



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

**SAHLGRENKA AKEDEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

PERSONCENTRERAT INNEHÅLL I PATIENTJOURNALEN

En pilotstudie om vårddokumentationen på en
medicinavdelning

**Maria Edvardsson
Frida Gillberg**

Examensarbete:	15 hp
Program:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot medicinsk vård
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	VT/ 2016
Handledare:	Eva Jakobsson Ung
Examinator:	Kristin Falk

Titel (svensk): Personcentrerat innehåll i patientjournalen
- En pilotstudie om vårddokumentationen på en
medicinavdelning

Titel (engelsk): Person-centered content in the patient record
- A pilot study of the documentation in a
medicine ward

Uppsats/Examensarbete: 15hp

Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet
med inriktning mot medicinsk vård

Nivå: Avancerad nivå

Termin/år: VT/ 2016

Handledare: Eva Jakobsson Ung

Examinator: Kristin Falk

Nyckelord: personcentrerad vård, patientcentrerad vård,
partnerskap, patientjournal,
granskningsprotokoll

Sammanfattning

Bakgrund: I dagens sjukvård är det medicinska perspektivet dominerande, på bekostnad av helhetssynen på människan och patientens subjektiva upplevelser. Detta är inte minst tydligt i patientjournalen, som domineras av personalens bedömningar, utförda uppgifter och objektiva parametrar. Detta sätt att bedriva och dokumentera vård innebär risk för att viktiga aspekter av hälsa och välbefinnande förbises. Personcentrerad vård (PCV) innebär en ambition att ställa om vården från att vara sjukdomsorienterad till att fokusera på hela den person patienten är och på samarbete (partnerskap) mellan personal och patient. En av de centrala delarna i PCV är dokumentationen, som behöver spegla helhetssyn och samarbete för att vården ska kunna ha förutsättning att vara personcentrerad.

Syfte: Syftet med studien är att utveckla ett protokoll för granskning av personcentrerat innehåll i patientjournalen samt att, med hjälp av protokollet, granska patientjournalerna på en medicinsk vårdavdelning.

Metod: Studien är en kvantitativ pilotstudie, och en del av ett större forskningsprojekt, PIM-Care, som studerar personcentrerad vård ur ett antal olika aspekter. I föreliggande studie inkluderades 60 patientjournaler, från vårdtillfällen under perioden maj-september 2014. Innehållet i journalerna granskades utifrån det framtagna protokollet och data analyserades med hjälp av deskriptiv statistik.

Resultat: Det som i någon mån fanns dokumenterat i patientjournalerna var patientens beskrivning av fysiska problem samt att patienten fått information om vård och behandling. Det fanns mycket lite dokumenterat om vem patienten var som person, patientens preferenser, resurser och psykosociala situation, liksom om att patienten deltagit i diskussion och beslut rörande vård och behandling (partnerskap). Allra minst dokumenterat fanns det om att vård och behandling byggde på hänsynstagande till patientens resurser och preferenser (holistisk vård).

Slutsats: Det personcentrerade innehållet i de studerade journalerna var mycket lågt. Detta innehåll behöver få ett större utrymme i patientjournalen, så att patientens perspektiv blir synligt, vilket är en förutsättning för personcentrerad vård.

Nyckelord: personcentrerad vård, patientcentrerad vård, partnerskap, patientjournal, granskningsprotokoll

Abstract

Background: In present health care the medical perspective is dominant, in expense of the holistic view of the person, and the patient's subjective experiences. This is not least visible in the patient record, which is dominated by assessments, performed tasks and objective parameters. This way of carrying out and documenting care means there is risk important aspects of health and well-being are being overlooked. Person- centered care (PCC) indicates an ambition to change the health care system from being disease-oriented to focusing on the person that the patient is, and on cooperation (partnership) between staff and patient. One of the central parts of PCC is documentation, which needs to reflect holistic views and patient collaboration, which forms the basis for PCC.

Aim: The aim of the study is to develop a protocol for the reviewing of person-centered content in the patient record and, by using the protocol, review the patient records in a medicine ward.

Method: The study is a quantitative pilot study, and is part of a larger research project, PIM-Care, which studies person-centered care from a number of aspects. In the present study records from 60 hospital stays between the period May – September 2014 were included. The patient records were reviewed by the developed protocol and data was analyzed using descriptive statistics.

Results: What was, to some extent, documented in the patient record was descriptions of physical problems and that the patient had been given information about care and treatment. There was very little documented about the patient as a person, the patient's preferences, resources and phycho-social situation, or that the patient had been taking part in discussions and decisions concerning care and treatment (partnership). Very few records were found supporting that care and treatment had been built on considerations of the patients resources and preferences (holistic care).

Conclusion: The person-centered content in the studied records was very low. This needs to get a larger space in patient records, in order to make the patient's perspective visible, a prerequisite for person-centered care.

Keywords: person-centered care, patient-centered care, shared decision-making, patient record, review protocol

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Eva Jakobsson Ung för all hjälp och vägledning vi fått under arbetets gång.

Frida och Maria
Göteborg 2016-03-01

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Från patient till person	1
Personcentrerad vård	2
Dokumentation i patientjournalen	5
Personcentrerad vård och vårddokumentation	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Metod	7
Design	7
Material i föreliggande studie	8
PIM-Care studien	8
Procedur	9
Utveckling av granskningsprotokollet	9
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Etiskt övervägande	11
Resultat	11
Bakgrundsdata	11
Personcentrerat innehåll i vårddokumentationen	13
Kännedom om patienten som person	13
Tillhandahålla holistisk vård	15
Partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling	15
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Kännedom om patienten som person	19
Tillhandahålla holistisk vård	20
Partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling	21
Slutsats	22
Kliniska implikationer	22
Referenser	23
Bilaga 1: Protokoll	25
Bilaga 2: Manual	27

Inledning

Den medicinska utvecklingen har resulterat i en allt större möjlighet att bota sjukdom, men har samtidigt lett till en mer objektiv syn på människan. Fokus i vården ligger på kroppen som biologisk organism, vars olika delar behandlas separat, och i mindre utsträckning ses människan som helhet. Den övergripande hälsan och välbefinnandet riskerar att förbises (Sigurdsson, 2011). Detta är inte minst tydligt i patientjournalen, som domineras av ett medicinskt perspektiv med objektiva bedömningar. Patientens subjektiva upplevelser av sin hälsa, hens önskemål, förutsättningar och medverkan i diskussioner och beslut har ett mycket litet utrymme i patientjournalen (Broderick & Coffey, 2013; Hyde et al. 2005; Kärkkäinen, Bondas & Eriksson 2005; Lindström, Gaston-Johansson & Danielsson, 2010).

I personcentrerad vård (PCV) är patientens subjektiva upplevelse central i bedömning, planering och utförande av vård. Patienten ses som en partner i vården. Hörnstenarna i PCV utgörs av patientberättelsen, partnerskapet och vårddokumentationen. Dokumentationen ska inte bara innehålla information om kroppsliga förändringar, utan även information om patientens livssituation som helhet. Den personcentrerade dokumentationen syftar till att säkerställa ett personcentrerat arbetssätt, öka kontinuitet, patientdelaktighet och patientsäkerhet inom vården, samt ge en motvikt till det medicinska perspektiv som präglar patientjournalen (Ekman et al., 2011; Ekman, Norberg & Swedberg (2014); Leplege, Gzil, Cammellin, Lefevre, Pachoud & Ville (2007); McCormack & McCance, 2010).

Det saknas dock verktyg för hur man kan avgöra om innehållet i en patientjournal är personcentrerat, eller grad av personcentrering i dokumentationen. Fokus för denna studie var att utforma ett protokoll för granskning av personcentrerat innehåll i patientjournalen och att med hjälp av protokollet granska detta på en medicinsk vårdavdelning där PCV ännu inte har implementerats.

Bakgrund

Från patient till person

Den medicinska vetenskapen har gjort stora framsteg under det senaste århundradet, vilken lett till ökad medicinsk subspecialisering och ökat fokus på den medicinska, objektivt naturvetenskapliga delen inom vården. Patientens övergripande hälsotillstånd riskerar att förbises när den ökade specialiseringen leder till att kroppsdelar, organ eller fysiologiska förändringar behandlas separat, och ofta på skilda enheter inom sjukvården, samtidigt som det inte har utvecklats någon parallell kapacitet för att förstå och tala om patienten som person. Det är inte självklart att behandlingen av en specifik kroppsdel eller sjukdom alltid står i relation till patientens övergripande hälsa och välbefinnande. Den subjektiva erfarenheten som patienten själv bär på ska vara en kunskapskälla och nödvändig förutsättning för vård, bedömning och val av behandling (Kristensson Ugglå, 2014; Sigurdsson, 2011).

Kristensson Ugglå (2014) beskriver att den som är patient befinner sig i ett trefaldigt underläge: För det första genom att befinna sig längst ner i det starkt hierarkiska sjukvårdssystemet (institutionellt underläge), för det andra genom det existentiella underläge det innebär att känna av sviktande hälsa, att vara utsatt och sårbar, och för det tredje ett kunskaps-underläge gentemot sjukvårdspersonalen gällande de medicinska frågorna. För att sträva mot vård där patienten som person blir mer synlig behövs funderingar kring vad en *person* ar, vilket inte är någon lattbesvarad fråga. Personbegreppet kan få konturer med hjälp av fyra etiska principer: *autonomi*, *värdighet*, *integritet* och *sårbarhet*. Autonomi, rätten att välja sin egen väg genom livet, balanseras mot de övriga tre begreppen. Värdighet placerar personen i relation till andra mänskliga individer och i det omgivande samhället. Integritet handlar om att respektera och skydda en persons helhet, livssammanhang och levnadshistoria. Hälso- och sjukvården måste, för att respektera och skydda integriteten, bli battare på att ta denna helhet på allvar och börja intressera sig för identitet, livskontext, livshistoria och förväntningar. Detta ar en av grundtankarna bakom PCV, där varden ska bygga på patientens levnadshistoria (Ekman et al., 2014). Den fjärde etiska principen, sårbarhet, står på sätt och vis i kontrast mot autonomi, och det ställs krav på medicinsk- och omvårdande personal att kunna hantera sårbarheten utan att klampa på de övriga principerna (Kristensson Ugglå, 2014).

För att ta steget från att enbart vara *patient* till att också bli *person* måste fokus flyttas från att fråga sig *vad* människan är till att också fråga *vem* hen är. Inom PCV betonas att för att förstå *vem* personen är krävs det att man får *berätta vem* man ar, till skillnad från att endast *beskriva vad* man är. Att vara *patient* ar en roll, medan *person* handlar om identitet. En viktig skillnad är att som *patient* ar det legitimt att befinna sig i underläge i vårdsituationen, men som *person* finns en rättighet att bli tagen på allvar som likvärdig part. Det finns ingen motsättning mellan begreppen, tvärtom är det viktigt att få vara både *patient* (sårbar, utsatt, skyddad) och *person* (med rätt till autonomi, värdighet, integritet). I dagens sjukvård ar det dock långt ifrån självklart att patienten också bemöts som person (Kristensson Ugglå, 2014).

Personcentrerad vård

PCV har utvecklats som en etik och en metod med ambition att ställa om varden från att vara sjukdomsorienterad, medicinskt fokuserad och fragmentarisk till att bli relationsorienterad, samarbetsfokuserad och holistisk. Ekman et al. (2011) introducerade rutiner som ska vägleda vid införande, integrerande och säkrande av PCV:

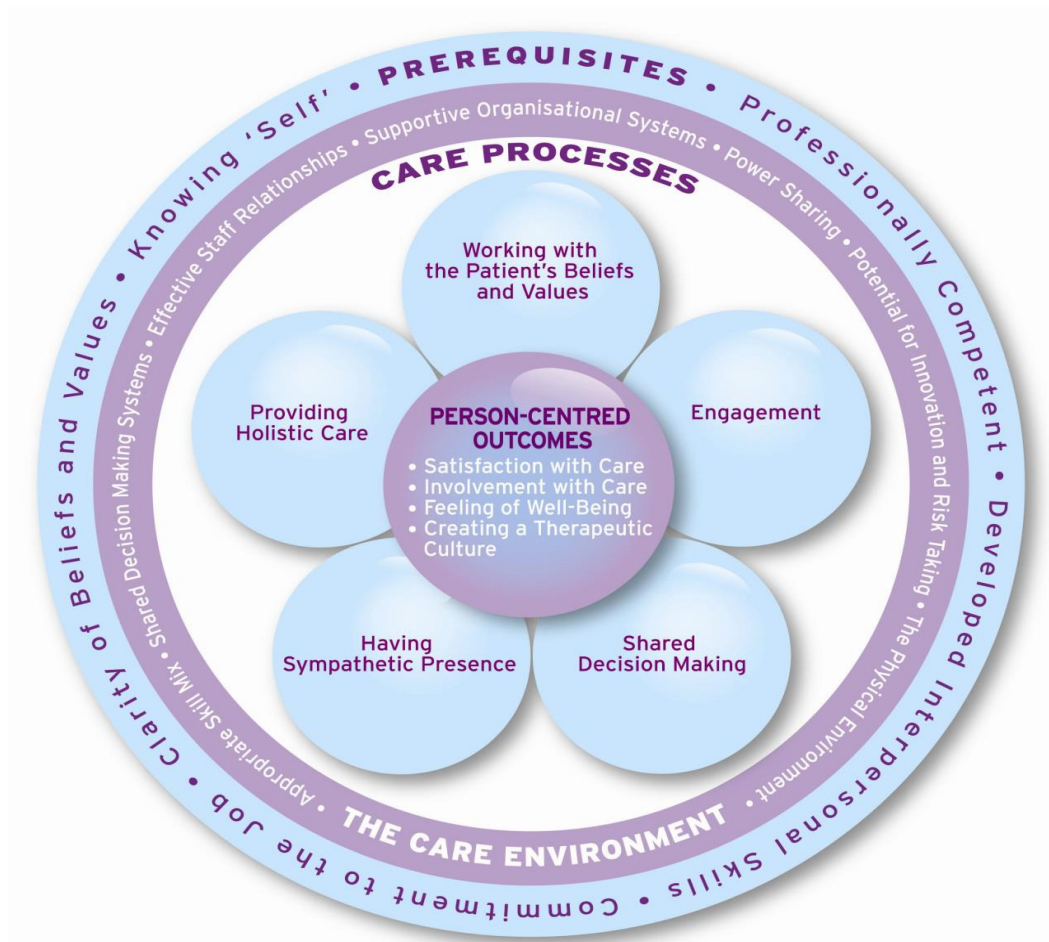
1. initiera ett *partnerskap* med patienten genom att etablera en *patientberättelse* som sätter patientens unika kunskaper om sig själv, sin livssituation och sin sjukdom centralt i planering och utförande av sjukvård
2. etablera ett *partnerskap* som innebär delad information, delade samtal och delat beslutsfattande
3. *dokumentation* som ger legitimitet åt patientens perspektiv i form av erfarenheter, önskemål, tro och varden.

Genom patientberättelsen får den som vårdar kunskap om personens upplevelse av symtom och hur sjukdom påverkar det dagliga livet. Berättelsen ger även en bild av patientens upplevda behov och resurser, samt skapar utrymme för patienten att berätta om sina förhoppningar och mål. Att patienten får utrymme att fritt berätta om sig själv, sina symtom och upplevelser signalerar att hens tankar och subjektiva upplevelse är viktiga (Charon, 2001; De Silva, 2014; Ekman et al., 2011; Ekman et al., 2014). Enligt Dodd et al. (2001) kan vårdpersonalens objektiva bedömning av patienten och patientens subjektiva upplevelse visa på stora skillnader. Den subjektiva upplevelsen, kompletterat med objektiv bedömning av tecken, ger en helhetsbild som kan användas i diskussionen med patienten angående fortsatt vård och behandling av tillståndet (Charon, 2001; Ekman et al., 2011).

Patientens berättelse initierar partnerskapet. Partnerskap innebär att patient och vårdgivare delar information, samtal och beslutsfattande. Tillsammans upprättar patient och vårdgivare en plan för vårdtiden. I vårdplanen dokumenteras gemensamma mål, hur de ska uppfyllas, och vad patient och vårdgivare behöver göra för att uppfylla dem. Genom att tillsammans med patienten, och på basis av patientens mål, forma en plan för vårdtiden görs patienten mer delaktig i sin egen vård. Patientberättelsen och vårdplanen ska journalföras för att säkra kvalitén i vården och ge patientens upplevelser legitimitet vid sidan av information om kroppsliga förändringar (Charon, 2001; De Silva, 2014; Ekman et al., 2014; Mead & Bower, 2000).

Patientens delaktighet kan ses som en dynamisk process med gemensamma beslut eller förhandlingar mellan två jämställda parter; patient och vårdpersonal. För att de gemensamma besluten ska kunna tas måste patienten få tillräckligt med information om planerad vård och behandling. Patienten måste förstå situationen för att ha möjlighet att bli involverad i beslut. Vårdpersonalen i sin tur måste tidigt få en förståelse för patientens upplevelse av situationen. Kommunikation är nyckeln till patientdelaktighet, där patient och vårdgivare utbyter information och kunskap (Sahlsten, Larsson, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007)

McCormack och McCance (2010) har tagit fram ett ramverk som beskriver fyra komponenter som är av betydelse vid PCV: förutsättningar (prerequisites), vårdmiljö (care environment), personcentrerade processer (care processes) och resultat (person-centred outcomes).



Figur 1: Ramverk för personcentrerad vård enligt McCormack & McCance, 2010, s. 34.

Förutsättningarna (prerequisites) som beskrivs fokuserar på vårdpersonalen som personer och inkluderar yrkes- och social kompetens, engagemang i patientens situation, medvetenhet om egna värderingar och övertygelser samt självkännet. PCV innebär att personalen är stödjande, välutbildade i kommunikation, engagerade i patienten som person och sätter patienten i centrum. Nästa komponent, *vårdmiljön (care environment)*, utgår ifrån den kontext i vilken vård bedrivs. Vårdmiljön påverkas av kulturen på arbetsplatsen, inklusive relationer inom arbetsgruppen, kvalitén på ledarskap och organisationens struktur, samt även den fysiska miljön. Det handlar om att säkra att kulturell, psykosocial och fysisk miljö främjar PCV (McCormack & McCance, 2010).

De *personcentrerade vårdprocesserna (care processes)* fokuserar på vårdandet som handling, i vilken sympatisk närvaro och holistiskt synsätt är centralt. Personalen ska aktivt arbeta för att främja patientens delaktighet genom att ge information och diskutera nya perspektiv med patienten (shared decision making, partnerskap). Personalens engagemang i patienten som person är viktigt (engagement). Sympatisk närvaro (having sympathetic presence) innebär att man ser det unika i individen, och vid holistisk vård (providing holistic care) ska patientens individuella upplevelser, behov, resurser, önskemål och övertygelser uppmärksammas och vården ska utgå från dessa. Personalen ska lära känna patienten som person och betrakta

denne som expert på sin egen hälsa och vård (*working with patient's beliefs and values*). Personalen ska ta ett helhetsgrepp i bedömningen av patientens behov och resurser, aktivera patienten i beslut rörande den egna vården, erkänna patientens självbestämmanderätt och dela makt och ansvar med denne (McCormack & McCance, 2010).

Den sista komponenten i McCormack och McCance (2010) ramverk beskriver ett personcentrerat *resultat* (*person-centred outcomes*), vilket innefattar tillfredställelse med vården, patientdelaktighet, känsla av välbefinnande och att skapa en terapeutisk vårdmiljö. Detta resultat kan man förvänta sig om de första tre komponenterna fungerar tillfredställande så att PCV kan bedrivas (McCormack & McCance, 2010).

Ekman, Wolf, Olsson, Taft, Dudas, Schaufelberger & Swedberg (2012) har i en studie, utförd på personer med hjärtsvikt, funnit att fullt implementerad PCV förkortar vårdtiden med 2,5 dagar samt bibehåller patienternas ADL-förmåga i högre grad jämfört med standardvård. Olsson, Karlsson, & Ekman (2006) fann, förutom att PCV resulterade i en minskad vårdtid, att PCV minskar risk för komplikationer och trycksår, gynnade patientens tillfrisknande samt minskade behovet av smärtlindring. PCV kan även leda till att patienten i större utsträckning känner tilltro till självkompetens, att tro på sin egen förmåga (Fors et al., 2015).

Dokumentation i patientjournalen

Det är lag på att vård och behandling som ges ska dokumenteras. Dokumentationen ska innefatta bakgrund till vården, bedömningar som gjorts, och beslut som tagits i samband med vården. Det ska tydligt stå vilken information som är given till patienten, och att patienten gett samtycke till behandling (SFS, 1982:763; SFS, 2008:355).

Omvårdnadsdokumentationen i svensk sjukvård är främst baserat på VIPS-modellen, som är uppbyggd kring de fyra begreppen *välbefinnande*, *integritet*, *prevention* och *säkerhet*. Modellen, som är problemorienterad, innehåller ett antal sökord som ska ligga till grund för dokumentation av bedömningar, åtgärder och resultat av åtgärder. Syftet är att forma vården utifrån omvårdnadsprocessens olika delar; omvårdnadsanamnes, status och omvårdnadsdiagnoser. I praktiken används modellens sökord som underlag för att inhämta information från patienten med hjälp av förutbestämda områden. Den medicinska dokumentationen är uppbyggd på ett liknande sätt med sökord (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell- Ekstrand, 2000). Brister i modellen, utifrån ett personcentrerat synsätt, är att arbetssättet riskerar att göra patienten passiv och icke-delaktig genom att endast svara på angivna frågor enligt en i förväg fastställd mall (Kristensson Ugglå, 2014).

Hyde et al. (2005) har i en studie konstaterat att det medicinsk-tekniska perspektivet är mycket dominerande i sjuksköterskors dokumentation. I dokumentationen framträdde sjuksköterskors roll som den som observerar och dokumenterar symtom, rapporterar till läkaren och administrerar ordinerade läkemedel; ett mycket uppgiftscentrerat och medicinskt fokus. I de studerade journalerna var dokumentation gällande patienters medverkan i diskussion och beslutsfattande kring sjukdomen sällsynt och det rädde en näst intill total

frånvaro av dokumentation av patientens känslor och erfarenheter i relation till sjukdomen. Sigurdsson (2011) beskriver sjukvårdens bristande helhetssyn som beror på en tudelad syn där sjukvården skiljer mellan objektiv fysisk kropp och levande själ; en person med egen vilja. Fokus i medicinska journaler är den fysiska kroppen och detta är i många aspekter också ett helt riktigt förfarande: enskilda detaljer i den biologiska organismen skiljs ut och studeras för att ställa diagnos, utvärdera prognos och initiera behandling. Det görs för att kunna fokusera på det som verkar vara orsaken till sjukdom. Problemet när detta synsätt, där kroppen *reduceras till* att bara vara *fysisk kropp*, är det enda som syns i journaltexten, är att viktiga dimensioner av sjukdom och hälsa går förlorade. Det ger en otillräcklig förståelse för den komplexitet det innebär att människan ständigt är *både* biologisk organism *och* existentiell varelse. Om patientens unika historia finns återberättad i patientjournalen tillsammans med de medicinska detaljerna speglas helheten hos människan på ett sätt som kan bidra till insikter av betydelse för vårdens resultat, samt till att respektera patienten som individ (Sigurdsson, 2011).

Personcentrerad vård och vårddokumentation

I PCV betonas vikten av personcentrerad dokumentation. Dokumentationen ska inte enbart syfta till att vara en källa till information, utan även till att göra patientens röst tydlig så att dennes preferenser (önskemål), förutsättningar (resurser) och individuella behov synliggörs, för att öka vårdkvaliteten. Patientens perspektiv ska ges utrymme i journaltexten (Ekman et al., 2014). Kärkkäinen et al. (2005) visade, i en metasyntes av kvalitativa studier, att individualiserad vård inte är synlig i dokumentationen. Det är uppgifter, inte patienters upplevelser av vården, som beskrivs. Strukturen i dokumentationen och organisationens förväntningar på att följa givna mallar verkade vara hindrande faktorer för att anpassa vården efter den enskilda patienten. Det går inte att veta ifall de problem som beskrivs är desamma som den patienten upplever och behöver hjälp med när detta inte finns dokumenterat (Ekman et al., 2011; Kristensson Ugglå, 2014; Kärkkäinen et al., 2005).

Partnerskapet, som är en av grundpelarna i PCV, underlättas när patientens erfarenheter, preferenser, värderingar och resurser finns dokumenterade. Partnerskap och delat beslutsfattande utgår från patientberättelsen och frågan om hur vi dokumenterar den är på många sätt helt avgörande för personcentrerad vård. När inget finns dokumenterat om patientens delaktighet i diskussion och beslutsfattande går det inte att veta i vilken mån patienten uppfattar delaktighet (Ekman et al., 2011; Kristensson Ugglå, 2014). Lindström et al. (2010) har studerat hur patienters delaktighet vid vård i livets slutskede uttrycks i journalen. I studien framkom att i endast hälften av journalerna fanns det något dokumenterat som tydde på patientdelaktighet. Oftare uttrycktes däremot i journaltexten vägran från patienten att delta i olika omvårdnadssituationer. Vestala & Hollman Frisman (2013) jämförde två grupper av patienter inom slutenvård, där den ena gruppen fick vara mer delaktig i den dagliga dokumentationen gällande hälsostatus, plan och mål. De flesta patienterna, i båda grupperna, hade en passiv roll under vårdtiden. Detta förklarades med att man ansåg sig ha för lite kunskap om sitt tillstånd för att vara delaktig.

Broderick et al. (2013) har studerat grad av personcentrerat innehåll i patientjournaler inom äldreomsorg. De fann att det personcentrerade innehållet var mycket lågt. Mycket lite fanns dokumenterat om patienternas livshistoria, värderingar samt om patientens önskemål tagits hänsyn till och respekterats. Ju längre personen vistats på enheten desto fler detaljer rörande personliga preferenser fanns dokumenterat. Journalerna saknade dokumentation som tydde på helhetssyn och språket som användes var distansnerande och tydde på en uppgiftsorienterad syn på vård (Broderick et al., 2013).

Problemformulering

Dagens sjukvård fokuserar på medicinska tecken på sjukdom medan patientens subjektiva upplevelser hamnar i skymundan, vilket avspeglas i vårddokumentationen. PCV har utvecklats för att göra patienten mer delaktig i diskussioner och beslut rörande vård och behandling, göra patientens röst tydligare och bygga vården på dennes förutsättningar, önskingar och behov. PCV utgörs av patientberättelse, partnerskap och dokumentation, där dokumentationen är av stor vikt för att synliggöra patientens upplevelser. För att säkra att vården är personcentrerad krävs därför en personcentrerad journalföring. Det saknas dock verktyg för hur man bedömer och mäter grad av personcentrerat innehåll i patientjournalen. Vidare saknas kunskap om hur personcentrerad dokumentationen i patientjournalen är idag.

Syfte

Syftet med studien är att utveckla ett protokoll för granskning av personcentrerat innehåll i patientjournalen samt att med hjälp av protokollet granska patientjournaler på en medicinsk vårdavdelning.

Metod

Design

Studien är en kvantitativ pilotstudie (Polit & Beck, 2011) och innefattar utveckling och utvärdering av ett protokoll för journalgranskning samt en explorativ journalgranskning av vårddokumentationen på en medicinavdelning. Studien är en del av en större studie med en kvasiexperimentell design; Personcentered inpatient-care at Internal Medicine (PIM-Care) (se beskrivning nedan).

En pilotstudie kan genomföras i syfte att testa en metod, som är avsedd att senare användas i en större studie. Huvudsyftet med en pilotstudie är inte att besvara en forskningsfråga, utan att undersöka genomförbarheten av en viss studiedesign. Metodens genomförbarhet och instrumentets (i detta fall journalgranskningsprotokollets) validitet och reliabilitet undersöks.

Data från pilotstudien kan ge svar på ifall protokollet är användbart och ifall det undersöker det som avses (Polit & Beck, 2011).

Material i föreliggande studie

Föreliggande studie granskade patientjournaler för patienter som inkluderades i PIM-Carestudien innan implementering av PCV på den aktuella vårdavdelningen. Antalet deltagare var 272 och inkluderingen pågick mellan april 2014 och september 2014. De första 101 inkluderade patienterna vårdades på avdelningen innan journalsystemet Melior uppdaterades till en gemensam Meliordatabas (GEM) i maj 2014, varför studien avgränsades till att endast omfatta patienter som vårdats efter införandet av GEM. Urvalet i den föreliggande studien omfattade således 171 journaler. Av dessa journaler inkluderades cirka var tredje journal, totalt 60 stycken, vilket är en rimlig siffra med tanke på att studien är en pilot-studie (Polit & Beck, 2011). De inkluderade journalerna omfattade vårdtillfällen mellan maj och september 2014.

PIM-Care studien

Studien är en kvasiexperimentell studie med före-efter mätning i icke-ekvivalenta grupper (Polit & Beck, 2011). Data samlas in före interventionen samt 12 månader efter start av interventionen (PCV). Det är praktiskt omöjligt att genomföra en randomisering med parallella grupper eftersom interventionen innefattar strukturella, organisatoriska och mellanmänniska delar. Det går till exempel inte att vårda patienter på samma avdelning där vårdpersonalen skall tillämpa helt olika behandlingsprinciper mellan patienter. Därför väljs den kvasi-experimentella designen med jämförelse före införandet av PCV mot efter införandet av PCV.

I PIM-Care studeras införandet och effekterna av PCV för alla patienter som vårdas på en internmedicinsk vårdavdelning för patienter med diabetes, gastroenterologiska, endokrinologiska och allmänmedicinska tillstånd. Projektet avser också att undersöka förutsättningarna för PCV i syfte att vidareutveckla centrala begrepp inom PCV såsom patientberättelse, dokumentation och förutsättningar i vårdmiljön. Områden som bland annat ska studeras är: patientens upplevelser av vårdtiden, vårdresultat, vårdpersonalens upplevelser av vård- och arbetsmiljön samt grad av personcentrerat innehåll i patientjournalen. Data samlas in genom strukturerade frågor i frågeformulär, öppna intervjuer, granskning av patientjournaler samt granskning av vårddata i sjukhusets patientadministrativa system.

Datinsamlingen startade våren 2014 och avslutas våren 2016. Ett konsekutivt urval av patienter som skrivs in på avdelningen tillfrågas om deltagande i studien vid två tillfällen under studietiden: våren/sommaren 2014 samt 12 månader efter interventionsstart (pågår för närvarande).

Inklusionskriterier är:

- Akut eller planerad inskrivning på den aktuella avdelningen
- Ålder ≥ 18 år
- Vakenhetsgrad 1 på Reaction Level Scale 85

Exklusionskriterier är:

- Patienter som inte vill delta

Procedur

Utveckling av granskningsprotokollet

- I ett första steg utvecklades ett preliminärt granskningsprotokoll av forskare inom PIM-care, i syfte att kartlägga det personcentrerade innehållet i de patientjournaler som ingår i PIM-Care studien. Protokollet baserades på McCormack och McCance (2010) personcentrerade vårdprocesser: Kännedom om patienten som person, Partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling, Engagemang och sympatisk närvaro samt Tillhandahålla holistisk vård. Broderick et al. (2013) vidareutvecklade dessa personcentrerade vårdprocesser inom ramen för en kvalitativ granskning av personcenterat innehåll i patientjournalerna inom äldreomsorg. I föreliggande studie användes de frågor Broderick et al. (2013) använde men vidareutvecklades, i syfte att kunna kvantifiera innehållet.

- Frågorna granskades kritiskt av forskare inom PCV och av metodexpert inom instrumentutveckling, varpå frågorna reviderades. Detta gjordes för att säkerställa den uppenbara validiteten (face validity) och innehållsvaliditeten (content validity). Innehållsvaliditeten i ett instrument som baseras på bedömningar kan aldrig helt objektivt säkerställas, men det är vanligt att använda en panel av experter för att värdera ett nytt instruments validitet (Polit & Beck, 2011).

-Frågorna graderades med hjälp av en femgradig Lickertskala, 0-4, där 0 representerar *obefintligt* och 4 *mycket väl* (se bilaga 1). Vid användande av fem steg i skalan minskas risken för slumpens inverkan, jämfört med om skalan innehåller färre steg (Polit & Beck, 2011).

Interreliabilitetsbedömning görs för att se om protokollet uppfattas lika av granskarna, och att uttryck och begrepp tolkas lika. Andel överensstämmande svar kan beräknas med en formel: Antal överensstämmande alternativ dividerat med antal överensstämmande + antalet icke överensstämmande. Denna formel tenderar dock att övervärdera överensstämmelsen, eftersom den inte tar hänsyn till den andel lika svar som beror på slump. För att justera för slumpfaktorn kan den statistiska formeln *Cohen's kappa* användas. Fullständig överensstämmelse ger enligt denna formel talet 1.

$$\kappa = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e} = 1 - \frac{1 - p_o}{1 - p_e},$$

Figur 2: Cohen's kappa (Cohen's kappa, 2015, 3 november)

K= kappa

Po= graden av överensstämmelse mellan granskarna (utan slumphänsyn)

Pe= slumpfaktorn (0.2 vid fem alternativa svar)

Kappa 0.6 anses vara minsta acceptabla nivå och värden 0.75 eller högre anses som mycket bra (Polit & Beck, 2012).

- En första granskning av tio journaler gjordes av båda författarna var för sig, utifrån det preliminära protokollet. Därefter gjordes en interreliabilitetsbedömning på dessa 10 först granskade. Grad av överensstämmande beräknades baserat på formeln ovan, inklusive Cohen's kappas. En överensstämmande på 0.6 sågs. Genomgående sågs att kategorin Engagemang och sympatisk närvaro var *obefintligt* dokumenterad i journalerna. Det ansågs att denna kategori, som belyser interaktioner och samhörighet, mycket sällan speglas i journalen. Diskussion fördes att det kanske inte heller är önskvärt eller möjligt att denna aspekt av PCV speglas i journaltext, då den handlar om interaktionen i *mötet* mellan vårdare och patient. Denna kategori togs då bort. Inom de övriga kategorierna justerades frågorna för att tydliggöra innebörden.

- Därefter följde ytterligare två omgångar av granskning av tio + tio nya journaler. Interreliabilitetsbedömningar samt justeringar av protokollet gjordes mellan varje granskningsomgång. Vid den sista bedömningen var överensstämmelsen mellan författarna kappas 0.82. En intrareliabilitetsbedömning genomfördes även av båda författarna, vilken överensstämde väl (0.9) (Polit & Beck, 2011).

- Det slutliga protokollet består av tre kategorier: I. Kännedom om patienten som person (fem frågor), II. Tillhandahålla holistisk vård (två frågor) samt III. Partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling (tre frågor), totalt tio frågor. En manual utformades med beskrivning av hur varje fråga inom kategorierna skulle värderas på den femgradiga skalan. Protokoll och manual återfinns i sin helhet som bilaga 1 respektive 2.

Datainsamling

Efter att protokollet bedömts vara tillfredsställande granskades de 60 utvalda journalerna (30 journaler granskades individuellt av vardera författare). De journaler som granskats under utformningen av protokollet granskades om utifrån det slutgiltiga protokollet, för att kunna inkluderas i studien.

Hela det aktuella vårdtillfällets journaltext (alla personalkategoriernas anteckningar) på den aktuella avdelningen granskades. Eventuella perioder av utlokalisering till annan avdelning samt eventuell vårdtid på IVA uteslöts, då dessa inte avspeglar journalföringen på den aktuella avdelningen. Inskrivningsanteckningen på akutmottagningen samt vårdtid på medicinsk akutvårdsavdelning behölls och granskades. Anledningen till att dessa behölls i granskningen är att journalföringen på avdelningen är en fortsättning och påbyggnad på denna dokumentation. Granskningen genomfördes under två veckor i december 2015.

Dataanalys

Bakgrundsdata från de 60 journalerna fanns tillgängliga i statistikprogrammet SPSS, eftersom patienterna sedan tidigare var inkluderade i PIM-care-studien. I föreliggande studie användes data gällande kön, ålder, vårdtid, akut respektive planerad vård samt huvuddiagnos enligt ICD 10-klassificering (tabell 1-3). Skattningarna från de 60 journalgranskningsprotokollen matades in i SPSS och analyserades med deskriptiv statistik (Polit & Beck, 2011). Varje fråga granskades för sig (totalt tio frågor fördelat på tre kategorier) och analyserades utifrån antal journaler som bedömts hamna inom vardera steg på Lickertskalan (tabell 4-13).

Etiskt övervägande

Studien är en del av PIM-Care studien som har fått etiskt godkännande av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg (diarienummer 268-14). Deltagarna i PIM-Care studien har fått skriftlig och muntlig information om studien. I forskningspersoninformationens informeras de om syftet med studien, att det är frivilligt att delta, samt rätten att avbryta. Deltagarna får ge sitt skriftliga samtycke att delta i studien inklusive samtycke till granskning av deras journal.

The World Medical Association's Declaration of Helsinki (2013) har fastställt de etiska bestämmelserna gällande forskning som avser människor. I enlighet med Helsingforsdeklarationen kommer alla deltagare i PIM-Care studien att skyddas mot fysisk- och psykisk skada, ha rätt till sekretess samt rätt till informerat samtycke. All data kommer att behandlas konfidentiellt.

Den del av PIM-Care studien som föreliggande studie omfattar innebär ingen direkt påfrestning för de deltagande patienterna, eftersom den endast innebär en granskning av journaltext, utan direkt patientmedverkan. Påfrestning skulle kunna uppfattas indirekt, genom att deltagande personer skulle kunna finna det obehagligt att veta att någon tar del av journalinnehåll, som kan vara av känslig karaktär. Vi kan inte se att det inte finns någon risk i förhållande till nytta. För patienterna finns ingen omedelbar nytta, eftersom deras deltagande syftar till att visa om ett nytt sätt att arbeta är tillräckligt bra för att införas och sprida vidare till ytterligare diagnosgrupper. Nyttan är därför inte omedelbar utan ligger i möjligheten att påverka den framtida vården.

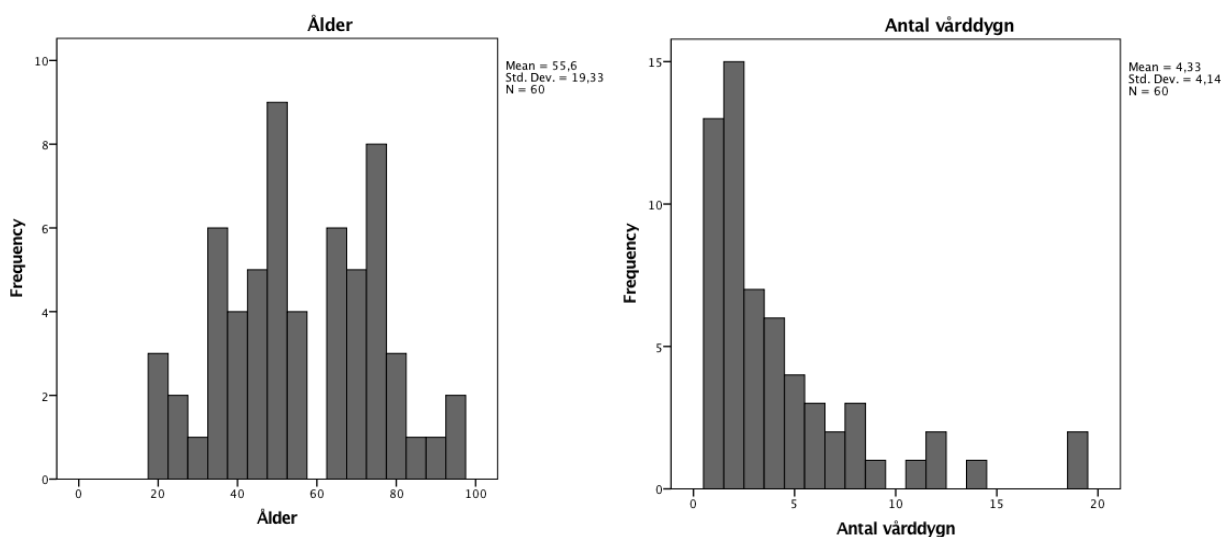
Resultat

Bakgrundsdata

Medelåldern på patienterna i studien var 55.6 år och medianålder 52 år. Yngsta deltagare var 20 år, äldsta 97 år. 46.7 % av de inkluderade i studien var män, 53.3 % kvinnor. Cirka tre fjärdedelar (76.7 %) av patienterna lades in på avdelningen akut, huvudsakligen via sjukhusets akutmottagning. Övriga lades in för planerad vård, framförallt gällande utredningar av känd eller misstänkt sjukdom inom endokrinologi eller gastroenterologi. Antal vård dygn på avdelningen varierade mellan 1-19 dygn med medelvårdtid på 4,3 dygn och medianvårdtid

på 3 dygn. Nästan hälften (46.7 %) av patienterna vårdades två dygn eller kortare, och ungefär var tredje patient (31,7%) hade en vårdtid på fem dygn eller längre.

Tabell 1 och 2. Bakgrundsdata



De sjukdomar patienterna vårdades för (huvuddiagnosen enligt ICD 10-klassificering) redovisas i tabellen nedan:

Tabell 3. Bakgrundsdata

ICD 10	Diagnosgrupp	Antal patienter	Procent
E00-E90	Endokrina-nutritions- och ämnesomsättningssjukdomar	16	26,7
K00-K93	Matsmältningsorganens sjukdomar	13	21,7
C00-D48	Tumörer	8	13,3
A00-B99	Vissa infektions-och parasitsjukdomar	6	10,0
D50-D89	Sjukdomar i blod och blodbildande organ	4	6,7
I00-I99	Cirkulationssjukdomar	4	6,7
	Övriga diagnoser	9	14,9

Den största huvuddiagnosen var endokrina sjukdomar, inklusive diabetes. Denna grupp utgjorde drygt en fjärdedel av samtliga inkluderade i studien. Endokrinologi och diabetes är två av avdelningens tre specialiteter. Gastroenterologi är den tredje specialiteten, vilket speglas av att den näst största diagnosgruppen var matsmältningsorganens sjukdomar, vilka utgjorde ca en femtedel av patienterna i studien. Tredje största diagnosgrupp var tumörsjukdomar. I denna grupp återfanns bland annat endokrina tumörer och levertumörer. Återstående diagnoser utgjordes av en stor variation av medicinska tillstånd, en dryg tredjedel av patientgruppen.

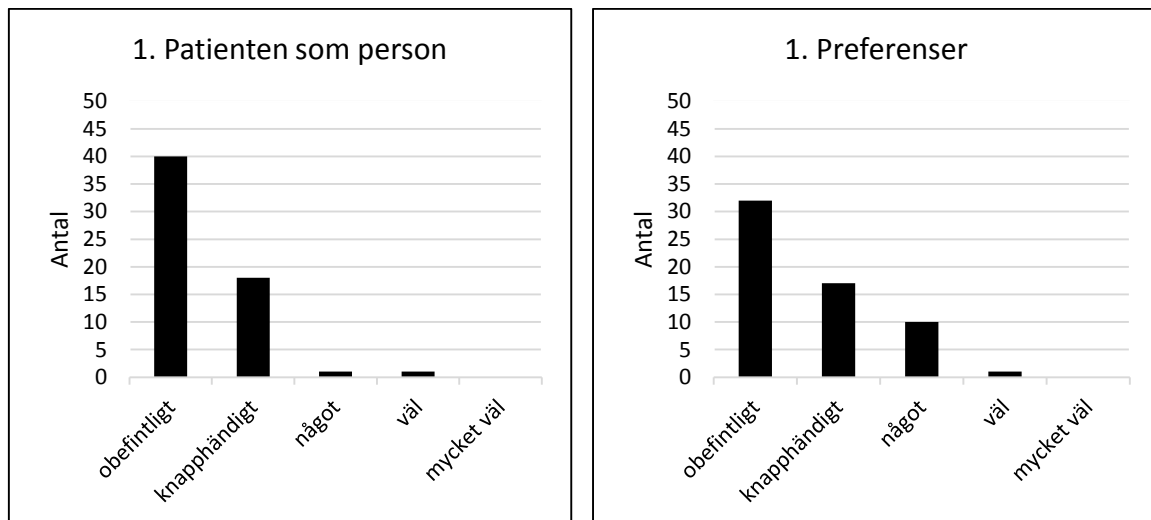
Personcentrerat innehåll i vårddokumentationen

Protokollet består av tre kategorier; *kännedom om patienten som person, tillhandahålla holistisk vård och partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling*. Dessa kategorier innefattar vardera två till fem frågor som graderas på en femgradig Lickertska från obefintligt (0) – mycket väl beskrivet (4).

Kännedom om patienten som person

Kategorin ”kännedom om patienten som person” innefattar dokumentation kring vem patienten är som person, preferenser, resurser, upplevda fysiska problem och symtom samt psykosocial situation.

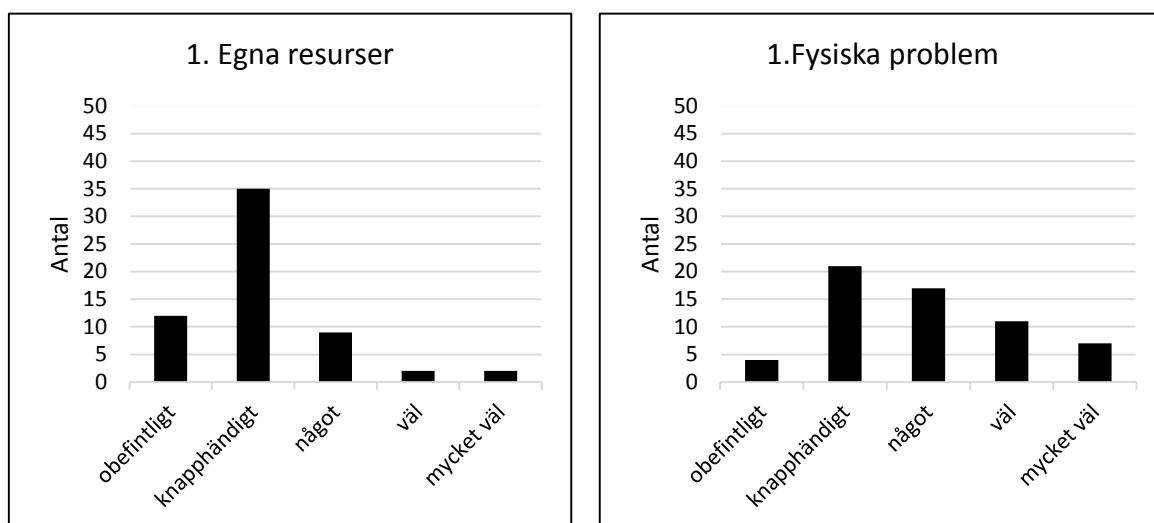
Tabell 4 och 5. Kännedom om patienten som person. Hur väl dokumenteras:



I första frågan, hur väl dokumenteras vem patienten är som person, granskades hur väl information om patientens övertygelser, värderingar, intressen och livsstil journalförts. Utifrån definitionerna i manualen bedömdes att i två tredjedelar av journalerna (40) var dokumentationen kring patienten som person *obefintlig*. I endast en journal bedömdes patienten som person framträda *väl*, och i ingen av de granskade journalerna bedömdes att patienten som person var *mycket väl* beskriven.

Vid granskning av hur väl patientens preferenser journalförts sågs att i ca 80% av journalerna (49) var information om patientens preferenser *obefintligt* eller *knapphändigt* dokumenterat. Liksom i föregående kategori bedömdes endast en journal beskriva detta *väl*, och i ingen journal ansågs detta vara *mycket väl* beskrivet. Patientens *preferenser* definieras i granskningsprotokollet som beskrivningar av exempelvis önskemål, drömmar, visioner och mål.

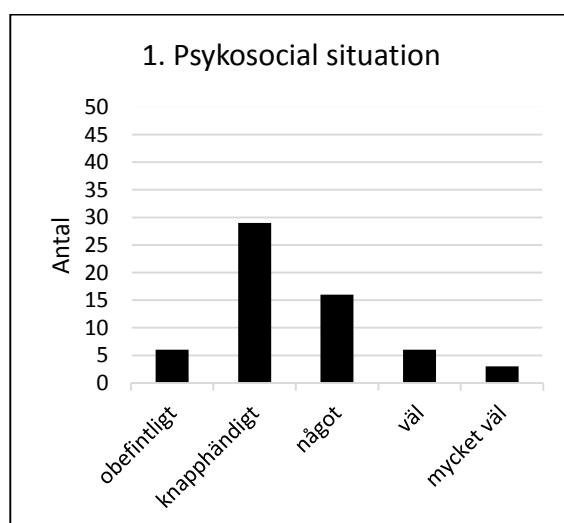
Tabell 6 och 7. Kännedom om patienten som person. Hur väl dokumenteras:



Patientens egna resurser sågs *väl* alternativt *mycket väl* beskrivet i totalt fyra stycken journaler. I majoriteten av journalerna (35) beskrevs patientens egna resurser *knapphändigt*. I var femte journal (12) var denna information *obefintlig*. Här granskades journalen efter exempelvis information om patientens fysiska förmågor, motivation, kunskap, närståendestöd eller stöd från yttre instanser.

I den fjärde frågan ses att patientens upplevda fysiska problem och symtom beskrevs förhållandevis väl i journalen. I mer än hälften av journalerna (35) beskrevs detta *något*, *väl* eller *mycket väl*. Fysiska problem och symtom var *obefintligt* dokumenterat i fyra av journalerna.

Tabell 8. Kännedom om patienten som person. Hur väl dokumenteras:

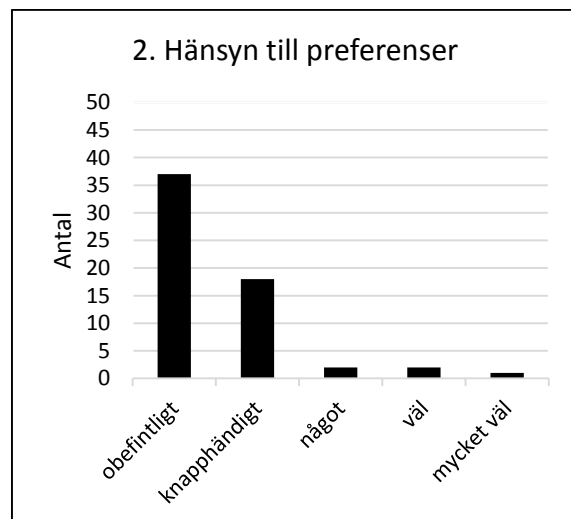
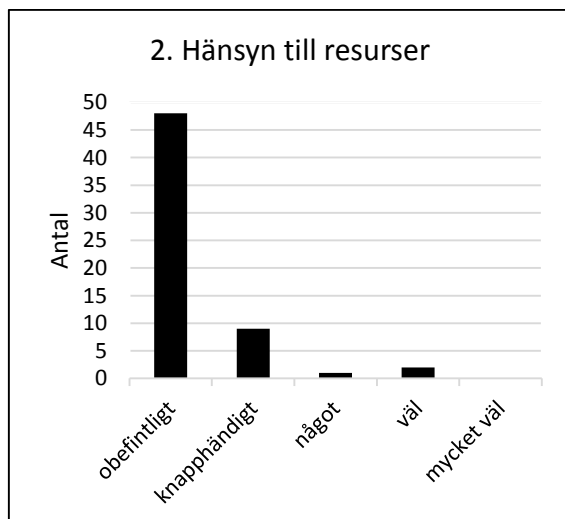


Vid granskning av hur väl den psykosociala situationen beskrivs, undersöktes förekomst av dokumentation om patienten ur socialt, psykologiskt och/eller existentiellt perspektiv. Här sågs att i drygt hälften av journalerna (35) var denna dokumentation *obefintlig* eller *knapphändig*. I sex journaler sågs detta *väl* beskrivet och i tre journaler beskrevs detta *mycket väl*.

Tillhandahålla holistisk vård

Under kategorin ”tillhandahålla holistisk vård” studerades hur väl det dokumenteras att/om planering av vård och behandling bygger på hänsynstagande till patientens resurser respektive patientens preferenser/önskemål.

Tabell 9 och 10. Tillhandahålla holistisk vård. Hur väl dokumenteras:

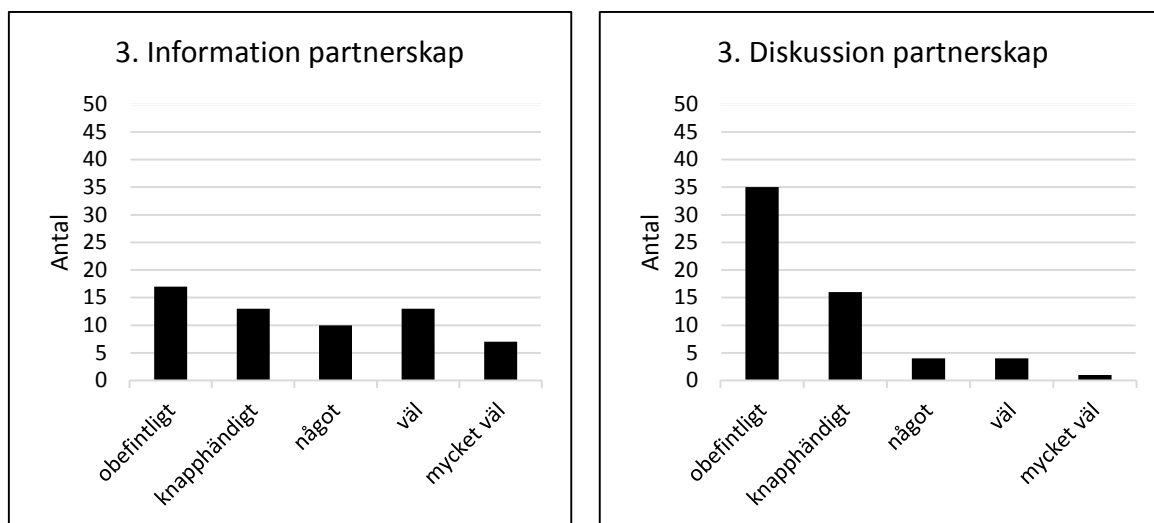


I de två frågorna under kategorin ”tillhandahålla holistisk vård” sågs *obefintlig* dokumentation i åtta av tio granskningar (48) om att hänsyn tagits till patientens resurser, samt i ca två tredjedelar av journalerna (37) om att hänsyn tagits till patientens preferenser. I en journal var det *mycket väl* beskrivet att hänsyn tagits till patientens preferenser, medan hänsyn till resurser inte fanns *mycket väl* beskrivet i någon journal.

Partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling

I den sista kategorin, som handlar om partnerskapet mellan patient och personal, studerades om det finns dokumenterat att patienten fått information, deltagit i diskussioner och/eller deltagit i beslut rörande vård och behandling.

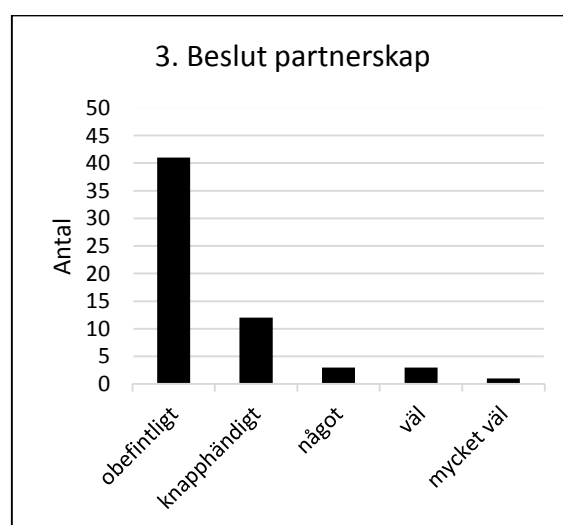
Tabell 11 och 12. Partnerskap i planering och beslut. Hur väl dokumenteras:



Granskningen visade att det fanns mest dokumenterat kring information: i en tredjedel av journalerna (20) fanns detta dokumenterat *väl* eller *mycket väl*. I hälften av journalerna (30) fanns uppgift om information till patienten *obefintligt* eller *knapphändigt* beskrivet.

Gällande hur väl det dokumenteras att patienten deltagit i diskussion rörande vård och behandling, sågs att i drygt hälften av journalerna (35) var detta *obefintligt* dokumenterat samt i drygt en fjärdedel (16) *knapphändigt* dokumenterat. I 5 av de 60 journalerna som granskades var dokumentation gällande patientens deltagande i diskussion rörande vård och behandling *väl* eller *mycket väl* beskrivet.

Tabell 13. Partnerskap i planering och beslut. Hur väl dokumenteras:



I

I protokollets sista fråga undersöktes hur väl det dokumenteras att patienten deltar i beslut rörande vård och behandling. Granskningen visade att journalföringen av denna aspekt av PCV var *obefintlig* eller *knapphändig* i närmare 90 % av journalerna som granskades (53). *Väl* alternativt *mycket väl* beskrivet var patientens deltagande i beslut i totalt 4 stycken journaler.

Diskussion

Metoddiskussion

Ett protokoll för granskning av personcentrerat innehåll i patientjournaler utvecklades med utgångspunkt från en teoretisk modell (McCormack & McCance, 2010). Protokollet granskades av forskare inom PCV, samt av en metodexpert inom instrumentutveckling. Enligt Polit & Beck (2011) är detta en vanlig och accepterad metod för att öka sannolikheten för att instrumentet mäter det som det är avsett att mäta (validiteten).

Finjustering av frågorna, samt av manualen som låg till grund för hur frågorna tolkades, gjordes av författarna gemensamt. Under processen som ledde fram till det slutliga protokollet fördes många diskussioner, dels kring själva protokollets (och manualens) formuleringar, och dels kring formuleringarna i de olika granskade journaltexterna och hur dessa skulle tolkas i relation till protokollet. Till slut erhöles en hög grad av överensstämmelse mellan författarna i användandet av protokollet (kappa 0.82), vilket enligt Polit & Beck (2011) innebär en hög reliabilitet mellan granskarna. Det finns risk för att den ökande överensstämmelsen allteftersom protokollet justerades inte enbart berodde på att protokollet blev bättre och bättre, utan även till viss del på att författarna blev mer och mer samspelade och överens om hur vissa formuleringar i journaltext skulle tolkas. Risken är då, när någon annan person vill använda protokollet för att göra en liknande studie, att denna person får ett resultat som skiljer sig från resultatet i föreliggande studie. Inte för att resultatet i de granskade journalerna skiljer sig, utan för att protokollets frågor tolkas på ett avvikande sätt. Detta påverkar reliabiliteten på ett negativt sätt, genom att pålitligheten när studien reproduceras minskar. För att minska denna risk kan en utomstående person testa protokollet och granska samma journaler som författarna, för ytterligare en interreliabilitetsbedömning. Instrumentets klarhet (instrument clarity), i vilken grad instruktionerna för mätning med instrumentet är lätta att förstå, påverkar risken för fel när instrumentet används (Polit & Beck, 2011).

Graden av överensstämmelse med samma granskare vid olika tillfällen (test-retest reliability) visade en hög grad av överensstämmelse (kappa 0.9). Värdet av detta test minskar dock genom att det förflöt en kort tid mellan de olika granskningarna (en vecka). Det finns då risk för att bedömningen blir samma därför att granskaren minns vilken bedömning som gjordes vid den första granskningen (Polit & Beck, 2011).

Under processen att utveckla granskningsprotokollet valde författarna att helt utesluta en av de kategorier som ursprungligen fanns med utifrån McCormack och McCance (2010) modell;

Engagemang och sympatisk närvaro. Anledningen var att denna kategori, som belyser interaktion och samhörighet i mötet mellan patient och vårdare, inte ansågs synas överhuvudtaget i patientjournaltext. Det kan argumenteras att detta inte är skäl för att ta bort kategorin, att det tvärtom bör synas i granskningen att dokumentation om denna inom PCV viktiga aspekt, är osynlig i patientjournalen. Det är dock författarnas åsikt att allt som sker mellan patient och vårdare inte har sin plats i dokumentationen. Det finns en risk, som inte alls studeras inom ramen för den här studien, att det blir *för mycket text* i journalen. Risken med det är att berörd personal behöver lägga (alltför) mycket tid på att läsa och dokumentera så att det blir (alltför) lite tid till patientkontakt (där interaktionen och samhörigheten sker). Det finns även en risk att en alltför stor textmängd blir oläst av dem den berör. Det är mycket viktigt, anser författarna, att finna verktygen för *vad* som är relevant att dokumentera för att göra vården mer personcentrerad, inte att sträva efter ”ju mer desto bättre”.

Andra delen av syftet handlar om använda det framtagna protokollet för att granska journaler på en medicinavdelning. Ett problem skulle kunna vara att författarna är kliniskt verksamma sjuksköterskor inom den studerade, respektive en liknande, verksamhet och har stor vana vid användande av journalsystemet i klinisk praxis. Detta skulle kunna leda till en övertolkning av data som framkommer i texten, genom att knapphändig information förstås som att den innefattar mer än den faktiskt gör, för att man vet av erfarenhet vad som brukar utspela sig mellan patient och vårdare i den aktuella situationen. Författarna har försökt att minimera den här risken genom att vara tydliga med att det *endast* är sådant som faktiskt står i journalen som ska räknas som personcentrerat journalinnehåll, inte sådant som kan antas ha ingått i interaktionen patient-vårdare vid aktuellt tillfälle. Hur väl det har lyckats att mäta det som faktiskt avses att mätas (graden av personcentrerat innehåll i patientjournalen) är ett mått på såväl instrumentets validitet som reliabilitet, sensitivitet och specificitet (Polit & Beck, 2011).

Det kan också vara en fördel att författarna har erfarenhet av aktuell kontext och av att använda det aktuella journalsystemet i praktiken, eftersom granskningen då kan göras mer relevant. Exempelvis insågs, efter att först ha bestämt att endast journalanteckningar gjorda på den studerade avdelningen skulle ingå, att även anteckningar från inskrivningen på akutmottagningen behövdes tas med, och från akutvårdsavdelningen i de fall patienten vårdats där initialt. Detta eftersom avdelningens anteckningar bygger vidare på dessa anteckningar.

Processen att granska journalerna pågick under en kort tidsperiod, ca två veckor, vilket är en fördel då risker för variationer i bedömningen ökar när datainsamlingen sträcker sig över en längre tidsperiod (Polit & Beck, 2011).

Inom ramen för denna studie granskades 60 journaler. Detta ansågs vara för litet antal för att kunna göra statistiska beräkningar utifrån de olika bakgrundsvariablerna (Polit & Beck, 2011). Det skulle vara intressant att veta ifall variablerna kön, ålder, vårdlängd, akut/elektiv vård och diagnos har någon inverkan på det personcentrerade journalinnehållet.

Resultatdiskussion

Studien visar att det personcentrerade innehållet i de granskade patientjournalerna är mycket lågt, och i många fall obefintligt. Information om vem patienten är som person, hänsynstagande till patientens resurser och preferenser, samt om patienten fått information och/eller varit delaktig i diskussioner och beslut får ett mycket litet utrymme.

Kännedom om patienten som person

Studiens resultat visar att information om vem patienten är som person, patientens preferenser och dennes resurser är obefintligt eller knapphändigt dokumenterat i ca 80% av de granskade journalerna. Även patientens psykosociala situation är bristfälligt dokumenterat då detta var obefintligt eller knapphändigt i drygt hälften av journalerna. Patienterna i studien hade medianvårdtid 3 dygn, och nästan hälften hade två eller färre vårddygn på avdelningen. Den relativt korta vårdtiden på avdelningen kan ha en bidragande orsak till det låga resultatet. Broderick et al.(2013) studie visar att ju längre tid personen har vistats på en enhet, desto fler detaljer rörande personliga preferenser fanns dokumenterat. Å andra sidan ska information om vem patienten är som person, hans preferenser och resurser identifieras och dokumenteras tidigt under vårdförloppet när vården bedrivs personcentrerad (Ekman et al., 2014). Kort vårdtid bör därför inte påverka det personcentrerade innehållet i patientjournalen.

Betydligt bättre är information om patientens fysiska problem och symtom beskrivet i journaltexterna. Detta återgavs något, väl eller mycket väl i 58% av patientjournalerna. Vid granskning av fysiska problem inkluderas endast de fysiska problem som patienten uppgivit. Hade även vårdpersonalens objektiva bedömning av patientens fysiska problem inkluderats, skulle denna aspekt återfunnits i alla de granskade journalerna. Detta exkluderas då vårdpersonalens bedömning kan skilja sig kraftigt från patientens subjektiva upplevelse (Dodd et al., 2001). I de 42 % av journalerna där fysiska problem var beskrivet knapphändigt eller obefintligt var det i majoriteten av fallen tydligt att de fysiska problemen endast baserades på objektiva bedömningar. I några av fallen var det svårt att urskilja om det var patientens upplevelse, eller vårdgivarens bedömning, som beskrivs i journalen. Om inte patientens subjektiva upplevelse beskrivs är det svårt att veta om den överensstämmer med vårdgivarens objektiva bedömningar. Detta fenomen har uppmärksammats som ett vanligt problem, och därför är det viktigt att patientens perspektiv dokumenteras på ett strukturerat sätt (Ekman et al., 2011; Kristensson Ugglå, 2014; Kärkkäinen et al., 2004).

Det är tydligt att fysiska problem och symtom prioriteras i journaltexterna framför psykosocial situation eller information om vem patienten är, vad hen vill och kan. Detta stöds av Hyde et al.(2005) som i sin studie visar att dokumentationen har ett fokus på fysiska problem där patientens upplevelser och preferenser saknas. Sjukvården blir allt mer specialiserad och patienten kan ha många olika vårdkontakter som är inriktade på att vårda ett visst sjukdomstillstånd. Ett visst fokus på fysiska problem är nödvändigt för att identifiera och bota sjukdom, men det kan medföra att helhetsbilden av patientens hälsa missas, då varje specialitet endast sköter sin del av patientens vård. Vidare ökar risken att helhetsbilden går

förlorad om inte patientens vårdkontakter beaktar vem personen är och vad hen vill och kan (Leplege et al., 2007; Ekman et al., 2014; Sigurdsson, 2011). Föreliggande studie är gjord på en medicinavdelning som främst vårdar patienter med diabetes, endokrinologisk sjukdom och gastroenterologisk sjukdom. Avdelningens inriktning med uppdelning i specialiteter, överensstämmer således med den bild av den moderna sjukvården som Sigurdsson (2011) beskriver. Möjlighet finns att detta kan ha bidragit till den bristfälliga dokumentationen gällande patienten som person som studiens resultat visar.

Enligt Sahlsten et al. (2007) är kommunikation som baseras på ett utbyte av information och kunskap nyckeln för att möjliggöra patientdelaktighet. Det är viktigt för både patienten och personalen att vårdpersonalen får en förståelse för patientens upplevelse av situationen. De inkluderade i föreliggande studie hade en relativt kort vårdtid, vilket kan resultera i att personal och patient inte hinner utbyta information och kunskap innan det är dags för patienten att bli utskriven. Å andra sidan hävdar Ekman et al. (2014) att vårdpersonalen tidigt ska skaffa sig kunskap om vem patienten är som person, hans erfarenheter, önskemål och resurser och att detta ska journalföras på ett strukturerat sätt. Detta får stöd av De Silva (2014), som menar att ett nödvändigt kriterium för PCV är att personalen närmar sig patienten som person och att hans livsvillkor får utrymme.

Att aspekter kring vem patienten är som person får så litet utrymme i vårddokumentationen speglar ett synsätt där patienten som person ses som oviktig inom vårdsammanhanget. Patienten får endast utrymme att beskriva aktuellt fysiskt problemen, vilket kan medföra en risk att andra viktiga aspekter av hälsa missas. Vårdpersonalen behöver ställa frågor om vem patienten är, och ge denne utrymme för att berätta vem hen är (Kristensson Ugglå, 2014).

Tillhandahålla holistisk vård

Inom PCV ska patientens individuella upplevelser, behov, resurser och preferenser identifieras, för att sedan ligga till grund för vården (Charon, 2001; De Silva, 2014; Ekman et al., 2011; McCormack & McCance, 2010).

Resultatet i föreliggande studie visar att hänsynstagande till patientens resurser är obefintligt dokumenterat i 80% av de granskade journalerna. Det kan förklaras av att patienternas resurser inte dokumenteras alls, eller knapphändigt i majoriteten av journalerna (80%). Ekman et al. (2011) och Leplege et al. (2007) betonar vikten av att identifiera patientens resurser, så att dessa kan tillvaratas för att stärka patienten vid sjukdom.

Information om hänsynstagande till patientens preferenser är obefintligt i drygt 60% av de studerade vårdjournalerna. Detta kan härledas till att information om patientens preferenser saknas eller är knapphändigt beskrivna i 80% av journalerna. Detta får stöd av Broderick et al. (2013) som visar att det finns mycket lite dokumenterat i patienternas journal om huruvida hänsyn tagits till patienters önskemål vid beslut om vård och behandling. Dokumentationen kring denna aspekt är mer framträdande hos patienter med längre vårdtid enligt Broderick et

al.(2013). Deltagarna i föreliggande studie hade relativt korta vårdtider, vilket skulle kunna bidra till det låga resultatet.

Drygt 20% av de inkluderade patienterna i föreliggande studie var inlagda för planerad behandling eller utredning. Dessa patienter är oftast kända av vården, med ett eller flera tidigare besök på mottagning knuten till de olika specialiteterna. Eventuellt kan dessa patienters resurser och preferenser tagits hänsyn till redan under det föreliggande mottagningsbesöket, vilket kan ha påverkat resultatet negativt då mottagningsbesök inte inkluderades i granskningen. Å andra sidan är det all vårdpersonals ansvar att identifiera resurser och preferenser, samt att se till att det tas hänsyn till dessa vid planering av vård och behandling. PCV är en process där ny information om patienten samlas in fortgående under hela vårdtillfället (Ekman et al., 2014). Vårdtiden för patienterna som är inlagda för planerad vård är i regel mycket kort (1-2dygn) Detta skulle kunna påverka möjligheten för vårdpersonalen att skapa en relation till patienten, och få patientens förtroende så att hen vill berätta om sig själv och sina önskemål.

Partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling

Resultatet visar att den aspekt som är bäst dokumenterad gällande partnerskapet är att/om patienten fått information i någon form, skriftligt och/eller muntligt, om vård och behandling. I en tredjedel (20) av journalerna var detta väl eller mycket väl dokumenterat, och i tio stycken journaler var det något dokumenterat om patienten fått information. I hälften av journalerna är det knapphändigt eller obefintligt journalfört.

Dokumentation om patientens deltagande i diskussioner rörande vård och behandling är obefintlig eller knapphändig i 85% av journalerna. Information om att patienterna har deltagit i beslut är knapphändig eller obefintligt i knappt 90%. Detta uppmärksammade även Hyde et al. (2005) som studerade äldre patienters medverkan i diskussioner och beslut. Här sågs att dokumentation gällande patienters medverkan i diskussion och beslutsfattande kring sjukdomen sällsynt.

Medelåldern på patienterna i föreliggande studie var 55,6 år och den äldsta inkluderade i studien var 97 år gammal. Ekdahl, Andersson, Wiréhn, & Friedrichsens (2011) visar att det är vanligt att äldre människor inte upplever delaktighet i beslutsfattanden, men också att det finns individuella skillnader gällande hur delaktig man vill vara. Florin, Ehrenberg & Ehnfors (2006) har visat att yngre person samt ensamstående önskar ha en mer aktiv roll vid beslut gällande vård och behandling. Patienterna inkluderade i föreliggande studie är relativt unga. Det finns därför inte anledning att anta att åldern kan ses som en bidragande orsak till den låga skattning som de två frågorna om deltagande i diskussion och beslut fått.

Enligt Sahlsten et al. (2007) kan patientdelaktighet beskrivas som en dynamisk process med gemensamma beslut eller förhandlingar mellan två jämställda parter, patient och vårdgivare. För att dessa gemensamma beslut ska kunna tas måste patienten få tillräckligt med information om vård och behandling. Föreliggande studie undersöker inte om patienterna

faktiskt fått information eller ej, utan behandlar endast huruvida detta finns dokumenterat i vårddokumentationen. I hälften av journalerna är det knapphändigt eller obefintligt dokumenterat att patienterna erhållit information. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska information som ges till patienter journalföras. Därmed kan det inte förutsättas att patienten har fått information utöver det som syns i journalen. Resultatet kan eventuellt påverkas av att vårdtiderna på avdelningen är korta, och att vårdpersonalen därmed inte hinner ge information innan vårdtiden är slut. Å andra sidan belyser Ekman et al. (2014) vikten av att patienten hålls välinformerad från vårdtidens start.

Granskningen visar att det personcentrerade innehållet är mycket lågt genomgående inom de tre kategorierna, *kännedom om patienten som person, tillhandahålla holistisk vård och partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling*. De aspekter av PCV som får mest utrymme i patientjournalen är patientens fysiska problem samt att patienten fått information om vård och behandling. Trots att dessa två frågor får hög skattning i relation till övriga frågor i protokollet, är de obefintligt eller knapphändigt dokumenterade i en stor del av patientjournalerna.

Föreliggande studie granskar endast personcentrerad dokumentation. Det kan inte förutsättas att detta helt och hållet speglar den vård som faktiskt ges. Vården som ges kan vara mycket mer personcentrerad än vad journaltexten visar, liksom att personcentrerad journaltext kan finnas samtidigt som den vård som faktiskt ges inte är personcentrerad. Dock visar forskning (Ekman et al., 2011; Ekman et al., 2014; Mead et al., 2000) att en personcentrerad dokumentation är en förutsättning för PCV; för att säkra personcentrering och kontinuitet.

Slutsats

De granskade patientjournalerna saknade till stor del personcentrerat innehåll, och flera aspekter som är avgörande för PCV var obefintliga i journaltexten.

Det personcentrerade innehållet bör ges ett betydligt större utrymme i patientjournalen för att få en helhetsbild av patientens hälsa, ge patientens perspektiv större tyngd samt för att öka kontinuitet och vårdkvalitet. Detta är en förutsättning för personcentrerad vård.

Kliniska implikationer

Då den här studien är en pilotstudie kommer det utarbetade protokollet och studiens resultat komma till användning inom forskning som förhoppningsvis kan bidra till en mer personcentrerad vård. Författarnas förhoppning är att studien kommer till nytta för spridning, implementering och utvärdering av PCV. Studiens resultat påvisade att det personcentrerade innehållet i patientjournalerna var mycket lågt, vilket kan betyda att vården på den aktuella avdelningen inte är personcentrerad. Detta visar på behovet av förbättringsåtgärder.

Ytterligare forskning behövs för att veta ifall resultatet är representativt för vårdavdelningar i allmänhet. Vidare behövs forskning kring vilken omfattning och struktur av dokumentation som är optimalt för personcentrad vård.

Referenser

- Broderick, M. C., & Coffey, A. (2013). Person-centred care in nursing documentation. *International journal of older people nursing*, 8(4), 309-318.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Jama*, 286(15), 1897-1902.
- Cohen´s kappa. (2015, 3 november). I *Wikipedia*. Hämtad 2016-02-29 från https://en.wikipedia.org/wiki/Cohen%27s_kappa
- De Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care: a review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care*. London: The Health Foundation.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E., Humphreys, J., & ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal Of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell- Ekstrand., I. (2000). *VIPS- boken. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekdahl, A. W., Andersson, L., Wiréhn, A. B., & Friedrichsen, M. (2011). Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC geriatrics*, 11(1), 46.
- Ekman, I, Norberg, A., Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso och sjukvård* (s.69-96). Stockholm: Liber.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Lidén, E. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251.
- Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L. E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European heart journal*, 33(9), 1112-1119.
- 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(12), 1498-1508.
- Fors, A., Ekman, I., Taft, C., Björkelund, C., Frid, K., Larsson, M. E., ... & Swedberg, K. (2015). Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care—A randomised controlled trial. *International journal of cardiology*, 187, 693-699.
- Hyde, A., Treacy, M. P., Scott, P. A., Butler, M., Drennan, J., Irving, K., ... & Hanrahan, M. (2005). Modes of rationality in nursing documentation: biology, biography and the 'voice of nursing'. *Nursing inquiry*, 12(2), 66-77.

Kristensson Uggla, B. (2014). Personfilosofi-filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso och sjukvård* (s.21-68). Stockholm: Liber

Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123-132.

Leploge, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565.

Lindström, I., Gaston-Johansson, F., Danielsson, E. (2010). Patients' participation in end-of-life care: Relations to different variables as documented in the patients' records. *Palliative and Supportive Care*, 8(3), 247–253.

McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.

Olsson, L. E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2006). The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 1:3.

Polit, D.T.& Beck, C.T. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Sjöström, B., Lindencrona, C. S., & Plos, K. A. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 630-637.

Sigurdson, O. (2011). Sjukdomens kropp. Narrativitet, kroppslighet och relationalitet i medicinska praktik och omvårdnad. *Sygdommens kropp: Kritiskt Forum för Praktisk Teologi*, 31(123), 6-22.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Vestala, H. & Hollman Frisman, G. (2013). Can Participation in Documentation Influence Experiences of Involvement in Care Decision-Making? *The Open Nursing Journal*, 7, 66-72.

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191

Bilaga 1.**Granskningsprotokoll vårddokumentation**

Kod nr: _____ Datum för granskning: _____ Signatur granskare: _____

Hur väl dokumenteras:		
I. Kännedom om patienten som person	Information om <i>vem</i> patienten är som person (till skillnad från <i>vad</i> personen är, tex "multisjuk", "elektriker" etc) (övertygelser, värderingar, intressen, livsstil)	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl
	Information om patientens <i>preferenser</i> : (önskemål, drömmar, visioner, mål etc.)	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl
	Information om patientens <i>egna resurser</i> : (motivation, kunskap, insikt, närståendestöd, stöd från yttre instanser, fysiska förmågor)	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl
	Patientens upplevda <i>fysiska</i> problem och symtom: (patientens upplevelse)	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl
	Patientens beskrivning av sin <i>psykosociala</i> situation: (social, psykologisk eller existentiell situation)	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl

II. Tillhandahålla holistisk vård	Att (planering av) vård och behandling bygger på hänsynstagande till patientens resurser: (motivation, kunskap, insikt, närståendestöd, stöd från yttre instanser, fysiska förmågor)	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl
	Att (planering av) vård och behandling bygger på hänsynstagande till patientens preferenser/önskemål: (önskemål, drömmar, visioner, mål etc.)	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl
III. Partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling	Att patienten fått <i>information</i> om vård och behandling:	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl
	Att patienten <i>deltagit i diskussion</i> rörande vård och behandling:	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl
	Att patienten <i>deltagit i beslut</i> rörande vård och behandling:	Obefintligt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycket väl

Bilaga 2.

MANUAL Granskningsprotokoll vårddokumentation

	Hur väl dokumenteras:	
I. Kännedom om patienten som person	Information om vem patienten är som person (till skillnad från vad personen är, tex "multisjuk", "elektriker" etc) (övertygelser, värderingar, intressen, livsstil)	Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen om vem personen är. Knapphändigt (1): enstaka dokumentation gällande vem personen är. Något (2): korta noteringar kring två aspekter av vem personen är, alternativt tydligare bild av en aspekt Väl (3): vem personen är framträder tydligt i journalen ur minst två aspekter Mycket väl (4): journalen ger en tydlig bild av vem personen är ur mer än två aspekter
	Information om patientens preferenser: (önskemål, drömmar, visioner, mål etc.)	Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen angående patientens preferenser. Knapphändigt (1): enstaka dokumentation om patientens önskemål kring vården under innevarande vårdtillfälle eller enstaka dokumentation om framtida drömmar/visioner/mål Något (2): fler än en notering om patientens önskemål kring vården under innevarande vårdtillfälle eller om framtida drömmar/visioner/mål. Väl (3): fler än en notering om patientens önskemål kring vården under innevarande vårdtillfälle och om framtida drömmar/visioner/mål. Mycket väl (4): tydlig beskrivning av patientens önskemål, drömmar, visioner och/eller mål, nu och i framtiden.
	Information om patientens egna resurser: (motivation, kunskap, insikt, närståendestöd, stöd från yttre instanser, fysiska förmågor)	Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen om patientens resurser. Knapphändigt (1): enstaka dokumentation finns om någon resurs (noteringar av typen "klar och redig" och liknande, men inget mer dokumenterat om patientens resurser) Något (2): enstaka noteringar om två resurser (tex "klar och adekvat" och "motiverad till träning") Väl (3): tydlig beskrivning av en resurs eller korta noteringar om tre eller flera resurser Mycket väl (4): tydlig bild av två eller flera resurser
	Patientens upplevda fysiska	Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen om patientens fysiska problem eller symtom.

	<p>problem och symtom: (patientens upplevelse)</p>	<p>Knapphändigt (1): enstaka dokumentation om det/de fysiska problem eller symtom som patienten söker vård för Något (2): beskrivning av symtomet/problemet patienten söker vård för eller viss beskrivning av övriga fysiska symtom/problem som patienten uppger under vårdtiden Väl (3): beskrivning av symtomet/problemet patienten söker vård för eller viss beskrivning av övrigt/övriga fysiska symtom/problem som patienten uppger under vårdtiden, inklusive uppföljning av minst ett symtom Mycket väl (4): utförlig beskrivning (karaktär, duration, intensitet etc) av symtomet/problemet patienten söker för och dels om ev. övriga fysiska symtom/problem patienten ev. uppger under vårdtiden (inklusive uppföljning)</p>
	<p>Patientens beskrivning av sin psykosociala situation: (Social, psykologisk eller existentiell situation)</p>	<p>Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen om patientens sociala, psykologiska eller existentiella situation Knapphändigt (1): enstaka dokumentation om något som rör patientens beskrivning av social, psykologiska eller existentiell situation (noteringar av typen ”tätt socialt nätverk”, ”ensamboende”, ”gift, bor med maken” etc, oavsett antalet noteringar) Något (2): noteringar finns om patientens beskrivning av social och psykologisk/existentiell situation Väl (3): utförligt beskrivet om social och/eller psykologisk/existentiell situation, men ingen uppföljning finns Mycket väl (4): utförlig dokumentation om hur patienten beskriver sin sociala och psykologiska/existentiella situation, inklusive uppföljande notering, finns.</p>
II. Tillhandahålla holistisk vård	<p>Att (planering av) vård och behandling bygger på hänsynstagande till patientens resurser: (motivation, kunskap, insikt, närståendestöd, stöd från yttre instanser, fysiska förmågor)</p>	<p>Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen Knapphändigt (1): enstaka notering angående någon av patientens resurser har påverkat vård och behandling Något (2): enstaka noteringar finns att två av patientens resurser har påverkat vård och behandling Väl (3): tydlig beskrivning av att en resurs har påverkat vård och behandling eller korta noteringar om att tre eller flera resurser har påverkat planering av vård och behandling Mycket väl (4): det framgår tydligt att patientens resurser har beaktats i hög grad vid vård och behandling (ex patientens motivation, kunskap, insikt, närståendestöd, stöd från yttre instanser, fysiska förmågor)</p>
	<p>Att (planering av) vård och behandling bygger på hänsynstagande till patientens preferenser/önskemål: (önskemål, drömmar, visioner, mål etc.)</p>	<p>Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen Knapphändigt (1): enstaka notering angående att någon av patientens preferenser/önskemål har påverkat vård och behandling (tex önskar och får smärtlindring) Något (2): enstaka noteringar finns att två av patientens preferenser/önskemål har påverkat vård och behandling Väl (3): tydlig beskrivning av att en preferens/ett önskemål har påverkat vård och behandling eller korta noteringar om att tre eller flera preferenser/önskemål har påverkat planering av vård och behandling Mycket väl (4): det framgår tydligt att patientens preferenser/önskemål, under innevarande vårdtillfälle och framtida uppföljning, har beaktats i hög grad vid vård och behandling</p>

III. Partnerskap i planering och beslut rörande vård och behandling	Att patienten fått information om vård och behandling:	Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen om att patienten fått någon information om vård eller behandling Knapphändigt (1): endast notering av typen ”fått broschyr om undersökning” etc Något (2): något dokumenterat om att patienten fått information om vård och behandling under vårdtillfället eller information om planerad uppföljning Väl (3): något dokumenterat om att patienten fått information om vård och behandling under vårdtillfället och information om planerad uppföljning Mycket väl (4): utförligt dokumenterat om att patienten fått information om vård och behandling under vårdtillfället och information om planerad uppföljning
	Att patienten deltagit i diskussion rörande vård och behandling:	Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen om att patienten deltagit i diskussion om vård och behandling Knapphändigt (1): enstaka, kort notering att patienten deltagit i diskussion Något (2): flera korta noteringar om att patienten deltagit i diskussion Väl (3): utförlig beskrivning av att patienten vid något tillfälle deltagit i diskussion rörande vård och behandling, samt att patientens synpunkter framträder tydligt i journalen Mycket väl (4): utförligt dokumenterat att patienten vid flera tillfällen deltagit i diskussion rörande vård och behandling, samt att patientens synpunkter framträder tydligt i journalen
	Att patienten deltagit i beslut rörande vård och behandling	Obefintligt (0): inget finns dokumenterat i journalen om att patienten deltagit i beslut rörande vård och behandling. Knapphändigt (1): enstaka, kort notering att patienten deltagit i beslut (tex ”informerat samtycke”) Något (2): flera korta noteringar om att patienten deltagit i beslut rörande vård och behandling Väl (3): väl dokumenterat att patienten deltagit i beslut rörande vård och behandling under innevarande vårdtillfälle eller i beslut om planeringen framöver/uppföljning Mycket väl (4): väl dokumenterat att patienten deltagit i beslut både rörande vård och behandling under innevarande vårdtillfälle och i beslut om planeringen framöver/uppföljning.
Allmänt: ”patient” kan ersättas med ”närstående” i de fall då patienten är oförmögen att föra sin egen talan, exempelvis pga demenssjukdom etc. I övrigt ska det vara patientens egna beskrivningar som avser i dokumentationen för att det ska räknas som personcentrerat innehåll.		