

• Datering

Datering av journaler skall ske enligt patientjournalagen (SFS 1985:562). Av de 85 granskade journalerna innehöll alla datum för samtliga journalanteckningar enligt normen år-månad-dag.

• Sökord

För att räknas till gruppen 'Helt eller i hög grad', dit 52 journaler räknades, krävdes att det förekom flera sökord och att sökord fanns vid varje besök, inte bara vid första besöket. Till gruppen 'Delvis', 29 av journalerna, räknades de som hade ett fåtal sökord eller om sökord endast förekom vid anteckning från första besöket. Exempel på sådana enstaka sökord var *nybesök* eller *återbesök*, dvs. sökorden angav vilken typ av besök det rörde sig om. *Åtgärd* var ett annat exempel på ett sådant enstaka sökord. I de flesta fall rådde enhetlighet inom respektive klinik dvs. alla journaler från samma klinik fick samma poäng. Detta gällde med några undantag.

Totalt räknades 148 olika sökord. För samma innebörd fanns flera olika sökord t.ex.

- besök/HC patient/daganteckning/anteckning/besökstyp/kontakt/nybesök
- provad apparat/hemlån/tillfälligt lån/utlånad hörapparat/hörapparatlån/provapparat
- status/öronstatus/trumhinnestatus/öron/öroninspektion
- permanent lån/definitiv hörapparat/ordinerad hörapparat/slutlig hörapparat/erhåller/hörapparatkategori
- resultat/utvärdering/förskrivning/slutbedömning/bidrag/klar/avslutat/journalsammanfattning/slutanteckning

• Utskriftsform

Av de 85 granskade journalerna var 35 manuellt utskrivna på skrivmaskin antingen av audionomen själv eller av sekreterare. De resterande 50 journalerna var datorbaserade.

Språk

I patientjournalagen (SFS 1985:562) och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1982:2) anges hur en journal skall utformas. Vid granskningen gjordes en sammanfattande bedömning av journalen som helhet utifrån struktur, överskådlighet, läsbarhet, tydlighet, förståelighet samt huruvida innehållet var tydligt och strukturerat presenterat. I 37 journaler uppfylldes ovan nämnda kriterier medan 40 journaler hade vissa brister. Bristerna kunde till exempel bestå i ofullständig och/eller knapphändig information utan tydligt sammanhang i texten. I 8 journaler uppvisades stora brister, de var skrivna med kortfattat språk och innehöll mycket knapphändig information med risk för misstolkningar. Det som i dessa fall dokumenterats var endast de konkreta åtgärder som vidtagits till exempel vilken/vilka hörapparat/er patienten fått prova. I journalerna förekom det audiologiska fackuttryck och många förkortningar, både vedertagna enligt Svenska språknämnden (2000) och mer hemmagjorda.

Tabell III. Noteringar avseende språkets struktur, tydlighet och förståelighet i journalerna. Fördelningen anges i frekvens. (n=85)

Aspekt	Helt eller i hög grad (2p)	Delvis (1p)	Inte alls (0p)	Totalt
Språk	37	40	8	85

Påverkande faktorer

• Remitterande instans

I journalen bör man ange hur patienten kommit till kliniken t.ex. via remiss, via klinikens egen läkare eller på eget eller närståendes initiativ. Denna uppgift kan ha betydelse i den fortsatta rehabiliteringsplaneringen. Vid granskningen framkom klart i 68 journaler vilken remissinstans som varit aktuell. I 27 av dessa journaler var det patienten själv som initierat kontakten. I 17 av journalerna framkom inte alls hur patienten kommit till kliniken.

Tabell IV. Noteringar avseende remissinstans, kontaktorsak, medicinsk diagnos samt mätresultat. Fördelningen anges i frekvens. (n=85)

Aspekt	Helt eller i hög grad (2p)	Delvis (1p)	Inte alls (0p)	Totalt
Remitterande instans	68	0	17	85
Kontaktorsak/bakgrund till vården	60	0	25	85
Medicinsk diagnos	30	5	50	85
Mätresultat	12	13	60	85

• Kontaktorsak/bakgrund till vården

Uppgift om anledning till patientens besök är enligt patientjournalagen ett måste (SFS 1985:562 §1). I de granskade journalerna fanns sådan anledning till vården angiven i 60 av journalerna t.ex. *Pat. kommer idag för hörselkontroll och ställningstagande till hörapparat*. I 25 journaler saknades sådan uppgift helt.

• Medicinsk diagnos

Patientjournalagen (SFS 1985:562) anger att journalen skall innehålla uppgift om diagnos. I de granskade journalerna fanns uppgift om patientens medicinska diagnos i 30 journaler, i 5 journaler fanns hörselnedsättningen beskriven utan att själva diagnosen fanns nämnd t.ex. *hereditär hörselnedsättning* eller *bilateral fallande lätt till svår diskantnedsättning* eller *uttalad diskantnedsättning*. I 50 journaler fanns ingen uppgift om patientens medicinska diagnos. I några enstaka fall hänvisades till remiss eller tonaudiogram.

• Mätresultat

Nästa aspekt handlar om i vilken mån mätresultat fanns noterade i journalen. Dessa uppgifter kompletterar diagnosen och preciserar hörselskadans art och grad ytterligare. I 12 fall fanns tonaudiogrammets konfiguration med tonmedelvärden och talaudiogramresultat noterade. I 13 fall fanns antingen tonaudiogrammets tonmedelvärden eller talaudiogramresultatet noterat. I 60 journaler fanns ingen notering av eller koppling till mätresultaten. I tio av dessa journaler fanns dock en beskrivning av mätresultat i ord: *God taluppfattningsförmåga hö., något sämre vä.* Eller: *Taluppfattningsförmågan opåverkad bilat.* Eller: *Hörseln sjunkit i basen.* Dessa beskrivningar har dock ett litet informationsvärde eftersom några absoluta värden eller något att relatera till inte fanns angivet. I något enstaka fall hänvisades i journaltexten till audiogramblanketten.

Tabell V. Noteringar avseende fysiskt, psykiskt, socialt och kommunikativt status, självskattningsskala/frågeformulär samt förväntningar och motivation. Fördelningen anges i frekvens. (n=85)

Aspekt	Helt eller i hög grad (2p)	Delvis (1p)	Inte alls (0p)	Totalt
Fysiskt status	13	44	28	85
Psykiskt status	3	7	75	85
Socialt status	26	30	29	85
Kommunikativt status	22	32	31	85
Självskattningsskala/ frågeformulär vid inledn	4	6	75	85
Patientens förväntningar och motivation	19	43	23	85

• Fysiskt status

Patientens fysiska funktionsförmåga ligger till grund för fysiskt status. Vid granskningen av journalerna fanns 13 journaler där det fanns ett tydligt fysiskt status med ett flertal uppgifter runt själva hörselnedsättningen samt uppgifter om patientens fysiska funktionsförmåga i övrigt. I 34 journaler fanns endast uppgift om öronstatus. I 10 journaler fanns, som enda medicinska information antingen anteckning om yrsel, synsvårigheter, motoriska svårigheter eller tinnitus dvs. i dessa journaler saknades helt uppgift om öronstatus. I 28 fanns ingen notering alls angående fysiskt status.

• Psykiskt status

Med psykisk funktionsförmåga, underlaget till psykiskt status, menas till exempel patientens kunskap/insikt, attityd och inställning till sin funktionsnedsättning, eventuell känsla av genans, resignation, patientens hanterande av sin funktionsnedsättning, bagatellisering eller aggravering. Här visade det sig vid granskningen att uppgifter om patientens psykiska status inte fanns med annat än i några få journaler. T.ex. *Pat. känner sig mycket handikappad p.g.a. av att hon inte hör. Känner sig dum när hon måste fråga om vad som sagts eller Har väldigt svårt i samvaron med andra personer, har svårt att höra dem. Känner sig lite utanför fast han verkar vara en väldigt social människa.* I de 7 journaler där patientens psykiska funktionsförmåga delvis fanns beskriven förekom t.ex. noteringar som *Pat. vill prova små apparater.* Här speglas patientens avvaktande inställning underförstått. I några av journalerna fanns sökordet *handikappupplevelse* men texten som hörde dit var närmast en ren beskrivning av problemsituationer inte en beskrivning av patientens upplevelse av handikapp som sökordet antydde.

• Socialt status

Till social funktionsförmåga, grunden för socialt status, räknas patientens familj, boende, fritid, arbetsförhållanden etc. I 26 journaler fanns flera av dessa uppgifter nedtecknade, i 30 fanns vissa av uppgifterna, t.ex. *Pat. är gift, bor i lägenhet* och i 29 av journalerna fanns ingen uppgift alls om patientens sociala förhållanden. Exempel på utförlig anteckning: *Pat. gift, bor i villa, 2 barn och 3 barnbarn. Har arbetat i buller i nästan hela sitt liv, bl.a. i skogen och inom industrin. Nu pensionär och aktiv inom PRO.* Eller: *Ånka sedan 2 år. Inga barn. Bor i servicelägenhet. Har hemtjänst 2 ggr/v.*

- Kommunikativt status

Under rubriken kommunikativt status beskrivs patientens kommunikativa förmågor och begränsningar. Vid granskningen gavs 2 poäng till de journaler där försök gjorts att mer heltäckande beskriva patientens kommunikationsförutsättningar i olika situationer. I 22 av journalerna kunde man se detta dock utan koppling till mätresultat. T.ex. *Pat. ser dåligt. Kan inte se tv utan lyssnar mycket på radio. Radion hör hon tyvärr dåligt. Hör dörr och telefonsignaler utan problem.* Ett annat exempel: *Enligt pat. och vad man kan se av Göteborgsprofilen så har pat. problem med sin hörsel i så gott som alla sammanhang. Hon hör telefon bra då hon har en förstärkning där, däremot hör hon dörrklockan dåligt. Tvn har hon på väldigt högt.* I 32 journaler fanns kommunikationsförutsättningarna endast sparsamt dokumenterade genom beskrivning av någon enstaka situation där svårigheter fanns. Till exempel: *Har främst problem i större sällskap.* Eller: *Svårt att höra när det är mycket bakgrundsljud.* Oftast fanns noteringarna inne i löpande text och var svåra att finna snabbt. Få journaler hade tydliga sökord kopplade till kommunikationsförmågan. I 31 av journalerna fanns ingen notering som kunde räknas till rubriken kommunikativt status dvs. ingen uppgift alls fanns angående patientens kommunikationsförutsättningar. I ett fåtal journaler (3) av de 31 fanns dock en fristående kommentar angående patientens taluppfattningsförmåga utifrån talaudiometriresultat men utan koppling till patientens egen uppfattning t.ex. *God taluppfattningsförmåga hö., mycket sämre vä.*

- Självskattningsskala/frågeformulär i inledningsskedet

Vid granskningen noterades om audionom och patient använt sig av någon skriftlig självskattningsskala eller frågeformulär i initialskedet av rehabiliteringen enligt den rekommendation som finns t.ex. i Arlinger et al. (1994). Detta förekom i 10 av journalerna. I 6 av de 10 journalerna var frågeformuläret endast bifogat utan någon kommentar i journaltexten. De formulär som användes var Göteborgs-profilen, Cosi och ett eget utformat formulär. De aktuella journalerna kom ifrån tre olika kliniker. I 75 av journalerna fanns inga tecken på att självskattningsskala/frågeformulär hade använts.

- Patientens förväntningar/motivation

För att en rehabilitering skall bli lyckad krävs att patienten är motiverad och inställd på att det krävs en aktiv insats även från honom/henne. Här är det viktigt att det framgår att det är patientens egen uppfattning som dokumenteras. Vad vill patienten och vilka förväntningar har han/hon? En värdering om patientens förväntningar är realistiska hör också till. Fanns både en beskrivning av patientens inställning och en värdering har journalen fått 2 poäng vilket 19 journaler fick. T.ex.: *Pat. har bestämt sig för att prova hörapparat för att se om hennes hörselsituation kan förbättras. Hon har två systrar som använder hörapparat så pat. känner till en del om för- och nackdelar.* Eller: *Pat. önskar eg. inte prova app. men för anhörigas och vänners skull vill hon göra det.* Eller: *Pat. är inställd på hårt arbete för att det skall fungera.* I 43 journaler var noteringarna mer kortfattade och erhöll 1 poäng. T.ex.: *Pat. vill gärna prova hörapparat.* Eller: *Pat. är lite tveksam till hörapparat.* I 23 journaler framkom ingenting om patientens förväntningar eller motivation inför kommande hörapparatpassning.

Bedömning/planering

- Problemsituationer

En eller flera problemsituationer fanns beskrivna i 58 journaler. I de övriga 27 journalerna fanns ingen notering om när eller hur patienterna hade problem med sin kommunikation.

Tabell VI. Noteringar avseende problemsituationer, behovsprecisering, information om olika behandlingsalternativ, rehabiliteringsmål och rehabiliteringsplan. Fördelningen anges i frekvens. (n=85)

Aspekt	Helt eller i hög grad (2p)	Delvis (1p)	Inte alls (0p)	Totalt
Problemsituationer	58	0	27	85
Behovsprecisering	0	2	83	85
Patienten informerad om olika behandlingsalternativ	26	11	48	85
Rehabiliteringsmål	6	0	79	85
Rehabiliteringsplan	12	0	73	85

• **Behovsprecisering**

I de granskade journalerna fanns inte någon tydlig sammanfattande behovsprecisering. I 2 journaler fanns antydning till sådan notering: *Patientens stora problem har varit att det inte funnits någon volymkontroll på hörapparaten, önskar nu få byta till en apparat med volymkontroll eftersom hon vill kunna ändra volymen när hon blir förkyld.* Eller: *Bedömer det som att pat. är i behov av två hörapparater och han samtycker till detta.* 83 journaler innehöll ingen behovsprecisering.

• **Patienten informerad om olika behandlingsalternativ**

Enligt patientjournalagen (SFS 1985:562 §1; SFS 1998:531) skall journalen innehålla uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts vid val av behandlingsalternativ inför rehabiliteringen. I Etisk kod för audionomer (2001) står att audionomen skall informera patienten om undersökningsresultat och om möjliga åtgärder samt respektera och främja patientens rätt till självbestämmande. Att patienten fått sådan information om olika möjliga alternativ kunde man se i 26 av journalerna T.ex.: *Diskuterar olika hörapparatmodeller, priser och teknik samt patientens förutsättningar för apparat.* Eller: *Visar patienten olika typer av hörapparater, pratar om för- och nackdelar och om digital/analog teknik.* Att patienten delvis fått sådan information avspeglade sig i 11 journaler. T.ex.: *Pat. blir besviken att inte få med sig en hörapparat hem idag. Bestämmer oss för att hon provar med en Hörat tills insatserna kommer.* Eller: *Då pat. har klåda föreslår jag bakomrat-apparat.* Underförstått att man här diskuterat olika varianter. I 48 journaler fanns ingen notering alls om att olika alternativa lösningar hade diskuterats. Av de totalt 85 patienterna hade 27 patienter provat flera olika hörapparatfabrikat under utprovningen, medan övriga 58 endast provat ett fabrikat.

• **Rehabiliteringsmål**

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvård (1998:531) samt hörselrehabiliteringsprocessen som den beskrivs av Arvidsson et al. (1989) är ett av stegen formulerande av mål. Målen kan delas upp i huvudmål och delmål och bör kopplas ihop med de beskrivna problemsituationerna. Målen skall formuleras som ett tillstånd hos patienten inte som en åtgärd för audionomen. För att erhålla 2 poäng vid

granskningen krävdes att sökord rehabiliteringsmål fanns samt formulering av mål som rehabiliteringen syftade mot. T.ex.: *Slippa säga "va" så ofta. Uppfatta bättre i tingsrätten. Kunna lyssna på och njuta av musik.* Eller: *Höra tvn bättre. Förbättra talförståelsen när många talar samtidigt.* I 6 journaler återfanns sökordet *Målformulering* samt tillhörande text. Av dessa journaler kom 4 från en och samma klinik, de 2 övriga kom också från en och samma klinik dvs. det innebar att endast 2 av de 17 klinikerna hade noteringar om mål för rehabiliteringen.

• Rehabiliteringsplan

Enligt patientjournalagen (SFS 1985:562) skall en plan upprättas för den kommande rehabiliteringen. Detta skall ske i samråd med patienten (Etisk kod för audionomer, 2001; SFS 2000:356). Antydning till en sådan plan med sökord rehabiliteringsplan återfanns i 12 av journalerna. T.ex.: *Anpassa Resound 5000 binauralt. Träna hantering.* Eller: *Pat. ska prova digitalt bilat.* Eller: *Vi bestämmer oss för att pat. skall prova två bakomöratapparater.* Eller: *Hörapparatutprovning vä.* I 73 journaler fanns inget sökord rehabiliteringsplan med tillhörande noteringar. Däremot återfanns noteringar som t.ex. *Gör avtryck till kanalapp hö. öra med telespolefunktion* under andra rubriker t.ex. *Åtgärder* eller *Aktuellt*. Noteringar av direkt planerande karaktär, under sökordet *Planering*, t.ex. *Kallas om 4 v.* eller: *Kallas när insatserna är klara* eller: *Får tid för hörapparatutprovning* har inte tagits med eftersom *Rehabiliteringsplan* avser en mer omfattande beskrivning av planerade åtgärder med t.ex. angivande av tidsplan och prioritering av åtgärderna utifrån ett helhetsperspektiv.

Genomförande/åtgärder

Följande fem aspekter avspeglar momentet genomförande. Här granskades huruvida åtgärder av medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och/eller teknisk karaktär fanns noterade i journalerna.

• Åtgärder av medicinsk karaktär

Till de åtgärder av medicinsk karaktär som audionomen dokumenterat räknades otoskopering. I 35 journaler fanns notering om att otoskopering utförts och i så gott som alla dessa fanns också noterat vad som iakttagits. Notering av medicinska åtgärder i övrigt kunde inte ses. I 50 journaler fanns inga åtgärder av medicinsk karaktär dokumenterade.

Tabell VII. Noteringar avseende åtgärder av medicinsk, pedagogisk, psykologisk, social och teknisk karaktär. Fördelningen anges i frekvens. (n=85)

Aspekt	Helt eller i hög grad (2p)	Delvis (1p)	Inte alls (0p)	Totalt
Medicinska	0	35	50	85
Pedagogiska	54	13	18	85
Psykologiska	4	3	78	85
Sociala	7	0	78	85
Tekniska	85	0	0	85

- Åtgärder av pedagogisk karaktär

Inslag av informering och undervisande karaktär avspeglade sig vid granskningen av journalerna såtillvida att man i 54 journaler kunde se att audionomen haft en pedagogisk uppgift t.ex. när det gällde att informera om hur man hanterar och sköter en hörapparat. *T.ex.: Går igenom apparatskötsel och isättning av insatserna. Vi tränar en stund... Jag informerar....* En mer kortfattad notering som t.ex.: *Går igenom skötsel och hantering* bedömdes ge 1 poäng vilket 13 journaler fick. I resterande 18 journaler kunde inga pedagogiska åtgärder urskiljas.

- Åtgärder av psykologisk karaktär

Endast i 4 av journalerna fanns något som anknöt till stödjande, motivationshöjande insatser eller counseling. *T.ex.: Pat. är väldigt ledsen att han förlorat den andra hörapparaten och är rädd att han börjar bli senildement. Jag försöker lugna honom.* Positiva psykologiska effekter av hörapparatpassningen fanns också exempel på vilket tydde på att audionomen givit utrymme för/lyssnat in patienten. *T.ex. Det har gått jättebra! Patienten hör nu allt han behöver säger han, kan stanna och prata med människor istället för att undvika dem. Känner sig inte längre dum eller utanför pga. att han ej hör.* Eller *Pat får lyssna på musik och får tåror i ögonen.* I 3 av journalerna kunde man förstå att audionomen tagit god tid för diskussion om patientens problem. I 78 journaler fanns inget i texten som tydde på att audionomen använt sig av counseling i relation till patientens tankar och känslor i förhållande till sin hörselnedsättning.

- Åtgärder av social karaktär

Åtgärder av social karaktär avspeglade sig t.ex. i att patienten uppmanades att kontakta försäkringskassan eller AMF för att diskutera ev. ersättning. Detsamma gällde om särskild kontakt togs med kurator, heminstruktör eller vårdpersonal. Detta fanns noterat i 7 journaler medan det i 78 journaler inte fanns något som kunde hänföras till åtgärder av social karaktär.

- Åtgärder av teknisk karaktär

Audiologisk rehabilitering har av tradition i hög grad bestått av åtgärder av teknisk karaktär och då främst hörapparatutprovning. Alla granskade journaler innehöll tekniska åtgärder i form av hörapparatpassning. Detta var ju också ett av kriterierna för urvalet till denna studie, nämligen att journalerna skulle komma från patienter som fått hörapparat/er anpassade. I 26 journaler fanns uppgift om att insättningsförstärkningsmätning (IF) utförts i samband med hörapparatpassningen. Mätresultat från dessa mätningar har också i så gott som alla fall kommenterats.

Utvärdering/måluppfyllelse

Följande tre aspekter avspeglar sista steget i den audiologiska rehabiliteringsprocessen nämligen utvärderingen.

- Utvärderande mätningar

I kvalitetssäkringsdokumentet (Arlinger et al. 1994) anges att olika typer av utvärderande mätningar bör användas för att säkerställa själva hörapparatnyttan. Det kan t.ex. ske genom IF-mätning, mätning av funktionell förstärkning i fritt ljudfält (FF) eller genom taluppfattningstest i brusbakgrund. I 22 journaler fanns notering om att utvärderande akustisk/psykoakustisk mätning genomförts medan det i 63 journaler inte fanns någon notering om detta.

Tabell VIII. Noteringar avseende utvärderande mätningar, självskattningsskala/frågeformulär samt utvärdering i relation till mål. Fördelningen anges i frekvens. (n=85)

Aspekt	Helt eller i hög grad (2p)	Delvis (1p)	Inte alls (0p)	Totalt
Utvärderande mätningar	22	0	63	85
Självskattningsskala/frågeformulär vid utvärdering	0	6	79	85
Utvärdering i relation till mål	4	17	64	85

• Självskattningsskala/frågeformulär i utvärderingsskedet

Här gällde granskningen om självskattningsskala eller frågeformulär använts i utvärderingsskedet. Förutom de tidigare nämnda skalorna finns också Abbreviated profile of hearing aid benefit (APHAB) som är ett strukturerat frågeformulär med frågor som berör upplevd hörapparatnytta, (Smeds & Leijon, 2000). Utav de 10 journaler där man i inledningsskedet använt en självskattningsskala/frågeformulär var det inga som i utvärderingsskedet relaterade till dem i sin journaltext. Av de 6 som fyllt i frågeformulär vid utvärderingen hade 4 använt Cosi, 1 APHAB och 1 "dagbok". I de fyra journaler där Cosi-formuläret bifogats hade patienterna fyllt i det både vid inledningsskedet och vid utvärderingen, enligt vad som kunde utläsas i formuläret men utan kommentarer i journaltexten. Inte heller där APHAB och "dagbok" använts fanns några kommentarer till resultatet. Noteringarna av självskattningsskala/frågeformulär vid utvärdering bedömdes därför endast som "Delvis". I de resterande 79 journalerna fanns ingen notering om användande av självskattningsskala/frågeformulär.

• Resultat utvärderat i relation till mål

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1996:787) och Socialstyrelsen föreskrifter (SOSFS 1993:9) skall rehabiliteringen utvärderas i relation till de uppställda målen. Weinstein (2000) beskriver olika nivåer av mål för hörselrehabilitering nämligen de som är inriktade på patientens funktionsbegränsning och de som inriktas på upplevt handikapp. De noteringar som fanns i journalerna var uteslutande kopplade till funktionsbegränsningsnivån. Av de 6 journaler där det fanns en målformulering var det endast 4 där man sedan utvärderade direkt mot de formulerade målen. Exempel på målformulering: *De tre situationer som det är viktigt för pat. att höra bättre i är: 1. förening 2. bjudningar 3. i affären.* Med tillhörande utvärdering: *De tre situationerna som var viktiga för pat. att höra bättre i är uppfyllda. När hon är på föreningen... På bjudningar... I affären kan hon nu höra vad dom säger till henne.* Ett annat exempel: *Patienten sitter med i flera föreningar och sjunger i kör. Har svårt att höra i grupp.* Med tillhörande utvärdering: *Tycker att det fungerar bra med hörapparaterna. Upplever att taluppfattningen i grupp ökat i och med de nya hörapparaterna.* I 17 journaler utvärderade man resultatet mot någon av de beskrivna problemsituationer som fanns noterade under andra rubriker t.ex. *Aktuellt* eller *Socialt* eller i löpande text. T.ex. Problemsituation: *Har svårt att höra i de flesta situationer, svårt att höra i störig miljö, hör inte tvn bra.* Med tillhörande utvärdering: *Hör bra på tv och det är klart och tydligt ljud.* Här saknades alltså utvärdering av övriga problemsituationer. I de resterande 64 journalerna saknades helt utvärdering av resultat i relation till mål.

Delaktighet och process

• Planering och genomförande i samråd med patienten

I enlighet med SFS 2000:356 och Etisk kod för audionomer (2001) skall planering och genomförande av åtgärder ske i samråd med patienten. I 68 journaler speglade noteringarna att patienten varit delaktig. Några exempel: *Vi diskuterar... Vi kommer överens om... Pat. har hört talas om och skulle gärna vilja... Jag föreslå pat. att prova hörapparat bilateralt men han vill bara ha på hö. sida.* I 12 journaler fanns liknande kommentarer men inte lika tydliga. Ex.: *Pat. vill... Pat. önskar...* I 5 journaler fanns inget som tydde på att patienten aktivt påverkat planering eller genomförande.

• Närståendes delaktighet

Av journalanteckningarna framgick att närstående var aktivt delaktiga i patientens rehabilitering i 12 fall medan det i 15 journaler handlade om att närstående var orsak till att patienten sökt hörselvården. I de övriga 58 journalerna fanns ingen notering om närståendes delaktighet.

• Teoretiskt perspektiv (den audiologiska rehabiliteringsprocessen)

Med teoretiskt perspektiv menas att man i anteckningarna och/eller sökorden skulle kunna följa de olika stegen i den audiologiska rehabiliteringsprocessen från första besöket till det sista. I sökord och noteringar skulle de teoretiska bakomliggande tankegångarna synas t.ex. genom notering av påverkande faktorer, beskrivning av problemsituationer och behov, noterad rehabiliteringsplan och noterade åtgärder samt att utvärdering skett i relation till uppsatta mål. Detta kunde bara ses i 2 och till viss del i 5 av journalerna. I 78 journaler fanns ingen koppling synlig till den audiologiska rehabiliteringsprocessen.

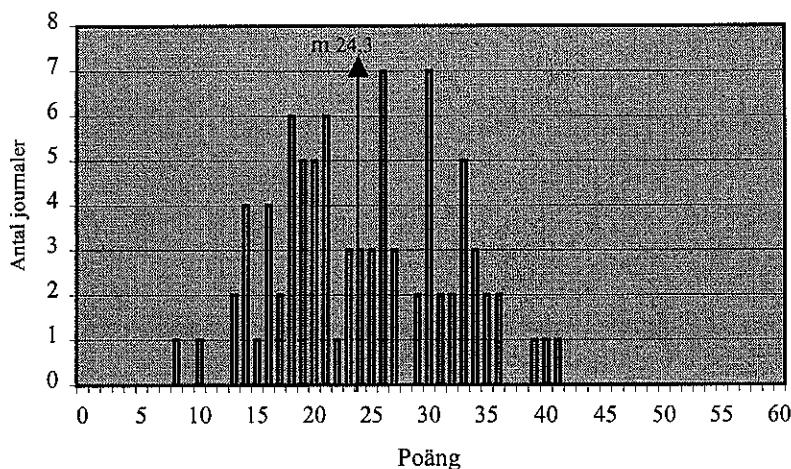
Tabell IX. Noteringar avseende planering och genomförande i samråd med patient, närståendes delaktighet samt teoretiskt perspektiv. Fördelningen anges i frekvens. (n=85)

Aspekt	Helt eller i hög grad (2p)	Delvis (1p)	Inte alls (0p)	Totalt
Planering och genomförande i samråd med patienten	68	12	5	85
Närståendes delaktighet	12	15	58	85
Teoretiskt perspektiv (den audiologiska rehabiliteringsprocessen)	2	5	78	85

Utöver granskningsinstrumentets aspekter noterades att uttrycket "patienten nöjd" återfanns i 56 journaler i anteckningen från sista besöket. Dessutom fanns noteringar om patientens hörapparat användning t.ex. "patienten använder hörapparat dagligen" i 38 av de 85 journalerna.

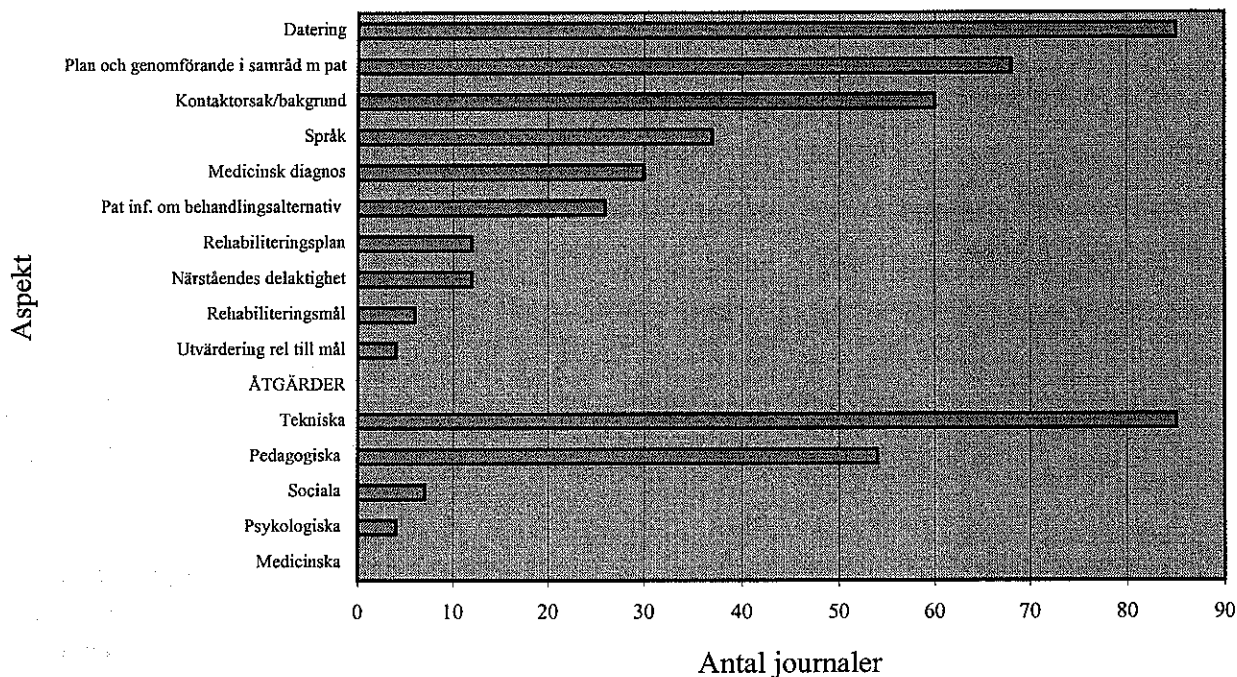
SAMMANFATTNING

Totalt kunde varje journal erhålla maximalt 60 poäng. Journalernas poäng varierade mellan 8 och 41 med ett medelvärde på 24.3 poäng.



Figur 4. Fördelning av journalernas sammanräknade poäng där 60 poäng var maximalt möjligt att uppnå.

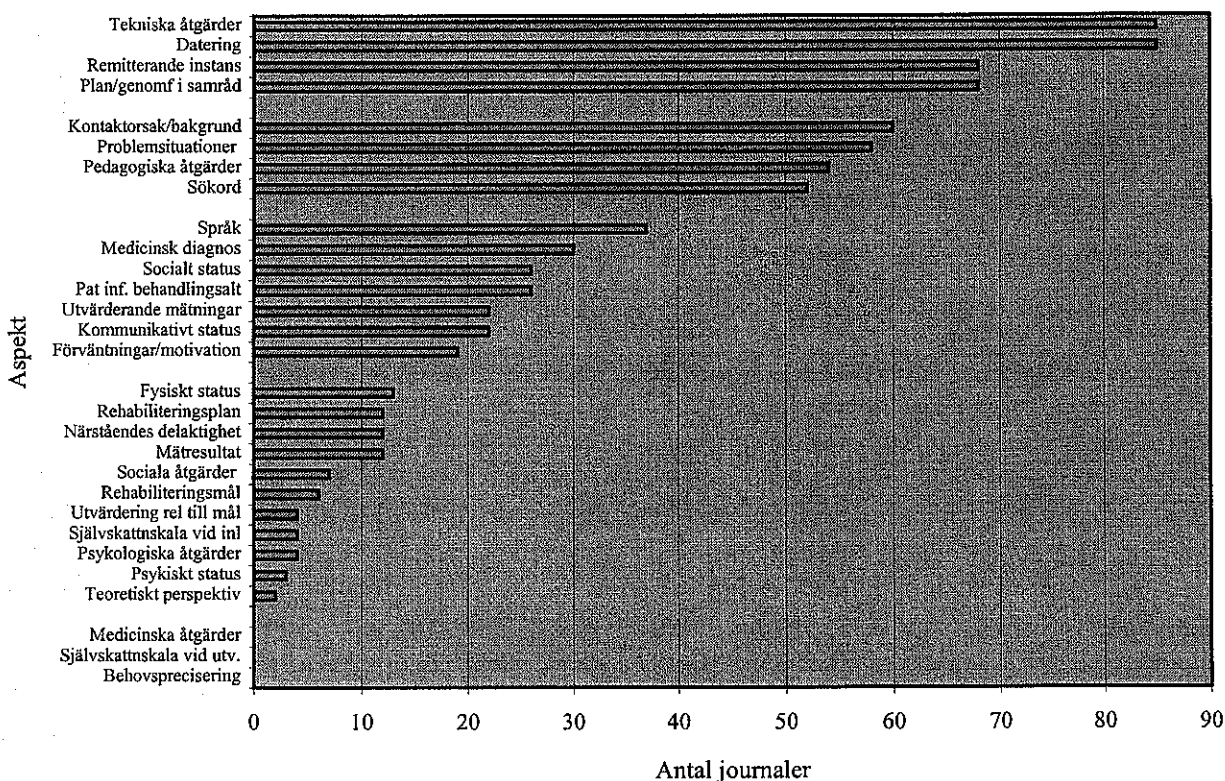
Enligt lagar och förordningar gäller särskilda föreskrifter vid journalföring. I figur 5 presenteras förekomst av noteringar av aspekter som berördes av denna juridiska relevans.



Figur 5. Sammanställning av antalet journaler med noteringar bedömda som "helt eller i hög grad" för aspekter med anknytning till föreskrifter i lagar och förordningar. (n=85)

- Journalerna uppfyllde kraven på datering till fullo.
- I 80 % av journalerna speglade noteringarna att planering och genomförande skett i samråd med patienterna.
- Kontactorsak/bakgrund till vården fanns i 70 % av journalerna.
- Knappt hälften av journalerna hade ett strukturerat, tydligt och förståeligt språk, medan det fanns brister i de resterande.
- Medicinsk diagnos fanns i 35 % av journalerna.
- I 30 % av journalerna fanns notering om att patienten hade blivit informerad om olika behandlingsalternativ.
- Formulering av rehabiliteringsmål och rehabiliteringsplaner framkom i 6 resp. 12 journaler.
- I 12 av journalerna fanns noteringar om att närstående varit aktivt deltagande i patientens rehabilitering.
- I 4 journaler kunde man läsa att utvärdering av rehabiliteringen skett i relation till de uppställda målen.
- När det gällde åtgärder var det i första hand åtgärder av pedagogisk karaktär som kunde noteras utöver de tekniska åtgärderna. I 64 % av journalerna kunde man utläsa pedagogiska insatser medan åtgärder av social och psykologisk karaktär endast sågs i 7 respektive 4 journaler.

Sammanställning av antalet journaler med noteringar bedömda som "helt eller i hög grad" för samtliga aspekter i fallande ordning framgår av figur 6.



Figur 6. Sammanställning av antalet journaler med noteringar bedömda som "helt eller i hög grad" för respektive aspekt. (n=85)

- Beskrivning av påverkande faktorer som har betydelse inför rehabiliteringen dvs. patientens fysiska, psykiska, sociala och kommunikativa funktionsförmåga i form av olika status kunde i viss mån ses i den löpande texten men några sökord för detta förekom inte.
- Användning av sökord förekom i drygt 60 % av journalerna. Variationen på sökord var mycket stor. Totalt räknades till 148 olika sökord.
- Att ta hjälp av självskattningsskala/frågeformulär i utredningen inför rehabiliteringsinsatser praktiserades i liten utsträckning. De formulär som hade använts var antingen endast bifogade i journalen eller också fanns notering om att patienten fyllt i sådant formulär. Några kommentarer till vad patienten skrivit/svarat fanns inte i någon journal. Vid utvärderingen av rehabiliteringen syntes ingen kommentar i texten till använt formulär.
- I 68 % av journalerna fanns en eller flera problemsituationer beskrivna.
- När det gällde patientens förväntningar och motivation fanns noteringar i 22 % av journalerna.
- I 26 % av journalerna fanns uppgift om att utvärderande mätningar genomförts i utvärderingsskedet.
- När det gäller huruvida noteringarna i journalerna speglade ett teoretiskt perspektiv (den audiologiska rehabiliteringsprocessen) kunde detta klart ses i 2 journaler och delvis ses i ytterligare 5 journaler.
- Precisering av patientens behov saknades helt i journalerna.

DISKUSSION

Denna studie har fokuserat audionomens arbetsprocess i den audiologiska rehabiliteringen och hur den visar sig i journaldokumentationen. Styrinstrument som lagar, förordningar och dokument som reglerar audionomens yrkesfunktion och journalföring har varit utgångspunkter vid journalgranskningen.

Metoddiskussion

Beskrivningen av audionomens arbetsprocess är en teoretisk beskrivning baserad på litteratur. Modellen har tagit form och vuxit fram genom analys och sammanställning av beskrivningar i litteraturen av olika faser i den audiologiska rehabiliteringen samt utifrån egen erfarenhet. Användningen av arbetsmodellen i den empiriska granskningen kan ses som en validering av modellen. Arbetsmodellens olika faser avspeglade sig i granskningsinstrumentets sju olika områden med tillhörande aspekter. Alla aspekter utom tre fanns noterade i åtminstone någon av journalerna. Tre av aspekterna fanns inte noterade i någon journal. Det gällde behovsprecisering, användande av självskattningsskala/frågeformulär i utvärderingsskedet samt åtgärder av medicinsk karaktär. Ytterligare sju aspekter fanns endast i färre än tio journaler. Det kan dock finnas skäl att behålla aspekterna som värdefulla, möjligen med undantag för medicinska åtgärder. De enda åtgärder av medicinsk karaktär som noterats ("Delvis") och som kan räknas hit var otoskopering. I audionomutbildning ingår dock sedan några år tillbaka moment där audionomstudenten lär sig enklare vaxborttagning. Om detta arbetsmoment ingår tydligare i den kliniska verksamheten kan även åtgärder av medicinsk karaktär vara motiverade i modellen.

Journaldokumentationens viktigaste funktion är att vara ett arbetsunderlag i det löpande arbetet och lagstadgade föreskrifter finns för hur dokumentation skall utföras. Även om audionomer ännu inte omfattas av denna lagstadgade journalföringsplikt för de i praktiken sedan många år journaler. Audionomens arbetsprocess och de lagar och förordningar som

gäller för journaldokumentation bedömdes därför vara lämpliga utgångspunkter för en granskning av ett urval journaler med avseende på innehåll, omfattning och struktur.

Det utformade granskningsinstrumentet visade sig fungera bra för att uppnå studiens syfte och täckte också väl in det innehåll som fanns i journalerna. Att granska journaler innebär dock alltid ett mått av subjektivitet (Polit, Beck & Hungler, 2001). Vissa aspekter var enkla att bedöma då det bara handlade om att avgöra huruvida de fanns med i journalen eller ej medan det vid andra aspekter skulle göras en bedömning i vilken grad innehållet fanns representerat. Hagelin (1998) talar om olika grad av tolkningsbörda dvs. den växlande graden av svårigheter att tolka uppgifter - låg, måttlig, hög till extra hög tolkningsbörda. Låg tolkningsbörda avses när man på ett enkelt och snabbt sätt kan avgöra om en uppgift finns noterad. Med ökande grad av tolkningsbörda avses att kodningen också innebär inslag av identifiering och bedömning av aspekter i löpande text. Vid granskningen i denna studie växlade tolkningsbördan från låg till extra hög. Med den förförståelse som författaren har om audionomens arbetssätt var det stundtals svårt att inte läsa in mer i journalerna än det som faktiskt stod där. Man kunde ana att audionomen i sitt samtal med patienten behandlat mer än det som sedan dokumenterades. Avsikten med journalgranskningen i denna studie var dock att ta fram det som de facto fanns dokumenterat. Att detta skedde validerades också genom den medbedömning som gjordes och som gav 85 % överensstämmelse mellan bedömarna och ett κ -värde på .75. Eftersom ett κ -värde över .65 anses som god överensstämmelse får interbedömarreliabiliteten anses som hög.

Urvalet av kliniker var begränsat och motsvarade endast 18 % av det totala antalet kliniker i Sverige. De var dock väl spridda geografiskt och omfattade så gott som alla kliniker med fler än 10 audionomer. Att dra några generella slutsatser utifrån resultatet för alla Sveriges kliniker var dock inte möjligt. Möjligen kan man säga att det var representativt för kliniker med >10 audionomer. Av Sveriges totalt 15 kliniker med >10 audionomer deltog 12 i studien. Även om urvalet endast var fem journaler från varje klinik uppvisade journalerna sinsemellan relativt god överensstämmelse i erhållen totalpoäng medan spridningen mellan klinikerna var större.

Kriterierna för hur klinikerna skulle välja ut journalerna kunde ha utformats tydligare i inbjudan att medverka i projektet. De journaler som önskades från klinikerna skulle i första hand vara helt nya patienter som besökte hörcentralen för första gången. Nu erhöles 26 journaler från patienter som kom för att få ny hörapparat på grund av att den gamla inte längre fungerade tillfredsställande. Dessa journaler togs dock efter noggrant övervägande ändå med i granskningen. Den tid som förflutit sedan de senast hade kontakt med hörselvården var i genomsnitt 8½ år (3-22 år) och eftersom man även vid en förnyad utprovning bör gå igenom patientens aktuella situation grundligt räknades de i denna studie som "nya".

Urvalet av journaler lämnades helt till respektive klinik att göra utifrån de givna kriterierna. Huruvida klinikerna lade in ytterligare kriterier i sitt urval och hur det i så fall påverkade resultatet är okänt. Ett alternativ kunde ha varit att be audionomer själva plocka fram journaler som de ansåg sig "nöjda" med. Lundgren Pierre och Sonn (1999) lät 11 arbetsterapeuter ta fram journaler som de ansåg sig ha fört på ett tillfredsställande sätt. Dessa journaler granskades och arbetsterapeuterna intervjuades om vad de ansåg vara ett bra sätt att föra journal. Resultatet från deras studie visade att man såg journaldokumentation som en komplicerad och ibland motsägelsefull procedur. I dokumentationen skall flera olika hänsyn tas, exempelvis till juridiska påbud, etiska överväganden, uppdaterad yrkesutveckling, professionens teoretiska grund samt hänsyn till de förhållanden som råder i det team där man arbetar. Man menade att

dessa olika hänsyn ibland kommer i konflikt med varandra t.ex. när krav på en alltför strukturerad dokumentation kan skymma bilden av patientens verkliga situation.

Att noteringar inte fanns över huvud taget för många av granskningsaspekterna behöver nödvändigtvis inte betyda att audionomen inte berört dessa aspekter under rehabiliteringen. Det var dock svårt att avgöra om notering saknades därför att momentet inte berörts eller om det berodde på bristfällig dokumentation.

Granskningen och bedömningen i denna studie gällde inte kvaliteten på det arbete audionomen utfört tillsammans med patienten utan endast själva dokumentationen av arbetet. Ett sätt att validera en granskning av journaldokumentation är att se om den överensstämmer med den verkliga situationen. Ehrenberg och Ehnfors (2000) fann vid en sådan jämförelse mellan dokumenterat innehåll i journaler och intervjuer med sjuksköterskor och patienter att det var en dålig överensstämmelse mellan det som dokumenterats och det som rapporterades om motsvarande förhållanden av personal och patienter.

Ett annat sätt att genomföra en granskning kan vara att se om man kan följa rehabiliteringsprocessens olika delar genom att granska ett enskilt problem och se hur det beskrivs. Finns dokumentation av mål, rehabiliteringsplan, åtgärder och resultatutvärdering för det specifika problemet? För denna typ av granskning finns ett instrument framtaget som testats i flera studier både vad gäller validitet och reliabilitet (Ehnfors & Smedby, 1993). Att använda ett sådant instrument för granskning av journaler skrivna av audionomer vore både möjligt och spännande.

En annan ansats kunde ha varit att gå "upptäckts väg" (Starrin, Larsson, Dahlgren & Styrborn, 1991) dvs. att förutsättningslöst granska journalernas innehåll, koda det och hitta mönster för hur journaler är skrivna genom induktiv ansats.

Att undersöka audionomers uppfattning om journaldokumentation kunde vara ytterligare ett tillvägagångssätt.

Resultatdiskussion

Arvidssons et al. (1989) beskrivning av hörselhabiliterings/rehabiliteringsprocessen har varit en av utgångspunkterna och tillsammans med problemlösningsprocessen kändes den relevant för att bilda stomme i audionomens arbetsmodell. Arvidssons et al. uppdelning i hörsel-diagnostik- resp. hörselrehabiliteringsprocessen känns dock inte angelägen eftersom diagnostiserande moment bör ses som en del i rehabiliteringsarbetet och det övergripande målet i audionomens arbetsprocess är att möta individens behov i alla faser i rehabiliteringen. Arbetet med utformningen av arbetsmodellen har inte varit enkelt då många delar i audionomens yrkesroll skall förenas och beskrivas (Etisk kod för audionomer, 2001). Avsikten har varit att försöka ge åtminstone några exempel inom varje område.

Den framtagna teoretiska modellen kan ses som ett ideal för audionomens arbetsprocess. Modellen är föreskrivande (normativ) och bildade en bas för de ställningstaganden som gjordes i steg II i studien (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000). Modellen samt de föreskrifter som gäller enligt patientjournalagen blev utgångspunkter vid utformandet av granskningsinstrumentet. Granskningen och analysen genomfördes alltså därmed gentemot denna idealmodell för hur audionomens arbetsprocess borde vara.

Författaren är väl medveten om att audionomer idag inte har formell journalföringsplikt men har i studien ändå agerat som om så skulle vara fallet. Alla audionomer skriver ju sedan många år journaler och om/när audionomer får legitimation medför det automatiskt också journalföringsplikt. Utifrån detta ansåg författaren att det var intressant att närmare studera hur audionomer idag skriver sina journaler. Utgångspunkten har varit funderingar över vad audionomen gör som bör få konsekvenser i journaldokumentationen. Vad vill/måste vi ha för information i journalen och varför?

Förutom det som skall dokumenteras enligt patientjournallagen kan man fundera över vad som är viktigt för den enskilde patientens rehabilitering och vad som därmed behöver återspeglas i journalen. Grundlig dokumentation är alltid värdefull för alla vårdgivare som kan bli involverade i patientens rehabilitering. Man kan heller inte minnas allt från besök till besök. Detta innebär att journalen blir bärare av kontinuiteten och genom detta underlättas det praktiska arbetet dvs. journalen får en klar klinisk användbarhet (Hagelin, 1998).

Aspekten planering och genomförande i samråd med patienten fanns noterad i 80 % av journalerna vilket måste anses mycket bra. Patientens delaktighet är ju mycket väsentlig i rehabiliteringen samtidigt som patienten först måste få den information som krävs för att kunna ta ställning till ev. åtgärder. En viss risk kan finnas att alltför snabbt gå på patientens linje innan denne fått möjlighet att ta in och bearbeta information om alternativa behandlingsåtgärder.

Vad gäller de påverkande faktorerna saknades uppgift om kontaktorsak/bakgrund till vården i 30 % av journalerna vilket är anmärkningsvärt. Orsaken till vården skall anges enligt patientjournallagen (SFS 1985:562) och detta får väl närmast betraktas som en självklarhet eftersom själva anledningen till att patienten sökt kliniken borde vara grunden för den fortsatta planeringen.

Redogörelse för patientens fysiska, sociala och kommunikativa status förekom i ungefär 2/3 av journalerna. Däremot var dokumentationen av psykiskt status mycket knapphändig. Om orsaken till detta är att audionomer anser att det är svårt att dokumentera detta eller om det inte berörts är svårt att säga.

Att inte alla journaler innehöll precisering av problemsituationer är anmärkningsvärt. Det fanns till och med journaler där varken kontaktorsak eller problemsituationer fanns angivna. När det sedan inte heller fanns behovsprecisering, mål eller rehabiliteringsplan blir det omöjligt att använda dessa journaler för målrelaterad kvalitetsutvärdering eller som underlag för åtgärder.

När det gällde att formulera mål och plan för rehabiliteringen visade journalerna stora brister. Endast i 6 respektive 12 fanns sådana noteringar. Liknande nedslående resultat har visats i flera studier från andra vårdområden. Lundgren Pierre och Sonn (1996) fann vid granskning av arbetsterapeutjournaler att just mål och vårdplanering var mycket sparsamt dokumenterade. Ehnfors och Smedby (1993) fann vid granskning av sjuksköterskors journaler att två tredjedelar av de granskade journalerna saknade vårdplan. Här följs alltså lagar och förordningar dåligt (SFS 1982:763; SFS 1985:562; SFS 1998:531).

Under rubriken genomförande/åtgärder fanns många noteringar. Men noteringarna/åtgärderna var inte förankrade varken i rehabiliteringsplan eller i utvärdering dvs. det gick inte att följa en röd tråd från problemprecisering, planering, genomförande till utvärdering.

Till åtgärder av medicinsk karaktär räknades otoskopering och trots att det bara var dokumenterat i 35 journaler måste man anta att alla audionomer utfört otoskopering i samband med avtryckstagning. I de fall där otoskopering noterats fanns dock också uppgift om resultatet.

Att audionomens arbete genomsyras av pedagogiska inslag var ganska klart. I 54 journaler (64 %) framgick detta tydligt. Här rörde det sig i första hand om informativa och undervisande moment i samband med själva hörapparatanpassningen. Audionomens understödjande funktion i samband med patientens förändrings- och läroprocess (Arvidsson, 2000) framgick dock inte i journaldokumentationen. En viktig del i förändringsarbetet är dock att patientens självbestämmande får vara centralt och att patienterna varit delaktiga i planering och genomförande av sin rehabilitering visade sig, som tidigare nämnts, så gott som i alla journaler.

Det är anmärkningsvärt att audionomens counselinginsatser inte får större genomslag i dokumentationen. Åtgärder av psykologisk karaktär syntes endast i 4 journaler. Kan det bero på det ideala, att counseling är integrerad i allt och inte något extra som kommer "utanpå"? Det finns där utan att synas.

Att inte fler närstående var delaktiga i rehabiliteringen är också anmärkningsvärt särskilt som många i urvalsgruppen var över 80 år. Endast i 12 journaler framgick det att närstående engagerat sig aktivt. Anledningen till denna låga siffra kan vara att den äldre patienten inte har kvar sina närstående i livet men också att det finns en omedvetenhet hos patient och närstående om den betydelse det har att närstående är delaktiga i rehabiliteringsarbetet. Här krävs tydlig information om vikten och välkommandet av närståendes medverkan.

Att kvalitetssäkra inom hälso- och sjukvård innebär att på olika sätt bedöma och vidareutveckla vårdens kvalitet (SFS 1996:787; SOSFS 1993:9). Detta kan ske genom granskning av det sätt som det professionella arbetet bedrivs på t.ex. genom att granska den information som finns i journaler och där se om målen för vårdarbetet uppfyllts. Utan en systematisk och korrekt dokumentation är en kontinuerlig uppföljning av kvaliteten inte möjlig. Att använda audionomers journaler som de ser ut idag för att kvalitetssäkra den audiologiska rehabiliteringen är enligt ovanstående sätt att se knappast möjligt eftersom bl.a. målformuleringar saknades i nästan alla journaler. Vid granskningen framkom att endast 4 av journalerna hade noteringar där utvärdering gjorts i relation till uppställda mål. Även noteringar om genomförda utvärderande mätningar var sparsamma, 22 stycken, trots anvisningar i kvalitets-säkringsdokumentet (Arlinger et al., 1994). Noggrann dokumentation är enligt Björvell (1992) helt avgörande för om man skall kunna visa på effekter och säkra kvaliteten i det enskilda fallet. Björvell menar vidare att det är viktigt att man i den egna arbetsorganisationen har en inbyggd kvalitetssäkring genom att ständigt ifrågasätta sina egna rutiner. En annan avgörande faktor för att kunna göra en tillförlitlig bedömning av vårdens kvalitet är i hur hög grad journalerna överensstämmer med verkligheten vilket denna studie dock inte har undersökt.

Användning av självskattningsskalor och frågeformulär förekom ytterst sällan. I inlednings-skedet fanns noteringar om detta i 10 fall och i slutskedet av rehabiliteringen fanns 6 noteringar. De använda skalorna verkar ibland ha använts som ett självändamål eftersom de inte kommenterats eller följts upp i dokumentationen. I 4 fall hade frågeformulär använts både vid inledning och vid utvärdering. Formulären var dock endast bifogade utan kommentar i journalerna. Eftersom alla kliniker inte bifogat liknande bilagor (vilket inte heller begärts) kan

det ha förekommit i fler fall att självskattningsskalor/frågeformulär använts men utan kommentar i journalen. Così-formuläret var en typ av formulär som användes. Formuläret har öppna frågor, går relativt snabbt att fylla i och är tänkt att användas dels vid inledning dels vid utvärdering av rehabiliteringen.

En av frågeställningarna i denna studie var att undersöka om man i journaldokumentationen kunde se en koppling till audionomens arbetsprocess och den teoretiska grunden för audionomens arbete. Med detta menades att man tydligt skulle kunna se de olika processtegen i sökord eller i noteringar. Tyvärr var detta inte möjligt att se mer än i 2 och till viss del i ytterligare 5 journaler.

Totalt räknades 148 olika sökord från de 85 journalerna. Många varianter för samma innehåll fanns representerade. Att detta är otillfredsställande är uppenbart. Skall audionomer kunna kommunicera och diskutera sin arbetsprocess bör man enas om begrepp och termer. Enhetlighet bör eftersträvas. I takt med att datorisering införs på allt fler kliniker uppkommer också ett ökande behov av metoder för journaldokumentation där de termer och begrepp som skall användas bör vara noggrant analyserade och klart definierade. En del av granskningsinstrumentets aspekter samt stegen i audionomens arbetsprocess skulle kunna agera sökord i en journal t.ex. *remitterande instans, kontaktorsak, medicinsk diagnos, mätresultat, fysisk status, psykisk status, socialt status, kommunikativt status, behovsprecisering, rehabiliteringsmål, rehabiliteringsplan, åtgärder, utvärdering*. Se även bilaga 5.

Det förekom audiologiska fackuttryck och många förkortningar, både vedertagna enligt Svenska språknämnden (2000) men också mer hemmagjorda. Detta försvårade ibland förståelsen av innehållet som då inte heller uppfyller socialstyrelsens föreskrifter om vikten av att använda termer och uttryck som kan förstås (SOSFS 1982:2).

Varje journal kunde erhålla maximalt 60 poäng efter granskningen av alla aspekter. Vid sammanräkningen visade det sig att journalernas poäng varierade mellan 8 och 41 poäng, med ett medelvärde på 24.3. Detta innebar att drygt 50 % av journalerna inte ens nådde upp till hälften av det totala poängtalet.

Journaldokumentation, som den ser ut idag, speglar inte alltid verkligheten (Ehrenberg & Ehnfors, 2000) och därför kan man vid denna typ av journalgranskning inte uttala sig om kvaliteten på arbetet utan enbart hur dokumentationen ser ut. Det krävs således en högre grad av precision i dokumentationen om journaler skall kunna vara underlag för en mer systematisk utvärdering av audionomens arbete. En tydligare/utförligare dokumentation torde också innebära bättre förutsättningar för att dokumentationen också skall spegla verkligheten.

Uttrycket "pat. nöjd" återfanns i 56 journaler. Vad detta uttryck närmare står för framgår inte. Vad menar patienten egentligen med att säga att han/hon "är nöjd"? Har patient och audionom samma innebörd i begreppet? Är konstaterandet att "pat. är nöjd" liktydigt med att rehabiliteringen kan avslutas? Har patienten fått all den information om olika insatser som är tänkbara eller säger sig patienten vara nöjd därför att han/hon tror att inget mer finns att göra? Uttrycket ger utrymme för många funderingar.

I det audiologiska rehabiliteringsteamet kan flera olika yrkeskategorier ingå, var och en med sin specifika kompetens. För att få en helhetsbild av den audiologiska rehabiliteringen borde de olika bidragen granskas för att t.ex. en samordning vid journaldokumentationen skall kunna ske. Denna studie har varit ett försök att sätta ord på audionomens arbetsprocess samt

att tydliggöra vad och hur audionomer dokumenterar. Granskningsmallens områden och aspekter visade sig relevanta för att fånga upp innehållet i journalerna. Omfattningen av noteringarna varierade dock mycket och många aspekter saknades helt i journalerna. Om man utgår från lagar och förordningar som reglerar journalföringsplikt och kvalitetssäkring uppvisade de granskade journalerna stora brister. Detta innebär att journalerna inte kan användas i kvalitetssäkringssyfte. Någon tydlig koppling till audionomens arbetsprocess enligt den framtagna modellen kunde inte heller ses annat än i några enstaka journaler.

SLUTSATS OCH IMPLIKATIONER

God rehabilitering innebär enligt riktlinjerna i Socialstyrelsens rapport (SoS 1993:10) bl.a. att den enskilde har rätt till en individuellt utformad plan för sin rehabilitering, att rehabiliteringen skall utformas så att den kan följas upp och utvärderas och att klart formulerade mål och adekvata journaluppgifter med relevant information skall finnas.

God journaldokumentation innebär att journalen innehåller de uppgifter som behövs för en god och säker vård (SFS 1985:562). Dokumentationen skall spegla mötet mellan personal och patient. Där skall finnas uppgift om patientens identitet, bakgrund till vården, diagnos, olika behandlingsalternativ som diskuterats, rehabiliteringsmål och rehabiliteringsplan, vidtagna åtgärder, samt utvärdering av rehabiliteringens resultat i relation till de uppställda målen. Att patienten varit delaktig i beslut och genomförande skall också synas i journalen. God dokumentation ökar möjligheterna att kvalitetssäkra rehabiliteringen.

Resultatet från journalgranskningen i denna studie visade på stora brister i audionomens journaldokumentation. Innehållet motsvarade inte vad lagar och förordningar föreskriver och det audionomprofessionen borde eftersträva. Journalerna bedömdes inte kunna användas i kvalitetssäkringssyfte. Någon tydlig koppling till audionomens arbetsprocess enligt den presenterade modellen fanns inte heller.

Resultatet visar att audionomerna i studien främst måste förbättra dokumentationen av:

- patientens olika status
- patientens problemsituationer
- patientens behov
- mål för rehabiliteringen
- rehabiliteringsplan
- psykologiska åtgärder
- utvärdering i relation till uppställda mål

Ett sätt att vidareutveckla förmågan att skriva journaler kan vara att hjälpa varandra genom att granska och kommentera varandras journaler (Björvell, 2001; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000). Man kan också granska sina egna journaler. Den mall som använts i denna studie kan t.ex. vara ett verktyg för en sådan granskning. Innan man påbörjar ett sådant arbete bör man dock noga diskutera syftet och hur man skall gå tillväga. Vägledning inför ett sådant arbete finns i Vips-boken (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000) och i Sjuksköterskans journalföring – en handbok (Björvell, 2001).

Många audionomer har gedigna yrkeskunskaper. De är vana att fatta egna beslut, att ta eget ansvar och att bedöma och klara av olika behandlingssituationer. Kunskaperna baseras också till stor del på erfarenhet. Att beskriva det man gör i sin vardag är inte alltid så lätt. Polanyi

(1966) kallar detta för "tyst" kunskap. Pörn (1984) säger om praktikerkunskap att det är en kunskap som "kan vara implicit hos utövarna av verksamheten, dvs. de kan vara förtrogna med ett program som fungerar och behärskar tekniken för detsamma utan att på något sätt tillfredsställande kunna redogöra för dessa kunskaper eller förklara varför programmet fungerar" (a.a. s. 304). Mortensen (1993) menar att om sjuksköterskan (läs: audionomen) inte kan sätta ord på den omvårdnad hon eller han bedriver så är det heller inte möjligt att tydliggöra professionen. Ett medvetet förhållningssätt i vårdandet kräver en integration av vårdpraxis och vårdteori. Definierade entydiga begrepp och termer för dokumentationen är nödvändigt för att undvika missförstånd och otydligheter. Att konkretisera teoretiska begrepp och utveckla en terminologi som är hanterbar är viktig för att kunna tillämpa vårdteori i praxis. De begrepp och termer som skall användas måste vara meningsfulla i det praktiska arbetet och kunna förstås av alla inblandade.

Utifrån studiens begränsade urval är det svårt att dra några generella slutsatser men på väg mot legitimation kan det vara värt att fundera över hur journaldokumentationen skall vara för att överensstämma med de lagar och förordningar som styr den lagstadgade journalföringsplikten. Audionom Mie Claesson betonar i en artikel i Audionomen att journaldokumentation är en mycket viktig del i audionomens arbete. Hon menar att det skulle kunna vara ett steg närmare legitimation att visa att audionomen redan utför detta arbetsmoment enligt de lagar och förordningar som gäller. Claesson (1999) liksom Lundgren Pierre & Sonn (1999) menar också att god dokumentation är ett sätt att visa andra vad yrkesrollen innebär och att god dokumentation kan bidra till att öka yrkets status. I den etiska koden för audionomer (2001) står att "audionomen har ett personligt ansvar för sin yrkesutövning genom att fortlöpande vidga och fördjupa sig inom kunskaps- och yrkesområdet". Kanske kan kritisk granskning av sitt sätt att dokumentera vara ett sätt att leva upp till audionomens etiska kod? Förhoppningsvis kan denna studies beskrivning av audionomens arbetsprocess också bidra till ökad kunskap om audionomens mångfacetterade yrkesroll.

REFERENSER

- Abrams, H.B., & Hnath-Chisolm, T. (2000). Outcome measures: The audiologic difference. In H. Hosford-Dunn, R.J. Roeser & M. Valente. (Eds.). *Audiology Practice Management*. (pp. 69-95). New York: Thieme.
- Alpiner, J.G., & Schow, R.L. (2000). Rehabilitative evaluation of hearing-impaired adults. In J.G. Alpiner & P.A. McCarthy. (Eds.). *Rehabilitative audiology: children and adults*. (pp. 305-331). (3rd ed.). Baltimore: Lippincott William & Wilkins.
- Alpiner, J.G., Hansen, E.M., & Kaufman, M.S. (2000). Transition: Rehabilitative audiology into the new millennium. In J.G. Alpiner & P.A. McCarthy. (Eds.). *Rehabilitative audiology: children and adults*. (pp. 3-26). (3rd ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Andersson, G. (1995). *Hearing as behavior. Psychological aspects of acquired hearing impairment in the elderly*. [Diss] Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences, 53. Uppsala.
- Arlinger, S., Broms, P., Eriksson, H., Gustafsson, A., Kron, A.-M., Linstam, E., Olsson, U., Ringdahl, A., Rydberg, B., & Sethfors, S. (1994). *Kvalitetssäkring vid hörapparatanpassning*. Stockholm: Handikappinstitutet.
- Arvidsson, T. (1993). "För det är ju nåt som berör hela familjen..." *Intervjuer med sex hörselvårdsassistenter angående anhörigmedverkan i hörselrehabilitering*. (Kandidatuppsats). Göteborg: Vårdhögskolan, Avdelningen för Hörselvård.
- Arvidsson, T. (2000). *Från förnekande till integration. En kvalitativ studie av kvinnors förhållningssätt inför audiologisk rehabilitering*. (Magisteruppsats). Göteborgs universitet, Institutionen för särskilda specialiteter, Avdelningen för audiologi.
- Arvidsson, T., Björklund, A.-K., Fransman, G., Holmberg, M., Jonsson, I., Lennart I., & Vogel, M. (1989). *Från hörselvårdsassistent till hörsel terapeut en yrkesutvecklingsmodell*. Malmö: Svenska Audionomföreningen, Hörcentralen, Allmänna sjukhuset.
- Ashworth, et al. (1987). *People's need for nursing care: a European study*. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe.
- Bakeman, R., & Gottman, J.M. (1987). *Observing interaction An introduction to sequential analysis*. Cambridge University Press.
- Berelsen, B. (1971). *Content Analysis in communication research*. New York: Hafner Publishing Company.
- Berg Wedrén, C. (1995). *Yrkesjournal för arbetsterapeuter*. Stockholm: FSAs Publikationer.
- Beyer, C.M., & Northern, J.L. (2000). Audiologic rehabilitation support programs: a network model. *Seminars in hearing*, 21(3), 257-265.
- Björvell, H. (1992). Bristfällig dokumentation allvarligt hinder för kvalitetssäkring av omvårdnad. *Läkartidningen*, 89(7), 488-90.
- Björvell, C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., & Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality of Health Care*, 9, 6-13.
- Bratt, G., Freeman, B., Hall, J.W., & Windmill, I. (1996). The audiologist as an entry point to healthcare: models and perspectives. *Seminars in Hearing*, 17(3), 227-234.
- Bäckström, B. (1980). *Rehabilitering av hörselskadade – kompendium i pedagogisk audiologi*. Örebro: Regionsjukhuset, Audiologiska kliniken.
- Claesson, M. (1999). Några steg mot en legitimation. *Audionomen*, 2, 15.
- Crowe, T. (Ed.). (1997). *Applications of counseling in speech-language pathology and audiology*. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Danermark, B. (1998). Hearing impairment, emotions and audiological rehabilitation: a sociological perspective. *Scandinavian Audiology*, 27(Suppl. 49), 125-131.
- Danermark, B., Ekström, M., Jakobsen, L., & Karlsson, J.Ch. (1997). *Att förklara samhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Dillon, H. (2001). *Hearing aids*. Sydney: Boomerang Press.
- Dillon, H., Birtles, G., & Lovegrove, R. (1999). Measuring the outcomes of a national rehabilitation program: Normative data for the client oriented scale of improvement (COSI) and the hearing aid user's questionnaire (HAQU). *Journal of American Academy of Audiology*, 10, 67-9.
- Egidius Nordström, C. (1992). *Samarbetet mellan hörselvårdsassistent och patient i ett kommunikationsteoretiskt perspektiv*. Malmö: Lärarhögskolan, Institutionen för pedagogik och specialmetodik.
- Ehnfors, M. (1993). *Quality of care from a nursing perspective. Methodological considerations and development of a model for nursing documentation*. [Diss] Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 415. Uppsala.
- Ehnfors, M., & Smedby, B. (1993). Nursing care as documented in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 7, 209-220.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken Om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.
- Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (1999). Patient records in nursing homes. Effects of training on content and comprehensiveness. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 13, 72-82.
- Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2000). Nursing content in patient records: Concordance with nurses' and patients' descriptions of some nursing problems. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14:130-6.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Smedby, B. (2001). Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 133-41.
- English, K. (2000). Personal adjustment counseling: It's an essential skill. *Hearing Journal*, 53(10), 10-16.
- Erdman, S.A. (1994). Self-Assessment: From research focus to research tool. In J.P. Gagné & N. Tye-Murray, (Eds.). *Research in audiological rehabilitation: Current trends and future directions*. (Monograph) *Journal of Academy of Rehabilitative Audiology*, 27, 67-90.
- Erdman, S.A. (2000). Counseling hearing-impaired adults. In J.G. Alpiner & P.A. McCarthy. (Eds.). *Rehabilitative Audiology Children and Adults*. (pp. 435-470). (3rd ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eriksson-Mangold, M. (1990). The active fitting (AF) programme of hearing aids: a psychological perspective. *British Journal of Audiology*, 24, 277-85.
- Eriksson-Mangold, M. (1998). *Hörselskadans psykologi: Överanpassningens risker*. Foundation for audiological research (Far).
- Eriksson-Mangold, M., & Carlsson, S. (1991). Psychological and somatic distress in relation to perceived hearing disability, hearing handicap and hearing measurement. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(6), 729-40.
- Eriksson-Mangold, M., Hallberg, L.R.-M., Ringdahl, A., & Erlandsson, S. (1992). The development of a shortened Hearing Measurement Scale: the HMS 25. *Journal of Audiological Medicine*, 1, 165-75.
- Etisk kod för audionomer*. (2001). Malmö: Svenska Audionomföreningen, Hörcentralen, Allmänna sjukhuset.
- Forsberg, B. (1986). *Journalföring*. Stockholm: Liber läromedel.

- Gagné, J-P. (1998). Reflections on evaluative research in audiological rehabilitation. *Scandinavian Audiology*, 27(Suppl 49), 69-79.
- Gagné, J-P. (2000). What is treatment evaluation research? *Ear & Hearing*, 21, 60-73.
- Gagné, J-P., & Jennings, M.B. (2000). Audiological rehabilitation intervention services for adults with acquired hearing impairment. In M. Valente, H. Hosford-Dunn & R.J. Roeser. (Eds). *Audiology treatment*. (pp. 547-579). New York: Thieme.
- Gatehouse, S. (1993). Role of perceptual acclimatization in the selection of frequency responses for hearing aids. *Journal of American Academy of Audiology*, 4, 296-306.
- Gestrelus, K. (1970). *Utbildningsplanering med befattningsanalytiska metoder*. Lund: Läromedelsförlagen.
- Gonzenbach S. (2000). Preparing the clinical report. In H. Hosford-Dunn, R.J. Roeser & M. Valente. (Eds). *Audiology Practice Management*. (pp. 231-255). New York: Thieme.
- Gullacksen, A.-C. (1998). *När smärtan blir en del av livet. Livsomställning vid kronisk sjukdom och funktionshinder*. [Diss]. Samhällsvetenskapliga fakulteten, Lunds universitet.
- Hagelin, E. (1998). *Barnhälsovårdsjournalen som kunskapskälla en analys av fullständighet, instruktionsenlighet och tillförlitlighet*. [Diss] Uppsala Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine, 799. Uppsala.
- Hallberg, L.R.-M. (1996). Occupational hearing loss: coping and family life. *Scandinavian Audiology*, 25(Suppl 43), 25-33.
- Hallberg, L.R.-M. (1998). Evaluation of a swedish version of the hearing disabilities and handicaps scale, based on a clinical sample of 101 Men with noise-induced hearing loss. *Scandinavian Audiology*, 27, 21-9.
- Hallberg, L.R.-M., & Carlsson, S.G. (1991). A qualitative study of strategies for managing a hearing impairment. *British Journal of Audiology*, 25, 201-211.
- Hallberg, L.R.-M., Eriksson-Mangold, M., Carlsson, S.G. (1992). Psychometric evaluation of a swedish version of the communication strategies scale of the communication profile for the hearing impaired. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 666-674.
- Hétu, R. (1996). Stigma and hearing impairment. I S.I. Erlandsson. (Red.). Psychological and psychosocial approaches to adult hearing loss. *Scandinavian Audiology*, 25(Suppl 43), 12-24.
- Holme, I.M., & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hodgson, W.R. (1994). Audiologic counseling. In J. Katz (ed). *Handbook of Clinical Audiology*. (pp. 616-623). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hynninen, R., Wadman, B., & Åberg, H. (1984). *Att skriva patientjournaler – sjukhistoria och klinisk undersökning – lagen – språket*. Lund: Studentlitteratur.
- Hörselvårdsregister*. (1999). Malmö: Widex.
- Hörselskadades riksförbund. (2000). Handlingsprogram sept 2000. Hämtat från <http://www.hrf.se/hrfwebben/thpla.htm>.
- Kelly, B., Davis, D., & Hedge, M.N. (1994). *Clinical methods and practicum in audiology*. San Diego: Singular publishing group.
- Kursplan. (2001a). *Kursplan Tillämpad hörselvetenskap A, 20 p*. Örebro: Örebro universitet, Institutionen för vårdvetenskap och omsorg, Audionomprogrammet.
- Kursplan. (2001b). *Kursplan Tillämpad hörselvetenskap B, 20 p*. Örebro: Örebro universitet, Institutionen för vårdvetenskap och omsorg, Audionomprogrammet.
- Lindström, I. (2000). "Allt jag gör lär jag mig ju av". *En studie om kunskapskrav och kunnande i anslutning till audionomstudenters praktiska utbildning*. (Magisteruppsats). Göteborgs universitet, Vårdvetenskapliga sektionen, Institutionen för vårdpedagogik.
- Lindström, I. (2001). Audionomutbildningen förr och nu. *Audionomen* 2, 23-31.

- Linell, P. (1982). *Människans språk: en orientering om språk, tänkande och kommunikation*. 2 uppl. Lund: LiberFörlag.
- Lucks Mendel L. (1996). Professional education and provider competence. *Seminars in Hearing*, 17(3), 297-304.
- Lundgren, Pierre, B., & Sonn, U. (1996). Occupational therapy as documented in patients' records: Part I. A content analysis of occupational therapy records at an occupational therapy department. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 3, 79-89.
- Lundgren, Pierre, B., & Sonn, U. (1999). Occupational therapy as documented in patients' records: Part II. What is proper documentation? Contradictions and aspects of concern from the perspective of OTs. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 3-10.
- Merriam, S.B. (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Mortensen, R. (1993). A common language for nursing practice: a persistent dilemma. *Vård i Norden*, 4, 18-24.
- Montgomery, A.A. (1994). Treatment efficacy in adult audiological rehabilitation. In J.P. Gagné & N. Tye-Murray, (Eds.). *Research in audiological rehabilitation: Current trends and future directions*. (Monograph) *Journal of Academy of Rehabilitative Audiology*, 27, 317-336.
- Nationalencyklopedin*. (1994); (2001). Höganäs: Bra Böcker.
- Nordström, G., & Gardulf, A. (1996). Nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 10, 27-33.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2001). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Pelland, M.J. (1991). En begreppsmodell för instruktion och handledning av behandlingsplanering. *Arbetsterapeuten*, 8, 16-24.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essentials of nursing research Methods, appraisal and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pörn, I. (1984). Vårdlära och vårdvetenskap. Några vetenskapsteoretiska synpunkter. *Socialmedicinsk tidskrift*, 7, 302-306.
- Ringdahl, A., Eriksson-Mangold, M., & Andersson, G. (1998). Psychometric evaluation of the Gothenburg Profile for measurement of experienced hearing disability and handicap: applications with new hearing aid candidates and experienced hearing users. *British Journal of Audiology*, 32(6), 375-85.
- Rönnerberg, J., & Lyxell, B. (1989). När hörseln felar: talavläsningen som kompensatoriskt alternativ? *Socialmedicinsk tidskrift*, 4, 167-72.
- Same. (1990). *Handbok i hörselmätning*. Bromma: CA Tegnér AB.
- Same. (1996). *Metodbok i hörselmätning*. 2 uppl. Bromma: CA Tegnér AB.
- SFS 1982:763; SFS 1996:787; SFS 2000:356. *Hälso- och sjukvårdslagen*.
- SFS 1985:562; SFS 1994:958; SFS 1998:534; SFS 1998:1662. *Patientjournalagen*.
- SFS 1994:953. *Åliggandelagen*.
- SFS 1994:954. *Lagen om disciplinpåföljd mm inom hälso- och sjukvårdens område*.
- SFS 1996:786. *Lagen om tillsyn över hälso- och sjukvård*.
- SFS 1998:531. *Lagen om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvård*.
- SFS 1999:30. *Högskoleförordningen*.
- Smeds, K., & Leijon, A. (Red). (2000). *Hörapparatutprovning*. Bromma: CA Tegnér AB.
- Socialdepartementet. *Proposition 1997/98:109*.
- SoS 1999:3. *Kvalitetssäkring av hörselrehabilitering i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SoS 1993:10. *Rehabilitering inom hälso- och sjukvården – för alla åldrar och diagnoser*. Stockholm: Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet.

- SOSFS 1982:2. *Socialstyrelsens föreskrifter för hälso- och sjukvårdspersonalen om det medicinska språket i bl.a. journaler*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1987:30. *Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som laboratorieassistent eller medicinsk-teknisk assistent*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1993:9. *Socialstyrelsens föreskrifter. Kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd. Omvårdnad inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1993:20. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Patientjournallagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1954:14. *Betänkande från kommittén för dövhetens bekämpande*. Stockholm: Riksdagsbiblioteket.
- SOU 1984:73. *Patientjournalen. Huvudbetänkande av journalutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1984:542. *Lagen om behörighet att utöva vissa yrken*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SoU22 1997/98. *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Spitzer, J.B. (2000). Toward contemporary models of adult audiological rehabilitation. *Seminars in Hearing*, 21(3), 205–212.
- Spri. (1977). *Produktionskontroll i sjukvården*. S-80.
- Spri. (1989). *Datagrundjournalen - en bas för verksamhetsutveckling*. Spri rapport 269.
- Starrin, B., Larsson, G., Dahlgren L., & Styrborn, S. (1991). *Från upptäckt till presentation. Om kvalitativ metod och teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur.
- Stephens, S.D.G. (1987). Auditory rehabilitation. *British Medical Bulletin*, 43(4), 999-1026.
- Stephens, D. (1996). Hearing rehabilitation in a psychosocial framework. In S.I. Erlandsson. (Red.). *Psychological and psychosocial approaches to adult hearing loss. Scandinavian Audiology*, 25(Suppl 43), 57-66.
- Svenska språknämnden. (2000). *Svenska skrivregler*. Stockholm: Liber.
- Tye Murray, N. (1998). *Foundations of aural rehabilitation. Children, adults and their family members*. San Diego: Singular Publishing Group.
- United Nations, Utrikesdepartementet, Socialdepartementet. (1995). *Standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet*. Stockholm: Gotab.
- Weinstein, B.E. (2000). Outcome measures in rehabilitative audiology. In J.G. Alpiner & P.A. McCarthy. (Eds.). *Rehabilitative audiology: children and adults*. (pp. 575-594). (3rd ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- WHO. (1987). *People's need for nursing care. A european study*. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe.
- WHO. (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Hämtat från <http://www.who.int/icidh>.
- Yura, H. & Walsh, M.B. (1988). *The nursing process. Assessing, planning, implementing, evaluating*. Norwalk: Appleton & Lange.

Etisk kod för Audionomer

Inledning

I en etisk kod framhålles faktorer som är betydelsefulla vid ställningstaganden som rör etiska dimensioner. Föreliggande etiska kod syftar till att återspegla audionomyrkets mål samt de skyldigheter och rättigheter som audionomen har gentemot berörda aktörer. Det är inte möjligt att anvisa en specifik lösning vid olika etiska ställningstaganden. Audionomen skall utifrån en egen analys av varje specifik situation göra ett ställningstagande om olika etiska principer kommer i konflikt med varandra. Denna etiska kod talar alltså inte om vad man skall göra eller hur man skall handla i en specifik situation men utgör vägledning inför etiska ställningstaganden.

Denna etiska kod är en kollektiv överenskommelse och varje enskild audionom bör vara medveten om att denne i sin yrkesutövning representerar audionomer som grupp och därigenom bidrar till yrkeskårens trovärdighet. Denna etiska kod skall stå under ständig reflektion som kan leda till omprövning. Det är viktigt att uppmärksamma att principerna i denna etiska kod inte är juridiska regler. Audionomen skall arbeta efter gällande lagar och förordningar samt har skyldighet att söka utföra sitt arbete så att det yrkesmässigt håller hög kvalitet (1).

En etisk kod är en del i ett professionellt yrke (2). En profession kännetecknas bl. a. av att kunskapsbasen är vetenskapligt förankrad och professionen har samhällets erkännande och stöd (3, 4).

Audionomens arbete skall grundas på en humanistisk människosyn och ett empatiskt förhållningssätt samt respekt för individens integritet och tilltro till individens förmåga att själv ta ansvar (5, 6, 7, 8, 9).

Audionomen skall arbeta utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (3, 4). Audionomen skall i arbetet också tillämpa empati, intuition, kreativitet samt reflektion och kritisk analys. Audionomen skall i sitt arbete alltid se till patientens¹ bästa.

Audionomernas arbetsmetoder utvecklas utifrån kunskapsområdena naturvetenskap (medicin, fysik, teknik), samhällsvetenskap (psykologi, pedagogik) och humaniora (lingvistik, filosofi).

I audionomens arbete ingår att förebygga, bedöma, diagnostisera, åtgärda och utvärdera hörsel och kommunikationsförmåga. I audionomens arbete ingår även handledning, konsultation, utbildning och information.

Audionomen skall följa arbetsgivarens riktlinjer så länge dessa är förenliga med yrkesetiken. I förekommande fall skall audionomen informera arbetsgivare och andra beslutsfattare då riktlinjer kommer i konflikt med yrkesetiken.

¹ I denna kod har genomgående använts termen patient. Likvärdiga termer är brukare, klient och kund.

Audionomens etiska förhållningssätt gentemot patienten och närstående

- audionomen skall bemöta patienten samt närstående med respekt och inte låta sig påverkas av ras, nationalitet, politiska åsikter, livsåskådning, samhällställning, ålder, kön, fysisk förmåga, psykisk förmåga eller etnisk tillhörighet
- audionomen skall informera patienten om undersökningsresultat och möjliga re/habiliterande åtgärder
- audionomen skall respektera och främja patientens rätt till personlig integritet och självbestämmande
- audionomen skall fortlöpande diskutera samt besluta om re/habiliteringsmål och åtgärder i samråd med patienten (närstående)
- audionomen skall vägleda patienten (närstående) till annan kompetens när så erfordras
- audionomen skall så långt det är möjligt informera patienten om beräknad kostnad och tidsramar i samband med re/habilitering
- audionomen får avbryta åtgärder och insatser om patient eller medföljande uppträder kränkande eller hotfullt

Audionomens etiska förhållningssätt gentemot professionen

- yrkestiteln audionom får endast användas av den som fullföljt grundutbildning till audionom/hörselvårdsassistent
- audionomer har ett kollektivt ansvar för att forskning och ämnesutveckling sker inom audionomens kunskaps- och yrkesområde
- audionomen har ett personligt ansvar för sin yrkesutövning genom att fortlöpande vidga och fördjupa sig inom kunskaps- och yrkesområdet
- audionomens förhållningssätt i yrkesutövningen skall vara reflekterande, analyserande och kreativt
- audionomen har ett personligt ansvar för att utveckla sin handledarkompetens så att de som är på väg in i professionen tillförsäkras kvalificerad handledning
- audionomen skall i samband med forsknings- och utvecklingsarbete följa forskningsetiska riktlinjer som gäller för medicinsk och samhällsvetenskaplig forskning i Sverige samt begära tillstånd hos berörda etiska kommittéer när så erfordras
- audionomen skall hänvisa till källa när annans signerade/publicerade material används

Audionomens etiska förhållningssätt gentemot kollegor och audionomstudenter

- audionomen skall anlita andra kollegors kompetens när så erfordras
- audionomen skall dela med sig av sin kunskap och sina erfarenheter till kollegor, audionomstudenter och andra för att vägleda dem när behov föreligger
- audionomen skall medverka i utbildning och handledning av audionomstuderande
- audionom som får kännedom om att kollega eller audionomstuderande brister i lämplighet och/eller är oskicklig i sin yrkesutövning bör vidta åtgärder så att detta uppmärksammas och kan åtgärdas

Audionomens etiska förhållningssätt gentemot andra yrkesgrupper

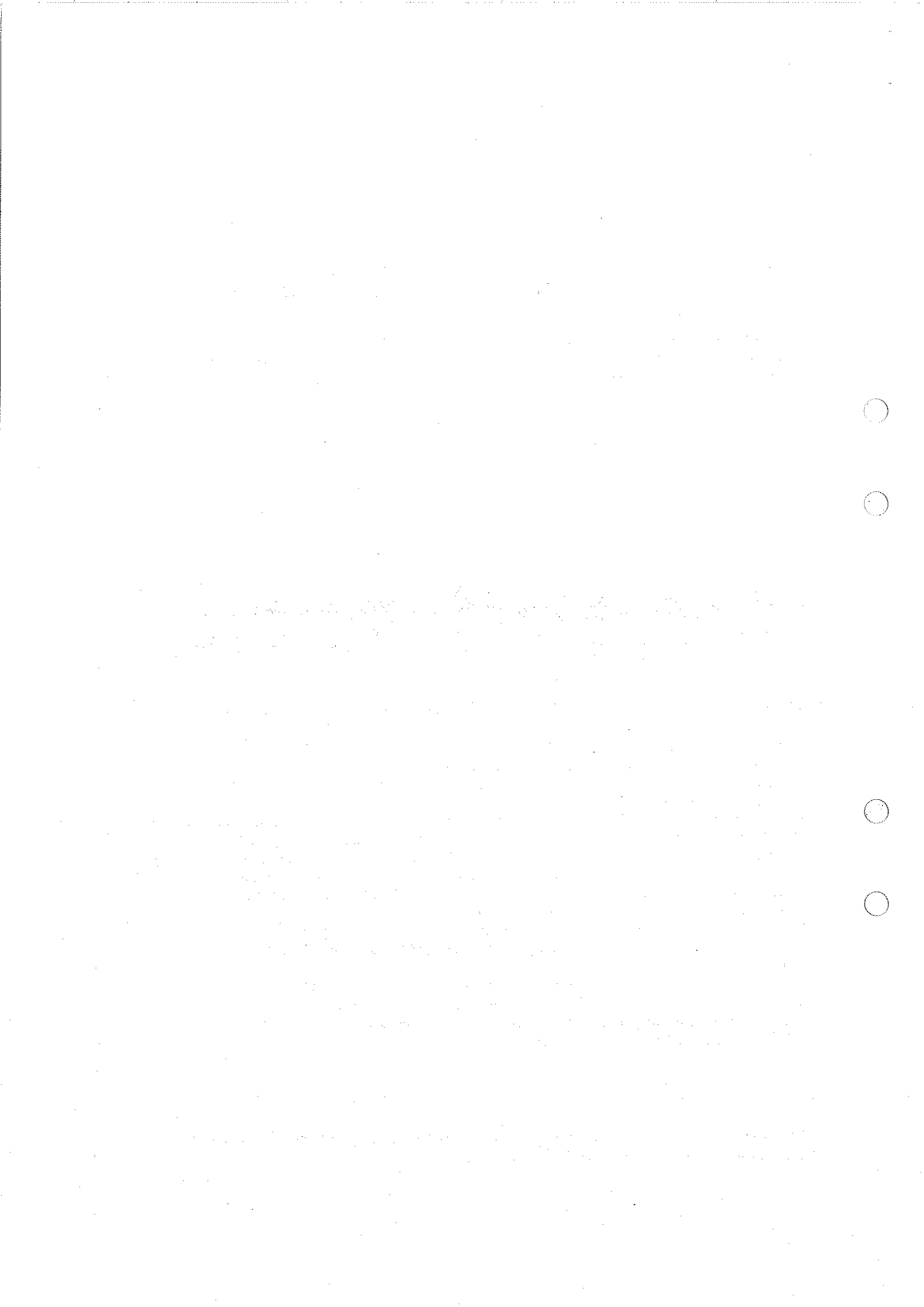
- audionomen skall respektera andra yrkesgruppers särskilda kompetens, skyldigheter och ansvar
- audionomen skall anlita andra yrkesgruppers kompetens när så erfordras
- audionomen skall utan prestige verka för ett gott samarbete med olika yrkesgrupper

Audionomens etiska förhållningssätt gentemot allmänhet och samhälle

- audionomen skall informera i frågor som rör audionomens kunskapsområde
- audionomen skall vid offentliga framträdanden klargöra om hon/han företräder sig själv, sitt yrke, sin yrkesförening, sin arbetsgivare eller annan verksamhet
- audionomen skall verka för att göra audionomyrket synligt i samhället och sprida kunskap om audionomens kompetens
- audionomen skall med hjälp av sina kunskaper och erfarenheter upplysa om skaderisker inom hörselområdet och bidra till ökad medvetenhet om hörandet och dess betydelse samt verka för god ljudmiljö
- audionomen skall kritiskt analysera hörhjälpmedelsreklam
- audionomen skall verka för objektivitet vid hjälpmedelsval eller beslut avseende ordination av hjälpmedel

Referenser

- 1 Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården. 31:a uppl. Wilow K. red. Stockholm: Liber; 2000. Uppdateras årligen, senaste upplagan gäller.
- 2 Forslund K. Professionell kompetens. Fyra essäer om inläring och utveckling för professionalitet. Linköping: Universitetet institutionen för pedagogik och psykologi; 1993.
- 3 Högskoleförordningen 1993:100. Stockholm: Norstedts Juridik AB; 1992. Svensk författningssamling SFS 1998:1003; SFS 1999:30. Finns att hämta via adress: <http://www.sverigedirekt.riksdagen.se/>
- 4 Högskolelagen 1992:1434; 1 kap 9 §. Stockholm: Norstedts Juridik AB; 1992. Svensk författningssamling SFS 1992:1434; 1998:1003. Finns att hämta via adress: <http://www.sverigedirekt.riksdagen.se/>
- 5 Förenta Nationernas deklARATION om de mänskliga rättigheterna 1948. I Etik och idéhistoria i socialt arbete. Ronnby A. red. Stockholm: Socionomen; 1993.
- 6 Standardregler för att tillförsäkra människor med funktionsnedsättning delaktighet och jämlikhet. Antagna av Förenta Nationernas generalförsamling 1993. Stockholm: Gotab; 1995.
- 7 Olivestam CE, Thorsén H. Etik och livsfrågor. Stockholm: Esselte Studium; 1989.
- 8 Thorsén H. Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik. Stockholm: Liber; 1997.
- 9 Statens offentliga utredning SOU 1995:5. Vårdens svåra val. Betänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Fritzes; 1995.



AUDIOLOGISK REHABILITERING

BEHOVSANALYS

Kommunikations-
diagnos

Medicinsk
diagnos
prognos

Psykosocial
diagnos

REHABILITERINGSPLAN

Tolk-
service

Hör-
apparater

Psykosociala
insatser

Röst och tal
vård

Sjukgym-
nastik

Tekniska
hjälpmedel

Hörselskade-
kunskap

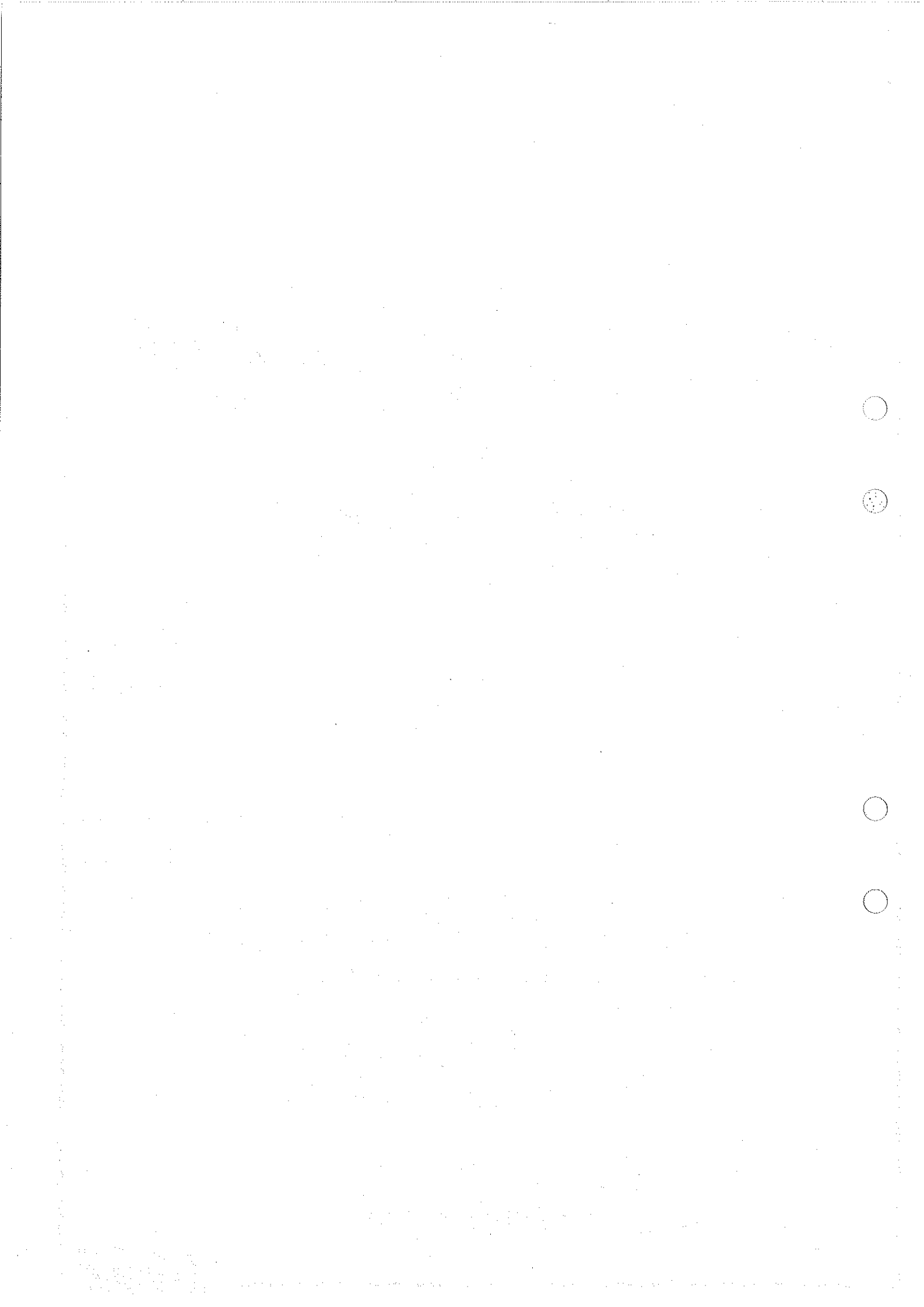
Kommunikations-
träning

Insatser enligt planen

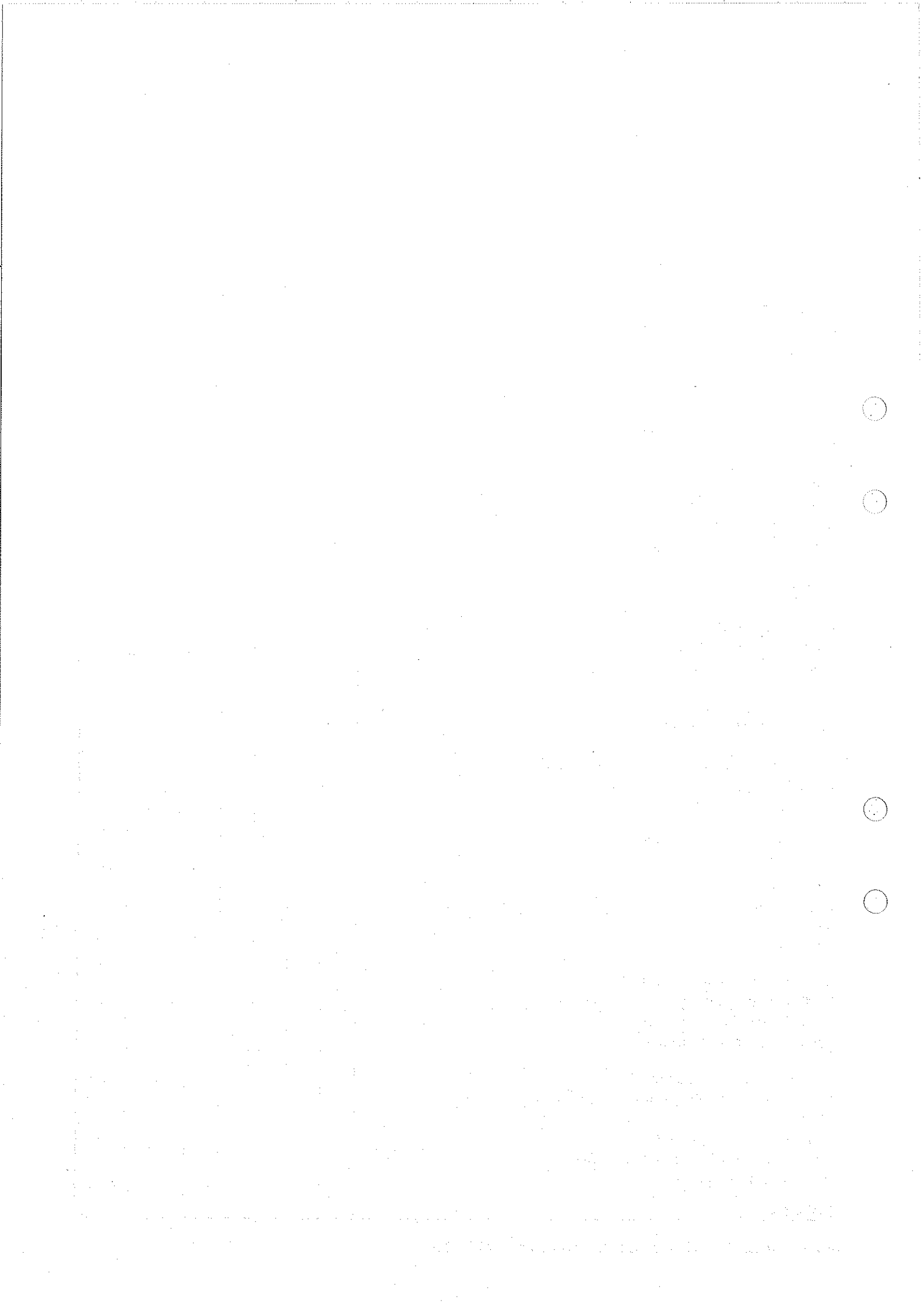
Grupp

Enskild

UTVÄRDERING



GRANSKNINGSINSTRUMENT									
Poäng: 2 = Helt eller i hög grad 1 = Delvis 0 = Inte alls - ej aktuellt									
* = uppgift skall finnas enl patientjournalagen									
Journal nr									SUMMA
									2 1 0
Formalia									
patientens identitet *									
audionomens namn *									
daterad *									
signerad *									
sökord									
manuellt utskriven									
datorbaserad									
Språk *									
strukturerat, tydligt, förståeligt									
Påverkande faktorer									
remitterande instans									
kontaktsak/bakgrund till vården *									
medicinsk diagnos *									
mätresultat (TM, taluppfattn)									
fysiskt status									
psykiskt status									
socialt status									
kommunikativt status									
skattningsskala/frågeformulär									
patientens förväntningar och motivation									
Bedömning/planering									
problemsituationer beskrivna									
behovsprecisering									
patienten informerad om olika behandl.alt *									
rehabiliteringsmål/målformulering *									
rehabiliteringsplan *									
Genomförande/åtgärder *									
medicinska									
pedagogiska									
psykologiska									
sociala									
tekniska									
Utvärdering/måluppfyllelse *									
utvärderande mätningar (IF, FF, TiB m fl)									
skattningsskala/frågeformulär									
utvärdering i relation till mål *									
Delaktighet och process									
planering och genomförande i samråd med patienten *									
närståendes delaktighet *									
teoretiskt perspektiv (den audiologiska rehabiliteringsprocessen)									
SUMMA									





ÖREBRO UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH OMSORG

Örebro den 20 oktober 2000

Inbjudan att medverka i projekt

Hej!

Som ett led i en magisterutbildning inom Audiologi arbetar jag med en studie som rör kvalitetssäkring av hörselrehabilitering och journaldokumentation - ur audionomens perspektiv. Mitt fokus är att belysa vilka områden som berörs i journalerna.

Sedan 1991 har Spri haft ett projekt med representanter från alla journalföringspliktiga yrkesgrupper samt dietister, där man arbetat med att analysera och ta fram lämpliga begrepp och termer för journalskrivning. Syftet har varit att få en enhetlighet inom varje yrkeskategori och även inom hälso- och sjukvården i stort. Projektet är inte klart, men har lett fram till en termdatabas inom hälso- och sjukvården. Databasen uppdateras kontinuerligt och många aktiviteter pågår för att utveckla termer och begrepp. Tyvärr omfattas inte audionomer av detta projekt.

För min studie behöver jag nu din och din kliniks hjälp. (Denna förfrågan går ut till sammanlagt ca 20 audiologiska kliniker och hörcentraler.) Som jag sa i telefonen häromdagen är jag intresserad av att få ta del av *fem journaler för patienter som genomgått hörselrehabilitering och fått hörhjälpmedel anpassade*. Min avsikt är sedan att analysera materialet.

Använd följande kriterier vid urval av de fem (5) journalerna:

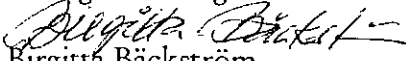
- Ålder minst 20 år
- Man eller kvinna
- Skall ha genomgått och avslutat hörapparat Anpassning
- Utprovningen skall vara avslutad någon gång under de senaste sex månaderna
- Sänd även ett audiogram (gärna det senaste) förutom själva journalbladen
- *Avidentifiera journalerna noggrant, men ange kön, födelseår och diagnos.*
- Stryk gärna audionomernas namn också om ni vill.
- Om du *dessutom* kan sända två kopior på journaler där patienterna även varit på sk uppföljningsbesök ½ - 1 år efter det att utprovningen avslutades, är det av stort värde för min studie.


Detta kommer att ta en del av din tid i anspråk, men eftersom studien förhoppningsvis kommer att få betydelse för audionomens yrkesutveckling, hoppas jag att du vill medverka i detta. Studien är redan igång och jag skulle uppskatta om du har möjlighet att skicka journalkopiorna om möjligt inom en vecka, men *senast 3 nov 2000*.

Om du har några frågor är du självklart välkommen att ringa mig.

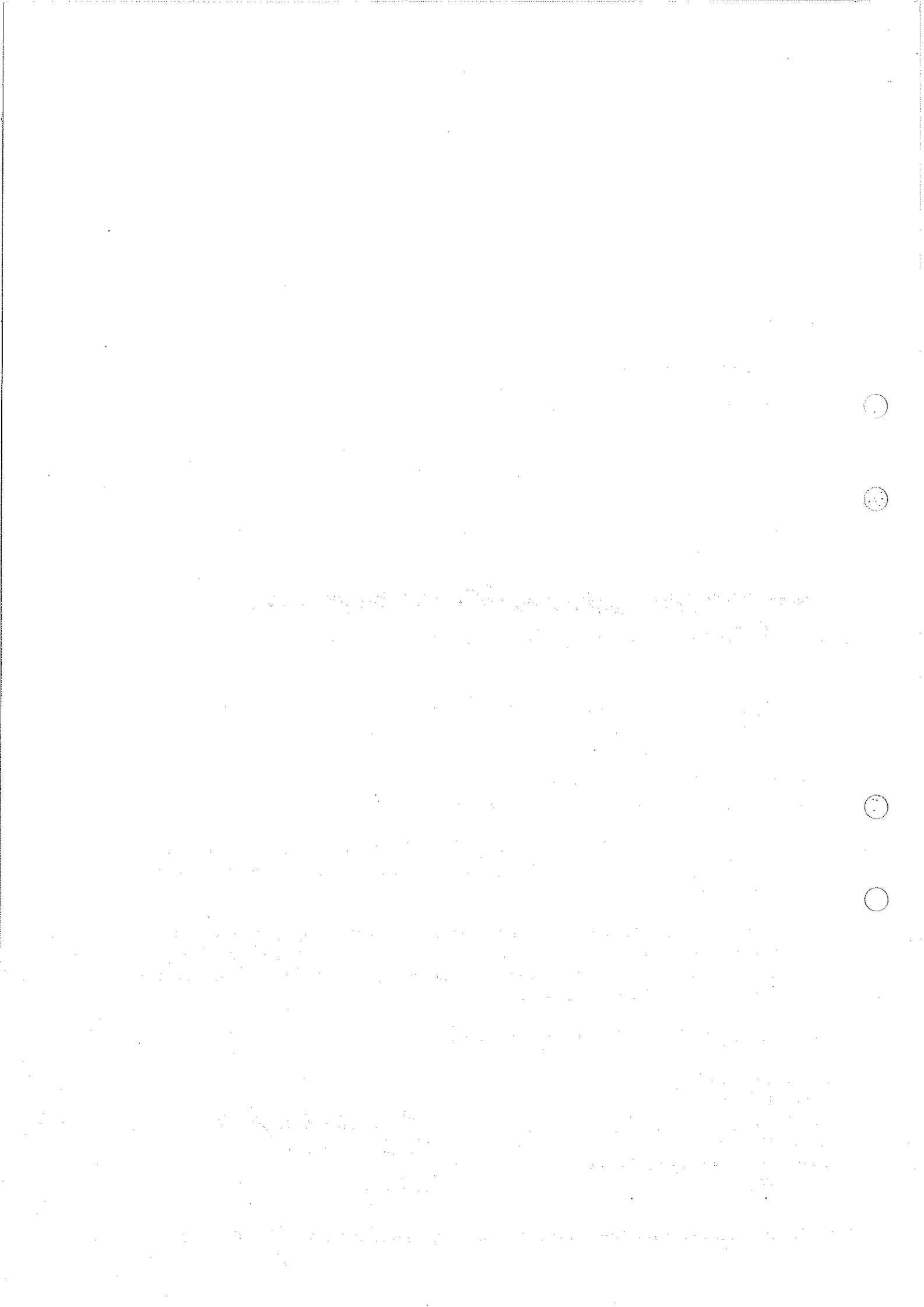
Stort tack för din hjälp!

Vänliga hälsningar


Birgitta Bäckström
Audionom/Universitetsadjunkt
019/30 37 37


Margareta Ehnfors
Docent
Handledare

Skicka journalkopiorna till: Birgitta Bäckström, IVO, Örebro universitet, 701 82 Örebro



Örebro universitet
Audionomprogrammet
2001/Bi,li

MALL Journaldokumentation

Patientuppgifter:

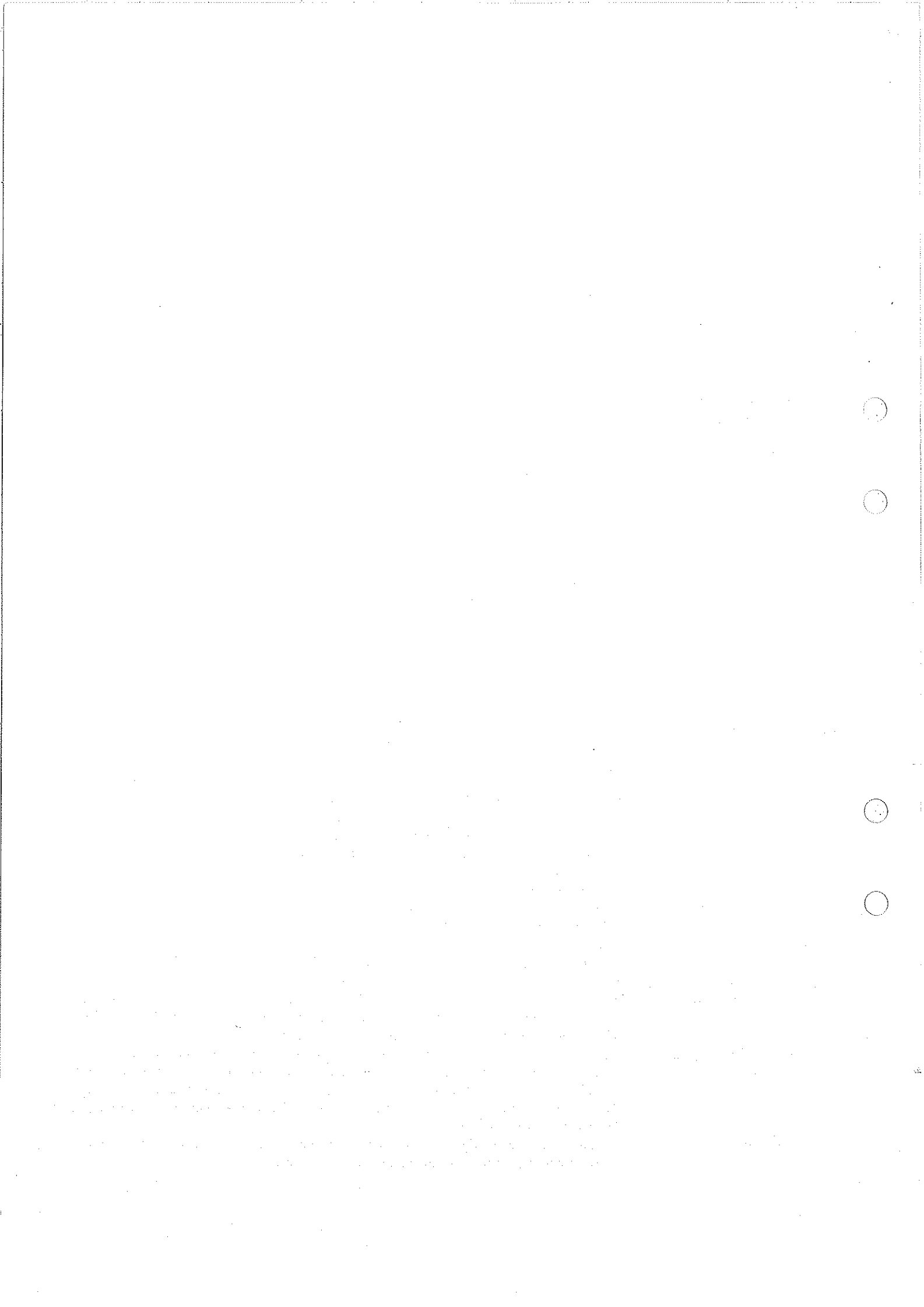
Personnummer

Namn

Adress

Telefon

Datum	Ange datum enligt normen år-månad-dag ex 2001-10-07.
Audionom	Ange för- och efternamn.
NYBESÖK	
Remitterande instans	Ange remitterande läkare eller om patienten eller närstående tagit initiativ till besöket.
Kontaktsak	Ange anledning till besöket.
Bakgrund/status	
Fysiskt status	Dokumentera tidpunkt för debut el. förändring av hörförmåga, ev. hereditet, hörselskadans art och grad, hörseldiagnos/prognos, öronstatus, ev. tinnitus/hyperacusis, hälso- och sjukdomstillstånd i övrigt, patientens synförmåga, ev. glasögon, ev. allergi/eksem/motoriska besvär i händer/axlar, ev. missbildningar i ytteröra/hörselgång, ev. medicinering.
historik	
hörseldiagnos	
öronstatus	
tonaudiometri	Dokumentera tonmedelvärden.
talaudiometri	Dokumentera resultat från talaudiometri samt från ev. andra genomförda mätningar.
Psykiskt status	Dokumentera patientens kunskap/insikt, attityd/inställning till sin funktionsnedsättning, känslor av genans, resignation, psykisk hantering av sin funktionsnedsättning, bagatellisering/aggravering, var patienten befinner sig i sin accepterande/livsinställningsprocess, om verkar patienten trygg/otrygg i sin situation, ev. stigmatiseringstendenser, patientens upplevelser av närståendes attityd/inställning till patientens hörsvårigheter.
Socialt status	Dokumentera civilstånd, barn, övriga närstående, boende, yrke, arbetsförhållanden, livsstilsfaktorer som t. ex. fritidsaktiviteter, intresse, religion, kultur och andra sociala aktiviteter, närståendes och ev. arbetskamraters roll för patientens sätt att hantera sin funktionsnedsättning.
familj	
boende	
arbete	
fritid	
Intellektuellt status	Dokumentera patientens kognitiva förmågor t.ex. minne, uppmärksamhet, koncentrationsförmåga, problemlösningsförmåga, kreativitet samt om patienten är orienterad i tid och rum, om patienten kan göra sig förstådd och förstå.
Kommunikativt status	Dokumentera patientens kommunikativa möjligheter/svårigheter i dagliga situationer, hur kommunikationen med närstående fungerar, ev. copingstrategier, ev. extremt höga yrkesmässiga krav på hörseln, ev. annat modersmål än svenska, om hörselnedsättningen kommit före/efter språktillägnet, hur patienten använder sin auditiva, visuella och audiovisuella förmåga. Patientens kommunikationsförmåga sammanfattas utifrån patientens egen och audionomens uppfattning och relateras till de mätresultat som framkommit. Anknyt till ev. frågeformulär.
Förväntningar och motivation	Dokumentera vilka förväntningar patienten har på rehabiliteringen, är förväntningarna realistiska/orealistiska, hur insatt är patienten i vad som krävs och vilken motivation har patienten.
Bedömning/ behovsprecisering Rehabiliteringsmål	Dokumentera mot bakgrund av inhämtad information patientens problemsituationer och behov. Anknyt till ifylld skattningsskala/frågeformulär. Dokumentera ett eller flera mål och förväntade resultat efter genomförd rehabilitering. Formulera målen som ett framtida önskvärt tillstånd hos patienten. Ange ev. huvudmål och delmål. Om flera insatser planeras ange prioriteringsordning.
Rehabiliteringsplan	Ange strategier/åtgärder som har diskuterats och beslutats (t.ex. åtgärder för att tekniskt förbättra patientens hörande, monaural/binaural anpassning, råd om kommunikationsstrategier till patient/närstående, ev. remiss till annan i rehabiliteringsteamet eller arbetsplatsbesök.) Ange vilka ev. hinder som kan finnas eller uppstå samt hur ev. närstående skall medverka samt tidsplan.
Åtgärder	Dokumentera vidtagna åtgärder. (t.ex. stödjande samtal, hörselmätningar, avtryck, avsedd typ av öroninsats, använd skattningsskala/frågeformulär o.s.v.)



Datum	år-månad-dag
Audionom	ange för- och efternamn
UTPROVNINGSBESÖK	
Aktuellt	Dokumentera väsentliga delar av samtalet med patienten. Ange ev. ändrade förhållanden sedan föregående besök eller viktig kompletterande information.
Åtgärder	Dokumentera vidtagna åtgärder (t.ex. anpassning av hörapparat, pedagogisk träning, stödjande samtal etc.)
Hemlån av hörapparat	Ange hörapparatbeteckning och inställningar.

Datum	år-månad-dag
Audionom	ange för- och efternamn
ÅTERBESÖK 1, 2, 3...	
Aktuellt	Dokumentera väsentliga delar av samtalet med patienten. Ange ev. ändrade förhållanden sedan föregående besök eller viktig kompletterande information.
Åtgärder	Dokumentera vidtagna åtgärder.
(Återlämnad hörapparat)	Dokumentera återlämnad hörapparat.)
(Hemlån av hörapparat)	Dokumentera hörapparatbeteckning och inställningar om ny apparat lånas hem.)

Datum	år-månad-dag
Audionom	ange för- och efternamn
AVSLUTANDE BESÖK	
Aktuellt	Dokumentera väsentliga delar av samtalet med patienten. Ange ev. ändrade förhållanden sedan föregående besök eller viktig kompletterande information.
Åtgärder	Dokumentera vidtagna åtgärder.
Utvärdering	Utgå från de målformuleringar som beslutades och dokumenterades vid nybesöket och ställ resultatet i relation till målen, har målen uppfyllts. Ange vilka utvärderingsinstrument som använts och resultat (ex. IF-mätning, tal i brus, skattningsskala/frågeformulär, subjektivt omdöme från patienten och/eller närstående) Anknyt till ifyllt självskattningsskala/frågeformulär från nybesöket. Vid behov formuleras nya rehabiliteringsmål.
Ordinerad hörapparat	Ange hörapparat/er och inställningar.
(Öroninsats)	Ange typ av öroninsats, ev. kanaler, material.)
(Övriga hjälpmedel)	Ange ev. övriga ordinerade hjälpmedel.)

Datum	år-månad-dag
Audionom	ange för- och efternamn
UPPFÖLJNINGSBESÖK	
Aktuellt	Dokumentera väsentliga delar av samtalet med patienten. Ange ev. ändrade förhållanden sedan föregående besök eller viktig kompletterande information. Ange hur patientens nuvarande hörsel- och kommunikationssituation ser ut. Använder patienten hörapparaten/erna - i så fall när/hur.
Utvärdering	Utgå från tidigare målformuleringar och bedöm om målen fortfarande är uppfyllda eller om nya problemsituationer uppkommit.
Åtgärder	Ange ev. vidtagna åtgärder, ev. nya rehabiliteringsmål och ny rehabiliteringsplan.

