hanssen, T. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 303-310.
- Patientdatalagen. Svensk författningssamling SFS (2008:355). Socialdepartementet. Tillgänglig från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2008:355> Webbplats besökt 2008-08-10 kl 21.56
- Personuppgiftslagen. Svensk författningssamling SFS (1998:204). Justitiedepartementet L6 Tillgänglig från <http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:204> Webbplats besökt 2008-08-10 kl 20.48
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2008). *Nursing Research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, eighth edition. Lippincott Williams & Wilkins förlag.
- RIKS-HIA Tillgänglig från http://www.reg.ucr.uu.se/rikshia/report_times.jsp. Webbplats besökt 2008-03-20 kl 17.18
- RIKS-HIA (2007). Årsrapport 2006. Elanders Tofters AB.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Plos, K., Lindencrona C. (2005a). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19, 223-229.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C., Plos, K., (2005b) Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14:1, 35-42.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], (2007). Måttligt förhöjt blodtryck . En systematisk litteraturöversikt. Uppdatering av SBU-rapporten måttligt förhöjt blodtryck (2004), nr SBU 170/1.
- Socialstyrelsen (2008). Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 – beslutsstöd för prioriteringar. Edita Västra Aros, Västerås 2008.
- SOSFS 2008:14. Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Tillgänglig från: http://www.sos.se/sosfs/2008_14/2008_14.pdf Webbplats besökt 2008-08-10 kl 22.07
- Suonen, R., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (3), 283-292.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF] Tillgänglig från <http://www.swenurse.se/library/documents/SSF%20Särtryck-kvalitet.pdf> Webbplats besökt 2008-08-10 kl 22.30
- Svenska akademins ordlista. (2002). AIT Gjøvik. Förlagsort: AS Norge.
- Söderbäck, M. (1999). Encountering Parents Professional Action Styles among Nurses in Pediatric Care. ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS
- Törnvall, E., Wilhelmsson, S., Wahren, L.K. (2004). Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 18, 310-317.
- Vetenskapsrådet (2007). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig från <http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>. Webbplats besökt 2008-08-10 kl 20.20
- Världshälsoorganisationen [WHO], (1994). A Declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Tillgänglig från http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf Webbplats besökt 2008-08-10 kl 22.31
- Världshälsoorganisationen [WHO], (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF] Tillgänglig från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/E7B0D03B-591A-4C32-B58A-1E9DD99BEF84/1035/200342.pdf> Webbplats besökt 2008-08-10 kl 22.45
- Världshälsoorganisationen [WHO], (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health. Problems ICD-10. Tillgänglig från <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> Webbplats besökt 2008-08-10 kl 22.48

- Världshälsoorganisationen [WHO], (2008) Chapter ten, Purchasing for quality of care
 Velasco-Garrido, Borowitz, Ovreteit & Busse. Tillgänglig från http://www.euro.who.int/document/e86300_11.pdf Webbplats besökt 2008-08-10 kl 22.55
- Yusuf, S., Hawken, S., Öunpuu, S., Grazia Franzosi, M., Commerford, P. m.fl. (2005).
 Obesity and the risk of myocardial infarction in 27 000 participants from 52 countries:
 a case-control study. *Lancet*, 366, 1640-49.
- Yusuf, S., Öunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., m.fl. (2004). Effect of
 potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries
 the INTERHEART study: case-control study. *Lancet*, 364, 937-52.
- Walldal, E., Anund, I., Furaker, C. (2002). Quality of care and development of a critical
 pathway. *Journal of Nursing Management*, 10, 115-122.
- Wallentin, L. (2002) *Akut kranskärlssjukdom*. Andra upplagan, Ljungföretagen Tryckeri AB.
 Förlagsort: Örebro.
- Walter, G. (1996). *Bonniers synonymlexikon*. Fakta bokförlag. Förlagsort: Smedjebacken.
- Zambroski, C.H., Moser, D.K., Bhat, G., Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence
 and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal
 of Cardiovascular Nursing*, 4, 198-206.
- Ziegert, K., Fridlund, B., Lidell, E. (2007). Professional support for next of kin of patients
 receiving chronic haemodialysis treatment: a content analysis study of nursing
 documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 353-361.

ANSÖKAN OM TILLSTÅND

Härmed ansöker Christina Andrae om tillstånd att få utföra journalgranskning gällande patienter som vårdats på Hjärtintensivvårdsavdelningen under 2007 med diagnos I20.0 samt I21.4.

Studien genomförs under 2008, dels som en fortsättning av det FoU projekt som startades 2007, men även som en del av utbildning på Mälardalens Högskola, avancerad nivå, Vårdvetenskap med inriktning mot hjärtsjukvård.

Syftet med studien är att beskriva hur hjärtinfarktpatientens delaktighet framkommer i omvårdnadsjournalen vid användning av standardvårdplaner för instabil kranskärslsjukdom.

Bakgrund Studier visar att patientens omvårdnad inte utgår ifrån individuella vårdplaner, mycket pekar på sjuksköterskans bristande kunskaper att utforma individuella vårdplaner, men även att individuella vårdplaner tar tid att utarbeta. För att minska klyftan mellan bristande individuella vårdplaner och förordningar har implementering av standardvårdplaner fått ökad uppmärksamhet. För- och nackdelar med hur den påverkar omvårdnaden debatteras, fördelen är att sjuksköterskan får mer tid till att vårda patienten, nackdelen är att patientens delaktighet förbises.

Genom att standardisera ett vårdförlopp så har man på förhand redan planerat vården vilket motsäger principen om att vård och behandling skall utgå ifrån patientens delaktighet. Det är inte känt hur standardvårdplaner påverkar vårdkvaliteten för den enskilda patienten.

Metod Kvalitativ journalgranskningsstudie med selekterat urval av patientjournaler (n=20) Journalgranskningen utförs med fokus på sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation. Dataanalysen kommer att vara kvalitativ, med manifest innehållsanalys utifrån Granheim & Lundman.

Härmed ges tillstånd för Christina Andrae att utföra journalgranskning



Eva Basilier Verksamhetsschef, Medicinska kliniken närsjukvård, ort och datum

Presentation av koder, subkategorier och kategorier

<i>KODER</i>	<i>SUBKATEGORI</i>	<i>KATEGORI</i>
Berättar hur det känns i bröstet Berättar själv Berättar om hjärtklappningssymtom Berättar om känsla i bröst och kropp Berättar om symtom Berättar om tungandning Pratar om tidigare händelser Berättar om symtom i ett tidsperspektiv	Delge sjukdomssymtom	Sjukdomsberättelsen
Befriande känsla, smärtstillande Berättar smärtskarakteristik Känna smärta avta Obehag i bröstet Reflektera över smärta Smärtfri Smärtminne, aktivitet Uppger smärtfrihet, bröstet Upplevt bröstobehag	Erfaren bröstsmärta	
Allergifri Använder glasögon Berättar om nästäppa, öronvärk Berättar om sovvanor Berättar om tarmfunktion Berättar om överkänslighet mot läkemedel Bra andning Fungerande mage Glasögon God sömn Göra sig förstådd Hörselnedsättning Inga andningsbesvär Inga miktionsbesvär Inte överkänslig Kan sova utan medicin Mjölkalergi Mögelallergi Nedsatt syn och hörsel Ser dåligt Svårt att gå, knäna Sömnsvårigheter hemma Trög mage Upplevelsen att få sova väl Ute rullator Vakna nätter relaterat till miktions		Kroppsfunction
Berättar, är spänd, svårt att sova Besvikelsen över återinsjuknandet Chockad över hjärtinfarktdiagnos Dåliga tänder, sätter lätt i halsen Ej skött magen, går i korridor Energiförlust, trött Funderingar, kuratorsamtal Förvirring Huvudvärk Nedstämdhet Oro Osäkerhet Psykisk oro Stress Sömnbrist Sömnbrist relaterat till sängens beskaffenhet Sömnsvårigheter Talar om nervositet Trött Trötthet Trötthetskänsla Utslag, kliar inte Ångest och dödsångest		Självuppfattade problem

<i>KODER</i>	<i>SUBKATEGORI</i>	<i>KATEGORI</i>
Avböjer hjärtskola Avstår från hjärtskola relaterat till tidigare kunskap Bestämmer själv insulindos Bestämt sig för hjärtskola Egenvård, blodsockermätning Följer blodtrycket hemma Inflytande av insulindos Intresse för hjärtskola Positiv till utredning Samtycker till kuratorkontakt Nöjd över undersökningsresultat Tidigare kunskap, anser sig klara sig Fundering om behandling Inga frågor om sjukdom	Ställningstagande	Självbestämmande
Uttrycker en vilja, nikotinplåster Uttrycker en vilja, något för halsbränna Uttrycker en vilja, sovtablett Uttrycker en vilja, stesolid Valmöjlighet till sovtablett Vill ej ta sovtablett relaterat till miktionsbesvär Vill ha alvedon Vill hem Vill inte behandlas Vill inte ha antistimulantia Vill inte ha lunch Vill inte ha PVK kvar Vill sova, är trött	Självständighet	
Infarktinformation Information Information av läkare Informationsbroschyr angio Informerad om diagnos Informerad om planerad angiolog Informeras om resultat av kranskärlsröntgen Muntlig information, angio Muntlig läkemedelsinformation Planera själv för provtagning Provar och informeras om nitroglycerin Skriftlig information Skriftligt informerad Tilldelas broschyr, kuratorkort Tilldelas muntlig information Tilldelas skriftlig information	Vårdare	Utanförskap
Meddela närstående om sjukhusvård Närstående ges muntlig läkemedelsinformation Närstående informeras Närstående informeras om kranskärlsröntgen Närstående informeras om resultat av kranskärlsröntgen Närståendes kunskap Närstående beslutar om hemgång Närståendes beslut om vård Närståendes närvaro, utskrivningssamtalet Närståendes information om hälsotillstånd Närståendes stöd för omvårdnadsbehov	Närstående	
Koder (n=120)	Subkategori (n=6)	Kategori (n=5)