



Handelshögskolan

Vid Göteborgs universitet

Institutionen för informatik

2005-05-20

Elektronisk patientjournalshantering

– En studie av dokumenthanteringsrutiner kring patientjournalen
vid Mölndals sjukhus

Abstrakt

Denna uppsats presenterar en studie av dokumenthantering kring den elektroniska patientjournalen, Melior vid Mölndals sjukhus inom medicinkliniken. Syftet med uppsatsen var att kartlägga dokumenthanteringsrutiner kring patientjournalen samt undersöka problemrelaterade till redundant information och informationstillgänglighet utifrån vårdpersonalens perspektiv. Studien utfördes med ett kvalitativt angreppssätt och en etnografisk forskningsmetod. Insamling av det empiriska materialet gjordes med hjälp av intervjuer och observationer. Resultatet visar att personalen upplever dubbeldokumentation i patientjournal. Det visar också att de är ganska nöjda med informationstillgänglighet men den är inte optimal. Slutsatsen visar att det finns vissa bristfälliga rutiner vid hantering av journalen. Dubbeldokumentation förekommer ofta i journalen eftersom samma information antecknas på flera ställen i journalen av olika yrkeskategorier. Det saknas både en sökfunktion i systemet och en fungerande elektronisk kommunikation som underlättar tillgången till information på ett snabbt och smidigt sätt. Dessa slutsatser har dragits med hjälp av de empiriska resultaten och relevanta teorier. I både diskussion och slutsats delen ger vi även eventuella förslag till förbättring och effektivisering av journalhantering.

Nyckelord: elektronisk patientjournal, Melior, dokumenthanteringsrutiner, informationstillgänglighet, redundant information

Författare: Abeer Hanna, Forough Aginjouneghani & Ladan Rooeen

Handledare: Johan Magnusson

Magisteruppsats, 20 poäng

Förord

Härmed vill vi säga ett stort tack till doktor Samir Sharo för hans stora hjälp och även hans roll som kontaktperson mellan oss och respondenterna på Mölndals sjukhus.

Ett extra tack vill vi också rikta till Lena Rosén, systemadministratör på Mölndals sjukhus som har varit till stor hjälp till vårt arbete.

Vi vill även tacka alla respondenter för den tid de lagt ner på att besvara våra frågor och för det engagemang de har visat vid intervju tillfällena.

Vi vill naturligtvis tacka vår handledare Johan Magnusson för hans goda idéer och stöd under arbetets gång.

Vi vill förstås också tacka vår korrekturläsare Anna-Lena Olsson.

Slutligen vill vi även tacka våra familjer för stöd och uppmuntran.

Göteborg, Maj 2005

Abeer, Forough och Ladan

1 Inledning	5
1.1 Bakgrund	5
1.2 Syfte och frågeställning	6
1.3 Avgränsning.....	6
1.4 Disposition	7
2 Metod	8
2.1 Kvalitativ metod	8
2.2 Etnografi	9
2.2.1 Observation	9
2.2.2 Intervju	10
2.3 Litteraturstudie	11
2.4 Primärdata och sekundärdata.....	11
2.5 Val av forskningsmetod och alternativ metod.....	11
2.6 Validitet och reliabilitet	13
2.7 Praktisk genomförande	14
3 Teori	16
3.1 IT i vården	16
3.1.1 Elektroniska patientjournaler	17
3.1.2 Melior	18
3.1.3 Patientadministrativa system (PAS) och journal.....	19
3.2 Informationshantering	21
3.2.1 Informationskvalitet	22
3.3 Dokumenthantering.....	23
3.3.1 Dokumenthanteringsrutiner vid patientjournal	23
3.3.2 Redundant information.....	24
3.3.3 Informationstillgänglighet.....	25
3.4 Informationshanteringssystem	26
3.4.1 Kunskapshantering	27
3.4.2 Innehållshanteringssystem	28
3.4.3 Dokumenthanteringssystem	30
4 Resultat	31
4.1 Förstudie	31
4.1.1 Undersökningsområde.....	31
4.1.2 Dokumenthanteringsrutiner.....	31
4.1.3 Beskrivning av datorjournal i Melior	32
4.2 Huvudstudie	37
4.2.1 Dokumenthanteringsrutiner.....	37
4.2.2 Redundant information.....	42
4.2.3 Informationstillgänglighet.....	46
5 Diskussion	57
5.1 Dokumenthanteringsrutiner vid patientjournal	57

5.2 Redundant information	59
5.3 Informationstillgänglighet.....	59
6 Slutsats.....	64
7 Referenser	65
Bilaga 1 Intervjufrågor	68

1 Inledning

I detta kapitel redogör vi för en bakgrund som ger en introduktion till denna uppsats och belyser forskningsområdet som vi valt. Därefter presenterar vi vårt syfte och frågeställningar kring problemområdet. Kapitlet avslutas med avgränsningar och disposition för vår studie.

1.1 Bakgrund

Idag är den elektroniska patientjournalen kanske det viktigaste området inom hälso- och sjukvården och den har förutsättningar att bli kärnan i ett framgångsrikt kvalitetsutvecklingsarbete eftersom journalen kan användas för att analysera vårdens kvalitet och effektivitet (Vårdförbundet, 1998). Med patientjournal avses alla de handlingar som upprättats eller inkommit i samband med vården och som rör patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Enligt Stegberg (1996) är journalen central i vårdverksamheten och det är viktigt att systemet för elektronisk patientjournal verkligen utgör ett stöd för processens arbete. För att vårdprocesserna ska leda till att patienten får rätt vård krävs samverkan, och för att denna i sin tur ska fungera optimalt krävs en ändamålsenlig patientjournal.

Genom en diskussion med läkare som jobbar på Mölndals sjukhus, visade det sig att det finns vissa bristfälliga rutiner i arbetet med journalsystemet, Melior. Detta har väckt vårt intresse att undersöka och kartlägga dokumenthanteringsprocessen vid patientjournal samt reda ut problemområden.

De grundläggande kraven på innehållet i patientjournalen är att det skall finnas uppgifter som kan ge patienten en god och säker vård. Det finns riktlinjer och rutiner som man skall följa vid införandet av vad en patientjournal skall innehålla, hur de skall utformas och hanteras med mera (Grufman Reje Management, 2002).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om patientjournallagen ska journalen innehålla en tydlig omvårdnadsdokumentation, med dagliga anteckningar om åtgärder, sammanfattade vid vårdtillfällets slut i en omvårdnadsepikris. Detta resulterar till att dokumentationen blir indelad i två separata områden, läkarjournalen och omvårdnadsjournalen. Det faktum att man har två separata handlingar försvårar möjligheten att skapa en snabb och säker överblick över den enskilde patientens status och behandling. Därför hjälper bra dokumenthanteringsrutiner så att man har bättre överblick över vad man gör och har gjort i journalen. Med säkra rutiner kan man även effektivisera samarbete mellan olika ansvarsområden som vårdpersonal har (Grufman Reje Management, 2002).

Sjukvården behöver därför anpassa rutiner och teknik som kan hantera journalen mycket effektivare och på ett bättre sätt som underlättar arbetet vid dokumenthantering och därmed bidrar till bättre vård (Sprirapport, 1995).

Användning av informationsteknologi (IT) har stor betydelse för kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Detta har lett till större samordning mellan olika system inom hälso- sjukvården och därmed effektiviserat vårdarbetet betydligt. Samordningen möjliggör även en enklare hantering och snabbare flöden av information genom olika delar av sjukenheter (vårdförbundet, 1998). Splittring mellan olika system gör att de enskilda patienterna riskerar väntetider och sämre vård, eftersom ett sjukhus eller vårdcentral inte kan gå in i grannsjukhusets system och läsa patientjournalen. Därför är det viktigt att IT- utvecklingen skall eftersträva integration mellan system inom olika sjukvårdsenheter för bättre och säkrare kommunikation,

vilket stödjer sjukvårdsarbete genom bättre tillgång till information som i sin tur ökar patientens trygghet (Stegberg, 1996).

1.2 Syfte och frågeställning

Syftet med uppsatsen är att kartlägga dokumenthanteringsrutiner kring den elektroniska patientjournalen, Melior, samt undersöka problem relaterade till redundans och tillgänglighet av information utifrån användarnas perspektiv. Slutligen avser vi att ge eventuella förslag till förbättringar av de tre ovannämnda områdena.

Utifrån syftet har vi formulerat följande frågeställningar som kommer att utredas i uppsatsen.

1. Hur ser dokumenthanteringsrutiner ut kring en patientjournal?
2. Hur upplever användarna problemrelaterade till redundant information?
3. Hur upplever användarna problemrelaterade till informationstillgänglighet?

1.3 Avgränsning

Uppsatsen innefattar undersökning av de befintliga rutinerna vid dokumenthantering av patientjournal på Mölndals sjukhus. Studien granskar ej hela dokumentationsprocessen utan vi har begränsat oss till den del av processen från patientregistrering och de viktigaste momenten i dokumentation som sker under vårdnaden av patienten från när patienten blir registrerad på avdelningen tills han/hon blir utskriven. Studien är bara begränsad inom tre yrkeskategorier som omfattar läkare, sjuksköterskor och sekreterare. Vi kommer alltså inte att undersöka andra yrkeskategorier vid hantering av patientjournal. Vi har tagit hänsyn till innehållet i dokumentationen och arbetsrutinen vid dokumentationshanteringen.

1.4 Disposition

I detta avsnitt ges en översikt av de sju kapitel i den här studien.

- *Kapitel 1, Inledning:* I inledningen ges en kortfattad introduktion och bakgrund kring det berörda området som vi utreder i studien. Vidare presenteras syftet och frågeställningen.
- *Kapitel 2, Metod:* I metodkapitlet redogörs de angreppssätt som valts att tillämpa i denna studie. Insamlingen av teoretiskt och empiriskt material presenteras samt genomförandet av de praktiska metoderna.
- *Kapitel 3, Teori:* I detta kapitel redogörs de teorier som uppsatsen baseras på. Vidare redovisas begrepp och modeller som sedan blir en grund för den empiriska undersökningen.
- *Kapitel 4, Resultat:* Förstudien kommer att presenteras först i detta kapitel. Utifrån intervjufrågorna redogörs även resultatet från de intervjuer som utförts med antal läkare, sjuksköterskor och läkarsekreterare som jobbar inom två avdelningar inom medicinkliniken.
- *Kapitel 5, Diskussion:* I detta kapitel diskuteras och analyseras resultaten och kopplas till teorin. Här reflekteras våra åsikter och motiveras på ett så övertygande sätt som möjligt.
- *Kapitel 6, Slutsats:* I slutet av hela arbetet dras en kortfattad slutsats kring det undersökta området samt om det uppfyller vårt syfte i uppsatsen.
- *Kapitel 7, Referenslista:* Redovisas alla referenser för det material som används i studien.

2 Metod

I det här kapitlet kommer vi att presentera de metoder som vi har valt i vår uppsats och ge en generell beskrivning av dem. Vår beskrivning består av en litteraturstudie och datainsamling samt beskrivning av hur vi har gått tillväga i vår studie. Vi kommer även att motivera varför vi har valt de här metoderna. Syftet med metodkapitlet är att visa forskningsprocessens systematik och att göra det möjligt för läsaren att göra en bedömning av resultatets tillförlitlighet.

2.1 Kvalitativ metod

Kvalitativ metod kännetecknas av resultat i verbala formuleringar och att man därför inte använder sig av siffror eller tal. I det kvalitativa synsättet är man mest intresserad av individen, det vill säga hur individen tolkar och formar verkligheten. Man är mest intresserad av hur individer upplever, tolkar och strukturerar en omgivande verklighet i relation till sina tidigare kunskaper och erfarenheter (Backman, 1999).

Karaktäristiskt för det kvalitativa perspektivet är att man inte från början vet exakt vilka resultat som är tänkbara. Detta kräver en följsamhet gentemot det man studerar. De kvalitativa metoderna kan alltså beskriva nya kvaliteter av verkligheten som inte var kända förut. I en studie som använder kvalitativ metodik har man inte i förväg bestämt vad som kan komma fram.

Ett exempel på en kvalitativ rapport kan omfatta det skrivna ordet som också kan kompletteras med bilder, modeller och andra slag av beskrivningar. Dessutom kan en kvalitativ metod omfatta några komponenter som måste finnas med i den kvalitativa traditionella rapporten och dessa är:

- Studiens syfte, motiv, fråga eller problem
- Användning av metod
- Erhållning av information
- Utvärdering av information
- Sammanfattningar och slutsatser

(Backman, 1999)

Kvalitativa metoder förklarar olika fenomen på ett djupare plan och analyserar enheter i en specifik situation. Det kan vara skildringar av situationer, händelser eller människornas tankar och attityder (Holme & Solvang, 1991).

I en kvalitativ analys följer man vissa teman som sammankopplas med teorier och andra fenomen, för att skapa överblick och förståelse. När statistiska beräkningar är svåra att utföra, brukar man ofta istället genomföra en kvalitativ analys där den kvalitativa analysen kan påbörjas redan den första intervjun.

Vi anser att den kvalitativa metoden lämpar sig bäst för vår studie. Den här metoden hjälpte oss att ta reda på hur vårdpersonalen upplevde hanteringen av den dagliga dokumentationen och vilka problem som uppstod i samband med detta. Genom att använda en kvalitativ metodansats kunde vi förstå problemområdet samt eventuella möjligheter som fanns i anslutning till problemet. Vi kunde också lättare se den totala situationen från ett internt perspektiv, eftersom vi hade fått en bättre verklighetsanknytning.

Vi har använt oss av intervjumetodik i vår studie för att på så sätt kunna få mer ingående förståelse för våra frågeställningar och problemområdet.

2.2 Etnografi

Etnografin är en forskningsmetod där man har som avsikt att förstå människors verkliga beteende och inte hur de borde bete sig. Metoden försöker ge detaljerade beskrivningar i sitt specifika sammanhang av aktörernas aktiviteter under arbetsdagen. Forskaren i en etnografisk studie försöker beskriva en grupp eller en kultur. Enligt Alvesson och Sköldberg (1994) kan etnografin även innefatta all forskning av händelser och handlingar i naturliga situationer.

Inom etnografi används olika metoder för datainsamling. Dessa är bland annat observation, intervjuer, dokumentanalys och mikroorienterade studier.

Syftet med etnografi är att se aktiviteter som sociala handlingar i en social organiserad domän där aktiviteter utförs av deltagarna. Det är viktigt att försöka avgöra när det är meningsfullt att använda metoden och när det inte är det. Etnografiska studier ger generellt sett mest när en befintlig verksamhet ska förändras eller utvecklas (Bergquist, 2004).

2.2.1 Observation

Forskaren observerar det dagliga arbetet för att förstå hur människor gör och hur de tänker. Observationer är ett bra komplement till intervjuer eftersom människors faktiska beteende undersöks.

Observation är en kvalitativ metod som nyttjas dels för informationsinsamling inom det aktuella området som undersöks samt dels för att studera mänskliga praktiker. Med observation menas att vistas i en miljö och titta på vad människor faktiskt gör och inte bara noterar genom till exempel en intervju vad de säger att de gör. Motivet för detta agerande är att man vill veta något om verkligheten. Detta görs sålunda genom att studera och utforska den aktuella verksamhetens arbets-, miljö-, personalrolls- förhållanden. Detta dokumenteras sedan till exempel i form av anteckningar som efteråt används som underlag för en analys (Patel & Davidsson, 1994).

Beträffande vår förstudie så genomförde vi en observation på Mölndals sjukhus inom medicinklinik. Avsikten med att vi gjorde observationen var att vi skulle få en bättre översikt över situationen i samband med journalhantering och kunna klargöra syftet och problemområdet i vår studie.

2.2.2 Intervju

Intervju är en metod där man samlar information kring ett ämne eller om vissa människors uppfattningar, beteenden, tolkningar och upplevelser genom att ställa frågor till de intervjuade. Det finns olika typer av intervjuer när det gäller frågeformulering och vilken slags information som behövs. Dessa typer är: *strukturerad*, *semistrukturerad* och *ostrukturerad*.

Den strukturerade intervjun kännetecknas av förutbestämda frågeformuleringar. Detta innebär att man formulerar frågorna innan man utför intervjun. Syftet med strukturerad intervju är att kunna styra intervjusituationen. Detta betyder att man ställer samma fråga till alla intervjupersoner (Svenning, 1999).

En strukturerad intervju kan liknas vid en enkät genom att innehålla olika svarsalternativ, men den fylls i av intervjuaren och inte av respondenten. I en semistrukturerad intervju söker forskaren kunskap om relationer och begrepp genom att ställa ett antal frågor. Detta innebär att man ställer öppna frågor som leder till öppet svar, samt dialog och inte bara korta direkta svar. Detta ger en djupare förståelse för respondentens upplevelse av verkligheten, men även att samla in kunskap om det sökta ämnet som skall förhoppningsvis stödja hela arbetet. Frågorna är bestämda i förväg för det berörda ämnet i en semistrukturerad intervju.

En ostrukturerad intervju innehåller inte några specifika frågor som intervjuaren håller sig till utan utgår istället från valda områden som det diskuteras kring. Ostrukturerad intervju är lämplig när forskaren inte har tillräcklig information om det undersökta ämnet för att kunna ställa relevanta frågor (Patel & Davidsson, 1994).

När det gäller vår egen intervju i samband med forskningsstudien valde vi att utföra en semistrukturerad intervju, vilket innebar att intervjufrågorna var bestämda på förhand. När vi genomförde intervjun ställde vi öppna frågor som ledde till ett öppet samtal.

Intervjun kan praktiskt genomföras med hjälp av bandspelare, där man spelar in intervjun så att man slipper ägna tiden åt att skriva och fördelen är att intervjuaren kan koncentrera sig på att lyssna på den som intervjuas när denna svarar och då har möjlighet att utveckla frågorna (Repstad, 1999). Om man glömmer något svar på en fråga så kan det vara bra att lyssna på en inspelad intervju.

Vår motivation till att vi har valt semistrukturerad intervju som metod är att vi tycker det är en effektiv metod för att samla in information om intervjupersonens uppfattningar i fråga om det aktuella området som undersöks samt därmed öka förståelsen av ett fenomen som sätter individen i ett sammanhang. Intervjun i vår forskningsstudie har spelat en avgörande roll för att kunna förstå flöden av information och processen inom dokumenthanteringsrutiner vid patientjournal.

Vi anser att intervju människor är viktigt i vår forskningsstudie. I denna studie är det inte tillräckligt att beskriva och redovisa arbetet bara utifrån sin egen synvinkel.

Studien omfattades av tio intervjuer bland tre olika yrkesgrupper; Fyra läkare, fyra sjuksköterskor och två läkarsekreterare. Dessa befann sig på två olika avdelningar vid medicinkliniken på Mölndals sjukhus.

2.3 Litteraturstudie

Enligt Backman (1998) måste tidigare dokumentation av det valda området studeras innan ett forskningsarbete inleds.

Syftet med litteraturgranskning är att ge en översikt över den tidigare insamlade kunskapen inom det aktuella området och att visa betydelsen av problemområdet. Det ger dessutom ett historiskt perspektiv samt, ett varierande tolkningsalternativ. Ett annat syfte med litteraturgranskning är att sammanställa all litteratur som finns inom ett givet ämne och för att introducera bakgrundsteckningen i en vald fråga.

Genom att genomföra en litteraturstudie inom det studerade ämnets avgränsningar, så får man en grund att stå på och det ger oss dessutom en förståelse för problemområdet. Tidigare studier visar hur begrepp inom det aktuella området definierats, samt påvisar även en användbar och etablerad metodik. Genom tidigare dokument blir man medveten om hur man har behandlat sina data och hur man har tolkat utfallen av metoder (Backman, 1998).

Vi utförde en litteraturgranskning av relevanta teorier inom ämnesområdet ”den elektroniska datorjournalen och olika system och tekniker för dokumenthantering”. Nyttan av denna granskning var att den fungerade som en grund för vår vidare tänkbara lösning på problemet, vilket i sin tur skapade en översiktlig bild av uppsatsområdet samt hjälpte oss att komma igång med vår studie.

2.4 Primärdata och sekundärdata

Informationsinsamling består av två delar; Primär- och sekundärdata. Primärdata är den information som forskaren själv samlar in. Detta sker genom att utföra vissa metoder såsom observationer, intervjuer med mera. Personliga intervjuer är tillämpligt vid insamling av primärdata. Sekundärdata är information som forskare samlar in från tidigare befintliga böcker, vetenskapliga artiklar, rapporter och tidigare forskning (Solvang & Holm, 1997).

Genom den information som vi kunde samla in vid observation och intervju, lyckades vi att få en god kunskap samt större förståelse om problemområdet utifrån det som upplevs samt beskrivs gällande verkligheten för den aktuella miljön och intervjupersonernas upplevelser av densamma. Vi har utfört en observation samt intervju i vårt forskningsarbete som redovisas senare i metoddelen. Vi har även översiktligt läst igenom det material som vi tyckte var relevant i samband med vårt problemområde och sammanställt den informationen i ett dokument. Därefter har vi studerat och använt det materialet i uppsatsen för att skapa förståelse för problemområdet.

2.5 Val av forskningsmetod och alternativ metod

Val av metod spelar en stor roll när det gäller kvalitetsvärdering av en studie. Det gäller bara att man hittar de lämpliga och passande metoderna för att kunna genomföra ett bra arbete.

För att på bästa möjliga sätt kunna kartlägga dokumenthanteringsrutiner och kunna ge eventuella förslag för förbättringar, så hade vi tänkt oss att använda multipla metoder i vår studie. Det vill säga nyttjandet av flera metoder leder till säkerställande av en högre reliabilitet i studien.

Vårt skäl för val av etnografimetoden i vår studie var att vi skulle få mer hjälp av när det gäller informationsinsamling om vi använde just den metoden. På så sätt skulle vi kunna skapa en bättre bild och förståelse för vårdpersonalens behov utifrån deras perspektiv.

Men nackdelen med denna metod är att det är svårt och tar lång tid att genomföra en storskalig studie (Hughes et al, 1994). En annan nackdel är att det inte finns så stora möjligheter att hitta en arbetsplats där man kan genomföra etnografiska studier, och där arbetsgivare inte har bristande förtroende för studien i samband med sekretessförpliktelser. Det kan också hända att personalen inte har tillräckligt med tid att delta i intervjuer.

Enligt Bergquist (2004) kan man använda sig av många olika metoder inom etnografi och vi valde att använda oss av observation och därefter en kompletterande semistrukturerade intervju. Observationen används här för att göra en egen bedömning av en situation och den kan vara viktig när man inte kan få fram erforderlig uppgift med hjälp av teorin eller intervjuer.

Vi har genomfört en etnografisk observation där vi agerade enligt ”flugan på väggen”-modellen (Bergquist, 2004). Det vill säga vi utförde en granskande observation utan att störa eller ställa frågor. Vi ansåg att observationsmetoden utgjorde den bästa metoden för att kunna studera människans arbetsplatser eller människans roll i praktiken. Tanken var också att genom denna granskning, så skulle vi kunna upptäcka något nytt problem angående dokumenthanteringsrutinerna som vi kunde ta upp i vår studie.

Nackdelen med observation som metod är att forskaren kan träffa på svårigheter när han/hon försöker få access till en verksamhet där man vill göra sin undersökning. En annan nackdel kan vara att olika personers tolkningsmån inte överensstämmer, eftersom människor inte uppfattar saker och ting på samma sätt. Det kan i sin tur innebära att en och samma situation kan tolkas helt olika från person till person. Vi inom gruppen upplevde också att vi själva kunde ha olika uppfattningar och tolkningar om en och samma situation.

Intervjuer spelar en mycket central roll för vårt forskningsarbete. I denna studie är det inte tillräckligt att beskriva och redovisa arbetet bara utifrån sin egen synvinkel. Man skall även genomföra en intervju och till och med formulera frågor i förväg inom det valda området. Vår anledning till att välja semistrukturerade intervjuer var att vi försökte förtydliga och utveckla de svar som vi fick från respondenterna. Det gav oss en större möjlighet i vårt arbete genom att vi ställde öppna frågor för att på så vis även få öppna svar som ledde till ett samtal istället för korta direkta svar. Avsikten med formen med öppen intervju är att försöka få ihop så mycket information som möjligt som är komplement till observationen som utfördes innan. Det innebär att varje intervju har baserats på öppna frågor som är indelade under olika kategorier. Samtliga yrkeskategorier, det vill säga läkare, sjuksköterskor och läkarsekreterarna får samma frågor för att vi skall kunna jämföra svaren mellan olika yrkesgrupper.

Vidare beträffande vårt undersökningsområde så kunde vi med hjälp av litteraturstudien se verkligheten utifrån olika perspektiv. Teorin ökade förståelsen för till exempel vilka egenskaper informationen har gällande dokumentationens innehåll. Kunskaps- och informationsinsamling är också viktigt när det gäller till exempel att titta på tidigare forskning angående Melior och patientjournal, som har varit användbar i vår studie. Tidskrifter och artiklar om det aktuella ämnet var också ett hjälpmedel för vår forskning.

När det gäller användning av alternativa metoder, så kan det vara lämpligt att använda sig av flera metoder som påvisar samma ’bevis’ inför studiens slutsatser. För att kartlägga och undersöka

dokumenthanteringsrutiner, kunde andra metoder ha använts. Ett alternativ för vårt tillvägagångssätt kunde ha varit att ha en kvantitativ ansats. Standardiserade enkäter kunde ha skickats ut till flera personer inom olika yrkeskategorier. På så sätt kunde vi nå ett resultat med en breddare omfattning än vad som var möjligt med den kvalitativa metoden som vi nu har använt oss av.

2.6 Validitet och reliabilitet

För att kunna beskriva hur bra en datainsamling har fungerat, använder man sig av två begrepp: Validitet och reliabilitet. Enligt Bergquist (2004) används reliabilitet och validitet för att kunna diskutera tillförlitlighet i samband med forskning och dess resultat, samt används i alla typer av forskning men dock med något olika betydelse. Reliabilitet handlar om med vilken precision man mäter det man skall mäta medan validitet handlar om man verkligen mäter det man avser att mäta.

Man bör alltid sträva efter hög validitet och reliabilitet, för att i studier uppnå en hög trovärdighet. När det gäller validitet ska man använda rätt sak vid rätt tillfälle. Vidare innebär kravet på validitet att ett forskningsmaterial ska vara relevant för problemställningen och även det skall finnas en harmoni mellan material och problemområdet. Validitet används för att man verkligen har undersökt det som man har tänkt undersöka. Medan med reliabilitet menas den kunskap som kommer fram är framtagen på ett trovärdigt sätt (Solvang & Holm, 1997). Reliabilitet innebär även att resultatet som författaren kommer fram till genom olika mätningar på samma objekt, ger lika värden (Patel & Davidsson, 1994).

För att vår undersökning skulle ha en god validitet så försökte vi hela tiden se till att intervjupersonerna förstod vad vi frågade och att vi fick fram deras åsikter rörande vårt problemområde. Genom granskning av deras svar adderat med en smula eftertanke så tror vi att vi ha uppnått god validitet i vår undersökning. Det innebär därmed att vi har fått en bra koppling mellan vårt problemområde och det insamlade materialet från intervjuerna. Vi funderade också över våra intervjufrågor och mer bestämt hur de skulle vara utformade för att kunna ge oss så bra svar som möjligt. Vi fick också hjälp av vår handledare angående detta. Vi anser att vi har fått en hög validitet, eftersom vi har undersökt det som avsetts att mättas, samt att vi har uppnått ett bra resultat.

När det gäller reliabilitet så lyckades vi att vara noggranna vid intervjuerna genom användandet av bandspelare. Vi anser att vi har uppnått reliabilitet i vår studie eftersom vi har genomfört flera intervjuer med respondenter som hade olika bakgrund och utgångspunkter gällande problemområdet. Vi har genom de olika intervjuerna fått ganska liknande svar från respondenterna, vilket tyder på en hög reliabilitet. Vi har försökt även ställa relevanta frågor, till intervjupersonerna, vilket är i överensstämmelse med vår problemformulering.

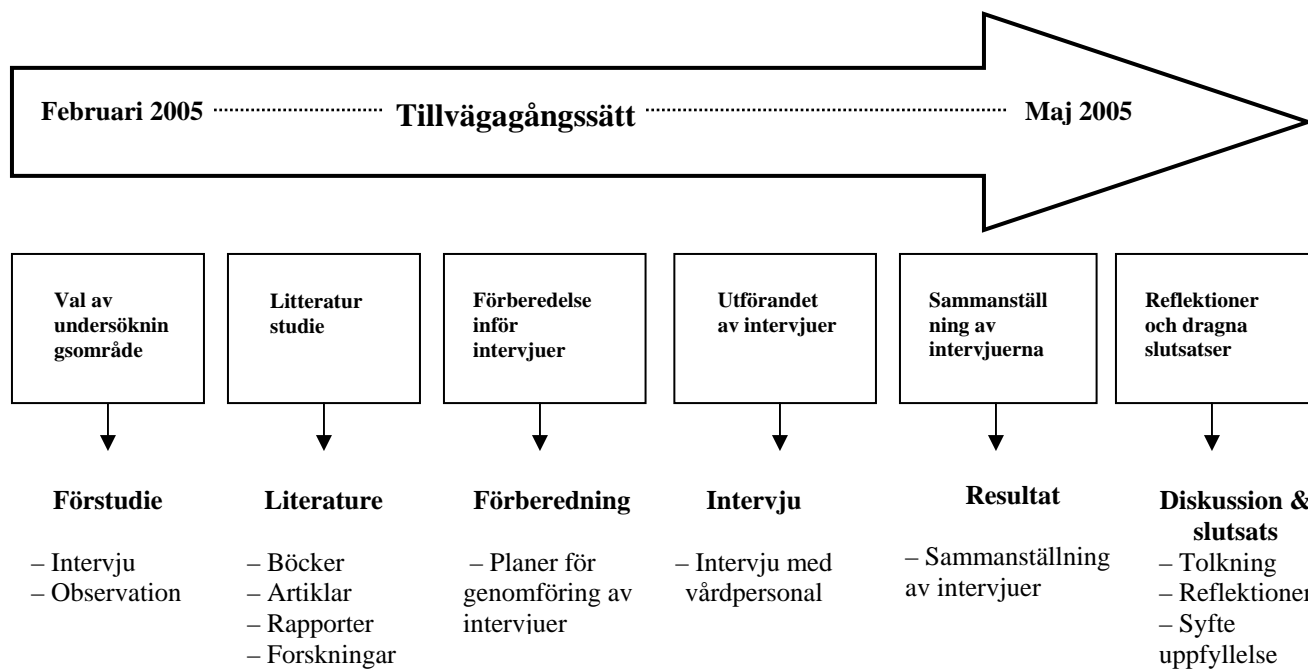
2.7 Praktisk genomförande

Under detta avsnitt beskriver vi på vilket sätt uppsatsarbetet praktiskt genomförts. Först började vi med en förstudie för att skapa en grundläggande förståelse för problemet. I förstudien genomförde vi två intervjuer och observation på Mölndals sjukhus inom medicinkliniken som resulterade till kartläggning av vårt syfte och problemområde. Observationen tog tid åtta timmars arbetsdag. Genomförandet av förstudien, hjälpte oss att få en överblick över situationen, och klargöra uppsatsens problemområde och även att formulera vårt syfte och frågeställningar.

Därefter planerade vi hur arbetet skulle genomföras enligt en tidsplan. Vi satte igång med att studera relevant litteratur, artiklar och rapporter, för att kunna få en översikt över studien. Innan intervjutillfället formulerade vi intervjufrågorna utifrån det teoretiska ramverket och frågorna godkändes av vår handledare.

Genom våra kontaktpersoner (en läkare och en systemadministratör), fick vi vidare hänvisning till andra intervjupersoner vid medicinkliniken. Sedan genomförde vi tio intervjuer och varje intervju tog tid mellan 45-60 minuter med var och en av respondenterna. Vid intervjutillfällena började vi med ett kort presentation om oss och vår studie och sedan fortsatte vi med att ställa frågor kring vårt problemområde. Vi spelade in alla intervjuer med hjälp av en bandspelare. Efter att vi har utfört alla intervjuerna, sammanställde vi respondenternas svar i resultatkapitlet.

Sedan lyckades vi i diskussionsavsnittet tolka och diskutera kring intervjuernas svar med en återkoppling till relevant litteratur som vi har använt oss i teoriavsnittet. Vi presenterade även egna åsikter och reflektioner. Slutligen drog vi slutsatser av det samlade materialet och gav rekommendationer baserade på resultaten och vårt syfte. Nedan i figur 1 visar vi en modell över hur vi har praktiskt gått tillväga i vår uppsats.



Figur 1: Beskrivnings modell till det praktiska genomförandet (egen modell)

3 Teori

I det här kapitlet kommer vi att presentera de här områdena som är relevanta för vår uppsats samt kunna öka förståelsen kring dem. De relevanta teorierna är grund för uppsatsen samt har hjälpt oss att skapa underlag för vår studie. Det har även hjälpt oss att fokusera på frågor angående vår empiriska undersökning i resultatavsnittet. Teori delen bygger på material från litteraturer, artiklar, rapporter och Web dokument.

3.1 IT i vården

Det har skett stora förändringar inom hälso- och sjukvården när det gäller informationshantering. Datorer har använts inom hälso- och sjukvården sedan slutet av 1950-talet. Under 1960- och 1970-talen utvecklades datoranvändning för att planera och genomföra hälso- och sjukvårdsarbetet, och olika administrationssystem byggdes upp. Ett exempel på detta är patientadministrativ system för planering, bokning och uppföljning av patienthantering, med mera. Den datoriserade patientjournalen började införas under 1970-talet. Datoriseringen inom primärvården har genomförts så att nästan samtliga vårdenheter använder datorer till stöd för den administrativa verksamheten, men också i stor omfattning till journalföring (Stegberg, 1996).

Användning av informationsteknologi har delats upp i två områden inom vården. Det första området är den IT-teknik som används för undersökning och behandling av patienter. Denna teknik är mycket avancerad och ger ökade möjligheter att behandla fler sjukdomar. Det andra området omfattar de administrativa system som behövs för att stödja arbetet kring patienten. Den centrala uppfattningen är att informationsbäraren inom sjukvården är journalen. Det började i mitten på 80-talet bli acceptabelt att utgå från journalen som den samlande "informationsdatabasen" (Stegberg, 1996).

Informationsteknologin kan även bidra till att effektivisera personalens insatser genom förbättrad planering, handledning och informationsöverföring. IT kan också underlätta och stödja de förändringar av arbetsformer och arbetssätt som kommer att krävas inom organisationer, samt skapar nya möjligheter i snabbare takt och gör arbetet effektivare. Men samtidigt leder detta till nya problem särskilt när IT-systemen inte är anpassade efter den som ska göra jobbet, då kan det bli problem.

Här redovisas de viktigaste kraven på IT-systemen i vården, enligt en rapport från Sveriges läkarförbund (2005).

- Den elektroniska patientjournalen ska samla all nödvändig information om en patient och vara fokuserad på vård processerna runt patienten för att säkerställa en bra, trygg och säker vård. Informationen ska vara sammanställd och presenterad så att den stöder vårdarbetet för varje given frågeställning.
- För att garantera en fungerande vårdkedja ska det vara möjligt för vårdgivare och huvudmän att enkelt och säkert få åtkomst till information som rör en patient.

- Man ska garantera patientens integritet och autonomi. Åtkomsten till uppgifter ur den elektroniska patientjournalen ska vara fokuserad på betydelsen för patienten och inte på vilken profession eller funktion den aktuella vårdgivaren har. Speciellt känslig information ska vara särskilt skyddad och endast visas för andra vårdgivare efter patientens samtycke i varje enskilt fall.
- Genom standardiserade gränssnitt ska resultat av undersökningar och provtagningar automatiskt och säkert registreras i den elektroniska journalen. Undersökningsresultat och provsvar ska vara spårbara i det som rör vid vilken enhet och av vem undersökningen/analysen gjorts.
- Den elektroniska patientjournalen ska vara uppbyggd så att den främjar en god kommunikation med patienten. Den ska också motverka dubbeldokumentation och underlätta en effektiv registrering av uppgifter.
- Den elektroniska patientjournalen ska inom ramen för etiska och juridiska avväganden vara tillgänglig för patienten, både till innehåll och vad som görs med journalen. Exempel på det senare är ändringar i journalen - vem som gjort dem och vem som tagit del av vilken information och i vilket sammanhang.

IT har på ett helt annat sätt än manuell hantering gjort det möjligt att använda de arbetsuppgifter som finns inom hälso- och sjukvården för att ge nyttig kunskap och förståelse för olika processer inom hälso- och sjukvården. Vidare leder införandet av IT dessutom möjligheter till rationaliseringar. Ett exempel på detta är hantering av patientjournaler. Det gäller både ökad säkerhet och tidsmässiga vinster (Vårdförbundet, 1998).

3.1.1 Elektroniska patientjournaler

Satsning på IT-stöd inom hälso- och sjukvården är av största vikt för att förbättra vårdkvaliteten, effektivisera vården och öka patientsäkerheten. Enligt Sprirapport (1995) är den sammanhållna elektroniska patientjournalen det viktigaste redskapet för att uppnå dessa effekter.

Elektroniska patientjournaler är inget nytt inom vården. En elektronisk journal är en sökordsbaserad medicinsk dokumentation av vården som uppfyller lagens krav. Det första elektroniska journalsystemet utvecklades i början på 70-talet, användes på enskilda avdelningar och var bara av experimentkaraktär. Den digitala utvecklingen från pappers patientjournal har skett relativt snabbt inom primärvårdsverksamheten. Däremot har införandet av datorjournalerna ägt rum mycket långsammare på alla sjukhusområden beroende på sjukhusklinikers självklara komplexitet.

All väsentlig information som dokumenteras i pappers-patientjournal bör också återfinnas i datorjournalen. Användning av datorjournalen skapar möjligheter att hantera sådana funktioner som väntelista, bokning, kallelse och besöksregistrering med mera. Den erbjuder även förenklade arbetsrutiner för en effektivare hantering av läkemedelsordinationer, laborationssvar, remissvar, intyg, sjukskrivningar och så vidare (Sprirapport, 1996).

Det vanligaste systemet inom sjukhusvärlden är Melior. När det elektroniska systemet först infördes, framförde det följande syfte och målsättningar:

- Effektivare vård genom bättre tillgång till patientinformation.
- Helhetsstöd för sjuksköterskornas dokumentation och utvärdering av omvårdnadsarbetet
- Minskat manuellt arbete. Förenklar och effektiviserar det dagliga arbetet och sparar tid då man inte längre behöver leta efter och transportera journaler mellan t.ex. olika avdelningar.
- En bättre arbetssituation där mer tid kan läggas på patienterna och mindre tid på pappersarbete.
- Automatisering av informationsutbytet med andra vårdenheter (Spirapport, 1996).

3.1.2 Melior

Datorjournalssystemet Melior som tillverkas av Siemens Health Services används idag på flera stora sjukhus i Sverige. Till användarna hör Södersjukhuset och Danderyds sjukhus i Stockholm, regionerna Västra Götaland och Skåne samt i landstinget Örebro och Dalarna.

Siemens definierar i en rapport Melior 1.5 som ett system för klinisk informationshantering med fokus på den elektroniska patientjournalen. Systemet utvecklades under 1990-talet som ett samarbete mellan dåvarande Göteborgs sjukvårdsförvaltning och Siemens Nixdorf. I systemet lagras och hanteras patientdata som diagnoser, behandlingar med mera. Västra Götalandsregionen beslutade i januari 1999 att regionens slutenvård skall arbeta i journalssystemet Melior 1.5. Detta medförde att antalet användare inom regionens sjukvård har blivit stort, se nedan (Siemens, 2005).

Rapporten från Siemens har visat följande siffror för användning av Melior 1.5.

”Melior 1.5 är Sveriges mest spridda och använda elektroniska journalssystem för öppen och sluten vård vid sjukhus. Idag har mer än 55 000 användare effektivt stöd i sin journalhantering genom Melior 1.5. Mer än 30 sjukhus och 100 kliniker har implementerat Melior 1.5. Förutom journalanteckningar finns funktioner för läkemedelsordination och utdelning, hantering av lablistor, skanning och korrespondens och intyg.”

Ernst och Young har därmed visat i deras rapport Melior, att grundstrukturen i Melior 1.5 består av olika moduler. Dessa ingående moduler är:

- Text (journaltext för alla personalkategorier)
- EDI-remiss (elektronisk remissförfrågan och svar)
- Konsult Remiss
- Korrespondens och Intyg
- Laboratoriebeställning och svar
- Läkemedelsmodulen
- Skanning
- Extern Program (integrering mot andra program)
- WizSel (utsökning)
- Domän

Samt tilläggsfunktionen

- Sjukintyg/Dödsbevis
- Akutenlösningen (XML överföring)

(Ernst & Young, 2002)

Inom sjukvården har man väntat på den elektroniska journalen som en av de stora pusselbitarna för att lösa sjukvårdens informationsbehov. Kommunikation mellan vårdenheter underlättas med datorjournal samt att tillgängligheten blir större utifrån patientperspektiv. Utifrån vårdpersonalperspektiv behöver de inte söka journaler som idag utan patientinformation kan hämtas direkt. Därmed kommer den elektroniska journalen att minska den administrativa tiden som ett resultat på att man har ägnat stor del av arbetstiden till att söka, sortera och arkivera journaler för att underlätta och minska arbetstiden. Den elektroniska datorjournalen ska samla all nödvändig information om en patient och vara fokuserad på vårdprocesserna runt patienten för att säkerställa en bra, trygg och säker vård. Informationen ska vara sammanställd och presenterad så att den stöder vårdarbetet för varje given frågeställning. Den elektroniska journalen skall underlätta diagnostik, planering, behandling, omvårdnad och uppföljning (Sveriges läkarförbund, 2004).

3.1.3 Patientadministrativa system (PAS) och journal

Patientadministrativa system (PAS) är en samlingsterm för en mängd olika IT-stöd. Dess användningsområden är bland annat bokning, remiss- och provsvar, patientregistrering och vårdplanering. Det elektroniska journalsystemet ingår i de patientadministrativa systemen. Systemen används för hantering av administrativa uppgifter i samband med hälso- och sjukvårdsproduktion (Vårdförbundet, 1998).

Vårdförbundet förklarar vidare att det patientadministrativa systemet (PAS) används i sammanhang med en administrativ informationsbehandling av patient. Alla typer av medicinsk information hanteras, struktureras och visas sedan i form av koder, tabeller och mallar. PAS-system ersätter inte patientjournalssystem utan kompletterar redan existerande papperspatientjournalssystem, som förmodligen används av nästan alla yrkeskategorier i vårdsektorn.

Gratte (1996) hävdar att patientadministrativt system stödjer vårdpersonalen i sitt arbete.

”Det patientadministrativa systemet är ett mycket användbar hjälpmedel för vårdpersonalen för uppföljning av alla patienter, det vill säga, var de befinner sig egentligen i sjukvårdsverksamheten.”

Detta omfattar, bland annat, patienters personliga uppgifter, vårdarbetets inrättning (avdelning, mottagning, vårdcentral och så vidare), in- och utskrivning av patienter i slutenvården, operationskoder, diagnoskoder och eventuella dödsdiagnoser.

Patientjournalen utgör en central informationskälla för vårdpersonalen genom att den hjälper de att lämna eller hämta information för olika administrativa rutiner. Patientjournalsdokumentet innehåller begränsad information om olika moment av en patients utredning och behandling. Idag är det inte bara läkarens ansvar att föra journal utan även sjuksköterskor har lika mycket ansvar för journalföring.

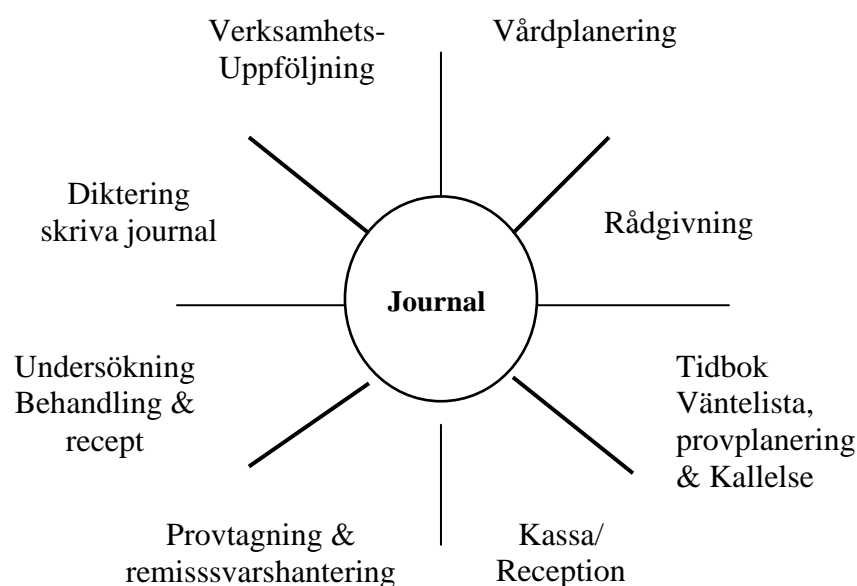
”Journalen möjliggör informationsöverföring mellan olika vårdgivare som kommer i kontakt med patienten och redogör för en medicinsk historik över besök, problem och åtgärder samt utgör patientens grund för att få kontinuitet i sin vårdprocess.” (Stenberg, 1996)

Enligt Stegberg (1996) går cirka en tredjedel av vårdpersonalens tid åt att arbeta med vårdinformation vilket innebär en relativt hög kostnad.

Hälso- och sjukvården är informationsintensiv. Information som i samband med en patientkontakt skapas, samlas och vidarebefordras gör det under vissa förutsättningar och lagar som begränsar vilken information som måste registreras och på vilket sätt det ska ske.

Journalen har ett standardiserat utseende och innehåll. Exempel på dokument som kan finnas i journalen är: medicinska diktat och data, remissuppgifter, laboratoriesvar och läkemedelslista eller receptförskrivningar. Varje område har sin struktur, relaterad till behov och användning av journalen.

Enligt Stegberg (1996) kan journalen ses som navet i ett hjul, (Figur 2).



Figur 2: Patientadministrativa rutiner

Figuren visar betydelsen av journalhandlingen för alla fyra delarna i vårdprocessen. Informationen lämnas eller hämtas till och från journalen för olika administrativa rutiner. En patientjournal skall innehålla all information av bestående värde från varje patientkontakt (Stegberg, 1996).

3.2 Informationshantering

Information är en viktig resurs för organisationers framgång, därför informationshantering (information management) spelar en viktig roll, när det gäller informationshantering inom organisationer. Informationshantering handlar om hur information hanteras inom organisationer av olika slag. Det möjliggör för organisationen att skapa, få tillgång till, lagra och analysera information. Inom begreppet informationshantering ingår informationsbehov, informationssökning samt distribuering och dess användning (Francke m.fl., 2004).

Elektronisk dokumenthantering är en metod som hanterar information och som är tillämplig i alla informationsprocesser. Elektronisk dokumenthantering innebär att man använder ett datasystem som tar hand om bestämda paket av information utan att påverka deras innehåll.

Det främsta syftet med dokumenthantering är att få snabbare processer genom att aktiviteter kan genomföras elektroniskt, utan hantering av fysiska dokument. Elektronisk dokumenthantering uppstod som ett resultat av att organisationer önskade att utnyttja teknologin för att bland annat spara papper, förbättra kommunikationen och öka kontrollen över ett dokumentets hela livscykel, från skapande till arkivering. Alla berörda personer kommer att ha tillgång till dokumenten över öppna datanätverk och detta leder till samarbete oberoende av plats och tid. Dessutom sker informationssökning effektivare på grund av systematiskt identifierande och klassificerande information om dokument. Elektronisk dokumenthantering kan utnyttjas inom förvaltningsprocesser, när man vill hantera en stor mängd av olika dokument samt när man behöver hitta dem snabbt från olika platser. Snabbheten och enkelheten är faktorer som knyts till gränssnittet. Informationssökning inom en bransch bör fungera som portal till olika informationskällor med hjälp av ett enhetligt sökgränssnitt (Löwnertz, 2002).

För att kunna åstadkomma informationshantering som är snabb, effektiv och med säkrad kvalitet, så gäller det enligt Löwnertz (2002) att gamla rutiner behöver anpassas och nya skapas så att processen fungerar i sin helhet med full utnyttjande grad.

Inom en organisation är det viktigt att säkerställa att alla har tillgång till rätt information/dokument och i aktuell version. Elektronisk dokumenthantering erbjuder snabb åtkomst till stora mängder filer. Man kan söka, sortera och hantera olika versioner av dokument med hjälp av metadata. Inom en organisation kan man själv lägga upp en struktur i dokumenthanteringssystemet, välja vilka metadata man vill använda, hur man ska klassificera och vad de ska kallas.

Enkelheten av dokumenthantering är viktig, bland annat vid informationssökning. När det gäller en sök situation, kan användaren bara använda sig av den typ av information om dokumenten som användaren känner till, alltså som man specifikt lär sig för en viss söksituation eller sådan som är upplagd enligt en gemensam standard.

Standardiserad information ger större möjligheter genom att man inte blir beroende av att söka i en källa eller ett system, utan kan få tillgång till en mängd källor genom samma gränssnitt. Standardisering av information leder till att dokument kan hållas tillgängliga under hela sin livscykel, oavsett vem som använder dokumentet och vad användaren har för personlig kunskap (Löwnertz, 2002).

3.2.1 Informationskvalitet

Ordet information används i många olika sammanhang och det finns många olika teorier om vad information egentligen är och hur den bäst skall beskrivas.

Data ligger till grund för information. Data innehåller ord, siffror och fakta som inte är värdefulla i sig själva. När dessa data sätts i ett sammanhang bli de information. Information är organiserad data som är meningsfull för den användare som tar emot informationen (Nonaka & Takeuchi, 1995).

Informationskvalitet kan förklaras som graden av goda egenskaper hos information som är lämplig för användning av människor som använder informationen i sitt arbete. Definitionen av informationskvalitet är att rätt information skall nå rätt person vid rätt tidpunkt. Det finns två viktiga aspekter angående informationskvalitet, det är användbarhet och användarvänlighet (Strong et al, 1997).

För att säkra informationskvalitet i en organisation, bör informationen anpassas och struktureras för användarnas behov. Det gäller för organisationer att se till att all relevant information är känd, tillgänglig och sökbar, samt har en redovisad kvalitet. För att uppnå det här målet finns det ett antal åtgärder.

För det första gäller det att man vet var informationen finns och hur man kan komma åt den. Resultatet av den första åtgärden redovisas i en metadatabas och genom metadatabasen får man sedan också information om hur man kommer åt sökt data. Nästa åtgärd handlar om lagring av data så att den blir åtkomlig inom hela organisationen. Dessutom skall det finnas ordentlig information om metadatabasen och vad man kan finna i den. Därefter måste också varje datamängd kvalitetsbeskrivas så att den som söker data får någon uppfattning om vad respektive datamängd kan användas till.

Till slut måste man göra en beskrivning av sin verksamhet som krävs för att strukturera sina data så att allt data blir användbar inom organisationer.

Enligt Strong (1997) definieras olika kriterier för informationskvalitet som kan kategoriseras i fyra delar:

Tillförlitlig- för att information skall vara tillförlitlig krävs att den skall vara felfri och trovärdig. På så sätt uppfattas informationen värdefull och pålitlig hos användare. Det är positivt att informationen är trovärdig för känner inte användarna något behov av att kontrollera informationen. Korrekt, entydig och rätt tolkad information ger hög tilltro vilket leder till en användaranpassad presentation av information.

Tillgänglig- informationstillgänglighet innebär att alla ska kunna få tillgång till nödvändig information oavsett tid, plats, plattform, etcetera. Informationstillgänglighet handlar om att öka åtkomsten till relevant information för dem som behöver det. Tillgänglighet innebär att informationen är lätt att få tag på, samt det inte tar så lång tid att få fram den. Genom att öka tillgängligheten, förbättras informationens användbarhet.

Relevant- med relevant information menas att den skall vara tillämplig och användbar för den uppgift användaren skall utföra. Relevans är ett utav de viktigaste kvalitetskriterierna och när informationen är relevant då är den trolig, minskar osäkerhet samt underlättar för beslutfattande

att uppfatta vilket som är det rätta beslutet. Relevant information innebär också att informationen skall vara tillräckligt bred och omfattande för det berörda arbetet.

Ett annat kriterium som är viktigt angående relevant information är att informationen skall vara aktuell vilket innebär att informationen skall uppdateras kontinuerligt beroende på vilka krav man har inom organisationen (Svensson, 2003).

Representativ- det innebär att informationen är lättolkad, lättförståelig och enhetlig. Informationskvalitet handlar också om att informationen skall vara lätt att förstå och vara begriplig för användare.

3.3 Dokumenthantering

3.3.1 Dokumenthanteringsrutiner vid patientjournal

I en patientjournal samlas handlingar som rör en patient. Journalen innehåller bland annat anteckningar som görs i samband med vård och behandling, liksom handlingar som upprättas eller inkommer om en patients hälsotillstånd, andra personliga förhållanden och vårdåtgärder. Huvudsyftet med patientjournalen är att skapa ett samlingsdokument för att dokumentera uppgifter om patientens situation och inträffade händelser. Genom användning av datorjournal har samlingsdokumentet bevarats och förbättras ständigt. Datorjournalen ger flexibilitet och skapar en möjlighet att få överskådlighet i journalen. En bra strukturerad datorjournal medför att möjligheterna ökar för forskning i en enskild patients journal (Spri, 1995).

Patientjournalagen anger att all legitimerad personal eller personal som har andra uppgifter att utföra inom deras yrke, och som berör patientjournal, har skyldighet att föra journalanteckningar för varje patient och vid varje kontakt som gäller vård, undersökning eller behandling. Det är viktigt att kontrollera patientens identitet i samband med föreskrifter, när det gäller patientjournalshantering vid varje vårdtillfälle och vid upprättning av journalen, för att förhindra förväxling så att inte någon annans uppgifter förs in i journalen (Vårdförbundet, 1998).

Patientens namn och personnummer skall finnas på varje sida i journalen, i en pappersbaserad journalhandling, där en journalanteckning har gjorts. Det gäller alltså även baksidan på journalhandlingar som är skrivna på fram- och baksidan.

Journalen bör vara skriven på lättförståelig svenska så att både patienten och den vårdande personalen ska förstå informationen. Patientjournalen är ett arbetsredskap som ska finnas tillgänglig för alla som har ansvar för de olika delarna av vården. Därför måste informationen i journalen vara tillförlitlig och lätt att förstå. Om medicinska förkortningar används måste det finnas en förklaring till dem någonstans i journalen.

En väl förd patientjournal utgör dessutom grunden till utvärdering och uppföljning och kan därigenom också förbättra vården för den enskilde patienten (Stegberg, 1996).

För att en patientjournal ska kunna tillgodose såväl patientens som vårdens behov av information, säkerhet och kontinuitet, så måste vissa grundläggande krav uppfyllas.

Detta innebär att texten ska vara tydlig och måste utformas med omsorg så att den inte kan feltolkas eller uppfattas som förolämpande av patienten eller dennes närstående.

Den som skriver journal måste utöva sitt yrkeskunnande om vårdens innehåll och processer även ha kunskap om vad regelverket föreskriver, till exempel patientjournallagen, datalagen, arkivlagen, sekretesslagen och Socialstyrelsens författningar och allmänna råd.

I den dagliga vården är det viktigt att man förstår och jobbar under gemensamma strukturer, begrepp, termer eller sökord. Därmed kan man skapa förutsättningar för andra att kunna följa vården.

Genom att använda ett gemensamt språk för alla där alla berörda kan förstå och tolka på ett enhetligt sätt, kan man enligt Vårdförbundet komma fram till följande resultat:

- Använda informationen för det individuella patientarbetet
- Kommunicera säkrare
- Använda informationen för verksamhetsuppföljning och forskning
- Få en gemensam syn på verksamheten.

(Vårdförbundet, 1998)

Samordningen av vårdinsatserna underlättas genom gemensam dokumenterad planering med enhetliga termer och detta möjliggör uppföljning av resultatet.

Varje vårdenhet måste ha en organisation som underlättar journalföringen med rutiner för hur man ska skriva, med tid för skrivandet och med bra underlag för journalanteckningar. Genom att skapa en förståelse för vikten av vårddokumentation och journalens betydelse och utformning, bidrar man till bättre kvalitet på patientjournalen vilket även nyttar patienten (Vårdförbundet, 1998).

3.3.2 Redundant information

Med redundant information menar Nonaka (1995) all onödig, dubbel eller överflödigt information. Redundant information innebär att man har sparat information på några olika ställen och man har inte tagit hänsyn till vad som är meningsfull information för organisationens aktiviteter. Redundant information ökar mängden av information och detta leder till problemet överflödigt information (information overload). Överflödigt information innebär att en allt mindre del av flödet är relevant för var och en av användarna och vad som är relevant avgörs av användaren (Högström, 1999). All information är inte viktig eller nödvändig för all personal att använda i sitt arbete. De flesta möter en stor mängd information som inte är relevant eller användbar för dem. Det är viktigt att information ska presenteras på ett sätt som är meningsfullt för användaren (personen som använder informationen), men om man inte tar hänsyn till den, då finns det en risk för ”information overload” (Avison & Fitzgerald, 1995).

Enligt Hedelin och Allwood (2002) innebär överflödigt information en stor mängd av information och i detta sammanhang hävdar de vidare att information upplevs som ett problem eftersom inga avgränsningar sker vid insamlandet av information. En nackdel med överflödigt information är att den ökar risken för att viktig information går förlorad då användaren reagerar genom att ignorera och sortera bort information som är ej relevant. En annan nackdel är att den stora mängden av information leder till att det blir svårare för användaren att hantera information, på grund av oklarhet i var information kan hittas och var den lagras.

Redundant information med all onödig, dubbel eller överflödigt information resulterar i dålig informationskvalitet där hanteringen av information blir både svårare och mer tidskrävande (Groth, 1999).

3.3.3 Informationstillgänglighet

Information är oftast lagrad i datorer på ett ostrukturerat sätt, utspridda på databaser, som försvårar tillgången till relevant information och det påverkar då personalens produktivitet negativt. Detta medför att personalen får en dålig översikt över organisationers data och information. Organisationer använder i sina datasystem metadata, för att integrera ostrukturerad data till strukturerad data, vilket underlättar tillgång till information (Dias, 2001).

Vårdförbundet betonar att tillgång till relevant information bör ske snabbt och på ett smidigt sätt. *”Ett datoriserat dokument blir per definition alltid tillgängligt, men det räcker inte. Det måste också vara lätt att snabbt hitta vital information och avvikande värden i en ofta stor och komplex informationsmassa.”* (Vårdförbundet, 1998)

Collins (2001) hävdar att ett bra strukturerat system är viktigt för personalen för att ta fram relevant information på ett enkelt och smidigt sätt. Denna information är samlat material från olika källor som personalen kan använda för att förstå organisationen och deras ansvarsområde bättre och djupare. Avsikten är att ge värdefull information som kan användas till det som den anställde gör i sitt dagliga arbete. När personalen har mer information bakom sig underlättar detta för dem att fatta beslut (Dias, 2001).

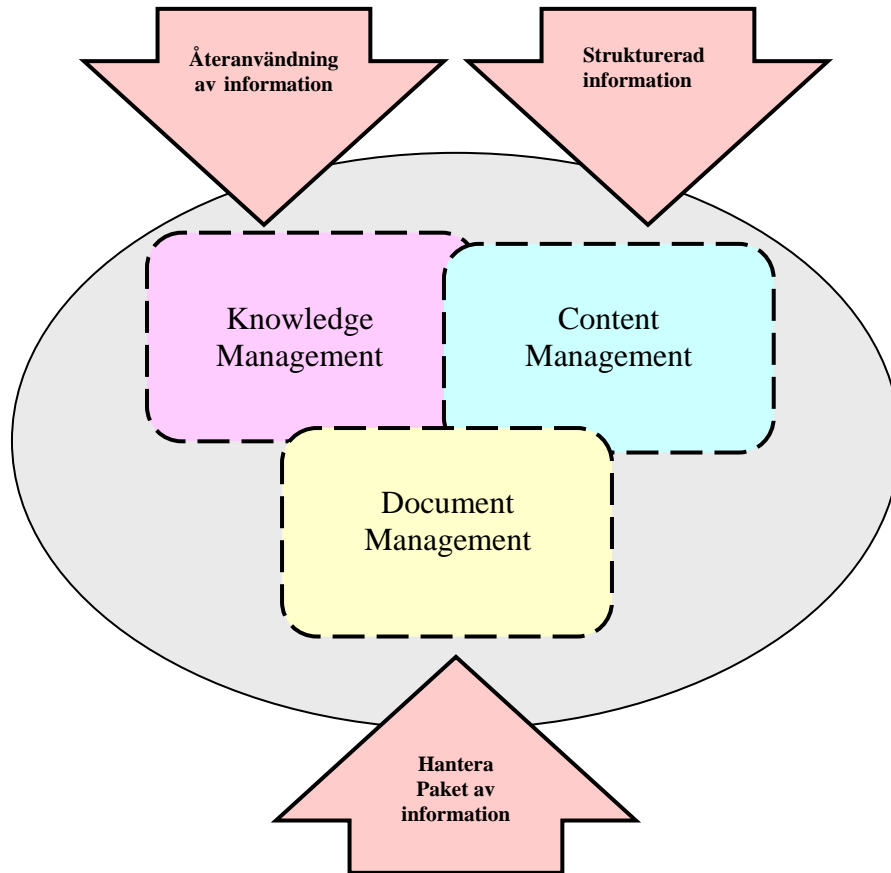
Enligt Vårdförbundet (1998) handlar en effektiv informationshantering framförallt om att skapa tillgång till information som finns på olika ställen. Det gäller att ha en strukturerad information som underlättar planering och uppföljning av hälso- och sjukvården.

Davydov påstår att informationen är utspridd på ett stort antal källor och det behövs därför hjälpmedel för att snabbt kunna komma åt rätt information och en sökfunktion är ett viktigt verktyg som kan uppfylla detta behov (Davydov, 2001). För att personalen ska kunna söka och lätt få tillgång till information som är viktigt för honom/henne, krävs det en sökfunktion som underlättar detta (Collins, 2001).

Införande av ett elektroniskt informationsutbyte mellan olika organisationer är ett betydelsefullt område för att underlätta det framtida informationsutbytet. Därför är det viktigt att organisationer använder sig av elektronisk kommunikation, vilket underlättar att komma åt information enklare och snabbare (Dimbleby & Burton, 1999). Kommunikation mellan system är en teknisk möjlighet som utväxlar information mellan olika organisationer och gör att informationsutbytet sker i digital form. Dimbleby och Burton (1999) hävdar vidare att organisationer försöker snabbt behandla enorma mängder information genom att använda elektroniska kommunikationsmedel. Den elektroniska informationsöverföringen inom den egna verksamheten och med omvärlden underlättar kommunikationen, vilket i sin tur effektiviserar informationstillgängligheten. På så sätt blir arbetet effektivare, kvaliteten högre och personal kan komma åt information på ett smidigt och snabbt sätt.

3.4 Informationshanteringssystem

Dokumentation kan bestå av olika typer av digital information. Därför bör dokumenthantering också ses utifrån synvinkeln att information hanteras på flera olika sätt, med olika verktyg och perspektiv beroende på typen av information man hanterar och vilka aktiviteter man vill stödja. Här visas en figur av olika applikationer som är delar i den totala informationshanteringen (Löwnertz, 2002).



Figur 3: Dokumenthantering som en deltillämpning för informationshantering
(En modifierad figur från Kurt Löwnertz, 2002)

Denna uppdelning är viktig då den visar att de olika systemen hanterar olika typer av informationsmängder. Dokumenthanteringssystem (document management) och kunskapshantering (knowledge management) är inriktade på information om information, alltså metadata. Innehållshantering (content management) hanterar själva innehållet i dokument. Avsikten med modellen är att stödja en mångfald hantering för all information utan att behöva

bygga en "universalmodell". I den samlade plattformen skall utväxlingsmetoder för dokument med metadata kunna samexistera och samverka med neutral utväxling av såväl dokumentinnehåll som modellinnehåll (Löwnertz, 2002).

Funktioner som ingår i dokumenthanteringssystemet förvaltar elektroniska dokument, oberoende av deras logiska format. Förvaltningen sker under dokumentens hela livscykel, från import eller skapande till slutarkivering eller gallring. Dokumenthanteringsfunktionerna spelar en central roll i informationsförsörjningen. För att kunna utnyttja funktionerna på ett smidigt sätt behöver de dock integreras med andra funktioner i organisationen.

Det är en fördel att samordna organisationens dokumenthantering men också för att få en effektiv hantering av helt olika dokumentprocesser, till exempel elektroniskt arkiv, dokumentscanning och andra handlingar i den elektroniska dokumentationen (Wessbrandt, 2002).

3.4.1 Kunskapshantering

Det är svårt att ge en generell beskrivning inom det här ämnet eftersom det finns många olika definitioner om kunskapshantering (knowledge management) enligt olika forskare.

Kunskapshantering definieras enligt Alavi och Leidner (2001) på följande sätt:

“A systematic and organizationally specified process for acquiring, organizing, and communicating both tacit and explicit knowledge of employees so that others may make use of it to be more effective and productive”

Ett centralt faktum för organisationers utveckling är att de kan utveckla, tillvarata och återanvända kunskap. Därför spelar kunskapshantering en viktig roll i dagens organisationer. Kunskapshantering innebär att en organisation på ett medvetet sätt arbetar med hantering av kunskap samt att den ger riktlinjer för hur organisationen kan tydliggöra sin kompetens så att den kan styras på ett bättre sätt. Det är viktigt att organisationen förstår vad kunskapshantering är och att kunskapen kan ha många former. Kunskapshantering bidrar till att människor kan ha tillgång till information i rätt tid och sedan kan förvandla den till handling för att öka organisationens förmåga. Syftet med kunskapshantering är att hålla kvar den kunskap som finns inom organisationer och att kunna öka kvaliteten på själva kunskapen. Ytterligare ett syfte med kunskapshantering är att kunna hantera, utveckla och sprida kunskap på ett fruktbart sätt inom organisationer. Att kunna samordna kommunikation och samarbete mellan människor inom en organisation är ännu ett syfte med kunskapshantering och detta gör man genom identifiering av den gemensamma kunskapen (O'Dell & Grayson, 1998).

3.4.1.1 Kunskapshanterings strategier

Enligt Davenport och Prusak (1998); Hansen et al. (1999); Swan, Newell och Robertson (2000) finns det två olika strategier inom KM, den ena är kodifieringsstrategi som fokuserar på tekniken och den andra är en personifieringsstrategi som fokuserar på människan. Det är viktigt att ha de två strategierna inom kunskapshantering i en organisation och att förstå skillnaden mellan de två. Kodifieringsstrategi gör det möjligt att kunskap kan sparas i ett dokument och på detta sätt blir kunskapen tillgängligt för alla personer i organisationen. Swan (2000) uttrycker att tekniken är avgörande för att man skall lyckas med kunskapshantering enligt kodifieringsstrategi.

Det finns både fördelar och nackdelar inom kodifieringsstrategin. Fördelen är att man kan spara information och återanvända den när det behövs, men nackdelen kan vara att man inom kodifieringsstrategin lägger vikten på tekniken och detta medför höga kostnader för organisationen. Att kunna underlätta skapandet av kunskap och kunskapshantering sker med hjälp av personifieringsstrategin. Den fokuserar på tekniken för kunskapsspridning genom kontakt mellan människor i en organisation. Detta innebär att tekniken fokuserar sig på kommunikation inom en organisation. Personifieringsstrategin utgår från organisationen och detta innebär att man ska använda den teknik som passar i organisationen och inte tvärtom. För att kunskapshantering skall bli framgångsrikt skall man satsa på samarbete och förtroende mellan personalen inom en organisation. En fördel med personifieringsstrategin är att man fokuserar mest på människan och inte på tekniken. Nackdelen är att det tar lång tid att ta fram processen för kunskapsspridning samt att man får betala höga kostnader (Hansen et al., 1999).

3.4.1.2 Kunskapshanterings delar

För att man ska uppnå sitt mål med kunskapshanterings arbete är det viktigt att vara medveten om olika steg som sker inom kunskapshantering. De här olika stegen är oberoende av varandra, men de stödjer varandra. Nedan följer de olika stegen inom kunskapshantering, enligt Stewart (1997) och Nonaka (1995).

- Att man skapar ny kunskap genom kommunikation och interaktion mellan personalen i organisationen.
- Spridning och återanvändning av kunskap: genom kommunikation mellan människor kan kunskap skapas, delas och återanvändas.
- Individuell kunskap förvandlas till organisatorisk kunskap: när kunskapen blir organisatorisk så stannar den för alltid och blir oberoende av människor. Detta gör man genom att fånga kunskapen hos varje individ och omvandla den tydlig.
- Oförlorad kunskap: Risken blir mindre att förlora kunskap när man har skapat och återanvänt kunskapen.
- Skapa värde utifrån kunskapen: Detta innebär att man kan höja sin kompetens eftersom man har tillgång till varandras kunskap inom en organisation.

Det finns andra faktorer som organisationer måste ta hänsyn till när det gäller kunskapshantering. Det gäller att organisationer sköter kunskapen på så sätt att den blir tillgänglig och uppdelas mellan personalen. De skall se till att man använder sig av rätt teknik och verktyg för att kunna lagra och sprida kunskap inom organisationen (Stewart, 1997).

3.4.2 Innehållshanterings system

I innehållshanterings system (Content Management System) ingår både data och information, där de ger en mening för användare som producerar eller utnyttjar detta innehåll. Det är viktigt att klargöra vad som menas med begreppet innehåll, eftersom det är en central del inom innehållshantering.

Boiko (2002) beskriver innehåll som information där informationen stöds med hjälp av data som blir användbar för ett speciellt område. Detta möjliggör att en dator kan samla, organisera,

hantera, systematisera och publicera information. Det är också viktigt att innehållet skall vara sökbart och återanvändbart vid behov, genom att lagra den på en lagringsplats. Idag ställer användarna krav på att datorer skall kunna hantera innehållet i data så att det blir meningsfullt och relevant för användarna. Metadata möjliggör att datorer kan hantera användning av informationen.

Behovet av innehållshantering har ökat den senaste tiden. På grund av den stora mängden av information att hantera inom organisationer är innehållshanterings system en lösning som blivit alltmer viktig inom organisationer. Nuförtiden har allt fler organisationer större behov av välordnad information, som är ett sätt att höja kvalitet och som leder till organisationens framgång. Innehållshantering definieras som ett system som har till uppgift att underlätta processen att skapa, publicera eller uppdatera information i till exempel en hemsida eller ett Intranät. Man kan säga att innehållshanterings system är verktyg med funktioner för insamling, hantering och publicering av information. Ett innehållshanterings system handlar om att hantera innehållet i olika filer eller system på ett flexibelt och rationellt sätt (Nakano, 2001).

Innehållshanterings system fungerar som en plattform som tar hand om hantering av innehåll på en eller flera webbplatser. Det kan ta emot information från många olika källor, som till exempel webbverktyg (webbsidor), dokumenthanteringssystem och affärssystem. Systemet skapar en gemensam miljö för att hantera innehållet i alla webbsidor på ett enhetligt sätt, där man får ett underlag för en gemensam plattform för de olika källorna som kan användas vid flera tillfällen. Innehållshantering är en teknik som lagrar och hanterar informationsflödet på ett samordnat, enkelt och effektivt sätt.

Innehållshanterings system betraktas som ett effektivt verktyg som lagrar stora mängder strukturerad information i databaser med fördelen att ge användare olika behörighetsnivåer. En bra och fungerande innehållshanterings system ger en organisation större möjlighet att publicera information till olika målgrupper och det stödjer organisationens olika verksamheter vid insamling, filtrering, organisering och kontroll av tillgång till informationen.

Det är viktigt att kunna förvandla information genom hela innehållets livscykel och även kunna effektivt hantera innehållet under hela dess livscykel från produktion till radering. Allt detta sker med hjälp av innehållshanterings system (Boiko, 2002).

3.4.2.1 Metadata

Det finns olika definitioner om vad metadata är. Begreppet ”metadata” innebär ”data om data” det vill säga, information som på något sätt beskriver en datamängd utan att själv ingå i datamängden. En annan definition är att metadata är information om information som ger information om ett dokument. Metadata innebär i det här sammanhanget information som beskriver och förklarar betydelsen av innehållet i informationen. Metadata kan vara allt från en detaljerad beskrivning av betydelsen eller funktionen av enskilda element i ett dokument till system som strukturerar en stor samling dokument eller andra typer av data och gör det möjligt att söka efter information i en sådan samling resurser (Addey et al, 2002).

Eftersom organisationens datorbaserade informationssystem blir allt mer sammanflätade, blir behovet av genomtänkta metadata-system allt mer viktigt. Det blir allt viktigare att kunna flytta data mellan system som tidigare varit isolerade. Ju bättre dokumenterad en digitalt lagrad resurs desto lättare är det att lagra, hitta och distribuera den.

Metadata används till att beskriva och organisera data som är lagrat i digital form, till exempel textdokument, filer med bilder eller andra mediatyper, eller data lagrat i databaser.

I ett innehållshanterings system spelar metadata en väsentlig roll genom att den gör informationens innehåll och mening tillräckligt tydlig för att datorer skall kunna hantera den. Genom metadata blir det lättare att söka, lokalisera, identifiera och lagra information elektronisk på ett säkert ställe. Med hjälp av metadata automatiseras olika processer i innehållets livscykel, som till exempel behandling och lagring av information samt koppling mellan olika system (Addey et al, 2002).

3.4.3 Dokumenthanterings system

Dagens organisationer lever i en stor mängd av information där många dokument produceras och distribueras och för det mesta saknas ansvar för hantering och utveckling av organisationens produktion. Ett lyckosamt sätt att hantera detta är att skaffa ett dokumenthanterings system. Det vill säga ett system som lagrar metadata om samtliga dokument och presenterar dem via ett gränssnitt som gör det lätt att hitta dokumenten antingen i ett strukturerat sammanhang (strukturerade filer/kategorier) eller att söka med hjälp av metadata i ett sökfält. Fördelen med ett sådant system är att varje dokument bara lagras en gång och samtliga dokument går att återfinna på ett och samma ställe efter samma indelningar och enligt samma sökprinciper. Det ger en effektivisering och rationalisering för organisationen (Ström, 2004).

Dokumenthanterings system har funnits på marknaden länge, fast en del organisationer har ännu inte använt dokumenthanterings system eller utnyttjat den nya tekniken. Översikt av organisationens dokumentationsprocess är viktig för att avgöra vilka funktioner som behövs för att skapa effektiva informationsflöden med rätt kvalitet. Analys av organisationen och dess informationsbehov blir allt viktigare för att definiera samverkan och integration mellan olika system (Wessbrandt, 2005).

Dokumenthantering är en konsekvens av att organisationer önskade utnyttja teknologin för att bland annat spara papper, förbättra kommunikationen och öka kontrollen över ett dokumentets hela livscykel, från skapande till arkivering. Nuförtiden har behovet av dokumenthantering ökat till att administrera organisationens elektroniska dokument och filer. Administrationen handlar till exempel om utcheckning, versionshantering, statushantering men även om åtkomst- och behörighetskontroll (Päivärinta, 2002).

4 Resultat

I kapitlet ges först en introduktion till undersökningsområdet och en redovisning av den genomförda förstudien kring dokumenthanteringsrutiner och datorjournalgränssnittet. Sedan redovisas resultatet av den empiriska undersökningen inkluderandes det material som framkommit vid de intervjuer som genomförts. Syftet med detta kapitel är att vi redogör problemen som uppstår vid dokumentationsrutinen utifrån de insamlade intervjuerna.

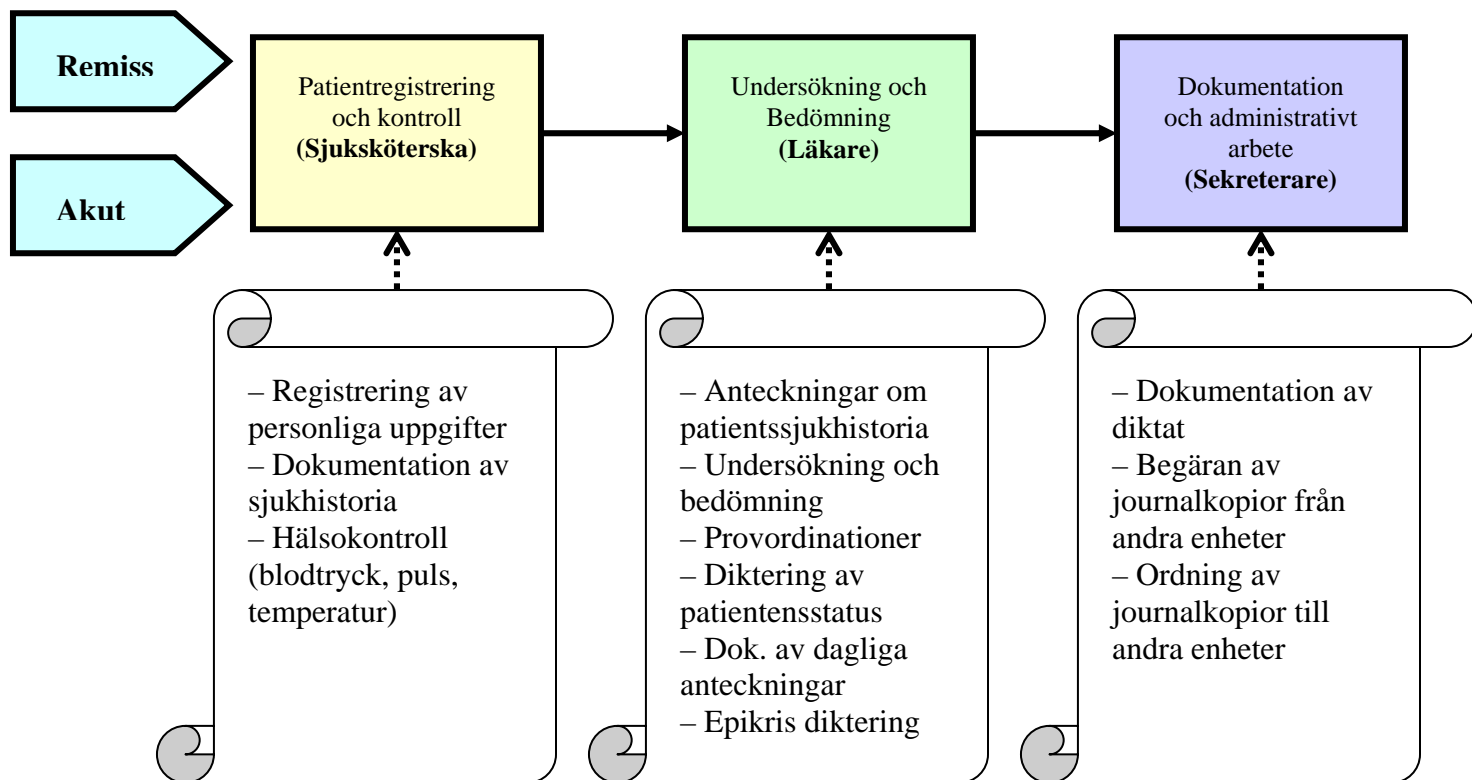
4.1 Förstudie

Nedan följande beskrivningar av förstudien är resultatet av både intervjuer och observation som genomfördes på Mölndals sjukhus inom medicinkliniken, gällande dokumenthantering vid patientjournalen.

4.1.1 Undersökningsområde

Förstudien genomfördes i form av två intervjuer; Dels med en läkare som jobbar vid medicinkliniken och dels med en systemadministratör. Nedan redovisas förstudien kring de områdena som är aktuella för problemområdet.

4.1.2 Dokumenthanteringsrutiner



Figur 4: Beskrivning av dokumenthanteringsrutiner

Figur 4 visar dokumenthanteringsrutiner som sker i medicinkliniken inom två avdelningar (avd. 238 och 239), där studien har genomförts.

I ett första skede skickas patienten till avdelningen antingen via akuten eller på remiss från primärvården eller från andra sjukhus. Från och med när patienten blir inlagd på avdelningen tills att han/hon blir utskriven, sker en del dokumentation av olika handlingar vid olika momenten i processen. Här ges en beskrivning för hela processen.

Patienten tas först emot av en sjuksköterska, därefter sker registrering av patientens personliga uppgifter och även andra uppgifter bland annat om kost, allergi, sociala förhållande samt patientens tidigare sjukdomar och aktuella problem. Senare kontrollerar sjuksköterskan patientens hälsotillstånd genom att ta blodtryck, puls och kroppstemperatur och så vidare. Alla dessa uppgifter kommer efter hand att dokumenteras av sjuksköterskan i datorjournalen, som kallas för Melior. Där efter och fortsättningsvis så besöker läkare patienten och genomför en komplett undersökning och därefter gör läkaren sin bedömning med avseende på misstänkta diagnoser och vilka prover och undersökningar som skall ordineras. Alla dessa uppgifter dikteras av läkare och förs efteråt in av en sekreterare i patientjournalen.

Ordinerade prover tas ibland av sjuksköterskorna och resultaten från dem registreras sedan i patientjournalen. Under vårdnadstiden på avdelningen, så brukar läkarna gå sin rond varje dag och dokumentera sina dagliga anteckningar om patientens status efteråt. Vid patients utskrivning skriver sjuksköterskan en omvårdnadssammanfattning av patienten och dokumenterar den i journalen. När det gäller läkarens del, då dikterar han/hon epikris (en sammanfattning av patientens sjukhistoria, diagnos och behandling). Dessa uppgifter kommer också att dokumenteras av sekreterarna som de eventuellt skickar journalkopior vid behov till andra berörda vårdenheter.

4.1.3 Beskrivning av datorjournal i Melior

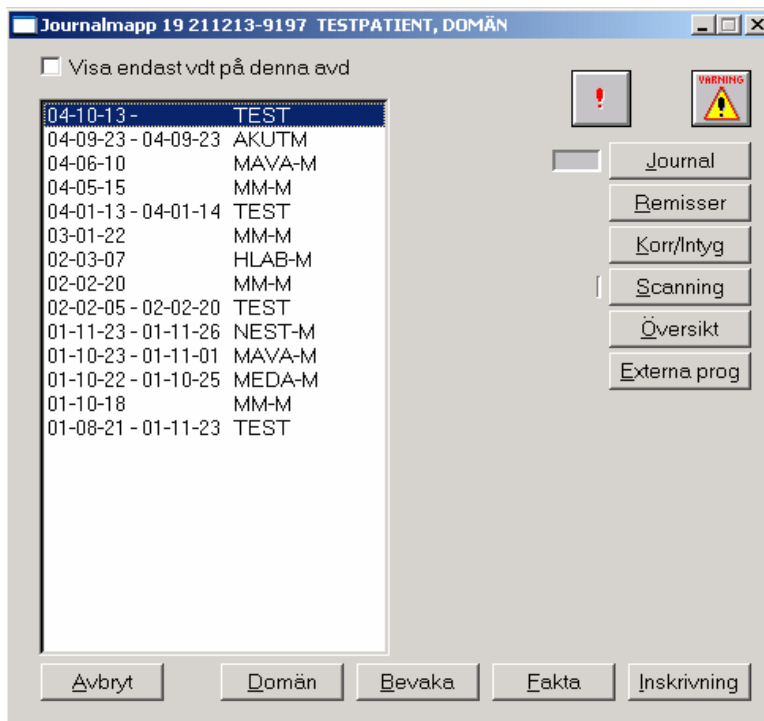
4.1.3.1 Journalmapp

I journalmappen finns det olika flikar som beskrivs enligt följande:

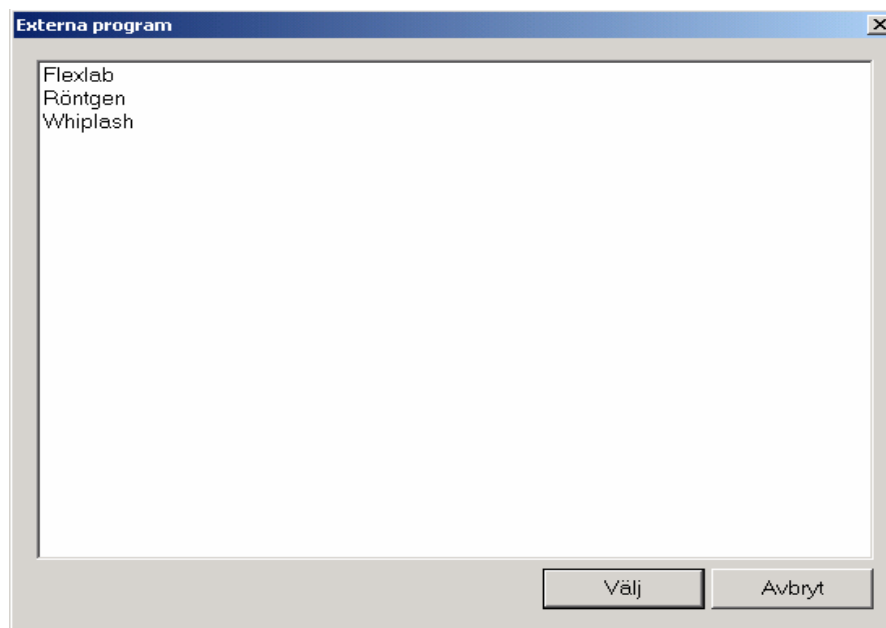
- **Journal:** är den delen som används för att föra in patientdokumentationen.
- **Remisser:** där skriver man remisser, som bara skrivs i systemet men skickas inte elektroniskt. Detta innebär att man skriver ut remissen som sedan skickas vidare. Alltså på Mölndals sjukhus finns det ingen e- remiss funktion i systemet.
- **korr/intyg:** där skriver man brev och sjukintyg som skall skickas exempelvis vidare till vårdcentral, men ej till exempel intyg som skall skickas till försäkringskassa.
- **Scanning:** är en funktion vid vilken man skannar in olika papper, bland annat remisser som man får från andra enheter eller primärvården och sedan förs dem in i systemet.
- **Översikt:** är ett sökningsprogram där det inte någon dokumentation äger rum, däremot kan man plocka fram dokumentation från olika områden för att läsa ifrån dem.
- **Externa program:** Består av tre olika program som är kopplade till Melior och dessa är: 1) **Flexlab** som används av vårdpersonalen där de kan plocka fram information gällande patientens provsvar från Mölndals klinik laboratorium som kallas för klin kem labb och även från laboratorium som tillhör hela SU (Sahlgrenska Universitetssjukhuset). Sahlgrenska

sjukhuset tillsammans med Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset tagit namnet Sahlgrenska Universitetssjukhuset. 2) **Röntgen** där samlas alla röntgenundersökningar som man har gjort och är remitterade från olika enheter. 3) **Whiplash** är ett program som innehåller webbplatser till olika områden som är användbar för vårdpersonalen.

Här visas två figurer för både journalmappen och de externa programmen.



Figur 5: Journalmapp som innehåller olika flikar



Figur 6: Externa program

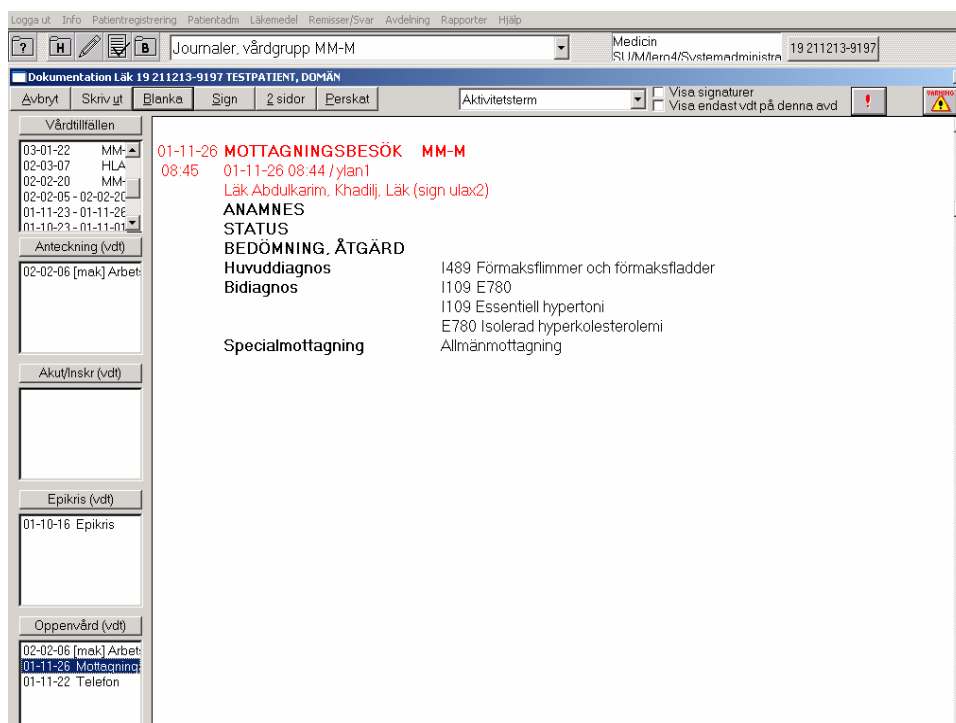
Som visas i figur 5 så finns det ett fält till vänster om journalmappen som visar olika vårdtillfälle, där ser man olika datum för varje vårdtillfälle som varje patient har haft, inom öppen- eller slutenvård. Man kan dubbelklicka på datumet och få fram uppgifter om patienten.

Det finns ytterligare funktioner som ligger längst ner i journalmappen som nämns och beskrivs enligt följande:

- **Domän:** är en funktion som finns i journalmappen, där alla inom SU som har Melior kan se uppgifter om patienter.
- **Bevaka:** är en meddelandefunktion, där kan vårdpersonalen skicka ett elektroniskt meddelande till varandra inom en och samma databas till exempel bara inom medicin databas. Den är en bra funktion speciellt för läkarna till exempel när de vill bevaka röntgensvar.
- **Fakta:** när det uppstår något fel i patientregistrering eller andra felaktiga uppgifter i patientjournalen, då kan man gå in i Fakta och se vem som har gjort detta fel.
- **Inskrivning:** är en funktion som används för att kunna registrera in patienten.

4.1.3.2 Personalkategorier

I patientjournalen finns det en knapp som kallas för Perskat (personalkategori), vilket betyder att varje personalkategori har sin egen mapp som de kan skriva i. När till exempel en läkare loggar in sig i sin egen mapp så kan han/hon se olika sökfunktioner som omfattar olika vårdtillfällen som en patient har haft. De vårdtillfällen är vidare länkade till olika enheter till exempel till akut och andra avdelningar, vilket omfattar olika anteckningar kring patienten. I läkarens mapp finns det ytterligare ett fält som kallas för epikris, och den innehåller sammanfattning av patientens vårdhistoria som visas i figur 7.



Figur 7: Läkarens mapp

När man klickar i personalkategori som finns i patientjournal så kan man välja mellan olika yrkeskategorier. Men när man vill dokumentera någonting i patientjournalen så måste man välja den kategori som man tillhör. Personalen kan även välja andra yrkesgrupper men de har inget behörighet att skriva i mappen, utan de kan bara läsa ifrån den. Se figur 8.

Här kommer förklaringar till de olika förkortningarna gällande de olika kategorierna:

Läk: läkare

Ssk: sjuksköterska

Usk: undersjuksköterska

Arb: arbetsterapeut

Sgy: sjukgymnast

Alla: alla yrkeskategorier

Bma: bio medicinsk analytiker

Die: dietist (kost rådgivare)

Log: logoped (för röst och sväljningsförmåga)

Kur: kurator

Psg: psykolog

Aud: audiologi (för hörsel)

Ped: pediatriker (barnläkare)

Sköt: skötare (de som jobbar på psykiatri, som har befattning mellan sjuksköterskor och undersjuksköterska)

Tekn: tekniker som t.ex. tandtekniker, ortopedtekniker

Annv: annan vårdgivare, det vill säga, övriga personal



Figur 8: Fälten för olika yrkeskategorier

4.2 Huvudstudie

Här redovisas resultaten från intervjuerna som genomfördes på två olika avdelningar (238 och 239) vid medicinkliniken på Mölndals sjukhus. Vi utförde tio intervjuer med tre yrkeskategorier inom ovan nämnda avdelningar. De som blev intervjuade, respondenterna, var: två läkare, två sjuksköterskor samt en sekreterare vid varje avdelning. Vi kommer att summera och redogöra respondenternas svar på ett så objektiva sätt som möjligt.

4.2.1 Dokumenthanteringsrutiner

Hos de flesta kliniker vid Mölndals sjukhus används i stort sett datorjournalssystemet Melior version 1.5. Man har kommit överens om att alla kliniker skall använda Melior-systemet inom SU. Än så länge har inte alla kliniker hunnit med att skaffa Melior, men de klinikerna som har skaffat Melior, har sin egen databas. Det vill säga att det inte är en och samma databas för hela sjukhuset utan varje klinik har sin egen.

En läkare på medicinkliniken (avd.238) svarade på frågan om vilka datorjournalssystem de använder och om det är ett gemensamt datorjournalssystem för hela sjukhuset på följande sätt:

”Det är Melior som vi använder, version 1.5. De flesta kliniker har Melior, men alla inte har hunnit skaffa Melior. Det är inte samma databas som gäller för hela sjukhuset, det vill säga att olika kliniker har olika journal och databaser.”

En sjuksköterska svarade på annat sätt:

”De patienter som har olika journal till exempel, inom medicin, kirurgi och ortoped klinik så finns den här möjligheten för oss att komma åt dessa journaler via en domän, men det tar ju lite tid att söka i domänen för att hitta andra områden.”

Läkarsekreterare använder ytterligare ett system när de sköter deras administrativa jobb och hon svarade så här:

”Vi har Melior system, men det är inte alla kliniker som har det. Det som vi (sekreterare) skriver i är Melior system, sen har vi Pax system som tar hand om administrativa uppgifter.”

På Mölndals sjukhus finns det olika datasystem som är kopplade till Melior-systemet. Dessa system tillhör olika enheter såsom labb-, röntgen- och neurofysiologienhet som utför olika arbetsuppgifter. Vid medicinkliniken behöver personalen komma åt dessa system för att kunna hämta information och svar på de inlagda patienterna.

En läkare kommenterade att:

”Som sagt tidigare är det Melior som används på sjukhuset men det finns en labbdatasystem som är länkad till Melior som möjliggör att man kan titta på labbdata och röntgenbilderna, men även svar på röntgenbilderna.”

Dokumentationsarbete sker inte bara elektroniskt vid Medicinkliniken på Mölndal sjukhus, utan en del av detta utförs fortfarande även i form av traditionellt pappersarbete. Detta är på grund av att det finns fortfarande funktioner som saknas i Melior systemet, vilket gör det omöjligt att utföra alla uppgifter elektroniskt som till exempel remisshantering, medicinlista, EKG resultat, med mera. En läkare förklarade angående hantering av pappersdokumentationen följande:

” Varje dag använder jag fortfarande pappersjournal, för att Melior inte är ett komplett data journal. När vi jobbar på avdelningen, har vi fortfarande patientens medicinlista, EKG svar och patientens allmänna hälsotillstånd såsom temperatur, vikt, blodtryck och information om tidigare sjukdomar i pappersformat. Undersökningar som görs i kliniken, skrivs även på papper.

När vi tar prover här på avdelningen så skrivs de på pappret, eftersom det inte går att mata in i systemet. Vissa av de labbsvaren som inte går till klinisklabben här kommer de inte heller i datorn utan de skrivs i pappersformat. När man jobbar på mottagning, är det också så att en del av de gamla journalerna (4-5 år gamla), inte finns i Melior däremot finns det en sammanfattning på dem.”

När det gäller sjuksköterskor, så har de andra arbetsuppgifter än läkarna att utföra. De använder också en del pappersdokumentation i deras arbete vid kontroll av patientens hälsotillstånd.

Så säger en sjuksköterska angående användning av pappersdokumentation:

” När vi kontrollerar patientens tillstånd, då skriver vi inte de uppgifterna i datorjournalen, utan det skrivs i pappersformat. Vi skriver in kontroll lista dagligen och hur ofta skriver man i pappersjournalen, beror det på hur mycket kontroll man gör och det beror också på patientens hälsotillstånd. Man antecknar alltså hur det har varit under dagen.”

Frekvensen gällande dokumentationshantering med hjälp av systemet är varierande och det beror på vilket yrkeskategori man tillhör. Läkarna brukar allmänt inte dokumentera så ofta som sjuksköterskor och sekreterare gör, men det varierar lite från någon gång per dag till flera gånger. Läkarna dikterar mest och sedan lämnar de över bandet till sekreterare som dokumenterar det i systemet.

Sjuksköterskorna dokumenterar ett antal gånger dagligen med hjälp av systemet, men det är beroende på patientens situation. Det vill säga, om patientens tillstånd är stabilt, så behöver man inte dokumentera lika mycket som de patienter som har ostabila tillstånd. Enligt lagstiftningen har vårdpersonalen skyldighet att rapportera och därmed dokumentera patientens hälsotillstånd.

Bland de förekommande yrkeskategorierna är det sekreterare som dokumenterar mest under en arbetsdag, eftersom det är deras uppgift att skriva läkarens diktat i datorjournalen.

Beträffande frågan om de uppgifter som de olika yrkeskategorierna brukar anteckna i patientsjournalen, är de inte samma mellan olika befattningar bland vårdpersonalen. Läkarna har hand om medicindelen och de uppgifter som härrör kring patientens sjukdom, till exempel fastställa diagnos, planera för eventuella åtgärder, skriva medicinlista, med mera. Så här svarade en av läkarna angående vad de skriver i patientjournalen:

”Det är lite runt omkring patienten, sociala situationen, lite tidigare sjukdomar och vad som är aktuell nu. Dessutom skriver vi om svaren på prov och undersökningar som vi genomför. Efter ett samtal med patienten, skriver vi om patientens upplevelse kring sin sjukdom. Vi läkarna skriver lite mer om hur man tolkar och vad vi tror att det här gäller och vad planerar vi framöver, medan sjuksköterskor skriver vad de gör och utför. De får ju andra typer av samtal med patienten, där får de ibland lite mera privata detaljer. De träffar patienten mer än vad vi gör, eftersom vi sitter och dokumentera mycket och har mycket möte. De träffar patienten mera på kvällen och på natten då kommer det fram mera tankar som snurrar i huvudet.”

Sjuksköterskorna har andra uppgifter att skriva i patientjournalen. De skriver mest om omvårdnadsdelen. Detta innebär uppgifter runt om patienten, till exempel patientens status (temperatur, blodtryck, med mera), hur de äter, sover och om de har ont någonstans. En av sjuksköterskorna kommenterade detta enligt följande:

”Alla uppgifter omkring patientens funktioner och allt som är avvikande, alltså allt som inte anses som normalt, smärtor, obehag och illamående det vill säga de uppgifter som är relevanta med patientens tillstånd. Om det har skett förändringar så dokumenterar vi också i patientjournalen. Vi brukar skriva om det som läkarna säger i runden och vad som behövs planeras och åtgärdas med patienter eller om det händer saker under dagen.”

Däremot har läkarsekreterarna ansvar för att dokumentera om allt som händer omkring patienten som doktorn dikterar.

För att ha en större överblick och bättre förståelse över patientens läge har alla i vårdpersonalen behov att titta på varandras anteckningar i patientjournalen. Detta hjälper all vårdpersonal att ta hand om patienten på ett bättre sätt och underlättar deras arbete genom att fatta rätt beslut.

Vid frågan om behov att kolla på andras anteckningar så bekräftade en läkare enligt följande:

”Ja, det har jag. Jag kollar på sköterskors anteckningar, framförallt om vad som har hänt under natten och även de sociala anteckningarna. Jag har också behov att kolla på sjukgymnasters och arbetsterapeuternas noteringar om det är något speciellt bedömning de har gjort. Kurators anteckningar är ibland något bra och viktigt att titta på. Minst en

gång om dag så går man in och tittar på någon patientjournal och någon annan personalkategori.”

Medan en annan läkare kommenterade att de ibland tittar på vad sjuksköterskor har skrivit om patienten, men för det mesta rapporterar sjuksköterskorna muntligt vid rondens för läkarna om till exempel vad de har pratat med patientens anhöriga, och även om patientens hälsotillstånd och så vidare.

”Sjuksköterskor har egentligen mer tid att sitta och prata med patienter än vi gör. När vi tycker att uppgifterna är väsentliga, så tar vi hänsyn till dem och kollar lite extra på detaljerade anteckningar från andra yrkeskategorier. Oftast går vi inte och läser vad sköterskorna har skrivit, eftersom vi får fram viktiga information kring patienten vid runden men däremot skriver sköterskorna det vi har sagt på runden. Ibland kan det hända att man inte har skrivit dag anteckningar och det händer att patienten mår dåligt, då går jag och ser vad sköterska har skrivit. Sjuksköterskorna dokumenterar mer och skriver mer detaljer om t.ex. vilken tid patienten har blivit dåligt, i detta fall är det bra och se vad som hände och när.

Om det är någonting som jag tycker att det är aktuellt eller viktigt att veta, så brukar jag också kolla på sjukgymnasts och kurators anteckningar, annars kollar jag inte på deras anteckningar.”

Sjuksköterskorna har också behov att kika på anteckningar från alla yrkesgrupper, eftersom de kan lättare skapa en mer komplett bild av patientens situation. För att lyckas jobba i ett fungerande team, så är det viktigt att man ser varje yrkeskategoris noteringar och bedömningar.

”Ja, det har jag. Jag behöver tidigare anteckningar om patienter som jag tar hand om. Om jag inte känner patienten alls så måste jag gå genom de gamla anteckningar och se vad som hände under vårdtiden. Jag brukar läsa på Sjukgymnasts och arbetsterapeuts dokumentation. Från akuten brukar vi också titta på vad läkarna och sjuksköterskor har skrivit om patienten, när hon/han läggs in på avdelningen. Det är varje dag som man läser andras anteckningar.”

Läkarsekreterare jobbar på ett annat sätt, fast de också har behov att kolla på andras anteckningar. Så här har en sekreterare förklarat:

” Ja jag har behov att kolla på andras anteckningar i vissa situationer till exempel när det är någonting som inte hörs bra på bandet eller inte kunna förstå, så kan man gå och kolla på varandras anteckningar. Jag tittar ibland på sköterskornas anteckningar och även läkarnas anteckningar.”

Som vi har nämnt förut i förstudien, är patientjournalen i Melior uppdelad i olika fält mellan olika yrkeskategorier. Detta innebär att varje yrkesgrupp skall kunna anteckna i sin del och man kan

även välja vilken yrkeskategori man vill läsa ifrån. Den här uppdelningen har sina fördelar och nackdelar för alla i vårdpersonalen och här redovisas vad de olika yrkeskategorierna anser om detta.

När det gäller uppdelning av patientjournalen i olika yrkeskategorier, är läkarnas uppfattning lite varierande. De flesta tycker att det är viktigt och bra att ha journalen uppdelad i de olika fälten, medan en del tycker att det inte är så viktigt med kategoriuppdelning i datorjournalen. Så här kommenterar en av läkarna detta:

” Jag tycker att uppdelningen är viktigt och bra och det underlättar faktiskt arbetet. Om man öppnar allas samtidigt så blir det väldigt mycket detaljer. Så det är ganska smidigt som man kan välja ut vilken personalkategori man vill läsa. Vill man läsa sin yrkesgrupp anteckningar, så gör man det annars kan man välja och läsa allas anteckningar. Det gör att det går mycket snabbare. Man kan även sortera det man vill läsa. Det finns saker som sköterskorna brukar skriva om som omvårdnads del och för mig blir det för mycket journaltext att bläddra och på så sätt kanske missar man information även om allas information finns där, för att man inte orkar ta sig in där eller inte hinner läsa. Det blir lite snurrtigt att läsa allt. Vissa patienter ligger här i en eller två veckor, bara väntar på att komma till ett annat boende, då händer inte mycket medicinskt men däremot händer mycket på den sociala delen såsom kontakt med kommunen och då brukar sjuksköterskor sköter det här. Allt det här skriver sjuksköterskor i journalen, vilket blir mycket och orelevant information för min del att läsa. Det handlar också om ansvar och bedömningar. Genom att dela upp journalen i olika kategorier, så tydliggör man vem som har sagt vad. Det är viktigt att veta om det är läkarens bedömningar eller sjuksköterskans bedömningar som har gjort. Skulle det vara så att jag inte skulle veta alls om vem som har sagt vad, vad det är för personalkategori som har gjort den här bedömningen, är det sjukgymnast som har gjort eller sjuksköterska, så skulle det bli helt översiktligt.”

Däremot upplevde en annan läkare uppdelningen av journalen på ett annat sätt:

”Nej det tycker jag inte att det är viktigt, för att alla jobbar för en person alltså för patienten. För att dela upp dem är det kanske bra på något sätt, för att göra informationen hanterbar, annars är det ganska mycket text som kommer. Eftersom sökfunktionen saknas i datorjournalen, då blir det svårt att söka specifik information bland de masstexterna i journalen.”

Sjuksköterskornas inställning är positiv, när det gäller att ha olika yrkeskategorier representerade i datorjournalen. Enligt dem så är det bra att det finns olika ställen där man kan läsa ifrån för att på så sätt få en nödvändig överblick och sedan kunna gå in och leta mer specifikt under de olika yrkeskategoriernas dokumentation. Det är också viktigt att kunna se vem som har bedömt vad, vilket är bra för säkerheten. Med denna uppdelning har även sina nackdelar. Det kan bli jobbigt och ta lång tid att växla mellan olika yrkeskategoriers dokumentation. Det kan också hända att en yrkeskategori endast läser från sin yrkesgrupp och undviker att läsa andras anteckningar, eftersom vissa yrkesgrupper anser att andras anteckningar inte är relevanta för dem. Så här kommenterar en sjuksköterska:

”Det är nog viktigt, till exempel när sjukgymnaster säger att patienten behöver hjälp, då är det professionellt person som har bedömt det och då är det kanske bra att kunna hänvisa till det. När en läkare har ordinerat att vi skall ha de medicinerna och varför, Så är det viktigt att kunna se det. Allt detta finns det dokumenterat i olika ställe som tillhör olika yrkeskategorier som gör det möjligt att jag kan arbeta utifrån det.”

Läkarsekreterare har inte lika stort behov som de andra yrkesgrupperna av att kolla på andras anteckningar, fast de tycker att det skulle fungera bättre och effektivare om de hade ett enhetligt dokument. En sekreterare hade följande kommentar angående detta:

”Ja, det är det. Detta gör det att man inte blandar ihop vad doktorn säger och vad sjukgymnasten skriver. Så är det bra att man har varje kategori för sig, fast det kunde komma i löpande text, för att det är översiktligare att kunna se. Det hade varit bättre om det hade varit gemensamt dokument för alla kategorier, det vill säga det skulle ha varit bra om vi hade alla kategorier sorterade i en och samma dokument, som de har i ortopedkliniken. Det vore lättare att man kunde läsa allt från en. Att gå ut och gå in är det mycket tidskrävande.”

På frågan om kunskap vid hantering av datorjournalen ansåg alla intervjuade, att de idag har tillräcklig kunskap och datorvana för att kunna använda det elektroniska journalverktyget i Melior system, utan större problem. Melior-systemet har funnits tillräckligt länge inom SU, för att personalen skall ha hunnit skaffa sig en viss vana av det. Dessutom har en del av personalen fått en utbildning om användning av Melior.

En av läkarna beskrev hur han har skaffat kunskapen så småningom han började använda systemet:

”Systemet lär man sig efterhand när man börjar använda det. När vi började jobba här, fick vi en snabbkurs i Melior i två dagar, då fick vi lära oss hur man använder och hanterar systemet. Men ofta när ny personal börjar jobba hos oss, så brukar vi presentera Melior och det är inte så svårt.”

4.2.2 Redundant information

Inom Mölndals sjukhus finns det fortfarande dubbla system för dokumentation, alltså pappersjournal och datorjournal och detta orsaker att det blir redundant information och dokumentation. Arbetsrutiner är en annan orsak som leder till denna redundans. Detta innebär i klartext att vårdpersonal med olika befattningar skriver samma uppgifter om patienten på olika ställen, vilket gör det att det blir så kallad redundant information. Anledningen till detta problem är att när varje yrkesgrupp skriver i sitt eget dokument/fält, ser man inte samtidigt andras anteckningar och vad som redan finns dokumenterat. Det gör att man skriver samma information flera gånger.

All vårdpersonal har upplevt denna dubbeldokumentation i sina dagliga arbeten, framför allt gäller detta sjuksköterskor respektive läkare. Här redovisas några synpunkter och citat från dem.

En läkarens synpunkt om detta var:

”Ja, det är rätt så ofta att man hittar dubbeldokumentation. Vi och sjuksköterskorna dokumenterar en hel del och vi båda sammanfattar när vi har suttit och rundat. Varje vårdpersonal poängterar lite olika saker men det blir ändå dubbeldokumentation. En del läkare har en tendens att skriva en sammanfattning om patientens sjukhistoria i slutet när patienten blir utskriven från sjukhuset. Det kan vara smidigt men det blir också dubbeldokumentation. En del dubbeldokumentation sker när sjuksköterskan antecknar uppgifter om blodtryck, puls och temperatur så skriver vi ibland samma. Jag tycker att det har börjat bli mindre dubbeldokumentation, men det finns en del kvar. Det kan vara också att man upprepar saker och ting för att skydda sig själv ibland.”

En annan läkare uttryckte sig så här när det gäller masstext och dubbeldokumentation:

”Jag tycker väl att man dokumenterar i allmänhet för mycket. Självklarheten dokumenteras som kanske inte borde dokumenteras. Vi pratar ganska mycket om dubbeldokumentation och att olika personalkategorier skriver samma sak och det är bara att kasta bort tiden.”

En sjuksköterska har framfört sin upplevelse om dubbeldokumentation.

”Ja absolut, det finns dubbeldokumentation, genom att läkaren skriver och så ser inte jag vad han/hon har skrivit, för att det tar ju väldigt lång tid att hoppa mellan olika yrkesgrupper. Läkarna brukar också gå in och skriva sina anteckningar i sitt fält och de ser inte vad sjuksköterskorna har skrivit eftersom de inte väljer att läsa våra anteckningar. Om man vill läsa allas anteckningar, då klickar man på fältet alla och läser genom alla kategorier men man kan bara skriva i sin egen kategori. Det är så olika hur man dokumenterar och vad man anser att vara relevant. Det finns många kulturer bland vårdpersonalen. Sjuksköterskorna har sin kultur och läkarna har sin och båda behöver förändras lite.”

Sekreterarna har också upplevt upprepade information, när de läser andras dokumentation. De kommenterade inte något speciell kring dubbeldokumentation, eftersom de endast dokumenterar vad läkarna har sagt på bandet.

Det finns en del åtgärder att utföra för att undvika denna dubbeldokumentation, bland annat genom att få folk att tänka efter lite gällande vad de bör skriva eller om du skall ändra på arbetsrutiner och arbetssätt. För att kunna hålla sig borta från dubbeldokumentation, så är det bra att läsa andras anteckningar innan man själv börjar dokumentera. Vid utbildning av vårdpersonal är det viktigt att vara uppmärksam när det gäller sättet att dokumentera för att minska redundant

information vid framtida dokumentation. Melior-systemet har även sina brister vid hantering av dokumentationen.

För att kunna reducera dubbeldokumentation i datasystemet, så måste man först se vad det finns för dokumentation. Det är nödvändigt att kunna se allas anteckningar samtidigt och kunna växla mellan olika kategorier ganska lätt utan att behöva logga in och logga ut ur systemet. Den typ av funktioner i datasystemet som Mölndals sjukhus har idag, möjliggör inte detta. Idag är det så att vårdpersonalen skriver i olika ställe beroende på vilken yrkeskategori man tillhör. Här redovisas förslag på förebyggande åtgärder enligt en läkare:

”För att kunna undvika dubbeldokumentation så borde man först läsa andras anteckningar och sedan får man hänvisa till dem, t.ex. Jag behöver inte dokumentera exempelvis om vård planering som sjuksköterska har redan skrivit. I detta fall går det bättre att kortsammanfatta och hänvisa resten till sjuksköterskans anteckningar. På så sätt kan man förbättra dokumentationsinnehållet och därmed minska dubbel information.”

Sjuksköterskorna har också sina synpunkter angående hur man kan undvika dubbeldokumentationen. Här kommer ett citat från en sjuksköterska:

”Ja, man får väl ha en dialog med läkarna om patientens status, innan man börjar skriva i journalen. Läkarna förväntar sig att vi skall skriva mycket i våra anteckningar, eftersom de går ofta efter sjuksköterskornas anteckningar. Det är alltid bra att ha en öppen dialog bland vårdpersonalen, om vem skall skriva vad. Eftersom det fortfarande finns både pappersjournal och datorjournal, så skapas det dubbeldokumentation. Därför borde man minska eller avskaffa restjournalen, det vill säga, alla pappersmaterial som finns kvar efter patienterna.”

En annan sjuksköterska förklarade på ett annat sätt:

”Jag tror faktiskt att det skulle kunna undvikas att man kunde skriva under alla kategorier. Att det inte ens är uppdelat. Att det bara skulle vara en journal, så att man kunde bläddra fram och tillbaka istället för hoppa in och hoppa ut, tror jag. Det skulle vara bra att vi hade en journal och alla kategorier kunde skriva på samma ställe och det skulle vara uppdelat i olika kategorier. Som det ser ut idag, tar det lång tid att växla mellan olika kategorier som finns i olika ställe. Man måste hoppa fram och tillbaka och det tar ju mycket tid. Jag skulle vilja ha mindre tid med datorn och mer tid med patienterna men det känns som att det blir mer och mer tid vid datorn. Dokumentationen tar väldigt mycket tid men det skall vara enklare och gå snabbare.”

Sekreterarnas åsikter visar att det är viktigt att vårdpersonalen som brukar dokumentera i datorjournalen, placerar informationen på rätt plats där den hör hemma, och på så sätt upprepar man inte den flera gånger. Det här kan vara en lösning för att undvika dubbeldokumentation, enligt dem.

All vårdpersonal ser dubbeldokumentationen som ett problem i deras vardagliga arbete och de önskar att det skulle bli av med det här problemet. Då uppstår frågan om att hur man skall ändra på arbetsrutiner och försöka effektivisera detsamma för att kunna reducera dubbeldokumentation beträffande patientjournalerna. Att minska pappersjournalen är det ett viktigt steg för att förverkliga det här önskemålet, enligt respondenterna.

Utbildning av vårdpersonalen kan också effektivisera deras arbetssätt vid dokumentationsskrivning, det vill säga att varje yrkesgrupp skall lära sig att dokumentera sin egen del på ett specifikt sätt så att man inte dokumentera andra gruppens uppgifter. Detta innebär att läkarna bör hålla sig till vården och andra personalkategorier håller sig till omvårdnadsdelen.

En läkarens förslag för effektivisering av dokumenthanteringsrutiner beskrivs enligt följande citat:

” Man kan effektivisera det, genom att man minskar pappersjournalen och ha till exempel medicinlista och EKG på datorn. När vi går runt så brukar vi ha medicinlista med oss i pappersform och ibland ändrar vi på medicinlistan vid samtal med patienten. I så fall skulle det bli mer effektivt om vi hade en handdator, när vi skulle gå runt så att man kunde ända direkt där i systemet. En annan sak som skulle vara bra är att ha gamla journaler i datasystemet, Melior. Det känns kanske synd att man inte kan använda systemets fördel som gör det möjligt att kunna titta tillbaka på förra vårdtillfället. Att man kunde hänvisa lite mer till tidigare skrivningar och sedan kan man skriva den under aktuellt. Det skulle faktiskt kunna effektivisera det hela arbetet.”

Utformningen av datorjournalen behöver även utvecklas, enligt en läkare eftersom det saknas vissa viktiga funktioner som skulle effektivisera och underlätta arbetet hanteringen av patientjournalen.

”Datorjournalen skulle ha varit kanske utformat på ett annat sätt, att man skulle kunna hitta uppgifter på ett lättare sätt med hjälp av speciella funktioner. Då behövde man inte bläddra genom hela journalen för att hitta en viss information. Det skulle vara bra om man till exempel hade en sökordfunktion som man kunde använda. Genom att utveckla och ändra på utformning av datorjournalen, skulle man kanske också slippa dubbeldokumentera, som vi gör idag. Hade det varit så att vi hade till exempel en flik till patientens tidigare sjukdomar, då behövde sjuksköterskan inte upprepa samma sak som läkare hade sagt eftersom sjuksköterskan kan se direkt vad läkaren har redan dokumenterat, utan att behöva gå genom en masstext.”

Sjuksköterskorna har nästan samma tankar kring effektivisering vid dokumenthanteringsrutiner. De tycker också att utbildning av dokumentationsskrivning bland personalen, kan vara en effektiv åtgärd för att ändra rutinerna i det vardagliga arbetet.

”Egentligen genom att man får utrymme i alla personalkategorier till utbildning. Det är väldigt sällan som vi sitter och pratar om vilket sätt vi väljer att dokumentera. När man

börjar jobba här, går man efter handledare och man lär sig så småningom de rutinerna som används. Det skulle även vara bra att sjuksköterskor och läkare diskutera kring hur vi skulle kunna göra det här bättre. Det är väldigt mycket gammal tradition och kultur som behöver förändras i så fall, eftersom alla är skolade på olika sätt. Det skall stå formellt vad som skall göras och skrivas. Min egen målsättning är att förbättra mig i hur jag skriver i dokumentationen, sedan så är det att sjuksköterskor skall skriva det som hör till omvårdnaden och se till vad jag har för uppgift, när det gäller dokumentationen. Det är bra att man utför en dialog mellan olika yrkeskategorier.”

Sekreterarna framhäver digital diktering som en lösning för det aktuella problemet och här kommer ett citat gällande det:

”Jag är beroende av andra, att läkarna dikterar i tid så att det inte blir liggande. En lösning till detta kan vara att skaffa en digital diktering, detta innebär att man hämtar diktatet direkt från hårddisken och på det sättet har man inte band längre. Det kommer säkert att spara tid både för oss och för doktorerna.”

4.2.3 Informationstillgänglighet

Alla respondenter har tillgång till relevant informationer i sina vardagliga arbeten. Nästan alla yrkeskategorier kan komma åt information om en patient i datorjournalen. De tycker att Melior har underlättat informationssökningen men det är viktigt att veta hur man skall söka efter den och det tar även tid att komma fram till den eftersökta informationen. Det saknas också en sökfunktion i systemet, Melior, och detta gör det svårare att hitta den efterfrågade information.

Angående informationstillgänglighet kommenterade två läkare det så här:

”Ja, för det mesta går ganska lätt. Det är lättare när man vet var och hur man skall leta efter information. Men det skulle ha varit bra om man hade någon sökfunktion i Melior. Det är det som man saknar. Men annars är det ganska överskådligt och se till och få in det i systemet.”

”Det tycker jag nog. Men det är lite omständligt. Det är inte snabbare att arbeta med i sig, men med pappersjournalen kunde man hoppa från löpande text till exempelvis remissvar, provtagning bara genom att byta sida. Medan här måste man gå in och gå ut. Någoting som heter flex labb eller sådant.”

Ofta har man tillgång till nödvändig information eller den som man vill leta efter, enligt sjuksköterskorna. De tycker att informationsökning är ganska lätt men det beror även på vissa omständigheter. Med detta avses att sökningen varierar beroende på vilken information man vill komma åt och patientens tidigare vårdtillfällen. En sjuksköterska yttrade följande:

”Ja, med lite funderingar. Men det tar sin tid att få fram resultatet. Det beror på vad man vill ha information om, till exempel hur det har varit i tidigare vård tillfälle eller hur det har varit på en annan klinik. Det finns ingen sökfunktion men i datorjournalen står det ju under vissa sök rubriker var patienter har varit. Det är beroende på vad man vill ha då. Om man skall hitta information om patientens sjukdomar, då vet man var man skall leta efter den. När man har lärt sig upplägget, så blir det lättare. Men i början var det inte lätt.”

Sekreterarnas synpunkter visade att de har också möjlighet att hitta relevant information. Detta beror på om läkaren har dikterat rätt och som sagt, vad man skall söka efter.

Behovet av information mellan vårdpersonalen är varierande beroende på vilken yrkeskategori man tillhör. Det kan omfatta både vård- och även omvårdnadsdelarna. För läkarnas del är det nödvändigt att komma åt patientens sjukhistoria, läkemedel, labbsvar, röntgensvar och så vidare. Två läkare framförde i samband med detta följande:

”Att man kan hitta svar på olika undersökningar. Det är väl mest det. Jag behöver också information från andras kategorier. Ibland när man skall kolla vad som har hänt under natten, om patienten har sovit bra och så vidare, få frågor man sjuksköterskor. Jag behöver även ha tillgång till uppgifter från kurator om de sociala sakerna. Sjukgymnasters bedömningar kan vara viktigt att veta i vissa fall till exempel vad det är för typ av muskelsvagheter patienten har. Det gäller också att arbetsterapeuterna gör bedömningar av hur bra patientens rörelse fungerar och det är också viktigt att få fram sådan information, så att man kan planera om den här patienten kan komma hem och om han eller hon kan klara sig själv eller behöver hemtjänst eller så. Ju, man söker en hel del information från de andra yrkesgrupperna också.”

”Jag behöver komma åt journal text det gamla och det nya, labb, röntgen, remiss, vilka remiss man vill skicka eller vilka som är skickad och även svar på dem. Genom domän kan man se om patienten har varit på andra kliniker, vad som har hänt där och vad som man har sagt. Det skulle vara bra om vi kunde öka medicin lista och EKG i Melior.”

Vidare behöver sjuksköterskorna nästan all information om patienten, för att utföra arbetet men det kan variera beroende på patientens situation och vad de vill veta. Från sjuksköterskornas sida är det viktigt att erhålla information om patientens sjukdomshistoria under tidigare vårdtillfällen.

”Om patienten och allt som finns egentligen. Det beror på vad jag behöver veta. Är det en patient som har svårt med talet så behöver jag se vad logopeden har skrivit. Det beror också på vad det är som jag behöver tänka på i min omvårdnad kring patienten. Är det så att en patient väntar på ett provsvar, så är det viktigt att jag kommer åt labbet, så att jag kan gå in och titta när svaret har kommit. Jag behöver titta på läkarens notation om

medicinlista och behöver tillgång till den information, beroende på patientens tillstånd och situation men det är inte alltid som man behöver all information i samma ögonblick. Det är bra att man kan gå in i datorjournalen och titta på sjukgymnastens eller läkarens dokumentation. Exempelvis det som läkaren kommenterar ur medicinska synpunkter. Sedan är det ju vidare hur vi skall hjälpa patienten att hon mår så bra som möjligt, då gäller ju det att läsa all information som är runt omkring patienten för att veta hur jag skall göra.”

När det gäller sekreterarna, har de alla behörighet att granska patientjournaler vid behov av information i samband med sina arbetsuppgifter. Denna information kan bland annat utgöras av läkarens anteckningar, labbsvar och röntgensvar.

Inom Mölndal sjukhus fungerar kommunikationen ganska bra mellan olika avdelningar/enheter enligt personalen vid medicinkliniken. Varje klinik har sin egen databas och alla avdelningar inom samma klinik är kopplade till en och samma databas. Detta möjliggör att man kan se alla journaler direkt, oavsett vilken avdelning patienten ligger på. Däremot när vårdpersonalen vill kolla på journaler från andra kliniker, så måste de logga in i deras databas, det vill säga att de har möjlighet att titta på patientjournaler i olika kliniker och enheter enbart via domänen. Det finns vissa kliniker vid vilka man inte har behörighet att gå in och läsa i deras journaler på grund av sekretess, såsom vid psykiatri- och gynekologiklinikerna.

En läkarens synpunkt angående kommunikationen inom Mölndals sjukhus var så här:

”Vi har bra kommunikation, eftersom det är så pass litet sjukhus och det fungerar ganska smidigt, tycket jag. Kommunikationen fungerar beroende på vad man har för befogenheter, när det gäller tillgång till journaler i andra kliniker. Om man har behörighet, så kan man se till exempel om en patient har varit på kirurgen eller ortopederna. I så fall är det lätt att komma åt andra databaser och se om patienten har haft vård tillfälle eller kontakt där. Systemet, Melior är öppet så att personalen kan gå in och titta på olika journaler inom olika domänen. Exempelvis om någon ringer från en annan avdelning och undrar över en patient, då kan jag öppna journalen och läsa själv och se vad som är gjort, så slipper de att rabbla allting. Melior har underlättat kommunikationen genom att man slipper att hålla på att skriva ut papperskopior på allting. På Sahlgrenska kan man skicka elektroniska remisser till exempel till röntgen men det gör vi inte här och det är lite synd. Detta är ett sätt att använda systemet för att kunna kommunicera smidigare och snabbare, då slipper jag att gå till sekreterare och, så skall hon vidarebefordra det och det blir papper i onödan.”

Sjuksköterskorna anser att de har en väl fungerande kommunikation mellan olika avdelningar inom samma klinik, eftersom de har samma databas vid patientjournalshandling. Men när det gäller kommunikation mellan olika enheter, är det mest telefonen som används. Enligt en sjuksköterska som jobbar inom medicinavdelningen, har systemet underlättat kommunikation och överföring av patientjournalerna:

”Vi använder ju samma system, samma journal inom vår klinik. Om en patient flyttar över till min avdelning, så skickas journalen elektronisk med patienten. Det är att man bara flyttar den patienten från en till en annan avdelning. Detta fungerar bara inom samma klinik men inte mellan två olika kliniker, utan man börjar skriva allt från början. Vanligtvis ringer vi och frågar om vi behöver någon information.”

När det gäller kommunikation mellan olika avdelningar och enheter vid Mölndal sjukhus, så upplever sekreterarna inga särskilda svårigheter, men ibland kan det vara lite besvärligt med inloggning och utloggning mellan olika domäner.

Vidare fungerar kommunikationen inom SU (Sahlgrenska, Östra, Mölndal) ganska bra eftersom de använder sig av samma system. Däremot är systemet inte ihopkopplat, det vill säga att man kan se och läsa vad som händer inom SU men man kan inte överföra information vid till exempel överföring av remiss, labbsvar och röntgen. Till skillnad från detta så hanteras kommunikationen mellan Mölndal och de övriga sjukhusen utanför SU och primärvården ej på elektroniskt väg, utan man utfärdar där istället på begäran papper via post eller fax.

I allmänt är läkarna nöjda med kommunikation inom SU men inte i lika hög grad angående de övriga sjukvårdsinstituten. Så här förklarade en läkare angående detta:

”Mölndal, Sahlgrenska och Östra sjukhus, har samma datasystem och vi kan titta på varandras datasystem däremot har vi ingen tillgång till primärvården och andra sjukhus. Som ett exempel, har vi inga kommunikationer med distrikt och vet vi inte vad som har hänt där. Vi måste be dem att de ska skicka eller faxa över papper, då måste vi ta hand om det genom att läsa och sammanfatta det som är relevant och sedan ska man spara det i pappers journal. Det skulle vara bra och smidigt om man kunde ha öppna kanaler och överföra informationen via systemet. Detta skulle vara tids sparande samt minska risken på att förlora papper.”

Att kunna ha en fungerande kommunikation via systemet mellan Mölndal och de andra sjukhusen utanför SU och primärvården är också ett önskemål från sjuksköterskornas sida.

Idag sker kommunikationen enbart via telefon, fax och post, enligt en sjuksköterska:

”Vi har väl ganska bra kommunikation men detta sker inte via systemet. Vi kan inte komma åt deras datorsystem, utan kommunikationen sker via telefon, fax eller post. Ofta behöver både vi och läkarna mycket information från vårdcentralen om patienter då får vi ringa dit och be de att skicka över papper. På så sätt kvarstår fortfarande en del pappersjournal medan tanken är väl att det inte skulle finnas någon pappersjournal kvar, utan allt skall finnas på datorn och skickas elektroniskt mellan primärvård och slutenvård till exempel. Det hade varit smidigt om man kunde komma åt informationen lättare via systemet, genom att våra datasystem kunde kommunicera med varandra.”

Sekreterarnas har också samma uppfattning när gällande den bristande integreringen av systemet när det kommer till kommunikationen mellan olika sjukvårdsinstituten.

Alla respondenter har i mer eller mindre grad uppmärksammat vissa brister i Melior-systemet. Av dessa påpekanden är sökfunktionen det mest efterfrågade önskemålet bland vårdpersonalen som jobbar med patientjournalen. En bra sökfunktion underlättar för personalen att kunna hitta relevant information och på så sätt kan detta effektivisera informationstillgängligheten. Ytterligare en annan aspekt angående brister i systemet som påverkar arbetssituationen hos vårdpersonal är att tillgängligheten till formulär till exempel sjukskrivning, dödsbevis och vårdintyg saknas. Ännu ett problem som uppstår i Melior är att det inte går att läsa samtidigt från patientjournal och labbsvar eller akuten.

Förutom ovan nämnda brister så var nedanstående även brister som flera läkare tog upp som problematiska:

”Provsvars modul och labbsvarsmodulen är bättre nu men det hade varit bättre att kunna koppla dem till Melior, så att man kunde läsa från dem samtidigt utan att behöva gå in och ut från systemet.”

”Tillgänglighet till formulärfunktion såsom sjukskrivning formulär och dödsbevis saknas i Melior systemet. Det finns också andra papper liksom vård intyg som inte heller finns i systemet. Det skulle vara bra att man kunde ha dem i systemet, så att man slipper att skriva om. Det är jobbigt att det finns två olika databaser mellan akut och medicinkliniken, eftersom för det första måste man logga in och ut från databasen och för det andra blir det dubbelinformation, vilket är tidskrävande.”

”När det gäller prover som görs inne i kliniken, går det inte att mata in dem i labbfilén i systemet. Det är också en nackdel. Sökfunktion saknas i datasystemet som kan hjälpa ifall om man skulle behöva söka information om en specifik uppgift i patientjournalen. Om jag vill veta om patienten är till exempel rökare, så måste jag idag bläddra genom hela texten för att ta reda på detta. I så fall kan sökfunktionen underlätta sökandet genom att jag bara behöver söka efter ordet.”

Sjuksköterskor och sekreterare inom medicinkliniken ser däremot inte stora brister i systemet men de upplever att det systemet inte är så komplett som det borde enligt dem vara. En sjuksköterska relaterade till följande brister som hon upplevde:

”Den första bristen i systemet är att man inte kan skicka och ta emot remisser elektronisk. Det finns också andra grejer som vi har problem med. Till exempel ordbehandling, att det inte finns någon stavningskontroll. Annars i övrigt fungerar systemet ganska bra men det är klart att det behövs utvecklas.”

Sekreterarna hade samma uppfattning som sjuksköterskorna att de inte upplever stora brister i systemet och de har också behov av en ordbehandlings funktion.

Svaren på frågan kring effektivisering av systemet påvisade att respondenterna inte hade så många speciella synpunkter. De flesta intervjuade såg ganska positivt på systemet, men de hade ändå vissa synpunkter gällande effektivisering och utveckling av det existerande systemet. En läkare framförde sin åsikt enligt följande:

”Jag kan tänka mig att systemet kan förbättras genom att utveckla det så att man kan kommunicera med andra vård instituten, bland annat primärvården och andra sjukhusen utanför SU. Det tar tid idag att kolla på röntgen eller provsvar, då måste jag logga in och ut hela tiden. Det blir effektivare om man skaffar en bevakningssignalfunktion, vilket innebär att när svaret är färdigt från röntgen, labb eller konsultation, så skall man få en bevakningssignal istället att man söker själv efter svaret. På så sätt kan man ta snabbare ställning till andra åtgärder.”

Vidare framförde en sjuksköterska sina åsikter gällande effektivisering av systemet så här:

”Informationstillgänglighet är också viktigt när det gäller effektivisering av systemet. Man kan utveckla funktioner som gör det lättare för oss att läsa in och hämta den information man behöver. Den nya tekniken möjliggör att informationsinhämtning sker på ett effektivt sätt, då när man sitter och läser i datorjournalen.”

Nedan kommer vi att redovisa en tabell med en sammanfattning av studien från resultatavsnittet, vilket ger en översikt över de respondenternas svar och uppfattningar som tillhör olika yrkeskategorier. Sammanfattningen innehåller respondenternas viktigaste kommentarer från de utförda intervjuerna med följande yrkeskategorier; Läkare, sjuksköterska och sekreterare.

Tabell 1 Dokumenthantering vid patientjournal		
<i>Begrepp</i>	<i>Yrkeskategori</i>	<i>Sammanfattande kommentar från yrkeskategorier</i>
Dokumenthantering srutiner	Läkare	<i>Genomförande av dokumentationsarbete: Sker både elektroniskt och i pappersformat.</i>
	Sjuksköterska	<i>Genomförande av dokumentationsarbete: Antecknar dels i datorjournalen och dels i pappersjournalen.</i>
	Sekreterare	<i>Genomförande av dokumentationsarbete: Mindre pappersdokumentation och mer dokumentering i datorjournalen.</i>
	Läkare	<i>Anteckningar av olika uppgifter i journal: Dokumenterar mest om medicindelen.</i>
	Sjuksköterska	<i>Anteckningar av olika uppgifter i journal: Dokumenterar mest om omvårdnadsdelen.</i>
	Sekreterare	<i>Anteckningar av olika uppgifter i journal: Dokumenterar mest läkares diktat.</i>

Fortsättning Tabell 1

<i>Begrepp</i>	<i>Yrkeskategori</i>	<i>Sammanfattande kommentar från yrkeskategorier</i>
Redundant Information	Läkare	<i>Personalens upplevelse av dubbeldokumentation i patientjournalen: Upplever ofta dubbeldokumentation. Samma information antecknas på flera ställen i journalen.</i>
	Sjuksköterska	<i>Personalens upplevelse av dubbeldokumentation i patientjournalen: Upplever ofta dubbeldokumentation. Mindre koll på andras anteckningar. Olika kulturer bland olika yrkeskategorier.</i>
	Sekreterare	<i>Personalens upplevelse av dubbeldokumentation i patientjournalen: Upplever dubbeldokumentation.</i>
	Läkare	<i>Förhindrande av dubbeldokumentation: Ha mer koll på andras anteckningar. Skriva sammanfattande.</i>
	Sjuksköterska	<i>Förhindrande av dubbeldokumentation: Ha dialog mellan yrkesgrupper om vem skall skriva vad. Minska pappersjournalen. Olika yrkeskategorier skall dokumentera i en och samma journal.</i>
	Sekreterare	<i>Förhindrande av dubbeldokumentation: Rätt information på rätt plats.</i>

Fortsättning Tabell 1

<i>Begrepp</i>	<i>Yrkeskategori</i>	<i>Sammanfattande kommentar från yrkeskategorier</i>
Redundant Information	Läkare	<i>Effektivisering av dokumenthanteringsrutiner:</i> Minskning av pappersarbete i patientjournalen. Föra in pappersjournal i datorjournalen. Ha en sökfunktion i datorjournalen.
	Sjuksköterska	<i>Effektivisering av dokumenthanteringsrutiner:</i> Utbildning i dokumenthanteringsrutiner. Ha dialog mellan yrkesgrupper om dokumentationsskrivandet.
	Sekreterare	<i>Effektivisering av dokumenthanteringsrutiner:</i> Skaffa en digital diktering.
Informations-tillgänglighet	Läkare	<i>Personalens upplevelse av informationstillgänglighet:</i> Ganska nöjda. Ganska överskådligt. Saknas sökfunktion i systemet.
	Sjuksköterska	<i>Personalens upplevelse av informationstillgänglighet:</i> Samma uppfattning som läkarna.
	Sekreterare	<i>Personalens upplevelse av informationstillgänglighet:</i> Samma uppfattning som läkarna.

Fortsättning Tabell 1

<i>Begrepp</i>	<i>Yrkeskategori</i>	<i>Sammanfattande kommentar från yrkeskategorier</i>
Informations- tillgänglighet	Läkare	<i>Upplevelse av kommunikation:</i> Fungerande inom Mölndals sjukhus och mellan SU. Ej fungerande mellan Mölndals sjukhus och andra vårdenheter via systemet.
	Sjuksköterska	<i>Upplevelse av kommunikation:</i> Samma uppfattning som läkarna.
	Sekreterare	<i>Upplevelse av kommunikation:</i> Samma uppfattning som läkarna.
	Läkare	<i>Uppfattning om brister i systemet Melior:</i> Saknas sökfunktion. Saknas en enhetligt databas mellan olika kliniker. Saknas en enhetligt patientjournal som alla yrkeskategorier kan dokumentera i.
	Sjuksköterska	<i>Uppfattning om brister i systemet Melior:</i> Saknas ordbehandling
	Sekreterare	<i>Uppfattning om brister i systemet Melior:</i> Samma uppfattning som sjuksköterskorna.

<i>Begrepp</i>	<i>Yrkeskategori</i>	<i>Sammanfattande kommentar från yrkeskategorier</i>
Informations-tillgänglighet	Läkare	<i>Förslag till förbättring av datorjournalssystemet:</i> Skapa kommunikation via system mellan Mölndals sjukhus och andra vårdenheter. Skaffa bevakningsfunktion.
	Sjuksköterska	<i>Förslag till förbättring av datorjournalssystemet:</i> Vidare utveckling av olika funktioner i systemet, Melior som leder till bättre informationstillgänglighet.
	Sekreterare	<i>Förslag till förbättring av datorjournalssystemet:</i> Inga speciella kommentarer.

5 Diskussion

I detta kapitel kommer vi att föra en diskussion som sammankopplar teorin med vårt empiriska material. Vi kommer att ge möjliga förslag angående de här problemområdena, med hänsyn till både den teoretiska bakgrunden och intervjuerna.

5.1 Dokumenthanteringsrutiner vid patientjournal

Melior har funnits på Mölndals sjukhus sedan 1999 och började användas först inom Neurologikliniken, men det infördes även på medicinkliniken år 2001 och vårdpersonalen har således hunnit bekanta sig med systemet. Enligt respondenterna är systemet användarvänligt och enligt dem själva har de i stort inte så stora svårigheter att använda och hantera systemet.

Syftet med Melior, enligt Sveriges läkarförbund (2004) är att kunna lösa sjukvårdens informationsbehov och minska den administrativa tiden för sökning, sortering och arkivering av journaler. Därför är det viktigt, enligt Sprirapport (1996), att all nödvändig information som dokumenteras i papperspatientjournalen bör återfinnas även i datorjournalen och på det sättet kan man lägga mer tid på patienterna och mindre tid på pappersarbete. På Mölndals sjukhus används fortfarande en del pappersjournaler och detta medför en del problem i vårdpersonalens arbete på så sätt att det tar både längre tid, samt att det blir besvärligare för dem att söka information. Därför anser vi att en stor del av pappersjournalen bör minskas. Detta är också ett önskemål bland de olika yrkesgrupperna inom medicinkliniken. Som det ser ut idag, har Melior inte till exempel kapacitet för att leverera remisser till andra enheter. Mot denna bakgrund är det inte möjligt att undvika pappersjournalen helt. Orsaken till detta är att systemet inte kan kommunicera med andra system. Vi kommer att återkomma till detta senare i detta kapitel.

Sveriges läkarförbund (2004), anser att informationen i den elektroniska patientjournalen bör fokuseras på vårdprocesser runt patienten och journalen skall endast innehålla nödvändig information om en patient. På det sättet utökas kvaliteten i patientjournalen och därmed får man en bättre och säkrare vård. Inom medicinkliniken på Mölndals sjukhus har vi upplevt utifrån de intervjuer vi gjort att patientjournalen inte alltid innehåller nödvändig information. Det händer att sjuksköterskor ibland dokumenterar viss information som inte är väsentlig för de andra yrkesgrupperna att använda för vidare behandlingar. Utifrån intervjuerna med läkarna har det visat sig att det inte är intressant för dem att veta till exempel om en patient har sovit eller ätit bra, däremot är det viktigt att veta om det har varit tvärtom. De hävdar vidare att detta skapar massa överflödigt text i patientjournalen, vilket minskar kvaliteten i journalinnehållet. Kravet på omvårdnadsdokumentation kan i vissa fall leda fram till att den som skall göra omvårdnadsanteckningarna följer vissa rutiner som leder till att onödig information nedtecknas i patientjournalen. Vi tycker att en del av rutinerna kring dokumentationshantering bör ändras så att man kan undvika detta problem med onödig information.

I princip antecknar läkarna kring den medicinska delen, exempelvis omständigheter som rör patientens sjukdom och liknande, medan sjuksköterskorna dokumenterar kring omvårdnadsdelen, såsom patientens kost, hälsotillstånd och sociala frågor. Det förekommer dock att både läkare och sjuksköterskor skriver in samma uppgifter, eftersom de ibland går i varandras anteckningar och

inte håller sig inom sina arbetsramar. Detta skapar onödigt dubbeldokumentation och sänker därmed kvaliteten i patientjournalen.

Vi tycker att rutiner för dokumentationen skall återspegla att man på det här sättet inte i onödan skall upprepa vad som tidigare antecknats om patienten i den aktuella journalen, genom att tala om vem skall skriva vad.

Genom intervju med vårdpersonal har vi uppfattat att de olika yrkeskategorierna inte alltid tittar på varandras anteckningar, vilket också orsakar att de upprepar vad de andra redan har skrivit i patientjournalen. Därför tycker de att det vore smidigt att skaffa en gemensam patientjournal som inte är uppdelad efter olika yrkeskategorier och som alla kan skriva i. Enligt vår uppfattning, grundad på intervjuerna, innebär en gemensam vårddokumentation att all vårddokumentation om patienterna bör finnas samlad och tillgängligt på ett ställe för all vårdpersonal. Det bidrar till att var och en bland personalen kan ta del av de uppgifter som redan förts beträffande patienten och därmed behöver man alltså inte på nytt, i den gemensamma journalen, föra in uppgifter som redan finns där.

Fördelen med en gemensam vårddokumentation är att den tryggar patientens rätt till en bättre och säkrare vård. En annan fördel är att personalen får en bättre överblickbarhet över varandras anteckningar och även onödiga upprepningar undviks. Den gemensamma vårddokumentationen medför därför fördelar ur både ett patient- respektive vårdperspektiv.

Enligt Vårdförbundet (1998) är syftet med patientjournalen att skapa ett samlingsdokument för att dokumentera uppgifter om patientens situation och inträffade händelser. Vidare anser förbundet att genom användning av datorjournal har samlingsdokumentet bevarats och ständigt förbättrats och möjligheterna för vidare forskning i en speciell patientjournal ökas med hjälp av en bra strukturerad datorjournal.

Som vi har nämnt och visat i resultatkapitlet, är patientjournal Melior indelad i olika mappar efter olika yrkesgrupper (figur 8). Därför tycker vi att Melior datorjournal inte har möjligtgjort denna förbättringspotential till fullo, det vill säga att det fortfarande finns en splittring i patientjournalen Melior på så sätt att det finns olika mappar som tillhör olika yrkesgrupper, vilket medför oöverblickbarhet över patientjournalen.

När det gäller språket i journalen, är det viktigt att det ska vara förståeligt och användbart för alla yrkesgrupper. Användningen av ett gemensamt språk för all vårdpersonal gör det lättare att alla kan förstå och tolka informationen på ett enhetligt sätt, enligt Vårdförbundet (1998). Detta leder till att man kan kommunicera säkrare och få en ömsesidig syn på verksamheten. Att skapa en samordnad dokumentation som följer klara och gemensamma riktlinjer för dokumentationen är en förutsättning för att uppnå detta. Att använda enhetliga termer möjliggör att alla yrkesgrupper förstår varandra, och detta ger större möjligheter för vårdpersonalen att jobba effektivare.

I resultatkapitlet påpekar en sjuksköterska att det är viktigt att ha en dialog mellan olika yrkeskategorier om hur man kan göra dokumentationsskrivandet bättre och till exempel komma överens angående vissa termer och begrepp. Allt detta bidrar till bättre kvalitet på patientjournalen.

5.2 Redundant information

Redundant information skapas när man har sparat information på några olika ställen, utan att man tar hänsyn till vad som är relevant information för organisationens aktiviteter, enligt Nonaka (1995).

Idag upplevs dubbeldokumentationen i patientjournalen som ett problem bland de olika yrkeskategorierna. Detta beror på att flera yrkesgrupper dokumenterar samma uppgifter om patienten på olika ställen. Sådana problem uppstår bland annat på grund av bristfälliga rutiner som de har på sitt arbete, som vi har nämnt tidigare i avsnittet 5.1. Därför det är nödvändigt att vårdpersonalen samverkar kring förbättrade rutiner gällande dokumentering i journalen. Detta skulle kunna leda till en bättre ordning och en minskning av överflödigt eller onödigt text, tycker vi. På så sätt kan man öka dokumentationskvalitén samt spara tid, som istället kan läggas på mer tid för och med patienten.

Avison och Fitzgerald (1995) konstaterar att all information inte är viktig eller nödvändig för alla personal att använda i sitt arbete. Därför är det viktigt att information ska presenteras på ett sätt som är meningsfull och användbart men om man inte tar hänsyn till den, då ökar risken för redundant information. Eftersom datainsamlingen i patientjournalen är uppbyggd på så sätt, att informationen om patienten finns dokumenterad på olika ställen, då är det viktigt att informationen sammanställas och presenteras på så sätt att det underlättar arbetet för personalen.

En annan anledning till ”dubbeldokumentation” som en läkare benämnde det under en intervju är att man ibland upprepar saker och ting för att skydda sig själv. Med detta menade han att man dokumenterar saker för säkerhets skull för att inte behöva riskera anmärkning för bristfällig dokumentation i patientjournalen. De olika yrkesgrupperna kan också känna att skrivandet i journalen har ett egenvärde för dem som markerar deras yrkesroll inom sjukvården. Detta kan alltså också orsaka dubbeldokumentation. Följden av denna dubbeldokumentation kan bli att tiden för vård- och behandlingsinsatser minskar.

Men frågan är om det egentligen är möjligt att slippa att dokumentera samma sak beträffande en patient vid olika tillfällen?

Enligt intervjupersonerna är det kanske svårt att undvika detta, eftersom det är olika hur man dokumenterar och vad man anser att vara relevant samt att det finns många kulturer bland vårdpersonalens olika yrkesgrupper och befattningar. Högström (1999) bekräftar att redundant information kan innebära att en allt mindre del av informationsflödet är relevant för var och en användaren och vad som är relevant avgörs av användaren. Som tidigare nämnts är ett förslag för det aktuella problemet att det är viktigt att vårdpersonalen börjar tänka efter vad de bör skriva och/eller ändra på arbetsrutinerna. Det behövs samtal och diskussion bland vårdpersonalen kring dokumentation och vad som kan göras för att förhindra att man i onödan dokumenterar samma sak.

5.3 Informationstillgänglighet

Inom stora verksamheter finns det flera typer och stora mängder av information vilket skapar ett stort behov av någon form av IT-system som kan hantera denna information på ett effektivt sätt. Vårdförbundet (1998) framhåller att en effektiv informationsbehandling handlar framförallt om att skapa tillgång till information som finns på olika ställen och att detta kan ske med stöd av informationsteknologi. Att ha tillgång till rätt information är viktigt och nödvändigt för en bra

vård och detta kräver att alla på bästa sätt jobbar tillsammans och med samma information. Utifrån respondenternas svar är det också viktigt att personalen får tillgång till information i rätt tid, till rätt person och på ett enkelt sätt.

Användning av informationsteknologi, har stött arbetet i vården genom användning av ett system som kan samordna verksamheternas dokumenthantering på ett effektivt sätt. För att kunna tillgodose detta måste IT-systemet uppfylla vissa krav, enligt Sveriges läkarförbund (2005). En patientjournal är en viktig informationskälla som i första hand bör bidra till en god och säker vård av patienten. Därmed ställer man ett krav på journalsystemet (den elektroniska patientjournalen) att sammanställa all nödvändig information om en patient. Ett ytterligare krav på journalsystemet är att det skall stödja vårdarbete, genom att på ett enkelt sätt komma åt informationen som rör en patient. Det är viktigt att kommunikationen mellan olika vårdenheter skall fungera bra. En förutsättning för att informationsutbytet mellan olika enheter ska fungera optimalt är således att journalsystemet är uppbyggt så att det främjar informationshantering i patientjournalen, samt underlättar kommunikationen mellan olika vårdenheter.

Enligt respondenterna, har nästan alla tillgång till relevant information om en patient i datorjournalen i sina vardagliga arbeten och de tycker att informationstillgängligheten har ökat med hjälp av den elektroniska journalen, Melior, i jämförelse med den tidigare pappersjournalen. Men systemet har inte lyckats tillfredsställa åtkomligheten av informationen på ett smidigt sätt. Det finns brister i systemet som inte möjliggör en enkel sökning. Bland de bristerna nämnde vårdpersonalen att det saknas en sökfunktion i systemet Melior, vilket gör det svårt för personalen att hitta den efterfrågade informationen.

Intervjupersonerna menar att det inte är omöjligt att komma åt information om patienten, men det är svårt att hitta en viss information bland de stora textmassorna och det krävs också mer tid att hitta den eftersökta informationen. Svensson (2003) framhävdar att informationstillgänglighet handlar om att ha lätt åtkomst till relevant information för dem som behöver det och att det även skall ske snabbt.

Vi tycker att systemet behöver utvecklas så att det förbättrar informationstillgängligheten så att informationen kan nås på ett enklare sätt, vilket kan leda till väsentliga effekter på vårdens kvalitet och effektivitet. Vi anser att sökfunktionen kan bidra till ökade effektivisering gällande informationstillgänglighet, vilket i sin tur innebär en enklare och snabbare process vid informationssökning. Davydov (2001) påstår att en sökfunktion är ett viktigt verktyg som underlättar för personalen att komma åt rätt information på ett enkelt och snabbt sätt, när informationen är utspridd på ett stort antal källor.

Fördelen med sökfunktionen är också att en sådan kan minska dubbeldokumentation i patientjournalen. Om vårdpersonalen kan komma åt information på ett enkelt sätt, gör det lättare för dem att ha bättre överblick av vad de andra redan har skrivit. På så sätt skriver de inte samma information om igen och undviker onödiga upprepningar i journalen.

Vi anser också att en vidare utveckling av datorjournalsystemet behövs för att klara av kommunikationen mellan olika vårdenheter så att information kan utbytas med andra system inom den egna verksamheten och med omvärlden. Bland annat behöver journalsystem kunna kommunicera med patientadministrativa system och journalsystem på andra vårdenheter, till exempel med medicinska serviceenheter (laboratorier, röntgenavdelningar med mera). För att

skapa bästa möjliga förutsättningar för en god och säker vård krävs samverkan mellan Mölndals sjukhus och andra vårdenheter såsom primärvård och andra sjukhus, enligt respondenterna. För att denna samverkan ska kunna fungera mellan de olika vårdenheterna krävs att information skall vara tillgänglig för att planera patientens vård. Med hjälp av ett samordnat system kan man förbättra möjligheterna att på ett säkert sätt kunna kommunicera och överföra information mellan olika vårdenheter. Detta gäller både direkt kommunikation mellan personal inom olika kliniker på sjukhuset och informationsöverföring mellan system, exempelvis mellan olika journalsystem. För att effektivisera informationstillgänglighet inom organisationer, är det viktigt att de använder sig av elektronisk kommunikation, vilket hjälper att komma åt information enklare och snabbare, hävdar Dimbleby och Burton (1999).

I intervjuerna framförde vårdpersonalen att kommunikationen på Mölndals sjukhus fungerar bra mellan olika avdelningar inom samma klinik, eftersom man har en gemensam databas. Inom samma klinik kan vårdpersonalen se direkt på patientjournalen utan att behöva logga in i andra databaser. När de vill komma åt patientjournal från andra kliniker måste de däremot först logga ut från sin egen databas och sedan logga in i den andra databasen. Kommunikationen mellan Mölndals sjukhus och andra vårdenheter utanför SU, fungerar mest via telefon, fax eller post. På grund av att de använder sig av olika system är det inte möjligt att kommunicera med varandra via datasystemet. Inom SU fungerar kommunikationen ganska bra eftersom man använder samma datorjournalsystem, Melior. Systemen mellan SU är inte ihopkopplade vilket gör att man endast kan se och läsa information från systemen, men det finns inga möjligheter att överföra information emellan systemen.

Utifrån respondenternas önskemål är det viktigt att ha en fungerande kommunikation mellan Mölndals sjukhus och de andra vårdenheterna. Detta kan öka effektiviseringen inom vårdarbetet. Med effektivisering menar de att genom överföring av information genom datorjournal slipper de att skicka över och ta emot papper från olika vårdenheter därigenom sker all överföring elektroniskt vilket leder till mindre pappershantering.

Vi kan dock utifrån intervjusvaren se att, även om informationsöverföringen fungerar ganska bra inom Mölndals sjukhus, uppstår det fortfarande en del problem gällande kommunikationen med andra vårdenheter. Anledningen till detta är att inom de olika vårdenheterna används det egna system för datorjournaler som inte är kompatibla med andra system inom hälso- och sjukvården. Vi tycker att om det ska bli möjligt att på ett smidigt och säkert sätt kunna föra över patientinformation elektroniskt från en vårdenhet till en annan krävs att de system som används ska vara kompatibla. Systemen måste alltså kunna "tala med varandra" den elektroniska vägen. Bristande kompatibilitet mellan olika system leder till att patientinformationen, trots att journalerna förs i datasystemet, ändå måste skickas med fax eller i brev till andra vårdenheter. Vi kan konstatera att följderna av dålig kommunikation mellan olika vårdenheter innebär ett onödigt stressmoment för vårdpersonalen och kan ge sämre vård till patienten. En fungerande elektronisk överföring bidrar till möjligheten att på ett lätt, snabbt, säkert och effektivt sätt få tillgång till patientens journal, och därmed patientens vårdprocess kan följas genom enklare utbyte av information mellan olika vårdenheter. En god kommunikation kan också minska de stressiga arbetsförhållanden som ofta är vardagen inom vårdarbetet. Exempelvis kan väntetiden, som uppstår vid telefonsamtal mellan vårdpersonalen från olika vårdenheter för att få fram en viss information om en patient, minskas om man istället kunde överföra informationen elektroniskt.

Vår studie visar att journalsystemet, Melior har en del uppenbara brister som påverkar effektiviteten negativt vid dokumentationshantering och vårdarbete. I resultat delen presenterades respondenternas önskan om att ha en sökfunktion i systemet som skulle underlätta informationsökningen i patientjournalen. Som det ser ut idag har de en del svårigheter med att söka efter en specifik uppgift och de måste gå igenom hela journalen för att hitta den efterfrågade informationen. I detta ligger, som vi ser det, en av systemets brister.

För att kunna komma åt relevant och eftersökt information räcker det inte bara att ha en sökfunktion i systemet. En konkret sökfunktion kan hjälpa till att få fram en viss information men den inte kan effektivisera vårdarbetet lika mycket som en bra och strukturerad dokumentation kan göra.

Enligt teorin i avsnitt 3.2 är enkelheten av dokumenthantering viktig, bland annat vid informationssökning. En sådan enkelhet kan uppnås med hjälp av en bra och strukturerad dokumentation, vilket kan ske genom metadata som kan hantera dokumentationen genom sökning och sortering av information. Detta förklaras i teoriavsnittet 3.4.2.1. Här framgår att metadata är information om information som ger upplysningar om ett dokument. I det här sammanhanget handlar metadata om information som beskriver och förklarar betydelsen av innehållet i informationen. I en söksituation, kan användaren på ett specifikt sätt lära sig om en viss söksituation som är upplagd enligt en gemensam standard. Detta sker genom användning av en typ av information om dokumenten som användaren känner till. När vårdpersonalen exempelvis vill få fram en specifik information om en patient, till exempel patientens status, så kan detta underlättas genom en gemensam standard och strukturerad dokumentation.

Patientjournalen Melior, som används på Mölndals sjukhus, innehåller definierade sökord (rubriker) som var och en beskriver specifik information om en patient så som vi har visat i figur 7 i resultat kapitel. Problemet är dock att de här sökorden är begränsade och man kan inte veta exakt under vilken rubrik det sökta ordet har hamnat. Dessa sökord kan kompletteras och utvecklas, menar vi, med hjälp av en sökfunktion som kan underlätta sökandet i vissa söksituationer.

Det är också viktigt att systemet kan hantera olika typer av information på flera olika sätt, beroende bland annat på typen av information som hanteras och beroende på vilka aktiviteter man vill stödja (Löwnertz, 2002). Därför anser vi att modellen som visas i figur 3, kan vara ett tänkbart förslag till förbättring av informationshantering vid patientjournal. Modellen är en samlad plattform som innehåller tre viktiga system, nämligen; Kunskapshantering, Innehållshantering och Dokumenthantering. De har olika funktioner som behandlar olika typer av informationsmängder. Funktionerna som ingår i dokumenthanteringssystemet tar hand om elektroniska dokument under dokumentens hela livscykel.

Kunskapshantering underlättar att personalen i en organisation kan komma åt informationen i rätt tid (O'Dell & Grayson, 1998). Detta är en viktig aspekt för vårdpersonalen vid inhämtning av information. En bättre informationstillgänglighet kan öka effektiviteten vad gäller personalens arbete, bland annat genom att de lätt och snabbt kan få fram uppgifter om en patient. Detta arbete sker med hjälp av kunskapshantering som gör det möjligt att spara information och återanvända den när det behövs.

Innehållshantering spelar en viktig roll inom organisationer som använder sig av en stor mängd av information. Innehållshantering används som ett verktyg för lagring av stora mängder strukturerad information. Systemet har till uppgift att underlätta processen att skapa, publicera

eller uppdatera information. Enligt respondenternas önskemål skall systemet kunna hantera innehållet i patientjournalen så att det blir meningsfullt och relevant för dem, vilket kan uppfyllas med hjälp av innehållshantering, eftersom man genom att applicera innehållshantering kan hantera information genom att samla, organisera och klassificera dem.

För effektivisering av dokumenthantering inom en organisation, behövs ett system som kan förbättra kommunikationen och öka kontrollen över organisationens dokumentationsprocess. Vi har upplevt att Mölndals sjukhus har ett behov av att kommunicera elektroniskt med andra vårdenheter, eftersom detta skulle öka översikten av patientens uppgifter, oavsett vilken vårdenheter han/hon haft kontakt med. På detta sätt vinner man tid genom elektronisk överföring av information, samt minskar pappersarbete och även risken för att dokumenten kommer på avvägar eller försvinner. Med en elektronisk kommunikation kan man också vinna vissa fördelar vad gäller sekretessen så att obehöriga inte får tillgång till papperskopior, tycker vi. Slutligen drar vi en slutsats att de alla ovannämnda systemen (kunskapshantering, innehållshantering och dokumenthantering) och dessa funktioner höjer kvalitén på patientjournalerna och ökar även effektiviteten av vårdpersonalens arbete. Detta ger ett stort bidrag till både patientens säkerhet och personalens prestanda och arbetsförhållanden.

6 Slutsats

I detta kapitel kommer vi att dra slutsatser som återspeglar det empiriska resultatet och som utgår från vårt syfte.

Det huvudsakliga syftet med denna uppsats var att kartlägga dokumenthanteringsrutiner inom den elektroniska patientjournalen vid medicinkliniken på Mölndals sjukhus. Ett ytterligare syfte som vi hade var att studera och undersöka de problem i samband med redundant och informationstillgänglighet, utifrån respondenternas perspektiv.

Den genomförda undersökningen kring dokumenthantering inom den elektroniska patientjournalen uppvisar brister på de undersökta områdena enligt följande punkter:

Dokumenthanteringsrutiner - En del problem uppkommer på grund av vissa bristfälliga rutiner. Detta leder till ett mindre effektivt arbete, samt sänker kvaliteten i patientjournalen.

Det förekommer fortfarande en del pappersjournaler som bidrar till både svårigheter vid hantering av patientjournalen, samt att arbetet tar längre tid att utföra. En vidareutvecklig av systemet skulle kunna innebära att pappersjournalen kan inkorporeras i datasystemet. På så sätt skulle pappersarbetet kunna minskas och därmed skulle man kunna ägna mer tid åt patienten. Uppdelning i patientjournalen efter olika yrkeskategorier är en rutin som leder till mindre överblickbarhet över patientjournalen, samtidigt som den genererar överflödigt och onödigt information. En enhetlig journal kan vara en lösning till att öka överblickbarheten och reducera överflödigt information i journalen.

Det är också viktigt att vårdpersonalen skall ha klart för sig vad de bör skriva om i journalen. Detta kan göras med ett gemensamt samtal bland personalen om vem skriver om vad.

Redundant information – Vårdpersonalen upplever dubbeldokumentationen i patientjournalen som ett problem. Problemet uppstår när de olika yrkeskategorierna antecknar i var sitt dokument. Detta kan lösas, som nämnts ovan, genom en enhetlig patientjournal. En del dubbeldokumentation uppstår på grund av att vårdpersonalen vill skydda sig mot anmärkningar för ofullständig dokumentering. Detta problem kan minskas genom att vårdpersonalen har ett gemensamt samtal bland personalen om vem skriver om vad. En sådan diskussion med åtföljande beslut, kommer sannolikt att leda till en reduktion av dubbeldokumentation.

Informationstillgänglighet - Tillgång till rätt information är mycket viktigt för vårdpersonalen för att de skall kunna utföra arbetet på ett effektivare sätt. I stort sett har de tillgång till relevant information men informationssökningen är både svår och tidskrävande då man söker en viss uppgift bland de stora textmassorna, eftersom systemet saknar sökfunktion. En anskaffning av en sökfunktion i systemet kan underlätta informationssökningen. Den icke fungerande elektroniska kommunikationen mellan Mölndal och de övriga vårdenheter utanför SU, orsakar att åtkomst av information tar längre tid och gör att en del pappersjournaler finns kvar. Detta ökar risken att papper försvinner. Informationstillgängligheten kan förbättras genom en vidareutvecklig av systemet Melior. Det finns potential för att Melior kan förbättras så att dokumenthanteringen inom patientjournalen kan bli enklare och mer effektiv, något som i sin tur kan effektivisera vårdpersonalsarbete och därmed öka vårdens kvalitet.

7 Referenser

En lista eller förteckning på referenser till vår studie

Böcker och artiklar

- Addey, D., Ellis, J., Suh, P., Thiemacke, D. (2002). *Content Management System*, Birmingham, Glasshaus.
- Alavi, M., Leidner, D-E. (2001). *Knowledge Management and Knowledge Management Systems*, Conceptual Foundations and Research Issues MIS Quarterly.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion*. Studentlitteratur, Lund.
- Avison, D. E. & Fitzgerald, G. (1995). *Information Systems Development: Methodologies, Techniques and Tools*, Second ed. United Kingdom: McGraw-Hill International.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Studentlitteratur, Lund.
- Boiko, B. (2002). *Content Management Bible*. New York, Hungry Minds.
- Davenport, T H., & Prusak, L. (1998). *Working Knowledge – How Organizations Manage What They Know*. Boston, USA: Harvard Business School Press.
- Davydov, M.M. (2001). *Corporate portals and e-business integration*. McGraw-Hill Companies.
- Dimbleby, R. & Burton, G. (1999). *Kommunikation är mer än ord*. Lund.
- Gratte, I. (1996). *Datorn i vården*. Medicin - Liber Utbildning AB. Stockholm.
- Groth, R. (1999). *Data mining: Building Competitive Advantage*. Prentice Hall.
- Hansen, M T., Nohria, N., & Tierney, T. (1999). *What's Your Strategy for Managing Knowledge?* Harvard Business Review.
- Hedlin, L. & Allwood, C.N. (2002). *IT and strategic decision making, Industrial Management & Data systems*.
- Hughes, J., King, V., Rodden, T., & Andersen, H. (1994). *Moving out from the Control Room: Ethnography in System Design*. Computer Supported Cooperative Work, Chapel Hill, NC, USA.
- Högström, A. M.fl., (1999). *Kommunikativt ledarskap – en bok om organisationskommunikation*. Stockholm.
- Nakano, R. (2001). *Web Content Management: A Collaborative Approach*.

- Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company*. Oxford University Press.
- O`Dell, C. & Grayson C. J. (1998). *If only we knew what we know*. New York
- Patel, R. & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Studentlitteratur, Lund.
- Päivärinta, T. (2002). *Content management: basic concepts and viewpoints*. Pensumartickel, Högskolan i Agder, Kristiansand.
- Repstad, P. (1999). *Närhet och distans; Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Studentlitteratur, Lund.
- Solvang, B. K. & Holm, I. M. (1997). *Forskningsmetodik, om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur, Lund.
- Stegberg, T. (1996). *IT i vården. IT-stöd för samarbete och lärande*.
- Stewart, T. (1997). *Intellectual Capital -The New Wealth of Organizations*. New York.
- Strong, DM, Lee; Y W & Wang, R Y (1997). *Data Quality in Context, Communications of the ACM*.
- Svenning, C. (1999). *Metodboken – samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling*. Eslöv, Lorentz.
- Svensson, B. (2003). *Redovisningsinformation för bedömning av små och medelstora företags kreditvärdighet*. Uppsala.
- Swan, J., Newell, S., & Robertson, M. (2000). *Limits of IT-driven Knowledge Management*. In Proceedings of HICSS-33, Maui, Hawaii.
- Vårdförbundet. (1998). *IT inom hälso- och sjukvården*.

Rapporter

- Löwnertz, K. (2002). *Implementering av dokumenthantering -sammanfattande rapport*
- Spri (1995). *Patientjournaler med datorstöd*. Spri rapport 270.
- Spri (1995). *Införande av elektroniska patientjournaler*. Spri rapport 473.
- Spri (1996). *Användarnas krav på datorstödd vårddokumentation*. Spri rapport 416.

Elektroniska länkar

Dias, C. (2001). *Corporate portals: a literature review of a new concept in Information Management*, vol.21, no.4.

<http://www.sciencedirect.com/science/journal/02684012>

Ernst & Young AB. (2002). *Melior: Genomförande, finansiering, ekonomiska, effekter m.m.*

<http://extra1.vgregion.se/arkiv/rapporterochutredningar/revisionsenheten/rapporter2002/melior/melior.pdf>

Francke, H., M.fl. (2004). *Information management*.

http://www.hb.se/bhs/forskning/doktorandpresentation_forskningsteman.pdf

Grufman Reje Management, (2002). *Ändamålsenlig Vårdokumentation*.

<http://extra1.vgregion.se/arkiv/rapporterochutredningar/revisionsenheten/c4ndame5lsenligve5rddokumentation/c4ndame5lsenligve5rddokumentation.pdf>

Siemens, (2005). *Melior 1.5 - det marknadsledande journalsystemet för svenska sjukhus*.

<http://www.medical.siemens.com>

Ström, N. (2004). *Information fitness – den vältrimmade informationsspecialisten*.

http://www.tls.se/kurser_konferenser/2004/nina.pdf

Sveriges Läkarförbund, (2005). *IT-utvecklingen inom hälso- och sjukvården - Läkarförbundets och Vårdförbundets gemensamma krav*.

http://www.vardforbundet.se/upload/VF%20Filer/rapport_fakta/IT_i_varden.pdf

Wessbrandt, K. (2005). *Att införa Dokumenthanteringssystem*, Data Research DPU

http://www.dpu.se/dpuws_dm.html

Wessbrandt, K. (2002). *Förstudierapport IT-plattformar för informationsförsörjning*.

Statskontoret. Dnr 2001/277.

<http://www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2002/2002102.pdf>

Föreläsningar

Bergquist, M. (2004). *Föreläsning i ämnet Metod*. Informatik institutionen vid Göteborgs universitet.

Torres, P. V. (2004). *Föreläsning i ämnet knowledge management*. Informatik institutionen vid Göteborgs universitet.

Bilaga 1 Intervjufrågor

Allmänt

1. Berätta gärna lite om dig själv (Namn, befattning, hur länge du har jobbat här, etc.)?
2. Hur ser din arbetsdag ut och vilka arbetsuppgifter har du?
3. Vilket datorjournalssystem använder ni på avdelningen?
4. Är datorjournalen gemensam för hela sjukhuset eller har varje klinik sin?
5. Använder du flera system angående patientjournal dokumentation, i så fall vilka?
6. Använder du pappersdokumentation under din arbetsdag, vilka och hur ofta?
7. Hur ofta och hur lång tid lägger du ner för dokumentations skrivning i systemet under en arbetsdag?
8. Vilka uppgifter brukar du anteckna i patientjournalen?
9. Har du behov att kolla på andras anteckningar, om ja så vilka?
10. Känner du att du har tillräckliga kunskaper för att kunna hantera dokumentationen i datasystemet?
11. Anser du att uppdelning i patientjournalen efter olika kategorier mellan personalen är bra och viktig?

Redundant information och dokumentationsrutin

1. Har du upplevt dubbel information i dokumentationen, och hur i fall om svaret är ja?
2. Om svaret är ja på föregående fråga så hur tycker du att man kan undvika det?
3. Hur vill du ändra eller effektivisera dokumentationsrutin i ditt arbete?

Informationstillgänglighet

1. Hur upplever du informationstillgänglighet i ditt arbete gällande hantering av patientjournal?
2. Har du lätt att söka information (till exempel en viss uppgift) om en patient i det elektroniska dokumentet?
3. Vilken information behöver du och din yrkesgrupp komma åt vid utföring av dina arbetsuppgifter?
4. Hur upplever du kommunikation mellan olika avdelningar/enheter inom Mölndals sjukhus?
5. Hur fungerar kommunikationen mellan Mölndals sjukhus och andra sjukvårdsenheter?
6. Vilka brister ser du i systemet vid hantering av patientjournal?
7. Har du några idéer/föreslag om hur man kan förbättra datorjournalssystemet som leder till effektivisering i ditt arbete vid patientjournalshantering?