



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

”JAG SKRIVER DET JAG TROR ATT MINA KOLLEGOR BEHÖVER VETA”

EN EMPIRISK STUDIE OM NUTIDA OCH FRAMTIDA
FAKTORER AV BETYDELSE FÖR
SJUKSKÖTERSANS DOKUMENTATION

EVA ENGSTRÖM
PETRA SZENTES

Examensarbete i Omvårdnad
Nivå 61 – 90 hp
Flexibel nätburen distans
Maj 2009

Malmö Högskola
Hälsa och Samhälle
205 06 Malmö

”JAG SKRIVER DET JAG TROR ATT MINA KOLLEGOR BEHÖVER VETA”

EN EMPIRISK STUDIE OM NUTIDA OCH FRAMTIDA FAKTORER AV BETYDELSE FÖR SJKSKÖTERSANS DOKUMENTATION

EVA ENGSTRÖM
PETRA SZENTES

Engström E, Szentes P. ”Jag skriver det jag tror att mina kollegor behöver veta”. En empirisk studie om nutida och framtida faktorer av betydelse för sjuksköterskans dokumentation. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle. Utbildningsområde Omvårdnad 2009.

Abstrakt

Syftet med undersökningen var att undersöka faktorer av betydelse för sjuksköterskans dokumentation. Av speciellt intresse var information som inkluderades och exkluderades från dokumentationen samt sjuksköterskans tankar om framtidens dokumentation.

Åtta sjuksköterskor (fem kvinnor, tre män) från en intensivvårdavdelning intervjuades. Varje inspelad intervju varade 45-60 minuter. Materialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. I huvudsak riktade sig sjuksköterskans dokumentation till kollegor. Ett bra stilistiskt värdeneutralt skriftspråk eftersträvades eftersom patienten kunde läsa journalen. Medicinsk information som inte kunde relateras till det egna området samt allmän omvårdnadsinformation utelämnades ofta ur dokumentationen men rapporterades ibland muntligt till kollegor. Situationer som avvek från det normala vårdförloppet ansågs svåra att dokumentera. Kortfattad dokumentation som endast innehöll det mest väsentliga eftersträvades. Sjuksköterskor vars dokumentation ansågs alltför omfattande tillrättavisades av kollegor. Samtliga sjuksköterskor blev störda i dokumentationsarbetet. Majoriteten av respondenterna ansåg att standardvårdplanernas nuvarande utformning fungerade dåligt men förväntade sig att standardvårdplaner skulle utgöra grunden för omvårdnadsdokumentation i framtiden. Ett förbättrat dokumentationssystem önskades. Studien indikerar att medicinsk och omvårdnadsinformation som inte anses relevant i den aktuella vårdssituationen utelämnas ur sjuksköterskans dokumentation. Fler studier behövs för att försäkra att omvårdnadsdokumentation i framtiden innehåller alla delar av omvårdnadsprocessen.

Nyckelord: dokumentation, faktorer, framtidsperspektiv, kvalitativ studie, Melior, sjuksköterskor

“I WRITE WHAT I THINK MY COLLEAGUES NEED TO KNOW”

AN EMPIRICAL STUDY OF FACTORS INFLUENCING NURSING DOCUMENTATION AT PRESENT AND IN THE FUTURE

**EVA ENGSTRÖM
PETRA SZENTES**

Engström, E, Szentes, P. “I write what I think my colleagues need to know”. An empirical study of factors influencing nursing documentation at present and in the future. *Degree Project, 15 Credit Points*. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

Abstract

The purpose of this study was to examine factors of importance for nursing documentation. Of special interest was what the individual nurse included and excluded in his/her documentation as well as any thoughts and expectations on the documentation process in the future. Eight nurses (five female, three male) working in an intensive care unit were interviewed. Each taped interview lasted 45 – 60 minutes. The material was analyzed using a qualitative content analysis method. Documentation was mainly done for the benefit of colleagues. Patient rights to read their own chart ensured well-written entries. Medical information not related to their own specialty as well as general nursing information was often not documented, but was sometimes reported orally. Patients reacting in unusual ways were difficult to document in an objective manner. Brief documentation, containing only necessary data, was seen as ideal. Nurses using excessive documentation were reprimanded. All nurses perceived that it was impossible to document without interruptions. Most nurses viewed standardized care plans in their current format as difficult to use but believed that they would be the foundation of nursing documentation in the future. Improved documentation systems were desired in the future. This study indicates that medical and nursing information seen as irrelevant in the current situation is excluded from nursing documentation. Organizational culture has an impact on what is seen as relevant and the documentation system determines how information is recorded. Further studies are needed in order to ensure that future nursing documentation include all aspects of the nursing process.

Key words: documentation, factors, future, Melior, nurses, qualitative research

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	5
BAKGRUND	5
Europeiskt perspektiv	5
Nationellt perspektiv.....	5
Utveckling	6
Lagar och förordningar	7
Organisationskultur	8
Sammanfattning av bakgrund	8
TIDIGARE FORSKNING.....	8
Teman	9
Arbetsmiljö.....	9
Tid för dokumentation	9
Dokumentationssystemets design.....	9
Dokumentationens språk.....	10
Sammanfattning av tidigare forskning.....	10
SYFTE	11
METOD	11
Intervjuguide	11
Beskrivning av avdelningen.....	12
Urval	12
Deltagare	12
Genomförande.....	13
Etisk avvägning	13
Innehållsanalys	14
RESULTAT	15
Format.....	16
Synpunkter på Melior	16
Synpunkter på standardvårdplaner	17
Synpunkter på språk och grammatik	18
Innehåll	18
Det som är svårt att skriva.....	19
Det som rapporteras muntligt.....	19
Utrymme	20
Inställning till dokumentation	20
Att få dokumentera ostört	21
Framtid.....	22
DISKUSSION	24
Metod.....	24
Urval och deltagare.....	25
Validitet och reliabilitet	26
Resultat	27
Slutsatser	30
Studiens betydelse	31
REFERENSER.....	32
Bilaga 1 Intervjuguide	35

INLEDNING

Författarna har arbetat som sjuksköterskor under lång tid och har upplevt sjuksköterskans dokumentation ur ett användarperspektiv. Utvecklingen från 1970-talets handskrivna korta anteckningar till dagens omfattande dokumentation i elektroniska dokumentationssystem har påverkat både dokumentationens innehåll och format. Införandet av VIPS (Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet) modellen strukturerade sjuksköterskans dokumentation från att vara individuellt utformad till att ske efter förutbestämda sökord (Ehnfors, Ehrenberg, Thorell-Ekstrand, 1998). Idag använder de flesta sjuksköterskor sökord enligt VIPS i sin dokumentation även om inte den ursprungliga flödesmodellen används i sin helhet.

BAKGRUND

Sveriges medlemskap i Europeiska Unionen (EU) innebär en allt större harmonisering av svenska förhållanden inom många områden och den fortsatta utvecklingen av sjuksköterskans dokumentation utgör inget undantag. Den svenska hälso- och sjukvården genomgår en förändring mot IT-baserade tjänster för medborgarna vilket även innebär förändringar i sjuksköterskans dokumentation. Inom en snar framtid kommer dokumentation att baseras på en enhetlig terminologi och kommer också att vara strukturerad på ett enhetligt sätt.

Europeiskt perspektiv

Den fria rörligheten över gränser är en av EU:s huvudprinciper och medborgare i EU-länder har rätt att fritt söka arbete inom EU/EES-området. Hälso- och sjukvårdsområdet är den enskilda nationens angelägenhet och EU-kommissionen kan inte direkt påverka hälso- och sjukvården i den enskilda medlemsstaten genom direktiv eller lagar. Utvecklingen av e-hälsovård inom EU kan sägas vara ett exempel på vad Stubb, Wallace och Peterson (2004, s 165) benämner den ”öppna samordningsmetoden” där regeringar försöker lära av varandra och ta fram bästa praxis som jämförelse och inspiration. EU-kommissionen ger politisk output till medlemsstaterna i form av icke-bindande regler och rekommendationer. Ett exempel på ett sådant politiskt output är den Europeiska kommissionens (2004) *Meddelande från kommissionen till Rådet, Europaparlamentet, Europeiska Ekonomiska och Sociala Kommittén och Regionkommittén - E-hälsovård – bättre hälso- och sjukvård för Europas medborgare: Handlingsplan för ett europeiskt område för E-hälsovård* [KOM (2004) 356]. I dokumentet definieras begreppet e-hälsovård som tillämpad informations- och kommunikationsteknik inom alla funktioner som påverkar hälso- och sjukvårdssektorn och som går utöver enkla Internetbaserade lösningar. Dokumentet kan ses både som en lägesrapport och en framtidsvision och beskriver vilken utveckling EU önskar se inom området. Handlingsplanen, som kan betraktas som ett styrdokument på mellanstatlig nivå, ska främja den europeiska integrationen mellan medlemsstaterna förutom att erbjuda god hälsa åt medborgarna (a a). E-hälsovårdens utveckling inom EU kan ses som ett exempel på den europeisering som Silander anser sker mellan medlemsstater via ”överenskommelser och institutionella ramverk” istället för bindande regler (Silander, 2004, s 7). För svensk del har den ökade europeiska harmoniseringen bland annat utmynnat i en nationellt övergripande strategi för utveckling av hälso- och sjukvård.

Nationellt perspektiv

Det finns en bred politisk enighet om att dokumentation inom vård och omsorg ska utvecklas i enlighet med de riktlinjer som läggs fram i *Nationell IT-strategi för vård och omsorg*

(Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Apoteket AB, Carelink, 2006). Strategin ger visionen om hur morgondagens hälso- och sjukvård kommer att fungera, inklusive dokumentation. I strategin poängteras att de IT-stöd som hittills har införts inte har lett till den förbättring av dokumentation som förväntats, bland annat beroende på att systemen inte kunnat kommunicera med varandra och att det varit svårt att komplettera med nya funktioner. I strategiarbetet ingår en omarbetning av lagar för att realisera visionen *en patient – en journal*. Det påpekas att den information som finns dokumenterad måste lagras elektroniskt så att den blir sökbar. Informationen måste baseras på enhetlig informationsstruktur och terminologi, vilka är under utveckling genom projekt inom dessa områden. I Socialstyrelsens regi bedrivs projektet *Nationell Informationsstruktur* (NI-projektet) som innebär en ”övergripande verksamhetsanalys av vård och omsorg” (Socialstyrelsen, utkast 2 från NI-projektet, 2008, s 1). Projektet arbetar bland annat för att få till stånd en förändring av dokumentation så att den stöder processer:

Dokumentation eller information som är ändamålsenlig utgörs därmed av det som behövs för att vård- och omsorgsprocesser ska kunna bedrivas så optimalt som möjligt. Sedvanlig journaldokumentation inom hälso- och sjukvård anses inte tillräcklig för att uppfylla dessa behov (a a, s 44).

Framtidens sjukvård kommer att baseras på evidensbaserad kunskap enligt NI-projektet vilket skapar förutsättningar för olika typer av kunskapsstyrning genom att ”fokusera begrepp för planering och bedömning”, dvs. att precisera begrepp och göra dem enhetliga (a a). Ett ökat användande av standardvårdplaner (SVP) och andra evidensbaserade vårdprogram kan anas. Socialstyrelsen driver även projektet *Nationellt fackspråk för vård och omsorg med Snomed CT* vars syfte är att skapa ”ett enhetligt bruk av begrepp och termer” vilket möjliggör att information i all vård- och omsorgsdokumentation blir entydig och kommunicerbar ”över såväl tid som organisations- och nationsgränser” (Socialstyrelsen, meddelande Snomed-CT, 2007).

Utveckling

Sveriges landstings IT-strategier (SLIT) presenterar varje år en inventering av hur långt landstingen har kommit när det gäller införande av IT i vården. SLIT-rapporten *IT-stöd i landstingen 2007* visar att ur ett internationellt perspektiv ligger Sverige långt framme när det gäller att använda IT-stöd för dokumentation och processer inom hälso- och sjukvård. Fyra landsting har en sammanhållen journal för slutna vård, öppna vård och psykiatri, och många landsting arbetar för att förverkliga en sammanhållen journalföring. Ett problem är att det existerar olika definitioner på termer och begrepp inom och utom organisationer och databaser (Jerlwall & Pehrsson, 2007).

Fem vårdokumentationssystem dominerar marknaden, varav Melior från Siemens är störst med 38,40 % (Jerlwall & Pehrsson, 2008). Meliors dominans beror till stor del på att storstadsregioner som Västra Götaland och Region Skåne installerat systemet. Enligt Siemens är huvudfunktionen i Melior den kliniska dokumentationen, ”som är välstrukturerad och baserad på mallar och termer som verksamheten själv definierar” (Siemens Medical hemsida). Hur dokumentationssystemet är utformat är till stor del beroende på vad användarna valt att lägga in, och samma system kan därför se olika ut på olika arbetsplatser.

I den nationella IT-strategins lägesrapport *Nationell IT-strategi – tillgänglig och säker information inom vård och omsorg* (Socialdepartementet m fl, 2008) konstateras att befolkningen ska ha tillgång till den information som behövs inom vård och omsorg samt ha möjlighet att se den dokumentation som finns om honom eller henne, dvs. att ha tillgång till

sin egen journal. Den information som skapas och dokumenteras i vården ska betraktas som en gemensam och långsiktig resurs, men för att informationen ska vara användbar krävs att ”det är rätt information som dokumenterats” (a a, s 11). Dokumentation måste ske i en överenskommen struktur utifrån identifierade behov och i enlighet med gällande begreppssystem, klassifikationer och terminologier för att informationen ska vara begriplig och sökbar i olika sammanhang.

Lagar och förordningar

Bland de lagar och förordningar som har tillkommit till stöd för den nationella IT-strategin har Patientdatalagen, SFS 2008:355, störst betydelse. Patientdatalagen trädde i kraft den 1 juli 2008 och ersätter vårdregisterlagen och patientjournalagen. Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Patientdatalagen syftar även till att:

Informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet (SFS 2008:355).

Enligt Patientdatalagen ska det vid vård av patienter föras patientjournal. Skyldighet att föra en patientjournal har bland annat legitimerade yrkesverksamma personer inom hälso- och sjukvården. Den som för patientjournal ansvarar för sina uppgifter i journalen och ska signera för dessa. Endast den som behöver uppgifterna i sitt arbete inom hälso- och sjukvård får ta del av journalens patientuppgifter, vilket förtydligas genom att det i Patientdatalagen ställs krav på behörighetstilldelning och åtkomstkontroll. Journalhandlingar ska vara skrivna på svenska och vara tydligt utformade och så lätta som möjligt att förstå för patienten. Den nya lagen medför sammanhållen journalföring, vilket innebär att flera vårdgivare kan ge och få direktåtkomst till varandras journalhandlingar om de uppfyller Patientdatalagens krav. Patienten har rätt att spärta uppgifter i vårdgivarens journalsystem och för andra vårdgivare vid sammanhållen journalföring. Patientdatalagen ger en möjlighet för vårdgivare att ge patienten direktåtkomst, exempelvis via Internet, till vårddokumentation och loggar, det vill säga historik för behandling av personuppgifter.

Patientdatalagen kompletteras med förordningen SOSFS 2008:14 (M) *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården* som behandlar ansvar för informationssäkerhet, behörighet och åtkomst till patientjournaler, enskildas direktåtkomst mm. I förordningens tredje kapitel som handlar om rutiner för journalföring preciseras hur dokumentationen skall ske:

2 § Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att uppgifterna så långt möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk. (SOSFS 2008:14)

Andra lagar och förordningar av betydelse för dokumentation inom hälso- och sjukvård kan hittas i Svensk Författningssamling. Exempelvis kan nämnas:

- Patientdataförordning (2008:360)
- Lag (1996:786) om tillsyn över hälso- och sjukvården
- Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
- Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Organisationskultur

Kultur är grundvalen för identitet och gruppbildning, människan socialiseras in en kultur som skapar ordning och mening för individen. På arbetsplatser sker en socialisering av arbetstagarna. Nykomlingar anpassar sig efter avdelningens kultur och organisation. Gruppdynamik och andra sociala kontrollsystem har stort inflytande på den enskilda människan (Berger, 1994). För att underlätta socialisationsprocessen anammas arbetsplatsens organisationskultur, osynliga regler om vad som anses vara betydelsefullt vilket även innefattar språk. Organisationskultur innebär ett mönster av grundläggande antaganden som präglar människors perception och tänkande (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Almeruds doktorsavhandling *Vigilance and Invisibility* (2007) indikerade att organisationskultur inom intensivvård var instrumentell och teknikorienterad, vilket gjorde att patienten och apparaturen smälte samman till en enhet. Det distanserade personal och patient och förhindrade personalens möjlighet att ”se” patienten som individ. Den teknologiskt hierarkiska strukturen satte tekniken högst och patienten lägst. Parametrar och observationer blev viktigare än den vårdande relationen.

Sammanfattning av bakgrund

Dokumentationen inom hälso- och sjukvården blir alltmer formaliserad genom europeisk samordning, lagar och förordningar, nationella riktlinjer, samt av regionala och lokala anvisningar. En ytterligare strukturering genom ett ökat användande av nationella vårdprogram och standardvårdplaner kan förutses. Ansvar och tillgänglighet blir alltmer kontrollerat och spårbart. Användandet av nationella terminologier strukturerar vad som dokumenteras och den nationella informationsstrukturen styr hur dokumentationen görs. Organisationskulturen inverkar på människans beteende på arbetsplatsen och kan även påverka sjuksköterskans syn på den enskilde patienten.

TIDIGARE FORSKNING

Författarnas förståelse av dokumentation grundar sig på egen erfarenhet. För att bredda förståelsen söktes artiklar som behandlade olika aspekter av sjuksköterskans dokumentation. Litteratursökning utfördes vid flera tillfällen och med flera sökord enskilt och i kombination. Sökning gjordes i databaserna CINAHL, Cochrane Library, Malmö University Electronic Publishing, PubMed och Uppsater.se. Engelska sökord som användes var nursing documentation, nursing informatics, electronic documentation, ethics, time, time management, medical records system. Svenska sökord som användes var dokumentation, sjuksköterska, omvårdnad.

Artiklarna genomlästes flera gånger för att identifiera faktorer som påverkade sjuksköterskans dokumentation. Vissa faktorer var återkommande och kunde därför antas vara av betydelse. Faktorerna kunde kategoriseras i olika teman, av vilka författarna tyckte följande var av störst intresse: Arbetsmiljö, Tid för dokumentation, Dokumentationssystemets design och Dokumentationens språk. Att undersöka samtliga faktorer inom alla teman skulle inte vara möjligt inom ramen för arbetet och författarna valde därför att koncentrera sig på de teman som upplevdes vara mest relevanta för den enskilda sjuksköterskan.

Vid genomgång av tidigare forskning framkom att antalet litteraturstudier i ämnet var betydligt fler än antalet empiriska studier. Det var svårt att finna studier som behandlade vilken sorts information som utlämnades. Flera studier tog upp att information utlämnades från sjuksköterskans dokumentation men inte vad.

Tidigare forskning gav mycket information om faktorer som hade betydelse för sjuksköterskans dokumentationsprocess, men ledde också fram till nya frågeställningar.

Temat

Upprepade genomläsningar av artiklarna gav möjlighet att precisera frågor om faktorer som påverkar sjuksköterskans dokumentation.

Arbetsmiljö

Att få dokumentera ostört kunde vara svårt som sjuksköterska. Avbrott i dokumentationsprocessen kunde störa den mentala bild sjuksköterskan hade av vad hon/han ville dokumentera. Kärkkäinen, Bondas & Eriksson (2005) fann att sjuksköterskan upplevde det som frustrerande att ständigt bli avbruten under dokumentation. Timmons (2003) fann att patienter och anhöriga inte uppfattade det som att sjuksköterskan arbetade när de satt vid datorn och avbröt därför sjuksköterskans dokumentationsprocess. Beckerman (2005) fann i sin undersökning att dokumentation i elektronisk journal krävde ett annat tankemönster och större eftertanke inför dokumentation jämfört med dokumentation i pappersjournal. Nilsson (2003) ansåg att en dator vid varje sängplats vore idealiskt eftersom dokumentation då kunde ske direkt. Att springa fram och tillbaka mellan datorn och patienten ökade risken för att sjuksköterskan skulle glömma information. Även Moody, Slocumb, Berg & Jackson (2004) tog upp problemet med att inte ha datorer vid varje sängplats. De fann att sjuksköterskor gjorde anteckningar på papper hos patienten för att sedan föra in informationen i datajournalen. Timmons (2003) fann att antalet datorer på avdelningen hade betydelse för sjuksköterskans dokumentation, vilket även Nilsson (2003) påpekade. Om det var ont om datorer och flera yrkesgrupper skulle dokumentera kunde det uppstå en hierarki mellan olika yrkesgrupper om vilken dokumentation som var viktigast.

Tid för dokumentation

Ofta kände sjuksköterskan att dokumentationen tog för mycket tid och att den stal tid från patientomvårdnaden (Taylor, 2003). Enligt Martin, Hinds & Felix (1999) visade studier att även då sjuksköterskor fick mer tid för dokumentation så blev inte dokumentationen mer innehållsrik. Den vanligaste orsaken till att sjuksköterskor arbetade övertid var att de måste dokumentera. I genomsnitt ägnade sjuksköterskan 12 % av sin arbetstid åt dokumentation, men en del sjuksköterskor ägnade så mycket som 50 % av arbetstiden åt dokumentation. Det gav inte bara mindre tid till patient och omvårdnad utan var också kostsamt. I Brusling & Bergströms (2007) intervjuer med sjuksköterskor var bristen på tid för dokumentation något som återkom flera gånger. Sjuksköterskorna menade att bristen på tid att dokumentera gjorde att de ibland missade eller glömde att dokumentera information.

Dokumentationssystemets design

Brusling & Bergström (2007) fann att sjuksköterskor inte dokumenterade information eftersom informationen inte hade någon "själklar plats i sjuksköterskans dokumentation" (2007, s 16). De ansåg att orsaken var att Melior inte var baserat på VIPS-modellen och därför inte följde omvårdnadsprocessen på ett naturligt sätt. Andra studier, både utländska (Timmons, 2003) och svenska (Nilsson, 2003), bekräftade att sökorden styrde vad som dokumenterades och vad som utlämnades. Hamilton & Manias (2006) tog upp att sökorden delade upp patienten i "sjuka eller skadade organ, snarare än en människa" (2006, s 87, författarnas översättning) vilket förhindrade den holistiska helhetssyn som eftersträvades. Därmed uteläts information som inte var direkt kopplad till något sökord, vilket även Taylor (2003) noterade. Kärkkäinen & Eriksson (2004) tog upp att det var problematiskt att konstruera en datamodell för dokumentation som helt omfattade sjuksköterskans holistiska

syn på patienten. De framförde att ”dokumentation av omvårdnadsprocessen inte beskriver innehållet i omvårdnaden” (2004, s 230, författarnas översättning).

Dokumentationens språk

Sjuksköterskor med ett annat språk än dokumentationsspråket som modersmål kunde ha svårt att dokumentera adekvat eller att förstå vad kollegorna hade dokumenterat (Taylor, 2003). Enligt en undersökning gjord i grundskolan spelade åldern för inläring av ett nytt språk stor roll. För barn som kom till Sverige när de var 12-15 år gamla tog det i genomsnitt 6 - 8 år för att få den språkliga kompetens som krävdes för att nå infödd nivå i skolans läsåmne (Hessel & Fajerson, 2004). Lingvistisk forskning har visat att det framförallt var ordföljden som var problematisk vid inläring av svenska som andraspråk (Öhrman, 2000). Enligt Öhrman har svenskan en grammatikaliserad ordföljd som fyller andra funktioner än i många andra språk. En förändrad ordföljd kan ge förändrat innehåll i information vilket kan leda till missuppfattningar. Oavsett var sjukvårdspersonal ursprungligen kommer ifrån ska svenska användas som arbetsspråk. Det är inte tillåtet att kontrollera kompetens och/eller språkfärdighet för sökande från EU (Socialstyrelsen, Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2006 och 2007). För sökande från länder utanför EU/EES området (s.k. tredje land) sker prov i svenska språket. Majoriteten av personer med utländsk utbildning som fick svensk legitimation 2000 – 2007 kom från EU/EES området.

Dyslexi kunde utgöra problem, studier visar att det hände att sjuksköterskor undvek att använda vissa ord för att de inte visste hur de stavades och valde ett mindre passande ord istället (Taylor, 2003). Svenska Dyslexiföreningen anger på sin hemsida att skrivning och läsning är komplexa förmågor som behärskas olika väl av människan. Eftersom det saknas preciserade definitioner finns inte exakta siffror på hur många människor som lider av dyslexi eller läs- och skrivsvårigheter. År 2004 dömdes Region Skåne för diskriminering då de nekat en sjuksköterska anställning på grund av hennes dyslexi (Arbetsdomstolen, 2004). Region Skånes inställning till sjuksköterskor med dyslexi kan ha påverkat andra sjuksköterskor att dölja eventuella inläringssvårigheter av rädsla för konsekvenser. Läs- och skrivsvårigheter hos den enskilda människan påverkar dock dokumentationens språkliga kvaliteter och kan leda till missuppfattningar.

Att översätta en händelse eller handling till prosa eller text kan vara svårt. Det sätt på vilket sjuksköterskan dokumenterade var individuellt – en del skrev mycket detaljerat medan andra skrev kortfattat och koncist (Taylor, 2003). Enligt sjuksköterskorna som Brusling & Bergström (2007) intervjuade drucknade viktig information i bagateller och det förekom att sjuksköterskor hittade på egna förkortningar som kunde vara svåra för andra att förstå. Det förväntades av den enskilda sjuksköterskan att hon/han antog det sätt på vilket man dokumenterade på den avdelning där hon/han tjänstgjorde (Hamilton & Manias, 2006). En del avdelningar använde ett standardiserat språk för sin dokumentation. En fördel med det var att information lättare kunde sökas i den elektroniska dokumentationen och att omvårdnaden verkligen blev dokumenterad eftersom det gick snabbare att dokumentera med färdig standardterminologi. Kritiken mot användandet av ett standardiserat språk var bland annat att det trivialiserade det mellanmänskliga mötet med patienten.

Sammanfattning av tidigare forskning

Sjuksköterskans dokumentation påverkades av många faktorer som enskilt eller i kombination kunde leda till att information inte dokumenterades. Vissa områden var mindre utforskade än andra inom omvårdnadsdisciplinen, till exempel kunde författarna inte finna någon svensk

forskning om hur sjuksköterskor med dyslexi eller sjuksköterskor med svenska som andraspråk upplevde dokumentationsprocessen.

Sjuksköterskans dokumentation har utvecklats från korta handskrivna kommentarer till utförlig dokumentation i elektroniska patientjournaler. Det elektroniska formatet bestämmer var information hör hemma i dokumentationssystemet genom sökord, laboratorieark, medicinlistor osv. Det är viktigt att kartlägga vilken information som dokumenteras idag och vilken information som eventuellt utelämnas från sjuksköterskans dokumentation. En framtida formalisering av format och innehåll kan göra att sjuksköterskans dokumentation likriktas och innehållet urholkas.

SYFTE

Efter genomgång av tidigare forskning blev arbetsmiljöns inflytande på dokumentationen, arbetstidens uppdelning på dokumentation och omvårdnadsåtgärder, dokumentationssystemets design samt dokumentationens språk områden av speciellt intresse. Syftet för arbetet var att undersöka faktorer som påverkade sjuksköterskans dokumentation. Utgångspunkten för arbetet var följande frågor:
Vad är det som gör att sjuksköterskan inkluderar viss information och utesluter annan?
Vilka förhoppningar har sjuksköterskan på framtidens dokumentation?

METOD

Enligt Hartman (1998) är intervju en lämplig undersökningsmetod när forskaren intresserar sig för något som han/hon enklast kan få kunskap om genom att personer berättar om det. Jacobsen (2007) anser att intervjuer är att föredra vid undersökningar med få deltagare där avsikten är att få vetskap om vad människor säger och hur de tolkar och förstår ett visst fenomen. Kvalitativa intervjuer kan ge mycket information genom att samtalet tar upp frågeställningar som respondenter anser väsentliga och som forskaren önskar svar på (Kvale, 1997).

Intervjuguide

Arbetet med att utarbeta frågor för intervjuguiden var en mycket dynamisk process som pendlade mellan generalisering och precisering. Processen utmynnade i följande övergripande frågeställningar:

- Vilka faktorer påverkar din dokumentation?
- Hur tänker du när du formulerar dig?
- Har språket någon betydelse?
- Vad väljer du att INTE dokumentera och varför? Konsekvenser?
- Egna synpunkter? Framtidsperspektiv på dokumentation?

Frågorna testades på fyra kollegor på våra egna avdelningar. Kollegorna upplevde att frågeställningarna var alltför allmänt hållna och svåra att besvara. Efter omformulering och precisering testades frågorna återigen på kollegor på våra avdelningar. Kollegorna ansåg då att frågorna var intressanta men svåra och författarna upplevde att omformuleringen hade gjort frågorna alltför precisa. Information som framkommit med den tidigare

frågekonstruktionen uteblev. Frågorna omformulerades återigen till att vara av mer allmän natur och kompletterades med stödord och underfrågor till varje frågeställning. Den färdiga intervjuguiden (bilaga 1) användes under samtliga intervjuer.

Avsikten med undersökningen var att få fram faktorer som den enskilda sjuksköterskan ansåg vara av betydelse för sin egen omvårdnadsdokumentation. Vid planeringen av undersökningen var valet av avdelning centralt. Författarna har båda lång erfarenhet av att arbeta inom intensivvård och vet att dokumentation är en stor del av arbetet. Sjuksköterskan måste hantera stora mängder information och dokumentationen är ofta omfattande till innehåll och tidsåtgång. En avdelning av intensivvårdskaraktär som använde Melior för dokumentation var därför önskvärd för undersökningen. Melior är det dominerande dokumentationssystemet i Sverige, vilket gjorde att valet av avdelning underlättades. Avdelningar som använde andra dokumentationssystem än Melior samt avdelningar med anknytning till författarna valdes bort. En avdelning av intensivvårdskaraktär på ett sjukhus i södra Sverige valdes för undersökningen.

Beskrivning av avdelningen

På den aktuella avdelningen arbetar ungefär 100 personer varav hälften är sjuksköterskor. Avdelningsföreståndaren angav att en tredjedel av personalstyrkan är män. Patienterna vårdas som regel under en ganska kort tid på avdelningen, i genomsnitt tre dygn. Avdelningen använder dokumentationssystemet Melior. Enligt avdelningsföreståndaren används i första hand läsrapport vid skiftbyten, men upplysningar om tidpunkt för undersökningar och liknande lämnas muntligt. En sjuksköterska och en undersköterska arbetar tillsammans i ett vårdlag. Varje vårdlag disponerar en dator och det fanns ytterligare datorer att tillgå på sjuksköterske- och läkarexpeditionerna. Avdelningsföreståndaren ansåg att datortillgången var hög på avdelningen och att både inläsning och dokumentation av rapportanteckningar kunde ske i avskildhet.

Urval

Undersökningens frågeställningar bestämde i hög grad urvalet av deltagare. Enligt Hartman (1998) ska kunskapskällan i princip kunna ge den information som undersökaren söker. I en kvalitativ undersökning är urvalet av undersökningsspersoner vitalt. Ändamålsenliga urval används då en bestämd kunskap efterfrågas. På grund av studiens begränsning i tid valdes ett så kallat bekvämlighetsurval. Fördelen med urvalsmetoden är att den är enkel och användbar vid begränsade resurser. Metodens nackdel ligger i att urvalet riskerar att inte bli representativt för populationen (Hartman, 1998). Antalet intervjupersoner bestämdes till åtta personer, vilket motsvarade cirka 16 % av den totala sjuksköterskepopulationen på avdelningen. Antalet respondenter begränsades av antalet tillgängliga intervjuobjekt, men ansågs tillräckligt för att ge adekvat information inom uppsatsens ramar.

Benners teorier (i Benner, Tanner & Chesla, 1999) om sjuksköterskans professionella utvecklingsstadier utgjorde grunden till att sjuksköterskor med viss erfarenhet söktes. Författarnas förståelse var att sjuksköterskor med mer än fem års erfarenhet inom yrket och som hade arbetat på avdelningen i mer än ett år borde kunna ge den information som söktes.

Deltagare

Avdelningsföreståndaren informerades av författarna om studien under ett möte. Efter diskussion med avdelningsföreståndaren ändrades urvalet till att sjuksköterskorna skulle ha arbetat minst tre år inom yrket eftersom urvalet av sjuksköterskor annars hade blivit för begränsat. Avdelningsföreståndaren erbjöd sig att tillfråga sjuksköterskor som uppfyllde

studiens kriterier om de var intresserade av att delta. De tillfrågade sjuksköterskorna fick skriftlig information om studien samt information om att studien var helt frivillig och att de när som helst kunde dra sig ur. Innan intervjun påbörjades fyllde samtliga deltagande sjuksköterskor i ett samtyckesformulär.

Tillsammans med avdelningsföreståndaren bestämdes dagar och tider när intervjuer kunde hållas baserat på avdelningens verksamhet. Avdelningsföreståndaren kontrollerade vilka sjuksköterskor som arbetade de aktuella dagarna och som uppfyllde studiens krav, av dessa tillfrågades åtta slumpmässigt om deltagande i studien. Samtliga av de åtta tillfrågade sjuksköterskorna valde att delta i studien. En av de tillfrågade blev sjuk och därför tillfrågades ytterligare en sjuksköterska som valde att delta i studien. Inför varje intervjutillfälle tog författarna kontakt med avdelningsföreståndaren för att kontrollera att det fanns utrymme i verksamheten för intervjuer den aktuella dagen. Avdelningsföreståndaren meddelade under telefonsamtalet vilka sjuksköterskor som skulle medverka i intervjuerna på eftermiddagen. En till två sjuksköterskor intervjuades per tillfälle.

De intervjuade sjuksköterskorna var i åldern 26 till 61 år (medelålder 37 år), de hade varit yrkesverksamma i 3 till 35 år (medel 12,5 år) och hade arbetat på avdelningen i 1,5 till 16 år (medel 8 år). Fem av de intervjuade sjuksköterskorna var kvinnor och tre av dem var män. Sjuksköterskorna tjänstgjorde på avdelningen 85 - 100 % och arbetade antingen tvåskift (morgon- och kvällspass) eller treskift (morgon-, kvälls- och nattpass). Tre av sjuksköterskorna hade vidareutbildning; en i intensivvård, en i medicin/kirurgi och en i psykiatri. Samtliga sjuksköterskor hade någon form av akademisk utbildning utöver sjuksköterskeutbildning. Utbildningarna varierade från strökurser inom omvårdnad till pågående masterutbildning. Flertalet hade även viss utbildning inom andra akademiska ämnen.

Genomförande

Undersökningen utfördes med hjälp av kvalitativa intervjuer. En halvstrukturerad intervjumetod användes, vilket innebar att frågor ställdes enligt en bestämd och likalydande ordning vid alla intervjutillfällen, men intervjupersonerna gavs möjlighet att fritt formulera sina svar (Hartman, 1998).

Intervjuerna genomfördes som enskilda intervjuer med varje utvald sjuksköterska. Intervjuerna skedde på överenskommen tid och plats och bägge författarna närvarade vid varje intervju. Intervjuerna spelades in med hjälp av digital diktafon. Under intervjuerna fördes också anteckningar till stöd för senare utskrift.

Samtliga intervjuer genomfördes på en neutral plats utanför undersökningsavdelningen. Respondenterna erbjöds kaffe, te och vatten för att förmedla ett intryck av vänskapligt samtal. Författarnas placering i rummet; en mitt emot respondenten, en vid kortändan av bordet, var ett medvetet försök att skapa ett positivt intervjuklimat. Författarna turades om att intervjua och att vara bisittare. Bisittarens huvuduppgift var att föra anteckningar men kunde komma med frågor vid behov. Intervjuerna varade mellan 45 och 60 minuter.

Etisk avvägning

De etiska forskningsreglerna bygger på FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna. Deltagandet ska vara frivilligt, deltagarna ska kunna garanteras anonymitet, samt ska kunna dra sig ur undersökningen när som helst och utan att behöva uppge varför (Northern Nurses' Federation, 2003).

Ansökan godkändes av Etikprövningsnämnden vid Malmö Högskola, Hälsa och Samhälle, 2008-12-15. Diarienummer HS 60-08/1091:09. Tillstånd att genomföra undersökningen gavs även från klinikchefen samt från avdelningsföreståndaren på den aktuella avdelningen.

Deltagandet i undersökningen var helt frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan att orsak till detta behövde anges. Allt material, inklusive informerat samtycke, anteckningar och digitala inspelningar förstördes efter det att uppsatsen godkänkts av Malmö Högskola. Enligt Kvale (1997) betyder konfidentialitet att privata data som identifierar undersökningens person inte redovisas. I studien har alla data, citat, m.m. avidentifierats. Inga verkliga namn har använts, inte heller vilken avdelning som avses eller annan identifierbar information har publicerats i uppsatsen.

Inspelat material förvarades enbart i diktafonerna. När diktafonerna inte användes för inspelning eller utskrift förvarades de i den ena författarens kassaskåp och i den andra författarens bankfack. Utskrifter av intervjuer och ifyllda samtyckesformulär förvarades i låsta utrymmen hos författarna.

Innehållsanalys

Författarna studerade de kvalitativa analysmetoder som finns beskrivna i Jacobsen (2007) och fann att innehållsanalys lämpade sig väl för tolkning av materialet.

Efter varje avslutad intervju reflekterade författarna över intryck och upplevelser av intervjusituationen och respondenten. Intervjuerna transkriberades ordagrant av bisittaren med hjälp av inspelat material och stödanteckningar. Utskriften skickades därefter till medförfattaren för kontroll och avstämning av innehållet. Oklarheter i utskrifter diskuterades gemensamt för att uppnå samstämmighet i tolkningen. Ett original och två kopior av varje utskrift gjordes. Originalutskriften förvarades tillsammans med de ifyllda samtyckesformulärens i låst utrymme. Kopiorna användes som arbetsmaterial i analysarbetet. Arbetskopiorna förvarades i låst utrymme hos författarna när de inte användes i uppsatsarbetet.

Enligt Jacobsen (2007) innebär innehållsanalys att texten tolkas ”som faktiska (om än subjektiva) förhållanden” och tolkningsarbetet innefattar:

1. *Kategorisering, alltså dela upp texten i ett antal teman eller problemställningar*
 2. *Fylla kategorierna med innehåll, illustrera dem med hjälp av citat*
 3. *Räkna hur ofta ett tema eller en problemställning nämns*
 4. *Jämföra intervjuer och söka efter skillnader och likheter*
 5. *Söka förklaringar till skillnader*
- (a a, s 139)

Författarna följde Jacobsens faser i tolkningsarbetet. Efter flera genomläsningar av materialet, individuellt och tillsammans, framkom flera teman/kategorier. Därefter gjordes en sammanställning av samtliga sjuksköterskors uttalanden inom ett tema och på så sätt kunde de olika sjuksköterskornas uppfattningar utkristalliseras.

Tabell 1: Exempel på sammanställning av teman från intervjumaterialet.

Kategori	Citat
Utrymme	Jag slaktar texten för att mina kollegor ska orka läsa igenom.....jag tycker jättemycket om att skriva stora romaner. Så kort, koncist och tydligt – det är vad jag kämpar med.
Innehåll	...jo till exempel om patienten blir agiterad eller bär sig ummmm... illa åt hur ska man dokumentera det om patienten en dag själv ska läsa detmen jag skriver det så korrekt som möjligt så att det inte kan missuppfatta eller att det känns som att det är förnedrande för patienten

Därefter gjordes en enkel kvantitativ analys där författarna räknade hur många uttalanden i intervjuerna som hörde till de olika kategorierna för att få en uppfattning av vad de intervjuade lade vikt på. Om samma uttryck används av flera respondenter ökar sannolikheten för att begreppet uppfattas som sant enligt Jacobsen (2007).

Tabell 2: Exempel på enkel kvantitativ analys av intervjumaterialet.

Huvudkategori/underkategori	Nämns antal gånger under samtliga intervjuer
Utrymme / kort och koncis	17
Innehåll / inte förnedra eller lämna ut patienten	18

En jämförelse mellan de sammanställda temana och den kvantitativa analysen gav författarna en bild av vad respondenterna ansåg vara viktigt.

RESULTAT

Fyra huvudteman för dokumentation identifierades; format, innehåll, utrymme och framtid.

Format syftar på hur dokumentationen såg ut, i vilken omfattning dokumentationssystemets och standardvårdplaners utformning styrde hur dokumentation skedde, hur språk och grammatik påverkade sjuksköterskans dokumentation.

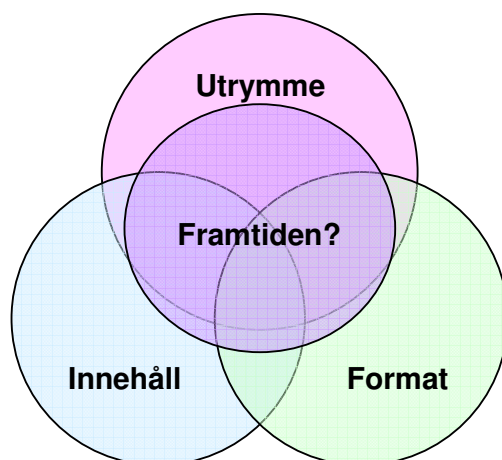
Innehåll syftar på vad som dokumenteras, dvs. sjuksköterskornas upplevelser om vad som var viktigt att dokumentera. Här beskrivs vilken information som inkluderas och vilken information som exkluderas från dokumentationen. Temat innefattar också vad som ansågs svårt att dokumentera och vilken information som rapporterades muntligt

Utrymme betyder i undersökningen i vilken utsträckning sjuksköterskorna upplevde att de hade möjlighet att sätta sig ner och dokumentera ostört utan att andra arbetsuppgifter inkräktade. Sjuksköterskornas inställning till dokumentation och deras upplevelser om hur omfattande dokumentationen fick vara redovisas här, samt den fysiska miljön i vilken dokumentationen skedde.

Framtid innefattar sjuksköterskornas tankar om hur framtidens dokumentationssystem, standardvårdplaner och sökord skulle utformas för att motsvara deras förväntningar och underlätta deras dokumentation. Sjuksköterskorna uttryckte även en förhoppning att dokumentationen skulle bli mer omvårdnadsinriktad i framtiden.

För att få en övergripande uppfattning måste dokumentationen ses som en helhet, där delarna representeras av teman. Helheten, dvs. sjuksköterskans dokumentation, påverkades kontinuerligt av de olika temana i större eller mindre omfattning, och ett tema måste hela tiden ses i relation till de andra och till helheten. I intervjuerna framkom att det var individuellt vilket tema som hade störst betydelse för den egna dokumentationen. Temanas inbördes förhållande kunde figurativt illustreras enligt följande:

Figur 1:



Medicinsk och medicinskteknisk information begränsat till den egna kliniska specialiteten och den aktuella situationen ansågs viktig. Information som låg utanför denna begränsning dokumenterades inte, men kunde ibland rapporteras vidare muntligt. Händelser som gick utöver det normala vårdförloppet ansågs svåra att dokumentera på ett neutralt och opersonligt sätt.

Format

Intervjuerna tog sin utgångspunkt i frågorna:

Vad (vilka faktorer) påverkar din dokumentation?

Hur tänker du när du formulerar dig?

Har språket någon betydelse?

Avdelningen var en av de första på sjukhuset att införa standardvårdplaner för vissa diagnoser vilket gjorde att stora delar av samtalet kom att kretsa kring det.

Synpunkter på Melior

Sjuksköterskornas uppfattning om Melior som dokumentationssystem var att de fick "gilla läget" eftersom det var det dokumentationssystem som användes och de upplevde att de inte kunde göra så mycket åt det utan fick försöka göra det bästa av situationen.

Positiva aspekter inkluderade sökorden som upplevdes som i stort sett relevanta, även om det innebar svårigheter att bestämma under vilket sökord en händelse skulle dokumenteras, vilket

upplevdes som en begränsning. Vissa sökord ansågs utgöra en minimivå för vad dokumentationen måste innehålla och de användes alltid, medan andra sökord användes i varierande omfattning. Några sjuksköterskor ansåg att sökorden styrde vad de dokumenterade och att antalet sökord inte var tillräckligt. Möjligheten att länka till dokument utanför Melior upplevdes som positivt. Systemets layout upplevdes som en mycket negativ aspekt eftersom det innebar "en massa klickande" och stora textmassor som måste läsas igenom för att hitta relevant information:

//Nej, jag tycker att det är fruktansvärt tungjobbat. Svårt att överblicka framförallt om man skall läsa. Det är inte svårt att dokumentera i Melior, det är svårt att inhämta det som är dokumenterat. Det är ostrukturerat.// (SSK 5)

En sjuksköterska ansåg att Melior inte lämpade sig som dokumentationssystem för de patienter som krävde stora medicinska insatser då det inte gick att utläsa hur förändringar i t.ex. läkemedeltillförsel påverkat patienten. Sjuksköterskan ansåg att Melior inte understödde den process som frekventa förändringar innebar och att det inte gick att se samband mellan orsak och verkan. Avdelningen höll på att utveckla ett observationsdokument i pappersformat för att underlätta dokumentation av sådana processer.

Synpunkter på standardvårdplaner

Sjuksköterskorna var stolta över att kollegor från deras avdelning hade gått i täten för utveckling och införande av standardvårdplaner, samt att avdelningen var en av de första på sjukhuset att införa dessa. Flera sjuksköterskor uttryckte motvillig besvikelse över att standardvårdplaner i deras nuvarande utförande inlagda i Melior var klumpiga och svårhanterade. De upplevdes som föråldrade, stela och svåra att arbeta med eftersom det krävdes att sjuksköterskan hela tiden var inne och arbetade i dem. Resultatet blev ofta att respondenterna lät bli att öppna standardvårdplaner för patienter trots att de visste att de borde göra det:

//Vi har en standardvårdplan och den ska vi använda men eftersom väldigt många är missnöjda med den och eftersom den är om möjligt ännu mer tungjobbad eftersom den är inlagd i Melior så är den svår att använda. Det är inte så enkelt att använda den trots att den ska underlätta vårt arbete.// (SSK 5)

De flesta patienter hade en mycket kort vårdtid, i genomsnitt tre dygn. Den höga patientomsättningen upplevdes som bekymmersam ur dokumentationssynpunkt. Det gällde i synnerhet när standardvårdplaner användes, då de ibland inte avslutades när patienten skrevs ut eller flyttades till en annan avdelning, utan kunde ligga kvar i en enskild sjuksköterskas signeringsfunktion i Melior långt efter att patienten lämnat avdelningen. En del sjuksköterskor nämnde att standardvårdplanernas utformning var problematisk eftersom avdelningens korta vårdtider innebar att flertalet tvingande sökord, t.ex. utvärdering av en insats, aldrig hanns med innan patienten lämnade avdelningen. Ibland hade insatser gjorts redan innan patienten anlände till avdelningen, men det gick inte att dokumentera i en standardvårdplan i efterhand. Då standardvårdplanen inte följde patienten i vårdkedjan fick sjuksköterskan försöka avsluta den efter bästa förmåga utan att veta det verkliga förloppet. Andra respondenter nämnde att de inte ville signera vad andra hade skrivit in i en standardvårdplan, men att de ibland var tvungna att göra det för att kunna avsluta den. Standardvårdplaner innebar också mycket dubbeldokumentation eftersom samma information fördes in både i standardvårdplanen och i den löpande dokumentationen. Några respondenter såg standardvårdplaner som värdefulla arbetsredskap, framförallt i samband med patientundervisning och uppföljning:

//Standardvårdplanen är bra för oss. Det är ett bra arbetsredskap, det fungerar som ett PM för mig. Vad har mina kollegor gjort, vad har de inte gjort, vad kan jag gå in och göra och vad behöver jag gå in och göra eller vad behöver jag göra igen. Alltså desto mer utarbetade sådana system skyddar både oss och patienten.// (SSK 3)

En stor svårighet var att standardvårdplaner måste modifieras vid inläggning i Melior på grund av systemets begränsning av antalet bokstäver per ord. Långa ord fick därför omformuleras eller bytas ut. Svårigheterna ansågs så stora att ett nytt tilläggsystem hade köpts in för att få standardvårdplaner att fungera som dokumentationsunderlag. Det nya systemet hade inte börjat användas vid tidpunkten för denna undersökning.

Synpunkter på språk och grammatik

Samtliga sjuksköterskor upplevde att dokumentationens språk och grammatik var av stor betydelse, och de ansträngde sig för att hålla en hög språknivå och dokumentera med ett korrekt skriftspråk. De flesta ansåg att dokumentationens språkliga kvalitet var god på avdelningen. Att följa reglerna för hur man dokumenterade på avdelningen ansåg en av sjuksköterskorna vara av största vikt eftersom det annars blev svårt att hitta i journalen. Hon upplevde att många av hennes kollegor inte följde reglerna för dokumentation utan gjorde lite som de ville, vilket hon ansåg försvårade genomläsning av text för att hitta den information hon sökte:

//Dokumentation är viktigt för mig. Det ska vara lättläst och som jag sa så ska det vara bra skriftsvenska som är grammatiskt korrekt. Lätt att läsa och kort och koncist, så att man snabbt får en överblick om hur patienten mår. Inga romaner och inget eget tyckande och så, utan jag vill snabbt kunna gå in och läsa och sedan gå ut och prata med patienten och kunna ha det som bakgrund// (SSK 8)

I samband med skiftbyte gjordes en avstämning mellan sjuksköterskorna då eventuella oklarheter kunde diskuteras. En sjuksköterska påpekade att det var särskilt värdefullt att stämna av när en kollega inte hade svenska som förstaspråk. Likaså kunde kollegor med dyslexi få en utförligare förklaring av situationen, menade en annan. En sjuksköterska upplevde att omvårdnadsdisciplinens avsaknad av en egen terminologi försvårade sjuksköterskedokumentation, vilket ledde till att hon upplevde svårigheter att dokumentera det hon hade tänkt.

Innehåll

Avdelningen hade ett internt PM som stipulerade vad sjuksköterskornas dokumentation skulle innehålla och vid vilka tidpunkter på dygnet dokumentation skulle ske. De flesta av sjuksköterskorna i vår undersökning berättade att de baserade sin dokumentation på detta PM. Frågan ”Vad väljer du att INTE dokumentera och varför” utgör basen för det här temat. Samtalen handlade om vad som dokumenteras och vad som utelämnas.

Avdelningens PM om vad som ska ingå i sjuksköterskans dokumentation kände alla till och det ansågs utgöra miniminivån för dokumentationens innehåll, speciellt om sjuksköterskorna hade mycket att göra och därmed hade mindre tid för dokumentation. Information som inte rent medicinskt hörde till specialiteten och sållades bort eller sammanfattades mycket kort. Att anhöriga varit på besök eller ringt uppgav flera sjuksköterskor att de inte dokumenterade.

Det fanns ingen skillnad i männens och kvinnornas syn på vad som skulle dokumenteras, tvärtom var de samstämmiga i vad de ansåg vara viktigt. Endast en sjuksköterska (en man) tog under intervjun upp att avdelningens fokusering på det tekniska kunde bero på att det fanns många män på avdelningen. Enligt hans åsikt har män sämre omvårdnads känsla än kvinnor, vilket resulterade i att människan kom i skymundan för att det tekniska stod i fokus.

Det som är svårt att skriva

Resultatet visade att patienterna som vårdades på avdelningen till största delen uppfattades som glada, trevliga, tillmötesgående, euforiska och lyckliga över att ha undgått döden. Sjuksköterskorna upplevde i allmänhet patientvården som okomplicerad. Samtliga deltagande sjuksköterskor ansåg därför att något av det svåraste att dokumentera var när patienter på ett eller annat sätt uppträdde annorlunda än vid det normala vårdförloppet, t.ex. vid förvirringstillstånd, vid svår ångest eller vid olämpligt uppträdande gentemot personalen. Sjuksköterskorna upplevde en osäkerhet över sin förmåga att skildra händelsen utan att nedvärdera eller på annat sätt ge ett negativt intryck av patienten i skrift. Ord och uttryck som ofta användes var att de inte ville kränka patienten, inte göra bort patienten, inte förnedra patienten och inte lämna ut patienten. Respondenterna angrep problemet på olika sätt. Några valde att beskriva händelsen genom att citera patienten, andra genom att beskriva händelseförloppet, någon skrev om händelsen men använde ord som upplevdes mer neutrala, t.ex. agiterad i stället för aggressiv. En del dokumenterade att något hade inträffat men inte vad, medan andra valde att inte dokumentera händelsen alls utan rapporterade det muntligt till sina kollegor. Som anledning till att en sådan händelse var svår att dokumentera uppgav sjuksköterskorna att patienten kanske någon dag skulle läsa vad de hade skrivit om dem:

//Alltså, för att jag är medveten om det att patienten har alltid rätt att läsa sin journal. Så därför känner jag att man får ju – alltså jag vill gärna skriva det på ett bra sätt så att inte liksom- om, om patienten nån gång vill läsa sin journal – att det inte framstår som att det är något negativt utan – så att det kan vara t.ex. om någon är förvirrad att man uttrycker det på ett sätt att ”patienten är inte orienterad just nu” ehhh till exempel ”troligen tillfälligt” och så här – sen får man gå vidare med det.// (SSK 4)

Förtroenden som gavs av patienterna dokumenterades inte men kunde rapporteras muntligt om patienten gett sitt tillstånd. Om patienten berättat något självdestruktivt i förtroende kunde det dokumenteras om det ansågs viktigt för patientens vård, men först efter diskussion med kollegor och/eller läkare.

Det som rapporteras muntligt

Det som rapporterades muntligt till kollegorna varierade från påminnelser om saker som kunde inträffa inom de närmaste timmarna, t.ex. undersökningar av olika slag, till att beskriva sina egna känslor och föräningar inför patientens situation:

//.....när jag känner en oro eller föräning att någonting är på gång men jag kan inte ta på det. Jag kan inte objektivt visa på någonting, i alla fall inte med något rent kliniskt, något rent kvantitativt utan du har din känsla i maggropen.....och det är det som jag inte dokumenterar, jag skriver inte att jag känner mig osäker på den här patienten.alltså sånt som är svårt att verifiera tydligt med ren rå klinisk data, så går jag inte och skriver så, utan då berättar jag det till min kollega som tar över// (SSK 3)

Förutom att sjuksköterskorna i intervjuerna uttryckte en motvilja mot att dokumentera observationer som inte kunde verifieras objektivt, så upplevde de att det inte kunde

dokumenteras eftersom det inte fanns något passande sökord eller att de var osäkra under vilket sökord händelsen skulle dokumenteras. Sjuksköterskornas omvårdnadskunskap och omvårdnadsinformation dokumenterades sällan utan fördes oftast vidare muntligt:

*”Det är sånt där som sköterskan gör men som inte syns, som inte dokumenteras”
(SSK 4).*

Den muntliga rapporten gav tillfälle till att utveckla vad som dokumenterats, och då kunde respondenterna inkludera personliga kommentarer om situationen. Det var också ett tillfälle att stämma av kollegor emellan att dokumentationen uppfattats på ett korrekt sätt, samt att göra tillägg om man glömt att dokumentera något. Den sociala samvaron, att bara prata med varandra, upplevdes vara av stor betydelse:

//..men ibland, dokumentation i all ära, kan det vara skönt att höra någon som summerar// (SSK 3)

Sjuksköterskorna var väl medvetna om att information kunde missas vid muntlig rapportering, vilket kunde resultera i dubbelarbete för sjuksköterskan och/eller konsekvenser för patienterna. Det gavs flera exempel på vad som hade hänt när muntlig information inte förts vidare, exempelvis hade olika patientbehandlingar fördröjts, vilket även innebar merarbete för sjuksköterskan. Sjuksköterskorna ansåg ändå att muntlig information var att föredra i vissa sammanhang.

Vad som skulle dokumenteras i skrift och vad som skulle rapporteras muntligt berodde på den enskilda sjuksköterskans uppfattning och kunde till viss del vara situationsbundet. När sjuksköterskorna hade rapporterat muntligt till en kollega tog de inget ansvar för vad kollegan gjorde med informationen, men de litade på att informationen fördes vidare om nödvändigt.

Utrymme

Temat kan delvis baseras på frågan: Vad (vilka faktorer) påverkar din dokumentation? I samtliga intervjuer framkom hur sjuksköterskorna såg på sin egen och sina kollegors dokumentation som arbetsuppgift.

Inställning till dokumentation

Inställningen till dokumentation var överlag positiv i vår undersökning. Enstaka personer upplevde att dokumentation var något som måste göras, men de allra flesta upplevde dokumentationen som en naturlig och oundgänglig del i arbetet. Det framkom att journalen var ett arbetsredskap och att respondenterna därför i första hand dokumenterade för sina kollegor och medarbetare. Sjuksköterskorna var medvetna om att patienten kunde ta del av journalen och därför försökte de dokumentera på ett objektiva och neutralt sätt. Hur mycket som dokumenterades berodde på den enskilda sjuksköterskan och varierade från att inte dokumentera något alls ”om det inte hade hänt något”, dvs. att inget nytt medicinskt hade tillkommit, till att dokumentera att patienten blivit genomgången även om inget nytt hade framkommit för att visa att patienten blivit sedd. Från sjuksköterskornas berättelser kunde anas att de betraktade storleken på dokumentationen som ett inverterat mått på arbetsbelastning, dvs. kortfattad dokumentation betydde en hög arbetsbelastning:

//För ju mindre du skriver visar ju att du haft mycket att göra som jag ser det. Har du skrivit massor, jag menar, då har du haft gott om tid ju.// (SSK 6)

Ovanstående uttalande kan förklara att man på avdelningen föredrog dokumentation som var ”kort och koncis” och som innehöll ”det väsentliga”. Av de åtta sjuksköterskorna var det sex stycken som använde just orden ”kort och koncist” om sin dokumentation, andra fraser som användes var ”kortfattad men innehållsrik” och ”kortfattat men begripligt”. En orsak till att hålla dokumentationen kort var att sjuksköterskorna upplevde det som arbetsamt att läsa igenom stora textmassor för att hitta den information de sökte:

//Alltså det – det kan ibland – ibland kan det bli väldigt långa utläggningar så att man blir rent matt när man ska läsa nå som har skrivit ihop nånting som , som kanske hade kunnat sammanfattas på ett bättre sätt.// (SSK 4)

Nya kollegor lärde sig vad som ansågs viktigt att dokumentera genom att följa avdelningens PM och genom att observera äldre kollegor:

”de är så noga med att följa avdelningen och vad vi gamla tycker är viktigt så de försöker efterlikna oss” (SSK 2)

Sjuksköterskor som ansågs skriva för mycket kritiserades och tillrättavisades på olika sätt av kollegorna. Verbala tillsägelser hade förekommit, och sjuksköterskor vars dokumentation ansågs för omfattande hade fått gå bredvid en kollega under några dagar för att lära sig dokumentera på ett mer önskvärt sätt. En sjuksköterska upplevde att hon fick kämpa med att ”slakta texten” till en för avdelningen acceptabel nivå.

Majoriteten av respondenterna menade att rent principiellt så skulle allt dokumenteras. I verkligheten ansåg de att det inte var realistiskt att dokumentera allt, eftersom dokumentationen då skulle uppta större delen av arbetstiden:

”Man ska dokumentera allt som är relevant för vården och för patienten, men man ska inte dokumentera allt för då ska man ju inte göra annat än att sitta vid datorerna hela dagarna ju.” (SSK 2)

Information som inte ansågs relevant för specialiteten och situationen utelämnades från sjuksköterskans dokumentation. Det gällde även problem som patienten tagit upp i samtal med sjuksköterskan. En respondent ansåg att om inte problemet bedömdes inverka på den egna specialitetens vård så ”behövde man inte göra någon längre historia av det” och att patienten fick vända sig till en annan instans för att få problemet åtgärdat. Det som ansågs vara väsentligt var medicinsk och medicinskteknisk information begränsad till det aktuella vårdtillfället och den egna specialiteten, endast i mindre utsträckning dokumenterades annan information:

//Ja, jag tycker att vår dokumentation är assistentdokumentation som komplement till läkarna och det fungerar ju bra för då kommer ju patienten rent medicinskt inte i kläm.// (SSK 2)

Att få dokumentera ostört

Samtliga sjuksköterskor upplevde att det var omöjligt att dokumentera ostört. De blev konstant störda i dokumentationsarbetet av telefoner, anhöriga, patienter, larm från övervakningsutrustning och från kollegor. Större delen av dokumentationen skedde vid datorer placerade vid övervakningskonsoler centralt på avdelningen. Det hade tidigare funnits datorer inne på vårdsalarna, vilka kunde utnyttjas till dokumentation i samråd med patienten,

men dessa hade tagits bort. Sjuksköterskorna fick därför anteckna uppgifter på ett papper inne på vårdsalen för att sedan skriva in informationen i Melior när de kom ut till datorerna. En sjuksköterska beklagade att datorerna hade försvunnit från vårdsalarna eftersom det innebar merarbete att först dokumentera på papper och sedan i datorn, men kunde inte ge information om varför datorerna hade flyttats från vårdsalarna. Författarna fick ingen information om det fanns planer på att åter placera datorer på vårdsalarna eller att införskaffa laptops för dokumentation.

Det fanns möjlighet att gå undan för att dokumentera avskilt, men de flesta av sjuksköterskorna valde att inte göra det eftersom det ville "ha koll" på sina patienter om något skulle hända. Överlag var sjuksköterskorna positivt inställda till den nuvarande rutinen eftersom de trivdes med att ha "lite fart". Några sjuksköterskor medgav att de ständiga avbrotten kunde leda till att innehållet i dokumentationen blev lidande eftersom de tappade tanketråden eller helt glömde vad de hade tänkt skriva. Att avbryta en kollega i dennes dokumentationsarbete ansågs som fullständigt självklart, och sjuksköterskorna upplevde att det var något allmäntilligt inom sjukvården:

//troligt dålig disciplin.....Det gäller oss allihop faktiskt, det är väldigt lätt att man går bara rakt in i en diskussion, bryter, och det är nån som sitter och jobbar.// (SSK 6)

Respondenterna hade olika metoder för att hålla koncentrationen på sin dokumentation och stänga ute annan konversation, men kunde samtidigt medge att så fort den egna dokumentationen var avklarad så började de prata med kollegor i närheten utan att fundera på om samtalet var störande för andra.

Sjuksköterskorna upplevde att arbetsbelastningen var den faktor som hade störst inverkan på hur lång tid de spenderade på att dokumentera:

//har man inte så mycket tid att skriva på så får man väl snabba sig.....och då kanske man tar det mest väsentliga// (SSK 1)

En sjuksköterska framförde dock att om hon hade fått mer tid så hade inte hennes dokumentation blivit mer innehållsrik, utan hon hade då valt att spendera mer tid hos patienterna.

Dokumentation kunde ses som en ursäkt för kollegor "att gömma sig bakom datorn", dvs. att inte delta i patientarbetet i den utsträckning som respondenterna önskade. Sjuksköterskorna observerade beteendet hos andra, men ansåg inte själva att de använde dokumentation som ursäkt för att inte delta i patientarbete. Det ansågs svårt att komma åt eller kritisera denna "arbetskygghet" eftersom dokumentationsarbete var en legitim åtgärd som inte kunde ifrågasättas:

//Det finns ju såna som har datorn som en livräddare liksom. Dom kan inte hjälpa till med nånting för dom måste dokumentera. Så att det går ju att komma undan med hjälp av den också.// (SSK 1)

Framtid

I slutet av varje intervju ombads sjuksköterskan att delge sina tankar och funderingar om hur framtidens dokumentation skulle kunna se ut, både till format och innehåll. Sjuksköterskorna uttryckte en förhoppning om att det skulle bli enklare att dokumentera i framtiden. Framförallt

ville de komma bort från dubbeldokumentation som innefattade att de dels skrev samma saker som läkarna men även att sjuksköterskorna dokumenterade samma saker på flera olika ställen i journalen. På önskelistan inför framtiden stod också ett mer lättarbetat och flexibelt dokumentationssystem än dagens, smidigare standardvårdplaner och en önskan om fler sökord med relevans för verksamheten.

Sjuksköterskorna hade flera förslag på hur dokumentationssystemet skulle kunna göras bättre. Primärt önskade de att layouten i Melior skulle förbättras, de önskade att det var möjligt att ha ett delat fönster för att samtidigt kunna se exempelvis läkemedelslista, provsvar, löpande text och standardvårdplan. Dessutom önskade sjuksköterskorna att det vore möjligt att söka på ett enstaka sökord under en viss tidsperiod för att kunna få en möjlighet att följa patientens utveckling under några dagar, dvs. att kunna följa en process via dokumentationen:

//för fem dagar sedan kunde patienten bara dricka för två dagar sedan började han äta purékost idag så kan han kanske äta mer så att man fick det samlat i varje sökord för sig – det hade varit guld värt// (SSK 8)

En sjuksköterska uttryckte en önskan om en sammanhängande journal, dvs. att det vore möjligt att kunna läsa patientens journal från andra inrättningar såsom primärvård, psykiatri och öppen vård – på sikt journaler från hela Sverige. Några sjuksköterskor hoppades att fokus för sjuksköterskornas dokumentation skulle förändras från ett medicinskt till ett omvårdnadsmissigt perspektiv:

//Jag tror och hoppas ibland att det skulle vara mer omvårdnadsdokumentation om patienten i motsats till det medicinsktekniska som vi ofta skriver. Att det skulle vara mer om hur vi vårdar patienten än mediciner in och ut.// (SSK 7)

Majoriteten respondenter ansåg att standardvårdplaner var lösningen för framtiden och hoppades då att dessa skulle vara mer lättarbetade och flexibla och göra att sjuksköterskan slapp dubbeldokumentation. Standardvårdplaner ansågs även kunna ge en tryggare och säkrare vård för patienten:

//..man har en planerad vård för patienten.....det blir inte så mycket dubbeldokumentation och....man tar fram den senaste evidensen för patientens vård, inget gammalt som hänger kvar....man går igenom PM och vårdprogram...// (SSK 7)

En sjuksköterska ansåg att sättet att tänka på dokumentation måste förändras. Idag ansågs dokumentation under sökordet Rapportanteckning utgöra basen för sjuksköterskedokumentationen, vilket kunde innebära att saker tappades bort på vägen. Dokumentationssystemets uppdelning motverkade en sammanhållen, övergripande bild av patienten vilket i kombination med de korta vårdtiderna förhindrade ett djupare engagemang i patientrelationen. Respondenten ansåg att patienterna skulle få en säkrare vård om dokumentationen baserades på standardvårdplaner istället. Sjuksköterskorna önskade också att signeringsfunktionen i standardvårdplanerna förändrades så att de endast signerade vad de själva hade skrivit.

Flera av sjuksköterskorna uttryckte att intervjuerna hade varit givande för dem och fått dem att fundera över sin egen dokumentation.

DISKUSSION

Diskussionsavsnittet har delats upp i separata delar för diskussion av metod och resultat.

Metod

Metod för datainsamling bestämdes till empirisk undersökning i form av kvalitativ intervju huvudsakligen på grund av att litteratursökningen visade att en stor del artiklar inom omvårdnad/vårdvetenskap baserades på litteraturstudier. De intervjustudier som hittades var till största delen utförda utomlands, eller utförda inom andra akademiska discipliner. Upprepade sökningar med andra sökord och i andra databaser än de som användes kan tänkas ha gett ett annorlunda resultat.

En kvalitativ undersökning är lämplig för att skapa förståelse utifrån beskrivningar och för att tydliggöra oklara teman. Den största fördelen med en kvalitativ undersökning är att den ger detaljförståelse av något. En nackdel är att informationsmängden blir stor och tidskrävande att bearbeta (Jacobsen, 2007). En kvantitativ undersökning hade eventuellt gett en större mängd yttlig information och potentiellt möjlighet till generalisation, men hade kanske inte ökat förståelsen för det vi ville undersöka. En kombination av kvantitativa och kvalitativa undersökningsmetoder hade varit idealiskt, men bedömdes vara alltför omfattande för att rymmas inom tidsramen för uppgiften.

Respondenternas svarsfrekvens tenderar att vara högre vid intervjuer än vid enkäter, och frågor kan utvecklas eller omformuleras för att undvika missförstånd. Eftersom respondenterna är fullt medvetna om att de deltar i en undersökning kan de anpassa information till vad de tror att forskaren eftersträvar eller undanhålla information som de inte vill lämna ut (Polit, Beck & Hungler, 2001). Några respondenter upplevde frågorna som svåra, i betydelsen att de behövde tänka efter innan de svarade. Enligt Kvale (1997) är en av aspekterna av en forskningsintervju att samla in så rika och förutsättningslösa beskrivningar som möjligt. Möjligheten att få frågorna i förväg hade kanske gett mer uttänkta svar, men då hade möjligheten att få sjuksköterskornas spontana respons gått förlorad.

Andra tänkbara forskningsmetoder för uppgiften inkluderade deltagande observation och/eller textanalys vilket hade kunnat ge information om hur dokumentationen gjordes och vad som dokumenterades, men dessa metoder hade förmodligen inte gett svar på sjuksköterskornas tankar om dokumentationens innehåll. En kombination av metoder hade antagligen gett en mer utförlig bild av tanke och handling men bedömdes vara alltför tidskrävande. Författarna diskuterade även möjligheten att genomföra gruppintervjuer där deltagarna kunde diskutera sig fram till vad som utelämnades ur dokumentationen. Gruppintervjuer hade eventuellt gett ytterligare kunskap men hade möjligen kunnat verka hämmande på enskilda sjuksköterskor. Enkäter hade kunnat användas men hade kanske inte gett så utförlig information. Författarna hade som intention att använda en modifierad fenomenografisk ansats i analysarbetet. Den fenomenografiska analysen går ut på att beskriva variationen i uppfattningar, dvs. det som är underförstått och aldrig har reflekterats över (Larsson, 1986). Genom läsning och reflektion studeras jämförelsen mellan olika svar, likheter och skillnader studeras. Det karaktäristiska i en uppfattning fås fram genom kontrasten till andra uppfattningar, och de kan då kategoriseras. Efterhand kan man utifrån en övergripande förståelse utkristallisera de olika nyanserna av en uppfattning. Efter genomläsning och bearbetning av intervjuerna upplevdes berättelserna som alltför samstämmiga för att medge en fenomenografisk analys och metoden fick överges. En annan analysmetod än innehållsanalys hade sannolikt gett en annan tolkning, men författarnas begränsade kunskaper

i analysarbete gjorde att andra metoder efterhand sållades bort.

Urval och deltagare

De flesta avdelningar har någon form av dokumentationsstruktur som föreskriver hur dokumentation ska göras på avdelningen. Det kan vara PM, mallar eller andra dokument som visar vad avdelningsledningen anser bör ingå i sjuksköterskans dokumentation. En undersökning på en annan avdelning på samma sjukhus hade kanske gett ett helt annorlunda resultat än vad som framkom. En undersökning på en liknande avdelning på något annat sjukhus hade kanske även det gett ett annat resultat.

Antalet respondenter uppgick till åtta personer, fem kvinnor och tre män. Sett ur ett könsperspektiv representerade urvalet väl fördelningen på avdelningen som helhet. Ett stratifierat urval hade gett samma fördelning av män och kvinnor som det verkliga resultatet. Den ursprungliga tänkta urvalsmetoden var att skicka ut ett e-postmeddelande till samtliga sjuksköterskor på avdelningen och sedan välja respondenter bland personer som lämnat svar. Det är inte säkert att den tänkta metoden hade gett fler respondenter eller att könsfördelningen hade varit representativ för avdelningen.

Hartman (1998) beskriver att urvalet av deltagare ofta begränsas av vad som är möjligt att genomföra. Undersökningens urval begränsades av antalet tillgängliga personer vid varje undersökningstillfälle, och får därför ses som ett tillfällighetsurval. Fördelen med urvalsmetoden är dess enkelhet vid begränsade resurser, nackdelen med urvalsmetoden är att urvalet kanske inte blir representativt för populationen som helhet.

En av forskningens grundprinciper är att respondenterna ska delta i studier utifrån eget intresse och av egen fri vilja. Det är forskarens ansvar att upprätthålla respondenternas rättigheter.

*I all forskning är det forskarens plikt att värna om deltagarens liv, hälsa, privatliv och värdighet. Detta går före forskningsintressena.
(Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, 2003, s 10).*

Principen kan ha åsidosatts genom att avdelningsföreståndaren gjorde urvalet av sjuksköterskor samt frågade om de ville ingå i studien, då de kan ha känt sig pressade att tacka ja. Avdelningsföreståndaren kan teoretiskt ha valt ut sjuksköterskor som dokumenterade på ett för avdelningen önskvärt sätt. En undersökning av sjuksköterskor med ett annat dokumentationssätt kan därför ha gett ett annat resultat. Under mötet med avdelningsföreståndaren diskuterades inte organisationskultur eller dokumentationssätt. Avdelningsföreståndaren informerades inte om intervjufrågorna utan enbart att undersökningen rörde dokumentation. Författarna bedömer det som mindre troligt att avdelningsföreståndaren medvetet valt ut speciella sjuksköterskor för att vinkla resultatet. Samtliga sjuksköterskor informerades av författarna innan intervjun påbörjades om rätten att de när som helst kunde avbryta intervjun. I samband med att muntlig information om studien gavs och undertecknandet av samtyckesformuläret gjordes gavs respondenterna tillfälle att uttrycka sin åsikt om deltagandet. Ingen sjuksköterska sade sig känna något tvivel eller tveksamhet över att delta i undersökningen, vilket får författarna att tro att ingen av dem hade upplevt någon press från avdelningsföreståndaren att tacka ja till deltagande. Detta styrks också av att flera respondenter uttryckte att intervjun hade varit intressant och lärorik för dem.

Alla intervjutillfällen var förlagda till dagtid, vilket kan ha varit orsaken till att inga sjuksköterskor med endast nattjänstgöring deltog i undersökningen. Det kan teoretiskt ha

inverkat på resultatet, men flertalet respondenter arbetade treskift. Dokumentation natttid skiljer sig inte nämnvärt från dokumentation dagtid så författarna upplever sig ha täckt in alla aspekter. Intervjuerna ägde rum under en begränsad tidsperiod under februari och mars 2009. Därmed uteslöts sjuksköterskor som inte tjänstgjorde under den aktuella perioden, vilket kan ha påverkat undersökningsresultatet. Samtliga intervjuer ägde rum under tidig eftermiddag under en tid då avdelningen var dubbelbemannad, dvs. att både sjuksköterskor som arbetade morgon- och kvällspass fanns på avdelningen. Det var ett krav från avdelningens sida att intervjuerna inte skulle inverka på patientvården. Vetskapen att deras patienter sköttes av kollegor under den tid intervjun varade kan ha inverkat positivt på respondenterna.

En större undersökning på avdelningen hade förmodligen gett större kunskap om sjuksköterskornas upplevelse av dokumentation. Undersökningens resultat speglar sjuksköterskornas upplevelser i intervjuögonblicket och kan inte återskapas, inte ens om undersökningen gjordes om med samma respondenter under liknande förhållanden. Okända inre och yttre omständigheter kan ha inverkat på resultatet. En ny undersökning på samma avdelning vid ett annat tillfälle kan tänkas ge ett annat resultat.

Validitet och reliabilitet

Enligt Jacobsen (2007) får valet av datainsamlingsmetod alltid konsekvenser som måste beaktas. Intervjuerna skedde utanför sjuksköterskornas avdelning och en av författarna gick alltid till avdelningen och eskorterade respondenten till intervjuplatsen. Författarna upplevde ibland en viss irritation från sjuksköterskornas sida över att bli störda i sitt arbete när författarna kom till avdelningen för att möta dem. Under den korta promenaden till intervjuplatsen brukade irritationen lätta och i intervjusituationen märktes sällan någon irritation, och irritationen antogs därför bero på avbrottet i arbetet snarare än intervjun. Kontexteffekten, dvs. det sammanhang i vilket intervjun genomförs, påverkar innehållet enligt Jacobsen (2007). Intervjuerna skedde i en miljö som var obekant för respondenterna vilket tenderar att öka antalet onaturliga svar. En neutral miljö minskar risken för avbrott under intervjun, vilket får ses som en positiv aspekt. Jacobsen påpekar att det inte finns några neutrala kontexter som inte påverkar respondentens svar. Intentionen var att utföra intervjuerna utan att riskera störande avbrott och författarna valde därför att förlägga intervjuerna till en neutral plats. Kvale (1997) menar att de första minuterna av intervjun är avgörande för att den intervjuade ska kunna känna att hon vill tala fritt och yppa erfarenheter och känslor för en främling. Genom att lyssna uppmärksamt, genom att visa intresse, förståelse och respekt för vad den intervjuade säger skapar intervjuaren god kontakt.

Samtliga sjuksköterskor var till en början lite besvärade av att bli inspelade, men ingen tackade nej till att bli inspelad. Majoriteten av respondenter glömde snart att diktafonen fanns, men i ett fall var den intervjuade sjuksköterskan klart besvårad av att samtalet spelades in. Intervjun bör enligt Kvale (1997) följas av en uppföljning där den intervjuade kan få tillfälle att ta upp frågor som hon tänkt på eller undrat över under intervjun. Intervjuerna avslutades alltid med att respondenterna fick frågan om de hade egna synpunkter eller frågor som inte tagits upp och intervjun avrundades på så sätt naturligt. Författarna uppfattade inte någon respondent som besvårad vid avslutad intervju.

Jacobsen anger att intern validitet handlar om ”huruvida resultaten uppfattas som riktiga” (2007, s 156). I en innehållsanalys uppmärksammas åsikter och uppfattningar som är gemensamma för många. När flera personer är överens om att något är en riktig beskrivning har intersubjektivitet uppnåtts, vilket anses vara så nära sanning som det är möjligt att komma inom samhällsvetenskaperna. Intersubjektivitetens riktighet ökar med antalet respondenter

som instämmer i att beskrivningen är riktig. Den interna validiteten kan testas genom respondentvalidering (face validity), dvs. att respondenterna får läsa resultat och slutsatser för att bekräfta eller kullkasta dem. Validering kan också ske på andra sätt, t.ex. genom kritisk granskning av olika variabler. Ytterligare en valideringsmetod är genom kontroll mot teori och empiri (a a). Undersökningsresultaten har i viss utsträckning bekräftat tidigare forskningsresultat, varför intern validitet kan anses vara uppnådd. Extern validitet handlar om i vilken grad resultat kan överföras och generaliseras till andra enheter som inte undersöks. Syftet med kvalitativa undersökningar är inte att uppnå generaliserbarhet utan att förstå och/eller fördjupa kunskap. Då studien omfattar ett begränsat antal respondenter från en och samma avdelning har extern validitet inte uppnåtts, vilket heller inte varit författarnas intention.

Reliabilitet handlar om i vilken utsträckning faktorer i undersökningen har skapat resultatet. Undersökningsmetoden påverkar resultatet genom den relation som uppstår mellan undersökaren och den undersökta vid datainsamlingen. Den effekt intervjuaren har på respondenten genom verbal kommunikation och kroppsspråk kallas undersökareffekten (Jacobsen, 2007). Kontexteffekten och undersökareffekten påverkar alltid resultatet, så även i den här undersökningen. Hade undersökningen utförts på respondenternas arbetsplats hade kanske resultatet blivit ett annat. Sjuksköterskorna kunde ha känt sig tvungna att avsluta intervjun så fort som möjligt för att kunna återgå till sitt arbete, med en mindre mängd information som följd. Författarnas ansträngningar att skapa ett så positivt intervjuklimat som möjligt kan ha bidragit till undersökningens resultat. Reliabilitet i en kvalitativ undersökning är alltid kontextberoende och kan därför inte återskapas utan reliabilitet får skapas på annat sätt. Triangulering och reflexivitet är möjliga metoder att fastställa reliabilitet i kvalitativa undersökningar. Reflexivitet innebär att forskaren ”utnyttjar sin kunskap om vad som kan inträffa” (Jacobsen, 2007, s 175) till kartläggning och förklaring av hur situationen präglats av studien. Författarna har kritiskt reflekterat över undersökningsprocessen och upplever att reliabiliteten är god för undersökningen.

Resultat

Att dokumentation användes som ett omvänt mått på arbetsbelastning var ett oväntat resultat, och helt obekant för författarna. För respondenterna föreföll tankesättet helt naturligt och vedertaget vilket kan vara ett uttryck för avdelningens organisationskultur.

Organisationskultur styr beteendet inom många områden. På arbetsplatsen fås en identitet genom att anamma organisationskulturen, dess antaganden och grundläggande värderingar, vilket ger ”ett recept för hur anställda bör handla i givna situationer” (Jacobsen & Thorsvik, 2002, s 153). Kulturen vidmakthålls så länge medlemmarna ser den som giltig. Nya medlemmar socialiseras in i organisationskulturen genom att observera vad andra gör, säger och betonar som viktigt, vilket också skedde på den aktuella avdelningen.

Organisationskulturen bestämmer exempelvis vilken arbetsinsats som kan anses vara acceptabel och därför utgör normen. Försök att bryta den informella normen möts av sanktioner från medarbetarna, vilket på den aktuella avdelningen betydde kritik och tillrättavisningar av dem som ansågs dokumentera för mycket.

Samtliga respondenter baserade sin dokumentation på det PM om dokumentation avdelningen använde. Dokumentet fastställer tidpunkter när dokumentation ska göras samt vad som ska ingå i dokumentationen. Oavsett om dokumentet arbetats fram av en grupp sjuksköterskor gemensamt eller av avdelningsledningen kan det betraktas som ett styrdokument för vad som anses vara viktigt att dokumentera. Styrdokument är ett sätt att framhäva organisationskulturen och göra den synlig för medlemmarna.

Arbetsbelastningen upplevdes som den enskilda faktor som hade störst betydelse för vad och hur mycket den enskilda sjuksköterskan dokumenterade. En kortfattad dokumentation indikerade att arbetsbelastningen varit hög enligt respondenterna. Några sjuksköterskor berättade att de inte dokumenterade om inte något nytt hade framkommit och en del att de dokumenterade även om inget nytt hade hänt, för att visa att patienten blivit sedd. Dessa kontrasterande synsätt kan göra det svårt att bedöma om kortfattad dokumentation verkligen betyder att arbetsbelastningen varit hög, eller om det står för att inget nytt tillkommit och dokumentationen därför är kortfattad.

Dokument, berättelser och/eller andra symboler visar vad som anses vara viktigt (och implicit vad som anses vara oviktigt) inom organisationen och ger ett redskap för hur situationer skall hanteras (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Situationer som faller utanför dessa redskap blir därför svårare att hantera eftersom den enskilda personen får förlita sig på andra normer än de som sanktionerats av organisationen. Respondenternas upplevelser av svårigheten att dokumentera patienter som föll utanför det normala vårdförloppet kan tyda på att det inte finns några organisatoriska riktlinjer att arbeta efter.

Att dokumentera ett faktiskt skeende kan ge värdefull medicinsk och omvårdnadsmässig information som kan gå förlorad om händelsen ändras, omformuleras eller inte dokumenteras alls. Sjuksköterskornas svårigheter att dokumentera exempelvis förvirringstillstånd kan vara ett uttryck för att avdelningens syn på vad som anses viktigt, det medicinska och medicinsktekniska, kommer i konflikt med sjuksköterskornas omvårdnadsaspekter och det mellanmänniska mötet med patienten. Almeruds beskrivning hur personalen känner en ”vilsenhet och känsla av otillräcklighet då apparaterna tränger ut patienten” (Almerud, 2007, s 61) kan ge en förklaring till den villrådighet som sjuksköterskorna i vår undersökning upplever:

//När du har en känsla av att någonting ämmer att någonting håller på att ske men du kan inte riktigt sätta fingret på det. Du skriver inte som sjuksköterska att det här det kommer att braka rent åt helvete (skratt). Alltså du känner att någonting är på väg, alltså du har en känsla i magen men du kan inte objektivt verifiera det för allting ser nästan ut som lugna gatan. Skriver du då det, gör du då en problemformulering – att jag tror inte att det här kommer att gå bra. Nä, du berättar det för din kollega. Där är ett sådant exempel, du dokumenterar inte det. Du dokumenterar det du ser ju, alltså alla parametrar dunk, dunk dunk. Men du säger då till din kollega att det här känns inte bra.// (SSK 3)

Sjuksköterskans uttalande kan även jämföras med hur Benner et al (1999) beskriver expertsjuvsköterskans kunskap:

”Förutsägningar om en patients framtida förlopp bygger på direkt observation och identifiering samt på engagerat resonemang i föränderliga situationer, snarare än på jämförelser mellan objektiva, teoretiska kriterier och aspekter och fenomen i den konkreta situationen” (1999, s 163)

Den expertkunskap sjuksköterskan har kan inte verifieras objektivt och kan därför inte dokumenteras enligt sjuksköterskans och avdelningens synsätt. Sjuksköterskans omfattande omvårdnads kunskap förblir till stor del odokumenterad eftersom kunskapen inte värdesätts och dokumentationssystemet inte understödjer omvårdnadsprocessen. Sjuksköterskans uttalande om att omvårdnad inte dokumenteras och därmed inte syns kan även ses som en

bekräftelse på det problematiska i att dokumentera omvårdnadens innehåll som Kärkkäinen och Eriksson (2004) beskrev.

Av speciellt intresse i undersökningen var vilken information som utelämnades i sjuksköterskans dokumentation. Det förvånade författarna att det som ansågs vara intressant information begränsades till medicinsk information hemmahörande i den aktuella specialiteten och till den aktuella vårdsituationen och att övrig information uteslöts. En förklaring kan vara att den höga patientomsättningen gör att sjuksköterskorna inte hinner sätta sig in i den enskilde patientens hela situation och att information av den orsaken begränsas till vad som är aktuellt just nu och utesluter information som kan vara betydelsefull i ett senare skede. En sjuksköterska var bekymrad över att tiden inte räckte till för att sätta sig in i den enskilde patienten på ett djupare plan – att ”få blicken för den specielle patienten”. Att inte dokumentera information som kan få betydelse i ett senare skede kan ge konsekvenser genom att något inte görs eller att behandling fördröjs. Exempelvis kan ett symptom som ter sig banalt för stunden eller en händelse som inte verkar ha samband med den aktuella vården (och därför inte dokumenteras) utvecklas till något mer allvarligt senare i vårdförloppet. Spårbarheten går förlorad om dokumentationen begränsas till ögonblicksbilder och fördelarna med en framtida sammanhållen journal kan äventyras.

Att avbryta en kollega i dennes dokumentation kan vara en följd av den tradition som finns inom sjukvården att lära av varandra, vilket gör det självklart att fråga en kollega om något även om denne är upptagen med att dokumentera. Det kan också vara en indikation på att dokumentation egentligen inte ses som ”riktigt” arbete. Timmons (2003) visade att patienter och anhöriga avbröt sjuksköterskans arbete vid datorn eftersom det inte uppfattades som arbete. Inställningen att avbryta en kollega vid datorn fanns även hos sjuksköterskorna i denna undersökning och kan vara en indikation på att datorarbete upplevs ha ett lägre värde än patientarbete. Att värdera datorarbete lägre än annat arbete kan förklara respondenternas inställning att andra använde dokumentation som ursäkt för att inte delta i patientarbetet. Personer med läs- och skrivsvårigheter kan behöva använda längre tid för dokumentation, vilket kollegor kan uppfatta som att personen ”gömmer sig” bakom datorn.

Från respondenternas berättelser kan det skönjas att de redan idag ser vårdförloppet som en process, som dessvärre inte understöds av dokumentationsformatet. Formatet gör att sjuksköterskorna måste leta efter den information de söker i stora textmassor. Information sorteras enligt dokumentationssystemets förutbestämda design vilket gör det omöjligt att följa ett skeende över tid. I Melior (som systemet ser ut idag) är det möjligt att sortera information efter yrkestillhörighet, vårdtillfälle och klinik men inte efter sökord eller efter en specifik tidsperiod. Standardvårdplaner kan understödja vårdprocesser om de utformas på ett för sjuksköterskorna användbart sätt. Respondenternas tankar överensstämmer väl med den nationella IT-strategins vision om att användarvänliga IT-system ska frigöra tid för vårdpersonal så att det oersättningsbara mötet mellan patient och personal prioriteras.

I den nationella IT-strategin framförs att:

”tyngdpunkten tidigare har legat på att förbättra och effektivisera verksamheten utifrån vårdpersonalens professionella värderingar av hur en god verksamhet bör fungera och ett organisationsperspektiv på effektivitet och ändamålsenlighet. Det nya synsätt som tagit över under de senaste årtiondena utgår från medborgarnas och patienternas behov och betonar värdet av att patienterna tar aktiv del i vården”
(Socialdepartementet m fl, Nationella IT-strategin, 2006, s 9).

Respondenterna inställning att utesluta information som inte ansågs relevant för patientens aktuella situation kan tyda på att ”det nya synsättet” som framförs i IT-strategin inte har fått

genomslag i verksamheten. Även om patienten tog en aktiv del och framförde problem så blev inte dessa åtgärdade om de inte direkt påverkade den aktuella specialiteten. Eventuellt kan den höga patientomsättningen vara en förklaring till denna inställning. Krav på rationalisering och produktionsökning som ställts på verksamheter inom hälso- och sjukvård har kanske bidragit till att endast aktuella symtom åtgärdas vilket förhindrar sjuksköterskorna att se patienten i ett helhetsperspektiv. Framtida organisatoriska förändringar kan innebära att sjuksköterskorna ställs inför nya utmaningar där en helhetssyn på patienten är av största vikt.

Sjuksköterskorna upplevde att Melior som dokumentationssystem var klumpigt och svåröverskådligt att arbeta i. Flera respondenter upplevde att en rättstavningsfunktion skulle vara värdefullt. En av respondenterna upplyste oss om att en sådan funktion finns inbyggd i systemet. Majoriteten av respondenterna visste inte om att funktionen fanns, och det visste för övrigt inte författarna heller, vilket kan vara en följd av bristande utbildning i dokumentationssystemet. Kan sjuksköterskornas frustration över Melior bero på att utbildningen inte har varit tillräcklig? Ingen fråga ställdes om hur lång utbildning sjuksköterskorna hade fått i Melior eller om de upplevde att utbildningen var tillräcklig för att effektivt kunna arbeta i systemet vilket gör frågan omöjlig att besvara. Att så få visste om systemfunktionen kan tyda på att utbildningen har varit otillräcklig, men det kan också vara ett uttryck för personligt intresse (eller ointresse) för dokumentationssystemets finesser.

Slutsatser

Sjuksköterskorna i vår undersökning ansåg att endast medicinsk och medicinskteknisk information relevant för den aktuella medicinska specialiteten och det aktuella vårdtillfället skulle dokumenteras, vilket kan vara ett uttryck för avdelningens organisationskultur. Samtliga respondenter framhävde att dokumentation som var kort och koncis och som innehöll det väsentliga var att föredra. Tendensen att se kortfattad dokumentation som ett mått på hög arbetsbelastning och respondenternas motvilja att läsa igenom stora textmassor samt att sjuksköterskorna baserade sin dokumentation på avdelningens PM kan ha resulterat i att potentiellt värdefull medicinsk och omvårdnadsnärliggande information utelämnades från dokumentationen. En instrumentellt orienterad avdelningskultur med stark fokusering på medicin och medicinsk teknik kan ha bidragit till att sjuksköterskans omvårdnadsinsatser inte dokumenterades och att sjuksköterskor som ansågs dokumentera för mycket tillrättavisades på olika sätt.

Samtliga respondenter upplevde att de hade svårigheter att beskriva händelser som låg utöver det vanliga vårdförloppet på ett neutralt och objektiva sätt som inte nedvärderade patienten. Även om sjuksköterskorna i första hand dokumenterade för kollegor så var alla respondenter medvetna om patientens rätt att läsa sin journal och ville därför använda ett neutralt språk i sin dokumentation.

Vår studie har bekräftat tidigare studiers resultat att sökorden till stor del styr vad som dokumenteras. Dokumentationssystemets design bestämde vad som skulle dokumenteras och hur det skulle göras vilket försvårade möjligheten att se ett vårdförlopp som en process.

Standardvårdplaner upplevdes i sitt nuvarande format som otympliga och svåra att använda, vilket gjorde att sjuksköterskorna undvek att öppna upp standardvårdplaner för sina patienter trots att det fanns beslut om att det skulle göras. Majoriteten av respondenter hoppades att deras framtida dokumentation skulle baseras på bättre utformade standardvårdplaner, då det antogs minska dokumentationens storlek och underlätta vårdprocessen. I tillägg önskades ett

dokumentationssystem som underlättade sjuksköterskornas dokumentationsarbete genom att vara mer överskådligt och lättarbetat än dagens.

Studiens betydelse

Studien har visat att information som inte anses ha betydelse för det aktuella vårdtillfället och den aktuella medicinska specialiteten utelämnas ur sjuksköterskans dokumentation.

Sjuksköterskornas omvårdnadskunskaper utelämnades vilket resulterade i att information missades. Det innebar merarbete för sjuksköterskan och fördröjd vård för patienten. Studiens starkt begränsade omfång gör att inga generella slutsatser kan dras, men resultatet kan vara en indikation på att brister kan finnas i den information som dokumenterats i dagens patientjournaler. Ytterligare studier är nödvändiga för att undersöka om respondenternas upplevelser om vilken information som är viktig att dokumentera och vilken information som utesluts är av mer allmängiltig natur eller endast gäller den aktuella avdelningen. Framtida forskning kan visa om sjuksköterskornas starka fokusering på det medicinska och medicinsktekniska delas av andra yrkesgrupper inom vård och omsorg, t.ex. sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Studien kan även vara intressant för forskare inom organisations- och ledarskapsteori som ett exempel på organisationskulturens betydelse.

Sjuksköterskor med dyslexi och sjuksköterskor med svenska som andraspråk är otillräckligt representerade inom svensk forskning. Denna studie kan tjäna som inspiration till forskning inom dessa områden.

Respondenterna upplevde dokumentationssystemet som svåränvänt och klumpigt. De önskade att dokumentationen förenklades genom ett ökat användande av standardvårdplaner och en bättre design av framtida dokumentationssystem. Fler studier, både inom informationsteknologi och inom omvårdnad, krävs för att kunna basera framtida dokumentationssystem på evidensbaserade vård- och omvårdnadsprocesser.

I den nationella IT-strategin framförs visionen av engagerade medborgare som själva tar aktiv del i sin hälsa och sin vård. En sammanhållen övergripande journal ger medborgaren möjlighet att följa vårdprocesser i sin egen journal. Patientdatalagen ger den enskilde möjlighet att själv bestämma vilken information som skall finnas tillgänglig och för vem. Olika vårdgivare får tillgång till samlad information vilket minskar dubbelarbete för personalen och medborgaren slipper att vara ensam informationsbärare av uppgifter. Information i journalen finns dokumenterad i en standardiserad struktur och med en gemensam terminologi vilket minskar risken för missförstånd och gör informationen sökbar. För att visionen ska kunna förverkligas måste dokumentationssystemet vara utformat på ett sätt som underlättar för den som dokumenterar och för den som söker efter specifik information. Omvårdnadsåtgärder och medicinska åtgärder måste kunna följas över tid för att kunna utvärderas. Det ideala dokumentationssystemet måste utformas i ett tvärprofessionellt samarbete där sjuksköterskor tar en aktiv roll.

REFERENSER

Almerud, S. (2007). *Vigilance and Invisibility*. Care in technologically intense environments. Doktorsavhandling. Växjö: Växjö University Press.

Arbetsdomstolen. (2004). Dom nr 97/04, Mål nr A 92/04, 2004-11-24.
Handikappombudsmannen mot Region Skåne i Kristianstad.
<http://www.arbetsdomstolen.se/pages/page.asp?lngID=4&lngNewsID=337&lngLangID=1>
Uttagen 2008-12-15

Beckerman, C. (2005). *Historien om en datajournal*. En narrativ studie av ett IT-projekt. SSE/EFI Working Paper Series in Business Administration. No 2005:6. Stockholm: Stockholm School of Economics, Management and Organization.

Benner, P, Tanner, C A, Chesla, C A. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad*. Omsorg, klinisk bedömning och etik. Lund. Studentlitteratur.

Berger, P L. (1994). *Invitation till sociologi*. Ett humanistiskt perspektiv. Tredje upplagan. Rabén Prisma.

Brusling, H, Bergström, J. (2007) *Sjuksköterskans dokumentation*. Intervjuer av sjuksköterskor om deras uppfattning av omvårdnadsdokumentation. Malmö Högskola. Hälsa och Samhälle. Examensarbete i omvårdnad. Malmö University Electronic Publishing.
<http://dspace.mah.se/items-by-author?author=Brusling%2C+Hanna>
Uttagen 2008-09-15.

Ehnfors, M, Ehrenberg, A, Thorell-Ekstrand, I. (1998). *VIPS-boken*. Om en forskningsbaserad modell för dokumentation och omvårdnad i patientjournalen. Forskning och Utveckling, FoU 48. Vårdförbundet. Stockholm.

Europeiska Kommissionen. (2004). *Meddelande från kommissionen till Rådet, Europaparlamentet, Europeiska Ekonomiska och Sociala Kommittén och Regionkommittén - E-hälsovård – bättre hälso- och sjukvård för Europas medborgare: Handlingsplan för ett europeiskt område för E-hälsovård*, KOM (2004) 356.
http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&type_doc=COMfinal&an_doc=2004&nu_doc=356&lg=bg
Uttagen 2008-01-19

Hamilton, B, Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off': A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing* (2006) 15, 84-92.

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande*. Från kunskapsteori till metodteori. Lund. Studentlitteratur.

Hessel, A, Fajerson, S. (2004) *Rapporter om utbildning 1/2004- Svenska ett språk att växa i*. Malmö: Malmö Högskola reprocentral.

Jacobsen, D I. (2007). *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete. Lund. Studentlitteratur.

Jacobsen, D I, Thorsvik, J. (2002). *Hur moderna organisationer fungerar*. Andra upplagan. Lund. Studentlitteratur.

Jerlvall, L, Pehrsson, T. (2007). *IT-stöd i landstingen*. Inventering på uppdrag av SLITgruppen. December 2007.
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=6375&A=50240&FileID=188024&NAME=Rapport%5F%2D%5FIT%2Ddst%5F%5Fi%5Flandstingen%5F2007.pdf>
Uttagen 2008-11-02.

Jerlvall, L, Pehrsson, T.(2008). *IT-stöd i landstingen*. Inventering på uppdrag av SLITgruppen. December 2008.
<http://www.skl.se/artikeldokument.asp?C=5577&A=50448&FileID=234764&NAME=Rapport+IT%2Ddst%5Fi+i+landstingen+SLIT+dec+2008+%282%29.pdf>
Uttagen 2009-01-09.

Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund. Studentlitteratur.

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

Kärkkäinen, O, Eriksson, K. (2004). Structuring the documentation of nursing care on the basis of a theoretical process model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2004 18, 229-236.

Larsson, S. (1986) *Kvalitativ analys – exemplet fenomenografi*. Lund. Studentlitteratur.

Martin, A, Hinds, C, Felix, M. (1999) Documentation practices of nursing in long-term care. *Journal of Clinical Nursing* 1999;8 345-352.

Moody, L E, Slocumb, E, Berg, B, Jackson, D. (2004) Electronic health records documentation in nursing: nurses' perceptions, attitudes, and preferences. *Computers, Informatics, Nursing* 2004 Nov-Dec;22(6):337-44.

Nilsson, K. (2003). *Melior. Elektronisk patientjournal*. En användbarhetsanalys ur ett användarperspektiv. Göteborg: Göteborgs Universitet. Handelshögskolan. Institutionen för informatik.

Northern Nurses' Federation. (2003). *Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden*.
<http://www.vardinorden.org/ssn/etik.pdf>
Uttagen 2008-10-18.

Polit, D, Beck, C, Hungler, B. (2001). *Essentials of Nursing Research*, Fifth edition, Philadelphia, USA. Lippincott Williams & Wilkins.

Silander, D. (2004). Svensk politik i förändring. I Bryder, T., Silander, D., Wallin, C. (red). *Svensk politik och den Europeiska unionen*. Malmö. Liber AB.

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Svensk Författningssamling. Socialdepartementet.

Siemens Medical. Melior - det marknadsledande journalsystemet för svenska sjukhus.
http://www.medical.siemens.com/webapp/wcs/stores/servlet/PSGenericDisplay~q_catalogId~e_-20~a_catTree~e_100001~a_langId~e_-20~a_pageId~e_64814~a_storeId~e_10001.htm
Uttagen 2009-03-18.

Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Apoteket AB, Carelink. (2006). *Nationell IT-strategi för vård och omsorg*. S 2006.007. 2006.

Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen. (2008). *Nationell IT-strategi – tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*. Lägesrapport 2008.

Socialstyrelsen. (2007). *Snomed CT – för ett gemensamt språkbruk i vård och omsorg som överbryggat gränser*.
http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/76754FA1-5379-442B-9597-BDC290C9EA55/9168/200711725_rev.pdf
Uttagen 2008-11-18.

Socialstyrelsen. (2008). *Reviderad processmodell samt begreppsmodell för vård och omsorg – utgångspunkt för fortsatt utveckling av den nationella informationsstrukturen*. Utkast 2 från projektet Nationell Informationsstruktur.
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F3B47F66-9840-4811-A5DD-70657FB5DA30/0/Utkast2.pdf>
Uttagen 2008-11-18.

Socialstyrelsen. (2008). Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2006 och 2007.
http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/AA06ACDE-4178-4F86-B44A-C372604E5F79/12404/200812510_rev.pdf
Uttagen 2009-01-08.

SOSFS 2008:14 (M). *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Socialstyrelsen.

Stubb, A, Wallace, H, Peterson, J. (2004). Den politiska processen. I Bomberg, E., Stubb, A. (red). *Hur fungerar EU?* Malmö. Liber AB.

Svenska Dyslexiföreningen. (2008). *Vad är läs- och skrivsvårigheter och dyslexi?*
http://dyslexiforeningen.se/om_dyslexi.html
Uttagen 2008-11-29.

Taylor, H. (2003). An exploration of the factors that affect nurses' record keeping. *British Journal of Nursing*. 2003 12(12): 751-758.

Timmons, S. (2003). Nurses resisting information technology. *Nursing Inquiry*. 2003; 10(4):257-269

Öhrman, L. (2000). *Datorstödd språkgranskning och andraspråksinlärare*. D-uppsats i datorlingvistik. Stockholm: Stockholms Universitet. Institutionen för lingvistik.

Bilaga 1 Intervjuguide

Intervju nummer _____

Datum _____

A. Allmänna uppgifter

Namn:

Ålder: _____ år

Kön: _____

Hur länge har du arbetat som sjuksköterska? _____ år

Hur länge har du arbetat på avdelningen? _____ år

Vilken är din tjänstgöringsgrad? _____ %

Hur jobbar du?

Enbart dag _____ Tvåskift dag/kväll _____ Enbart natt _____ Treskift _____

Har du vidareutbildning? Sedan när?

Hur många akademiska poäng har du, utöver din grundutbildning till sjuksköterska?

Inom Omvårdnad/Vårdvetenskap.....

Inom annat ämne.....

1. Vad (vilka faktorer) påverkar din dokumentation?

Stödord: tid, plats, arbetsbelastning, lagstöd, dokumentationssystemets utformning

Finns det något som skulle underlätta för dig att dokumentera?

2. Berätta vad du skriver när du dokumenterar.

3. Berätta vad du tänker på när du ska formulera dig.

Finns det saker eller händelser som är svårare att formulera än andra?

Tänker du på vem som kommer att läsa din dokumentation?

4. Vad väljer du att INTE dokumentera och varför?

Ska man dokumentera allt?

Kan du ge exempel på saker som inte kan eller inte bör dokumenteras?

5. Vilka konsekvenser kan det få?

Hur förs sådan information vidare?

6. Egna synpunkter som inte tagits upp?

Framtidsperspektiv på dokumentation?