

# Sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation - en litteraturoversikt

FÖRFATTARE	Ingrid Edman
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 15 högskolepoäng OM5250 Examensarbete omvårdnad HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Gudrun Valmari
EXAMINATOR	Eric Carlström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Jag vill rikta ett tack till min handledare Gudrun Valmari som uppmuntrat mig under  
arbetets gång och hjälpt mig att vrida och vända på tankar.*

Titel (svensk):	Sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation
Titel (engelsk):	Nurses´ experiences of nursing documentation
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	26 sidor
Författare:	Ingrid Edman
Handledare:	Gudrun Valmari
Examinator:	Eric Carlström

## SAMMANFATTNING

*Bakgrund:* Omvårdnadsdokumentation fyller en rad olika funktioner, den utgör till exempel arbetsredskap för vårdpersonal men underlättar även vid byte av vårdgivare, möjliggör kvalitetsgranskning och utveckling av vården samt utgör informationskälla för tillsyn och rättsliga krav. Sjuksköterskan är enligt lag skyldig att föra journal och ska enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska arbeta enligt omvårdnadsprocessen och dess steg - datainsamling, omvårdnadsdiagnos, planering, genomförande och resultat/utvärdering. Sjuksköterskor har ingen lång tradition av dokumentation, skriftlig dokumentation lagstodgades först 1986. Sjuksköterskan dokumenterar dels inom egna ansvarsområdet omvårdnad men dokumenterar till viss del även medicinska åtgärder. Det finns flera olika dokumentationssystem som till exempel VIPS-modellen, NANDA eller standardvårdplaner. Dessa har lägre eller högre grad av standardisering. *Syftet* med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation. *Metod:* Studien är en litteraturöversikt med såväl kvalitativa som kvantitativa artiklar. *Resultatet* presenteras i fem tema: Under ”Kunskap och erfarenhet” beskrev sjuksköterskor vikten av detta för god dokumentera. Under rubriken ”omvårdnadsdokumentation som redskap för lärande och reflektion” framkom att dokumentationen kan fungera som ett lärandetillfälle för sjuksköterskan genom att själv formulera och läsa andras omvårdnadsdokumentation. Tema ”Organisation och omvårdnadsdokumentation” med subtema: ledning, tidsaspekten och tvärprofessionellt samarbete visar på sjuksköterskornas upplevelse av organisationens roll i form av att skapa goda förutsättningar på arbetsplatsen. ”Professionell utveckling” samt ”Omvårdnadens kvalitet” är de sista två temana där upplevda konsekvenser av olika sätt att dokumentera beskrivs. I *diskussionen* lyfts bland annat hur omvårdnadsdokumentationen kan bidra till att synliggöra omvårdnad och sjuksköterskans ansvar vilket skulle kunna leda till stärkt professionell identitet. Dessutom diskuteras effekter av att dokumentera enligt omvårdnadsprocessen och andra aspekter såsom ledningens funktion och upplevelsen av omvårdnadsdokumentation i relation till tid.

<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Utveckling av sjuksköterskans dokumentation .....	1
Forskningsläget .....	1
Problem i dagens dokumentation .....	2
Lagar och författningar.....	2
Omvårdnadsprocessen.....	3
VIPS-modellen .....	4
Standardvårdplaner.....	4
NANDA, NOC och NIC .....	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>5</b>
<b>SYFTE</b>	<b>5</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
Litteratursökning .....	6
Analys .....	6
<b>RESULTAT</b>	<b>7</b>
Kunskap och erfarenhet.....	7
Omvårdnadsdokumentation som verktyg för lärande och reflektion .....	7
Organisation och omvårdnadsdokumentation .....	8
Ledning.....	8
Tvärfprofessionellt samarbete.....	9
Omvårdnadsdokumentationens påverkan på arbetssätt .....	9
Tidsaspekten .....	10
Professionell utveckling .....	11
Omvårdnadens kvalitet.....	11
<b>DISKUSSION</b>	<b>12</b>
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion .....	12
Konklusion .....	15
Förslag till fortsatt forskning .....	15
<b>REFERENSER</b>	<b>16</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>18</b>
Bilaga 1 - Artikelsökning .....	18
Bilaga 2 - Artikelgranskning .....	20

## **BAKGRUND**

### **Utveckling av sjuksköterskans dokumentation**

Omvårdnadsdokumentation fyller många olika funktioner. Den utgör i första hand arbetsredskap för vårdpersonal men underlättar även vid byte av vårdgivare, möjliggör kvalitetsgranskning och utveckling av vården samt utgör informationskälla för tillsyn och rättsliga krav (SFS 2008:355; Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000).

Sjuksköterskors dokumentation har förändrats mycket över tid och professionen har ingen lång tradition av skriftlig omvårdnadsdokumentation. För inte alltför länge sedan ansågs det professionellt att som sjuksköterska kunna hålla information om patienterna i huvudet och enbart ta stöd av egna minnesanteckningar, som sedan ej fördes till journalen. Muntlig rapportering sjuksköterskor emellan har varit gängse (Björvell, 2001). I samband med införandet av Patientjournalagen 1986 blev sjuksköterskor skyldiga att föra journal. Den skriftliga dokumentationen tog fart och övergick från att mest ha innefattat medicinska ordinationer till att alltmer inriktas mot omvårdnad, Socialstyrelsens ökade krav på dokumentation av omvårdnad bidrog även till denna utveckling (Idvall, 2009).

Initialt kritiserades den ökade dokumentationen av sjuksköterskor själva, andra yrkesgrupper i vården såväl som av ledning. Kritikerna menade att den tog tid från det som sjuksköterskor egentligen skulle ägna sig åt, nämligen det direkta arbetet med patienten (Björvell, 2001). Det finns dock många förklaringar till varför sjuksköterskor idag behöver lägga betydligt mer tid på dokumentation. Antalet vårdplatser är idag färre vilket innebär att patienter som vårdas är allt sjukare, vårdas kortare tid och vårdas av fler olika instanser. Det finns höga krav på kontinuitet, säkerhet och kvalitet i vården, krav som ej går att tillgodose utan en god dokumentation som stöd (SOS 2000). Det finns dessutom ett ökat tryck från såväl samhälle som patient i att delaktiggöra patienter i sin egen vård i allt högre grad vilket även det ställer höga krav på dokumentation (Björvell, 2001).

### **Forskningsläget**

Omvårdnadsdokumentation är en viktig del av sjuksköterskans arbete. Vid sökning av vetenskapliga artiklar med sökorden ” nursing documentation” från de senaste tio åren finns i Pubmed ca 3500 träffar medan det i Cinahl går att finna ungefär en tiondel så många. En stor del av artiklarna fokuserar huvudsakligen på ett problemområde som till exempel konfusion, bensår eller smärta och behandlar till viss del hur dessa områden dokumenteras, varför de kommer med som träffar i sökningen. Många artiklar är av kvantitativ art och utvärderar mätinstrument som används för att undersöka hur väl omvårdnadsdokumentationen följer omvårdnadsprocessen. Stort fokus ligger generellt på kvantitativa aspekter som att mäta dokumentationens kvantitet, kvalitet enligt poängsystem och effekten i kunskapstest efter utbildningsinterventioner i omvårdnadsdokumentation. Förvånansvärt lite forskning är kvalitativ och undersöker sjuksköterskans upplevelse av omvårdnadsdokumentation, vilka förutsättningar och faktorer som sjuksköterskan upplever är av betydelse för dokumentationen.

### **Problem i dagens dokumentation**

Omvårdnadsdokumentation utvecklas ständigt men ännu kvarstår många problem. Problem som är relaterade till kunskap, tradition/rutiner, och erfarenhet. Sjuksköterskan är den yrkesgrupp inom hälso- och sjukvård som dokumenterar dels inom det egna ansvarsområdet, dels åt andra yrkeskategorier än sin egen (Ehnfors et al., 2000; Björvell, 2001). Vad gäller omvårdnadsåtgärder som ordinerar av sjuksköterskan själv har hon/han ett heltäckande ansvar för att arbeta enligt omvårdnadsprocessen, tydligt dokumentera detta och visa de olika stegen såsom omvårdnadsdiagnostisering, omvårdnads mål och resultat/utvärdering. Vad gäller åtgärder som är ordinerade av andra yrkeskategorier exempelvis läkare, sjukgymnast eller arbetsterapeut ska sjuksköterskan endast dokumentera att åtgärderna är korrekt utförda. Forskare framhåller att konsekvensen av dessa olika sätt att dokumentera kan skapa förvirring och negativt påverka kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen. Det kan leda till en reducerad omvårdnadsdokumentation där ej hela omvårdnadsprocessen speglas och kan även leda till att medicin och omvårdnad blandas ihop (Björvell, 2001).

Ytterligare ett problem som lyfts fram är dokumentationens kvantitet. En utredning Socialstyrelsen låtit göra visar att en sjuksköterska i slutet vård lägger ca 7,8 timmar per vecka på dokumentation. I rapporten konstaterar utredaren att det ej finns belägg för att det idag utförs onödig administration som skulle kunna effektiviseras bort (SOS 2000). Det finns dock ingen forskning som visar på att individuella omvårdnadsplaner förbättrar vårdkvalitén (Björvell, 2001). Som nämnts i bakgrunden finns många skäl till att dokumentationen behöver vara omfattande men det förekommer än många fall av dubbeldokumentation där flera sjuksköterskor skriver samma sak och fall där sjuksköterskor och vårdpersonal ur andra yrkeskategorier dokumenterar sådant som redan finns dokumenterat. När VIPS-modellen introducerades skapade osäkerheten kring det nya sättet att dokumentera med stöd av en mängd sökord också stora mängder dokumentation. Vissa ovana sjuksköterskor uppfattade då att de skulle dokumentera något under alla sökord och det tog tid att lära sig urskilja vilka sökord som faktiskt var relevanta (Björvell, 2001).

### **Lagar och författningar**

Sjuksköterskor i Sverige är sedan 1986 och införandet av Patientjournalagen skyldiga att föra journal, idag regleras denna skyldighet i Patientdatalagen (SFS 2008:355). Syftet med patientjournalen är enligt lag att i första hand bidra till en god och säker vård av patienten. Journalen ska även utgöra informationskälla för; - patienten, -uppföljning och utveckling av verksamheten, -tillsyn och rättsliga krav, -uppgiftsskyldighet enligt lag och forskning (2008:355). Patientdatalagen reglerar att patientjournalen förutom uppgifter om patientens identitet ska innehålla väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. I Socialstyrelsens föreskrifter om ”Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården” uttrycks i 3:e kapitlet 2 § att dokumentation så långt som möjligt ska ske med nationellt fastställda begrepp och termer (SOSFS 2008:14). I författningen framgår att rutinerna för dokumentation skall vara av sådan art att ”patientjournaler kan utgöra underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet” (SOSFS 2008:14). Dessa båda paragrafer visar på kravet på en gemensam terminologi vid dokumentation av omvårdnad och motiverar orsaken till detta. I Kvalitetsindikatorer i omvårdnad av Idvall (2009) framhålls att en vårdplan för varje

patient ska finnas och att planerade omvårdnadsåtgärder tydligt ska framgå. Vårdplanen ska sedan användas aktivt av vårdpersonal och inte enbart vara ett mål i sig.

### **Omvårdnadsprocessen**

Omvårdnadsprocessen är central i omvårdnad och sjuksköterskor ska enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) självständigt kunna tillämpa omvårdnadsprocessen. Processen har sin grund i systemteori och syftet med omvårdnadsprocessen är att med utgångspunkt i vårdandets substans utgöra grund och struktur åt kritiskt tänkande, problemlösning och dokumentation för sjuksköterskor. Genom att betrakta omvårdnaden i olika steg - datainsamling, omvårdnadsdiagnos, planering, genomförande och resultat synliggörs omvårdnad för såväl den egna professionen, andra professioner i vården såväl som för patient och närstående. Processen syftar till att individualisera omvårdnaden, den är resultatriktad och målet är att individen ska uppnå bästa möjliga hälsa (Eriksson, 2000). Wiklund (2005) hävdar att processen utan förankring i omvårdnadsteori och i vårdrelationen riskerar att reduceras till en tom teknik, hon poängterar vidare att vårdprocessen uppstod som en motreaktion till det uppgiftsorienterade tänkandet inom omvårdnad och på så vis inte syftar till reduktionism.

Omvårdnadsprocessen ses av kritiker som alltför linjär och reduktionistisk. Det är dock viktigt att inte betrakta stegen som strikt följda på varandra utan att istället se att sjuksköterskan i sitt arbete enligt processen går fram och tillbaka och kan ha flera parallella processer kring varje enskild patient. Omvårdnadsprocessen gör ej anspråk på att vara en avbild av omvårdnad utan är som nämnt ett sätt att strukturera tänkandet, den går att applicera på en hälsosituation eller på ett särskilt problem. I vart och ett av de fem stegen ligger fokus på beslut och det kritiska tänkande som leder fram till beslutet (Ehrenberg & Wallin, 2009). Omvårdnadsprocessen används tyvärr retrospektivt för dokumentation vilket innebär att sjuksköterskan först efter genomförd omvårdnad dokumenterar enligt de steg processen innefattar. Detta är dock ett felaktigt sätt att tillämpa processen då det kreativa tänkandet och kopplingen till omvårdnadsteori då sker först i ett sent skede. Dokumentation enligt omvårdnadsprocessen ska ej ske som en form av skriftlig rapportering av vad som hänt utan ska fokusera på planering (Wiklund, 2005). Sammanfattningsvis behövs kunskap om hur man arbetar med omvårdnadsprocessen hos yrkesverksamma sjuksköterskor då tillämpningen annars lätt blir mekanisk och *”blir ett mål i sig istället för ett medel till god patientvård”* (Ehnfors et al. 2000 s. 14).

Omvårdnadsprocessens första steg är datainsamling, efter detta följer det andra och tredje steget i omvårdnadsprocessen – omvårdnadsdiagnos och planering. Dessa utgör tillsammans det som kallas omvårdnadsplan och består av diagnos, mål och planerade åtgärder. Omvårdnadsplanen är ett verktyg för en god och enhetlig omvårdnad. Den är särskilt viktig då olika personer av olika yrkeskategorier är involverade i patientens omvårdnad, till exempel på en vårdavdelning eller särskilt boende (Ehrenberg & Wallin 2009).

## VIPS-modellen

VIPS står för Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet och är namn åt den forskningsbaserade modell för omvårdnadsdokumentation som idag är vida spridd i svensk och även nordisk hälso- och sjukvård. Införandet av VIPS-modellen kan ses som början på arbetet med ett gemensamt språk inom omvårdnad. Detta är nödvändigt för att kunna beskriva och synliggöra innehållet i omvårdnad. Forskarna bakom modellen betonar att den ej gör anspråk på att vara en avbild av omvårdnad. Istället ska den vara en modell uppbyggd av ett så neutralt språk att den möjliggör för sjuksköterskan att fylla den med den omvårdnadsteori han/hon finner lämplig i omvårdnadssituationen (Ehnfors et al. 2000).

VIPS-modellen har sin teoretiska grund dels i omvårdnadsprocessen, vilken har ett eget avsnitt i bakgrunden, dels i Donabedians Struktur-Process-Resultat-modell. Denna modell består av tre komponenter varav den första är *struktur* som utgörs av egenskaperna i miljön där vårdandet sker. Det kan till exempel innefatta personalens kompetens och rutiner. *Processkomponenten* är den andra delen och inbegriper interaktionen mellan patient och vårdare/sjuksköterska. Omvårdnadsprocessens olika steg utgör delarna i processkomponenten. Den tredje komponenten i Donabedians modell är *resultatet* vilket är patientens hälsosituation. Donabedians modell kritiseras ibland då sambandet mellan de tre delarna struktur, process och resultat ej finns tillräckligt beskrivet och beforskat. Trots osäkerhet om samband mellan komponenterna i Donabedians modell används den i VIPS-modellen. Det främsta skälet forskarna bakom VIPS-modellen lyfter fram är att resultatet utgörs av patientens hälsa och upplevda välbefinnande och Donabedians modell belyser hur alla delar av omvårdnaden kan påverka detta resultat. Forskarna bakom VIPS-modellen framhåller att dessa komponenter är viktiga genom följande citat. *"Ett bra dokumentationssystem kan tjäna som en god struktur och därmed öka sannolikheten både för en god process och för ett gott resultat i omvårdnadsarbetet"* (s.19 Ehnfors et al., 2000).

När VIPS-modellen introducerades mottogs den till stor del väl även om kritik fanns mot valet att använda medicinsk terminologi såsom status, anamnes och epikris. Modellen implementerades på bred front i Sverige. Den har därefter reviderats ett par gånger och specifika VIPS-modeller för till exempel psykiatri och primärvård har arbetats fram. Modellen har även börjat användas i länder som Danmark och Norge. Syftet är att sjuksköterskor ska kunna dokumentera omvårdnad i en modell framtagen genom omvårdnadsforskning utan att sökorden är så abstrakta att de känns svåra att tillämpa för kliniskt verksamma sjuksköterskor (Ehrenberg et al., 2000).

## Standardvårdplaner

En standardvårdplan är en vårdplan som kan upprättas för patienter med samma medicinska diagnos, samma omvårdnadsbehov, symtom eller patienter som ska genomgå samma undersökning eller behandling (Forsberg & Edlund, 2003; SOS 2006). En standardvårdplan kan ses som en handlingsplan som ska överensstämja med omvårdnadsprocessen och dess steg, i planen framgår omvårdnadsåtgärder och för problemet/diagnosen relevanta omvårdnads mål. Om standardvårdplanen ej anses vara tillräcklig för att täcka en patients behov eller problem ska den kompletteras med en individuell vårdplan - IVP (Forsberg & Edlund, 2003). En standardvårdplan ska grundas i



en kunskapsöversikt som är en sammanställning av relevanta och vetenskapligt granskade forskningsresultat (SOS 2006). Syftet med standardvårdplaner är att ge patienter evidensbaserad vård, att kvaliteten på vården ska vara av samma standard för alla patienter och att underlätta kvalitetsgranskning av vården. Andra syften är att effektivisera administrationen vilket kan ge sjuksköterskan mer tid med patienten. Stor kritik finns mot standardvårdplaner i form av de skulle bidra till en oprofessionell, rutinartad och ej individanpassad vård. Förespråkarna hävdar dock att ordet standard ej syftar till att alla patienter ska bemötas och behandlas på samma vis utan att alla patienter ska få omvårdnad av samma höga standard. Förespråkarna för standardvårdplaner menar också att det på sjuksköterskan, i dennes professionella roll, vilar ett stort ansvar i att utöva individuellt anpassad omvårdnad trots att själva vårdplanen är standardiserad. (Forsberg & Edlund, 2003).

### **NANDA, NOC och NIC**

I USA har ett system med ett standardiserat omvårdnadsspråk utvecklats. NANDA står för North American Nursing Diagnosis Association. Under 70-talet började standardiserade omvårdnadsdiagnoser att forskas fram. Som komplement till detta finns även en standardiserad terminologi kopplad till omvårdnadsinterventioner NIC – Nursing Intervention Classification och till omvårdnads mål Nursing Outcome Classification. NANDA, NIC och NOC kan användas separat eller tillsammans. Dessa system är i hög grad standardiserade och underlättar sammankopplandet av omvårdnadsdiagnos och omvårdnadsåtgärd med den viktiga och annars ofta bortglömda delen – omvårdnads mål. Systemet ger också ett gemensamt omvårdnadsspråk (Ehrenberg & Wallin, 2009; Johnson et al., 2006).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Omvårdnadsdokumentation är en central del av sjuksköterskans kompetensområde. Dokumentationen regleras i såväl Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, i patientdatalagen och i författningar. Dokumentationen fyller en viktig funktion genom att bidra till patientsäkerhet och vård av god kvalitet. En stor utveckling har de senaste årtiondena skett där fokus i dokumentationen flyttats från medicin till att fokusera på omvårdnad. Utvecklingen har även gått mot att alltmer dokumentera och planera omvårdnad enligt omvårdnadsprocessen och ej retrospektivt dokumentera vad som gjorts i form av daganteckningar. Den forskning som finns kring omvårdnadsdokumentation är till stora delar kvantitativ och i ljuset av detta är det intressant att undersöka hur sjuksköterskor upplever att dokumentera omvårdnad. Genom ökad kunskap om upplevelsen av omvårdnadsdokumentation, vilka faktorer som upplevs gynna respektive hindra en god dokumentation kan sjuksköterskan arbeta för att förbättra förutsättningarna för dokumentation och på så vis också förbättra förutsättningar till en säker vård av god kvalitet.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation.

## METOD

Friberg (2006) beskriver att litteraturöversikt är lämpligt för att få översikt över ett avgränsat vårdvetenskapligt område. Att göra en litteraturöversikt ansågs därför passande då syftet med denna studie var att skapa en överblick över forskning om sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation.

### Litteratursökning

Studien grundar sig på artiklar som behandlar sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation. Sökningarna gjordes i databaserna CINAHL och Pubmed vilket enligt Polit & Beck (2006) är lämpliga databaser vid vårdvetenskaplig forskning.

Sökorden var följande: *nursing documentation, experience, VIPS, nursing process, development, nurse, perception, qualitative*. I Bilaga 1. *Inklusionskriterier* var att artiklarna skulle vara maximalt 15 år gamla då omvårdnadsdokumentation ständigt förändras genom till exempel ändrad lagstiftning och införandet av datoriserad journalföring. Vidare kriterier var att endast vetenskapligt granskade artiklar söktes vilket i CINAHL säkerställdes genom att "peer review" användes som avgränsning. Endast artiklar på svenska, danska, norska, engelska eller tyska kunde inkluderas. Likaså inkluderades endast artiklar som beskrev sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation i somatisk slutenvård där grundutbildade sjuksköterskor kan arbeta. *Exklusionskriterier* var artiklar som hade ett huvudsakligt syfte som fokuserade på ett annat problemområde än omvårdnadsdokumentation, till exempel bensår eller diabetes. Även artiklar som ej fanns att tillgå i fulltext exkluderades.

Urvalet av artiklar gjordes genom att vid varje sökning läsa samtliga sökträffars rubriker, om rubriken på artiklarna svarade mot syftet eller om rubriken var något otydlig så lästes artikelns sammanfattning. Om även sammanfattningen stämde mot syftet så lästes hela artikeln. En artikel påträffades genom manuell sökning (Bilaga 1). Till en början söktes främst kvalitativa artiklar men då det är relativt lite kvalitativ forskning gjord på området omvårdnadsdokumentation och flera funna kvantitativa artiklar svarade mot syftet och hade ett vårdvetenskapligt perspektiv inkluderades även dessa. De åtta artiklar som inkluderats representerar länderna Sverige, Danmark, Thailand, Taiwan samt England, USA och Australien. Artiklarnas kvalitet granskades sedan utifrån Friberg (2006) med avseende på syfte, metod och resultat (Bilaga 2)

### Analys

I resultatet inkluderades åtta studier varav tre är kvantitativa, tre är kvalitativa, en är en mixed method studie och en är en systematisk litteraturöversikt. Den analysmetod som användes beskriver Friberg (2006) som lämplig för examensarbeten på kandidatnivå. Först lästes resultaten igenom flera gånger för att finna de centrala och upptäcka skillnader och likheter i sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation. Efter upprepad läsning markerades med överstrykningspenna de delar som svarade mot syftet. Därefter sammanfattades resultatet i form av anteckningar på särskilda skrivkort som lades ut och sedan sattes samman utefter innehåll, fynd i resultaten som handlade om samma typ av upplevelse sorterades till samma tema. På så vis kunde olika tema och

subtema testas fram. Under arbetets gång diskuterades indelningen i tema flitigt med handledaren. Utifrån jämförelsen av resultat framkom de teman som beskrivs i resultatet (Friberg, 2006).

## **RESULTAT**

I resultatet beskrivs sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation i olika tema med respektive subtema. De fem övergripande tema som framkommit är: Kunskap och erfarenhet, Omvårdnadsdokumentation som verktyg för lärande och reflektion, Organisation och omvårdnadsdokumentation, Professionell utveckling samt Omvårdnadens kvalitet.

### **Kunskap och erfarenhet**

I många studier beskrev sjuksköterskor betydelsen av kunskap och erfarenhet för att kunna dokumentera omvårdnad på ett tillfredsställande sätt (Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003a; Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003b; Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008; Rosendal Darmer et al., 2004). Sjuksköterskor i en svensk studie som deltagit i ett särskilt utbildningsprogram i VIPS-modellen ansåg att de hade bättre förutsättningar än sina kollegor att kunna utföra god dokumentation (Björvell et al., 2003a). De med utbildning var även mer övertygade om att omvårdnadsdokumentationen var fördelaktig och gynnade dem i det dagliga arbetet (Björvell et al., 2003b). Utbildning kunde också leda till att sjuksköterskor kände sig säkra på att göra vårdplaner och gjorde detta i högre utsträckning (Rosendal Darmer et al., 2004). En sjuksköterska beskrev hur utbildning i kombination med dokumentationsansvar på arbetsplatsen fått henne att känna sig säkrare på omvårdnadsdokumentation (Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008).

Bristande kunskap och erfarenhet upplevdes som begränsande i själva arbetet (Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008), men kunde också leda till dåligt självförtroende (Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies, 2006). Brist på kunskap kunde också leda till svag motivation för att formulera och dokumentera omvårdnadsplaner (Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008; Cheevakasemsook et al., 2006) och bidrog till att sjuksköterskor i stället bara förde löpande anteckningar om patienten. Sjuksköterskor som inte hade kunskap om omvårdnadsplanering och dokumentation upplevde oförmåga att följa och förstå en standardvårdplan (Cheevakasemsook et al., 2006). Avsaknad av kunskap och erfarenhet bidrog också till att sjuksköterskor inte förstod värdet av utvärdering av omvårdnad (Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008; Cheevakasemsook et al., 2006).

Sjuksköterskor upplevde brist på klinisk handledning i omvårdnadsdokumentation som en negativt påverkande faktor (Björvell et al., 2003a; Cheevakasemsook et al., 2006). De kände svårighet och osäkerhet i att omsätta den teoretiska utbildning i omvårdnadsprocessen de fått under sjuksköterskeutbildningen till praktik när de skulle tillämpa sina kunskaper (Cheevakasemsook et al., 2006).

### **Omvårdnadsdokumentation som verktyg för lärande och reflektion**

I flera studier framkom att dokumentationen inte bara fungerar som en journal över patientens tillstånd och vård utan även fungerar som verktyg som stimulerar till lärande och reflektion hos sjuksköterskan. I en studie av Björvell et al. (2003a) vittnar

sjuksköterskor om att de började tänka kring patienten och omvårdnad på ett nytt sätt i samband med att de började använda VIPS-modellen för dokumentation (Björvell et al., 2003a). I en annan studie av Axelsson, Björvell, Mattiasson & Randers (2006) upplever sjuksköterskor att användandet av omvårdnadsdiagnoser stimulerar till reflektion och en djupare analys av patientens behov och problem. Att dokumentera enligt VIPS och skriva omvårdnadsdiagnoser ansågs kräva mer tankearbete, reflektion och bidrog på så vis till större mängd dokumentation (Björvell et al., 2003a).

Att som sjuksköterska läsa andra sjuksköterskors formulerade omvårdnadsdiagnoser kring en patient beskrevs som ett utmärkt sätt att lära mer omvårdnad. På så vis kunde oerfarna sjuksköterskor lättare utvecklas. Att läsa omvårdnadsdiagnoser som andra sjuksköterskor formulerat bidrog också till större förståelse för vårdplanen i stort vilket ökade motivationen att följa den (Axelsson et al., 2006). Sjuksköterskor i en taiwanesisk studie av Lee (2006) som använde elektronisk patientjournal med hög grad av standardisering gav exempel på hur de valt en färdigformulerad omvårdnadsdiagnos i patientjournalssystemet och då automatiskt fått förslag på lämpliga omvårdnads mål och omvårdnadsåtgärder. En sjuksköterska beskrev hur hon på så sätt utvecklade kunskap om till exempel icke-farmakologiska omvårdnadsinterventioner mot smärta. Genom att läsa förslag relaterade till den aktuella omvårdnadsdiagnosen utvecklade sjuksköterskan sitt omvårdnads-kunskande. Lärande kunde också ske genom det tankearbete och den reflektion sjuksköterskan själv fick göra för att formulera omvårdnadsdiagnoser med egna ord (Björvell et al., 2003a; Axelsson et al., 2006).

*”I have to analyse reasons behind the patient’s problems and if I can’t find it I need more knowledge. To be able to formulate a nursing diagnosis you have to discuss with colleagues, or to read up on the literature to gain more knowledge and thus find reasons for the problem”* (Axelsson et al., 2006 s 941)

Att använda standardvårdplaner under en längre tid kunde leda till att sjuksköterskornas förmåga att själva tänka ut och formulera individuella omvårdnadsplaner upplevdes försämrade (Stevensson, Nilsson, Petersson & Johansson, 2010).

### **Organisation och omvårdnadsdokumentation**

Organisationen spelar en stor roll för sjuksköterskans upplevelse av omvårdnadsdokumentation. Detta genom ledningens och andra professioner och yrkesgruppers inställning och stöd/icke-stöd till dokumentationen. Tidsaspekten är central i många sjuksköterskors tankar kring dokumentation. Förändrat sätt att dokumentera kan även leda till förändrat arbetssätt.

### ***Ledning***

För att få tid och utrymme att genomföra en god dokumentation är vårdavdelningens organisation och struktur av betydelse. På en vårdavdelning beskrevs hur ineffektiva rutiner för arbetet i stort ledde till icke-effektivt tidsutnyttjande och därmed minskad tid till dokumentation (Cheevakasemsook et al., 2006). Ledningens stöd och uppmuntran var av stor betydelse för sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation (Rosendal Darmer et al., 2004; Cheevakasemsook et al., 2006; Axelsson et al., 2006). Flera sjuksköterskor i Darmer Rosendals et al. (2004) studie betonade hur viktigt ledningens uttalade stöd var vid en stor förändring av dokumentationssystem. Sjuksköterskor på en vårdavdelning som infört omvårdnadsdokumentation med omvårdnadsdiagnoser

upplevde att förväntningar från såväl ledning som kollegor att skriva omvårdnadsdiagnoser var en viktig motiverande faktor (Axelsson et al., 2006). Stöd kunde mer konkret ta sig uttryck i form av att chefen prioriterade och värderade dokumentationen genom att faktiskt läsa omvårdnadsdiagnoserna, ställa krav och ta upp dokumentationen till diskussion på arbetsplatsträffar (Axelsson et al., 2006). Att ledningen inte enbart ställde krav utan även gav resurser och förutsättningar i form av utbildning, handledning och tid till sjuksköterskorna upplevdes betydelsefullt (Cheevakasemsook et al., 2006; Axelsson et al., 2006).

### ***Tvårprofessionellt samarbete***

Hur andra yrkesgrupper och professioner inom vården, främst undersköterskor och läkare, använder, uppfattar och uttrycker sig om sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation spelar stor roll för sjuksköterskans upplevelse (Björvell et al., 2003a; Björvell et al., 2003b; Axelsson et al., 2006). Sjuksköterskor i en studie av Björvell et al. (2003a) betonade att läkarna fann dokumentationen användbar och att de använde sig av omvårdnadsdokumentationen regelbundet. Kombinationen av användbarhet och ett uttalat stöd för omvårdnadsdokumentation från den medicinska chefen var en viktig motivationsfaktor för sjuksköterskorna (Axelsson et al., 2006). Negativa uttalanden från läkare gällande omvårdnadsdokumentation kunde enligt sjuksköterskor handla om att läkarna tyckte att det var svårt att hitta den information de behövde och att de ansåg att dokumentationen var på en låg nivå och förlöjligade den (Björvell et al., 2003a; Björvell et al., 2003b). Dessa uttalanden påverkade sjuksköterskornas motivation negativt då de upplevde att det försämrade samarbetet med läkarna (Björvell et al., 2003a). Sjuksköterskorna upplevde ofta att undersköterskorna var negativt inställda till omvårdnadsdokumentationen och att de ej hade deras fulla stöd. Detta kunde enligt sjuksköterskorna bero på att undersköterskorna saknade kunskap. Det kunde också bero på att omvårdnadsdokumentationen gjorde att sjuksköterskorna inte kunde bidra i det patientnära arbetet i samma utsträckning vilket sjuksköterskorna själva var medvetna om och kände skuld kring (Björvell et al., 2003a).

### ***Omvårdnadsdokumentationens påverkan på arbetssätt***

Vilket system för omvårdnadsdokumentation som används kan påverka sjuksköterskans syn på dokumentationen. Det kan också påverka hur sjuksköterskan strukturerar sitt dagliga arbete och påverka hur rapportering mellan sjuksköterskor går till.

I en studie av Björvell et al. (2003a) fick sjuksköterskor som gått från löpande, kronologisk dokumentation till dokumentation enligt VIPS-modellen en mer positiv syn på dokumentation. Dokumentationen kunde också påverka hur sjuksköterskan planerade och genomförde sitt arbete. Sjuksköterskor beskrev hur användande av omvårdnadsdiagnoser stimulerade till ökad interaktion och avstämning med patienten (Axelsson et al., 2006). En liknande förändring upplevde sjuksköterskor som dokumenterade med hjälp av VIPS-modellen, de beskrev hur de började arbeta mer patientfokuserat istället för som tidigare uppgiftsfokuserat. Olika sysslor som läkemedelsadministration, kontroller etcetera kunde samordnas och detta gav längre sammanhängande tid med patienten för samtal och informationsinhämtande (Björvell et al., 2003a). I samband med införandet av VIPS och elektronisk dokumentation upplevde sjuksköterskor även en negativ förändring, nämligen att fokus flyttades från patient mot administration (Björvell et al., 2003a; Stevansson et al., 2010).

I flera studier framkom att sjuksköterskor ansåg att muntlig rapportering sjuksköterskor emellan vid passbyte kan bytas ut mot läsrapport (Björvell et al., 2003a; Björvell et al., 2003b; Rosendal Darmer et al., 2004). Denna form av överrapportering ansågs vara mer objektiv och inte lika färgad av sjuksköterskans värderingar (Björvell et al., 2003a). En viktig förutsättning för läsrapport ansågs vara att dokumentationen är av tillräckligt hög kvalitet, flera sjuksköterskor menade dock att läsrapport kan stimulera bättre kvalitet (Björvell et al., 2003a). Att byta till läsrapport upplevdes främja flexibilitet då sjuksköterskorna lättare kunde byta patientgrupp och ha flexibla arbetstider (Björvell et al., 2003a; Björvell et al., 2003b). Användande av omvårdningsdiagnoser ansågs leda till att det var lättare att sätta sig in i patientens omvårdningsbehov och ökade motivationen att följa omvårdningsplanen vilket främjade kontinuitet i omvårdningsarbetet (Axelsson et al., 2006).

### ***Tidsaspekten***

Tidsaspekten är central och vanligt återkommande i de granskade studierna kring upplevelsen av att dokumentera omvårdnad. Sjuksköterskor vittnade om att bli avbrutna i sitt dokumentationsarbete. Det kunde vara såväl anhöriga, läkare, undersköterskor, patienter, telefonsamtal som vissa brådskande arbetsuppgifter som påkallade deras uppmärksamhet. Detta ledde till ökad tidsåtgång då sjuksköterskan gång på gång behövde samla sina tankar (Björvell et al., 2003a). Andra aspekter av praktisk karaktär som påverkade tidsåtgången vid dokumentation beskrevs vara datorer. Sjuksköterskor upplevde att elektronisk dokumentation tog längre tid då de tvingades vänta på en ledig dator, sedan logga in och när problem uppstod kontakta teknisk support (Stevensson et al., 2010).

Sjuksköterskor i de granskade studierna relaterade arbetsbörda, tidsåtgång och dokumentationssystem till varandra och beskrev hur ett visst sätt att dokumentera kunde upplevas tidskrävande eller tidsbesparande (Björvell et al., 2003a; Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008; Stevensson et al., 2010; Axelsson et al., 2006). Vissa sjuksköterskor menade att ökad tidsåtgång i samband med införandet av nya dokumentationssystem inte var att skylla på ökad arbetsbörda med just dokumentationen utan istället på den samtidiga utvecklingen mot allt sjukare patienter (Björvell et al., 2003a).

Vid övergången från att dokumentera kronologiskt till att skriva omvårdningsplaner enligt VIPS, omvårdningsdiagnoser eller använda standardvårdplaner upplevde många sjuksköterskor en ökad tidsåtgång (Björvell et al., 2003a; Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008; Stevensson et al., 2010; Axelsson et al., 2006). Att dokumentera enligt VIPS och skriva omvårdningsdiagnoser ansågs som nämnt kräva mer tankearbete och reflektion vilket var tidskrävande (Björvell et al., 2003a). En sjuksköterska beskrev hur omvårdningsdokumentation med standardvårdplaner tog längre tid då alla omvårdningsdiagnoser ej fanns med bland de fördefinierade och viss dubbeldokumentation därmed fick ske (Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008). Den motsatta åsikten, att omvårdningsplaner och omvårdningsdiagnoser bidrog till minskad tidsåtgång, fanns också (Björvell et al., 2003a; Axelsson et al., 2006). En sjuksköterska beskrev att många i början av användande av omvårdningsdiagnoser upplevde en ökad tidsåtgång. Med tiden och ökad erfarenhet förändrades denna upplevelse och omvårdningsdiagnoser betraktades som en naturlig del av arbetsdagen (Axelsson et al., 2006). Efter ett tag upplevdes användande av omvårdningsdiagnoser som en tidsbesparing då sjuksköterskan lättare kunde få överblick över patientens situation och planerade

omvårdnad, sjuksköterskor beskrev att de snabbare kunde komma igång med den patientnära omvårdnaden (Axelsson et al., 2006). Tidsbrist gjorde att sjuksköterskor ibland lät bli att uppdatera vårdplaner eller att skriva omvårdnadsdiagnoser (Stevensson et al., 2010; Axelsson et al., 2006). En sjuksköterska beskrev att när hon vid ett senare tillfälle tog sig tid och formulerade en omvårdnadsdiagnos brukade interventionerna i omvårdnadsplanen nästan alltid behöva ändras. Sjuksköterskan upplevde det inte som en tidsvinst utan tvärtom, som en tidsförlust, att låta bli att skriva omvårdnadsdiagnoser (Axelsson et al., 2006).

### **Professionell utveckling**

Omvårdnadsdokumentation kan påverka sjuksköterskans syn på sin profession och sitt kompetensområde (Björvell et al., 2003a; Axelsson et al., 2006). En övergång till omvårdnadsdokumentation enligt omvårdnadsprocessen kunde leda till att sjuksköterskan, från att ha betraktat sig som medicinteknisk expert, började betrakta sig som omvårdnadsexpert (Björvell et al., 2003a). En liknande förändring kunde även ske när sjuksköterskan började använda sig av omvårdnadsdiagnoser, det tydliggjorde omvårdnad i relation till medicin (Axelsson et al., 2006).

Genom dokumentation förtydligades omvårdnad, det kunde också leda till att sjuksköterskans stora ansvar och befogenhet att självständigt fatta beslut synliggjordes. Detta gjorde att sjuksköterskan stärktes i sin professionella identitet och bidrog till en känsla av yrkesstolthet (Axelsson et al., 2006). Sjuksköterskor med mycket utbildning i dokumentation upplevde också i högre grad att de hade auktoritet och möjlighet att ändra rutiner kring dokumentation på sin arbetsplats (Björvell et al., 2003b).

### **Omvårdnadens kvalitet**

Många sjuksköterskor i de granskade studierna upplevde en koppling mellan omvårdnadsdokumentationens och omvårdnadens kvalitet (Björvell et al., 2003a; Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008; Rosendal Darmer et al., 2004; Stevensson et al., 2010; Axelsson et al., 2006). De resonerade kring hur dokumentationssystem påverkar möjligheten till patientsäkerhet, individuell omvårdnad och patientens delaktighet. Sjuksköterskor upplevde att en välfungerande omvårdnadsdokumentation var nödvändig för och bidrog till patientsäkerhet (Björvell et al., 2003a; Björvell et al., 2003b; Rosendal Darmer et al., 2004; Axelsson et al., 2006). En viktig aspekt av patientsäkerhet ansågs vara kontinuerlig utvärdering av omvårdanden, något som främjades av att använda omvårdnadsdiagnoser (Axelsson et al., 2006).

För att kunna ge individuellt anpassad omvårdnad krävdes att sjuksköterskorna genom dokumentation kunde få en god överblick över patientens omvårdnadsbehov (Lee, 2006; Stevensson et al., 2010; Axelsson et al., 2006). Vissa sjuksköterskor upplevde att de begränsades i att uttrycka patientens individuella behov i standardvårdplaner och elektronisk dokumentation (Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008; Stevensson et al., 2010). Att dokumentera med omvårdnadsdiagnoser och VIPS upplevdes av sjuksköterskorna däremot ge möjlighet till individuellt anpassade vårdplaner (Björvell et al., 2003a; Axelsson et al., 2006). Detta upplevdes bidra till att upprätthålla kontinuitet och att tillgodose individuella behov hos patienterna även när sjuksköterskorna var stressade och annars lätt gled in i rutinartad omvårdnad (Axelsson et al., 2006).

Ytterligare en aspekt av omvårdnads kvalitet är patientens delaktighet. Sjuksköterskor upplevde det lättare att involvera patienterna i planeringen av sin omvårdnad om dokumentation kunde ske hos patienten. Detta kunde försvåras av det fysiska avståndet mellan sjuksköterska och patient vid elektronisk dokumentation (Stevensson et al., 2010).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Flera artiklar fokuserade på olika aspekter eller förändringar i omvårdnadsdokumentation såsom övergången till datoriserad journalföring eller införandet av en ny modell för dokumentation som VIPS eller standardvårdplaner. Att artiklarna hade sådan spridning kan ses som en styrka då upplevelsen i en mängd olika kontexter belyses. Studierna är genomförda i flera olika länder vilket dels kan ses som en fördel då många olika kulturer speglas men också som en nackdel då bakgrunden till stor del skildrar svenska förhållanden och förutsättningar för dokumentation som till exempel lagstiftning och Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor. En av de inkluderade artiklarna är en systematisk litteraturoversikt av fem andra artiklar. Detta kan ifrågasättas men då det enbart rörde sig om en artikel och den givetvis ej innefattade någon av de andra artiklarna i min litteraturoversikt inkluderades den. Vad gäller inklusions- och exklusionskriterier kunde en ännu snävare avgränsning till mer aktuell litteratur, exempelvis maximalt tio år tillbaka i tiden, ha gjorts då väldigt stora förändringar med till exempel införandet av VIPS-modell och datoriserad journal infördes i slutet av nittioalet. Samtliga av de artiklar som inkluderades var dock maximalt tio år gamla. Likaså hade en mindre snäv avgränsning än sjuksköterskor inom somatisk slutenvård kunnat leda till att fler användbara kvalitativa artiklar kunnat påträffas och på så vis skulle en djupare och bredare bild av upplevelsen av att dokumentera omvårdnad kanske kunnat nås.

Litteraturen analyserades med Fribergs modell (2006) genom jämförelse mellan resultaten i artiklarna med fokus på att finna likheter och skillnader. Utifrån jämförandet av resultaten påbörjades arbetet med att finna relevanta tema. Detta arbete var komplext och tidskrävande då olika upplevelser givetvis inte är avskilda ifrån varandra utan integrerade. De olika tema som växte fram upplevdes dock ej som för smala och de ansågs relevanta mot syftet.

Med tanke på att omvårdnadsdokumentation kan innebära så mycket för sjuksköterskan i form av lärandetillfälle, möjlighet att finna professionell identitet och dessutom utgör en stor del av sjuksköterskans kompetensområde väckte det förvåning att så lite forskning har gjorts på sjuksköterskans upplevelse av omvårdnadsdokumentation.

### **Resultatdiskussion**

I resultatet framkommer att omvårdnadsdokumentation kan fungera som ett lärandeverktyg för sjuksköterskan (Björvell et al., 2003a; Lee, 2006; Axelsson et al., 2006). Lärande kunde ske på flera olika vis till exempel genom att sjuksköterskan själv formulerade omvårdnadsdiagnoser och på så vis stimulerades att inhämta kunskap hos patienten, från kollegor och kunskap i omvårdnadslitteratur. För att sätta samman denna



information och kunskap krävdes att sjuksköterskan reflekterade (Axelsson et al., 2006). Lärande beskrevs även kunna ske vid användande av dokumentationssystem som var mer standardiserade genom att sjuksköterskan efter att ha bedömt patientens omvårdnadsstatus väljer en omvårdnadsdiagnos i patientjournalssystemet och då får förslag på omvårdnadsåtgärder, mål och resultat. Lärandeaspekten i dokumentationsarbetet var något som framkom först i resultatet. I bakgrundslitteraturen fanns inga antydningar till denna funktion utan där betonades istället aspekter såsom att dokumentationen bidrar till patientsäkerhet, kvalitetsutvärdering och är ett arbetsredskap för vårdpersonalen (Ehnfors et al., 2000; SFS 2008:355). Under sjuksköterskeutbildningen har inte omvårdnadsdokumentation framkommit som en möjlighet till lärande samtidigt som det nu, med resultatet färdigt, upplevs ganska självklart. Att sätta ord på och formulera yrkesutövandet, det man som sjuksköterska gjort och tänkt kring patienten och dessutom läsa vad ens kollegor skrivit bör kunna bidra till reflektion och lärande. Både sjuksköterskor som själva formulerar omvårdnadsdiagnoser och sjuksköterskor som använder standardiserad dokumentation upplever ett lärande. Skillnaden är dock stor i tidsåtgång för dokumentationen vilket är värt att väga in.

Omvårdnadsdokumentation kunde även leda till att sjuksköterskor upplevde ett förtydligande av sin profession och av omvårdnadsämnet (Björvell et al., 2003a; Axelsson et al., 2006). Den bidrog även till att synliggöra det stora ansvar och de befogenheter som åligger sjuksköterskan. Detta kan vara en väldigt viktig aspekt av dokumentationen. Som beskrivs i bakgrunden så sträcker sig traditionen med skriftlig omvårdnadsdokumentation inte långt tillbaka i tiden. Tidigare har sjuksköterskan mest dokumenterat medicinska anteckningar medan omvårdnadsinformation har hållits i huvudet (Björvell, 2001). Att välfungerande, skriftlig omvårdnadsdokumentation kan bidra till stärkt professionell identitet kan ses som ett tecken på att utvecklingen av omvårdnadsdokumentationen är på rätt väg. Stärkt professionell identitet kan kanske även bidra till att sjuksköterskor känner att de har den auktoritet som krävs för att våga ändra dokumentationen på arbetsplatsen.

Att en förutsättning för sjuksköterskans upplevelse av god omvårdnadsdokumentation är kunskap och erfarenhet stöddes av en rad författare (Björvell et al., 2003a; Björvell et al., 2003b; Rosendal Darmer et al., 2004; Cheevakasemsook et al., 2006; Fogelberg Dahm & Wadensten, 2008). I studier beskrevs hur kunskap kunde bidra till både en bättre dokumentation och ett förbättrat självförtroende. Kunskap var viktig för att sjuksköterskor dels skulle förstå syftet med dokumentation enligt omvårdnadsplaner och dels följa dessa planer (Axelsson et al., 2006). Då det enligt lag (SFS 2008:355) och kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) åligger sjuksköterskor att göra omvårdnadsplaner, och ej enbart dokumentera retrospektivt, är en slutsats alltså att kunskap är av stor vikt för en lagenlig och korrekt dokumentation. Sjuksköterskor beskrev att de hade tillräcklig kunskap i omvårdnadsprocessen men att de upplevde svårigheter att omsätta den i praktik. Detta är något som lyfts redan i bakgrunden (Ehnfors et al., 2000). Organisationen och ledningens roll är då viktig då sjuksköterskor upplevt att klinisk handledning kan underlätta att omsätta de teoretiska kunskaperna i praktik (Björvell et al., 2003a).

Sjuksköterskor upplevde en stark koppling mellan dokumentationens kvalitet och kvaliteten på omvårdnaden (Björvell et al., 2003a; Björvell et al., 2003b; Rosendal Darmer et al., 2004; Axelsson et al., 2006). Detta samband styrks även i författningar och lagtext (SFS 2008:355) och därför kan en god dokumentation betraktas, inte enbart som en viktig sak i sig, utan som ett medel till god kvalitet på själva omvårdnaden.

Det är intressant att tidsaspekten kunde uppfattas så olika beroende på erfarenhet och kunskap – att omvårdnadsplaner initialt kunde upplevas som ett väldigt tidskrävande sätt att dokumentera men senare som en tidsbesparing då planerna ansågs bidra till en väldigt god överblick över patients omvårdnadsbehov (Axelsson et al., 2006). I resultatet framkom som nämnt att dokumentationen är ett tillfälle till reflektion och lärande. Samtidigt beskriver sjuksköterskor hur de ständigt blir avbrutna i sin reflektion vilket leder till att de gång på gång behöver samla tankarna för att kunna formulera sig. Om det går att skapa tillfälle för dokumentation utan att sjuksköterskan ständigt blir avbruten skulle det kunna främja det lärande som sker vid dokumentationen och samtidigt kunna minska den tid dokumentationen tar.

Sjuksköterskor kunde koppla samman ökad arbetsbörda med införandet av ett nytt dokumentationssystem (Björvell et al., 2003a). Sjuksköterskor beskriver att reflektionen och tankeprocessen som krävs då man gör omvårdnadsplaner tar tid. Den ökade tidsåtgången skulle alltså kunna förklaras av ökad reflektion vilket i sig vore något som skulle kunna gynna sjuksköterskornas lärande och bidra till högre kvalitet på vården. Det fanns dock sjuksköterskor som hävdade att den ökade dokumentationen istället var en följd av allt sjukare patienter med större omvårdnadsbehov (Björvell et al., 2003a). Detta får stöd i Socialstyrelsens rapport om administration och tidsåtgång i vården (2000) där Socialstyrelsen beskriver att allt färre vårdplatser gör att patienter med allt större omvårdnadsbehov läggs in. Detta skulle givetvis kunna medföra att det behövs fler omvårdnadsplaner till varje patient och att dokumentationen på så vis ökar. Att i sjuksköterskegruppen diskutera och reflektera kring samband mellan dokumentationstygnd, antalet vårdplatser och omvårdnadsbehov kan vara av betydelse då tankarna och känslorna kring dokumentationen annars riskerar att bli oreflekterat negativa.

Det framkom att sjuksköterskor lägger stor vikt vid hur andra yrkeskategorier inom vården uttrycker sig om omvårdnadsdokumentationen (Björvell et al., 2003a; Björvell et al., 2003b; Axelsson et al., 2006). Negativa uttalanden tycktes sänka sjuksköterskornas motivation och positiva uttalanden, uttryckt stöd och respekt för omvårdnadsdokumentationen väckte positiva känslor. Sjuksköterskor samarbetar tätt med läkare och undersköterskor och deras syn på sjuksköterskornas dokumentation är viktig, samtidigt väckte det förvåning att sjuksköterskorna i så hög grad påverkades av de andra yrkeskategoriernas uttalanden.

Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) reglerar att svenska sjuksköterskor ska arbeta och dokumentera enligt omvårdnadsprocessen. Detta kan dock ske genom flera olika dokumentationssystem som till exempel VIPS, NANDA eller standardvårdplaner. Sjuksköterskor upplever att de ofta följer omvårdnadsprocessens steg men många vittnar om att de ej formulerar omvårdnads mål eller utvärderar omvårdnaden. Här lyfts återigen behovet av kunskap då brist på detta angavs vara det avgörande skälet till att man lät bli att utvärdera. Om sjuksköterskan ej förstod varför utvärdering skulle

ske och inte såg dess koppling till kvalitetsarbete sjönk givetvis motivationen att prioritera utvärdering. Om sjuksköterskan har kunskap i dokumentation enligt omvårdnadsprocessen och kan se koppling till exempelvis förbättrad kontinuitet i omvårdnaden kan kanske även detta bidra till förbättrat självförtroende och stärkt professionell identitet. Dessutom skulle ökad utvärdering av omvårdnads mål kunna leda till att omvårdnadsdokumentation i ännu högre grad fungerar som ett lärandeverktyg för sjuksköterskor.

### ***Konklusion***

Sjuksköterskans upplevelse av omvårdnadsdokumentation är mångfacetterad. Dokumentationen kan upplevas som ett sätt att lära mer omvårdnad, det kan också leda till en förtydligad profession och bidra till ökad yrkes stolthet. Det finns även negativa upplevelser kopplade till omvårdnadsdokumentationen till exempel tidsaspekten, att dokumentationen leder till mindre tid med patienten och dessutom kan leda till oenighet med andra yrkesgrupper inom sjukvården. I studien framkommer vikten av en fungerande organisation för sjuksköterskors upplevelse av omvårdnadsdokumentation som något positivt. Detta kan konkret innebära att få utbildning, stöd från ledning, resurser och handledning. Dessa förutsättningar är viktiga för att kunna dokumentera, inte bara på ett för sjuksköterskan positivt sätt, utan även för att kunna dokumentera i enlighet med gällande lagstiftning och kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.

### ***Förslag till fortsatt forskning***

I arbetet med uppsatsen har tankar och förslag kring fortsatt forskning väckts. Det verkar saknas studier med kvalitativ ansats. Ett par fenomen/aspekter som framträtt vore intressanta för fördjupning. Ett förslag är forskning kring hur omvårdnadsdokumentation är relaterat till sjuksköterskans lärande. Hur sjuksköterskor upplever att de omsätter den teoretiska omvårdnadsprocessen i praktik är ett annat intressant ämne. Avslutningsvis betonade sjuksköterskor hur dokumentation enligt omvårdnadsprocessen bidrog till ett helhetsperspektiv av patienten och fick sjuksköterskorna att delaktiggöra patienten i högre utsträckning. Det vore därför intressant att undersöka om patienter upplever skillnad i delaktighet och kontinuitet på avdelningar där sjuksköterskor dokumenterar med löpande daganteckningar respektive följer omvårdnadsprocessen genom omvårdnadsdiagnostisering och omvårdnadsplaner.

## REFERENSER

Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A-C. & Randers, I. (2006). Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 15, 936-945.

Björvell, C. (2001). Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok. Lund: Studentlitteratur.

Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003a). Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*. 43, 402-410.

Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003b). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 12, 206-214.

Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K. & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice* 12, 366 – 374.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). VIPS-boken: om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Stockholm: Vårdförbundet.

Ehrenberg, A. & Wallin, L. (2009). Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2000). Vårdprocessen. Stockholm: Liber.

Fogelberg Dahm, M. & Wadensten, B. (2008) Nurses' experience of and opinion about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study *Journal of Clinical Nursing* 17, 2137 – 2145.

Forsberg, A., Edlund, K. (2003). Standardvårdplaner. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.

Idvall, E. (2009). Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Johnson, M., Bulechek, G M., McCloskey Dochterman, J., Maas, M L., Moorhead, S., Swanson, E. & Butcher, H K. (2005). NANDA, NOC, and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions . St Louis: Mosby

Lee, T-T. (2006). Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *Journal of Clinical Nursing*. 15, 1376-1382.

Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar: med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.

Polit, F D., Beck, C. (2006). *Essentials of Nursing Research – Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Rosendal Darmer, M., Ankensen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E. & Egerod, I. (2004). The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 18, 325-332.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad 2010-09-26 [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen (2000) Omfattningen av administration i vården. Stockholm. Endast webbpublicerat dokument, artikelnummer 2000-77-1.

SFS 2008:355. Patientdatalagen. Stockholm: Riksdagen.

SOSFS 2008:14 Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2006). Standardvårdplaner (SVP) - En kartläggning av förekomsten av SVP i akutsjukvården. Hämtad 2010-10-03 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-124-4>

Stevensson, E J., Nilsson, C G., Petersson, I G., Johansson, E P. (2010). Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review *Health Informatics Journal* 16 (1) 63 – 72.

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Wiklund, L. (2005). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Falun: Natur och kultur.

## BILAGOR

### Bilaga 1 - Artikelsökning

Artiklar söktes mellan 2010-09-06 och 2010-11-14

Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Artikels namn
Cinahl	Nursing documentation AND experience	Utgiven efter 1995, peer review	30	<p>Fogelberg Dahm M, Wadensten B (2008). Nurses´experience of and opinion about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 17, 2137 – 2145.</p> <p>Stevensson E J, Nilsson C G, Petersson I G, Johansson E P (2010). Nurses´ experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review <i>Health Informatics Journal</i> 16 (1) 63 – 72.</p>
Cinahl	Nursing documentation AND VIPS	Utgiven efter 1995, peer review	19	<p>Rosendal Darmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E. &amp; Egerod, I. (2004). The effect of a VIPS implementation programme on nurses´ knowledge and attitudes towards documentation. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>. 18, 325-332.</p> <p>Björvell, C., Wredling, R. &amp; Thorell-Ekstrand, I. (2003b). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses.</p>

				<i>Journal of Clinical Nursing</i> . 12, 206-214.
Cinahl	Nursing documentation AND qualitative	Utgiven efter 1995, peer review	40	Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C (2006) The study of nursing documentation complexities. <i>International Journal of Nursing Practice</i> 12, 366 – 374.  Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003a). Improving documentation using a nursing model. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 43, 402-410.
Cinahl	Nursing records AND qualitative AND experience	Utgiven efter 1995, peer review	19	Lee, T-T. (2006). Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . 15, 1376-1382.
	<b>Manuell sökning</b>			<b>Artikels namn</b>
	Från referenslista: Jansson, I. (2010). Planerad processororienterad omvårdnad – nytta och implementering. Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa			Axelsson L, Björvell C, Mattiasson A, Randers I. (2006). Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 15, 936-945.

## Bilaga 2 - Artikelgranskning

Titel	Syfte	Metod	Resultat
Axelsson L, Björvell C, Mattiasson A, Randers I. (2006). Swedish Registered Nurses' incentives to use nursing diagnoses in clinical practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 15, 936-945.	Studiens syfte var att undersöka sjuksköterskors incitament och motiv att använda omvårdnadsdiagnoser i klinisk praxis.	Datainsamling skedde genom intervjuer där tolv sjuksköterskor intervjuades individuellt. För analys av data användes sedan innehållsanalys.	I studien framkom tema såsom synen på patienten, ökad medvetenhet om omvårdnad, omvårdnadsdiagnoser som arbetsredskap. Sjuksköterskorna upplevde att användande av omvårdnadsdiagnoser bidrog till att synliggöra patientens behov.
Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003a). Improving documentation using a nursing model. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 43, 402-410.	Studiens syfte var att beskriva sjuksköterskors upplevelse av effekterna av en tvåårig utbildningsintervention i omvårdnadsdokumentation.	Data insamlades genom fokusgruppdiskussioner med 20 deltagande sjuksköterskor som alla arbetade i Stockholmsområdet. För dataanalys användes kvalitativ innehållsanalys.	Det nya strukturerade sättet att dokumentera fick sjuksköterskorna att tänka till mer och tänka på ett nytt sätt. Fokus ändrades från medicin mot omvårdnad men även från att vara nära patienterna till att mer ägna sig åt administration.
Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003b). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered	Syftet var att belysa vilka faktorer sjuksköterskor inom akutsjukvård upplevde som förutsättningar för och konsekvenser av att dokumentera omvårdnad enligt VIPS-modellen.	377 sjuksköterskor på sjukhus i södra Sverige och Stockholmsområdet deltog i en enkätundersökning gällande deras åsikter om omvårdnadsdokumentation. Studien är jämförande och beskrivande.	Sjuksköterskorna upplevde att omvårdnadsdokumentationen bidrog till förbättrad patientsäkerhet och var till nytta i deras dagliga arbete. De upplevde att användande av VIPS-modellen främjade omvårdnadsdokumentation.



<p>Nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. 12, 206-214.</p>			
<p>Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C (2006). The study of nursing documentation complexities. <i>International Journal of Nursing Practice</i> 12, 366 – 374.</p>	<p>Studien syftade till att undersöka komplexiteten i omvårdnadsdokumentation och faktorer som påverkar komplexiteten.</p>	<p>Studien är en blandstudie och består av fem delstudier. De tre kvalitativa delarna inkluderade intervju, deltagande observation och fokusgruppintervju. Kvantitativt mättes dels tiden sjuksköterskor ägnade åt dokumentation och dels granskades patientjournaler.</p>	<p>I studien framkom sex tema: att bli avbruten, ofullständig dokumentation, icke relevant dokumentation, begränsningar i sjuksköterskans kompetens motivation och självförtroende, ineffektiva rutiner och otillräcklig omvårdnadsutvärdering, handledning och utbildning.</p>
<p>Fogelberg Dahm M, Wadensten B (2008). Nurses' experience of and opinion about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 17, 2137 – 2145.</p>	<p>Studien syftade till att undersöka sjuksköterskors åsikter om användandet av standardvårdplaner i elektronisk journal och kvalitetsstandard för klinisk praxis.</p>	<p>Studien är kvantitativ, deskriptiv och baseras på en webbenkätundersökning. Femton sjuksköterskor per vårdavdelning på sammanlagt sju olika vårdavdelningar valdes ut. Enkäten hade fasta svarsalternativ med möjlighet att i anslutning skriva egna kommentarer.</p>	<p>Sjuksköterskorna var i stort positivt inställda till standardvårdplaner i elektronisk journal och till kvalitetsstandarder för klinisk praxis. De ansåg att standardvårdplanerna underlättade deras arbete och förbättrade omvårdnads kvaliteten.</p>
<p>Rosendal Darmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E. &amp; Egerod, I.</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors inställning till och kunskap om omvårdnadsdokumentation i samband med</p>	<p>Studien är kvantitativ och genomfördes på Köpenhamns universitetssjukhus. Den är prospektiv, komparativ och kvasiexperimentell. En studiegrupp och en</p>	<p>Studiegruppen som fått särskild utbildning upplevde att de hade bättre kunskap om omvårdnadsdokumentation och hade bättre självförtroende vad gäller att upprätta vårdplaner.</p>

<p>(2004). The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>. 18, 325-332.</p>	<p>införandet av VIPS-modellen som grund för omvårdnadsdokumentation.</p>	<p>kontrollgrupp jämfördes för att se eventuella skillnader i kunskap och inställning till omvårdnadsdokumentation efter att studiegruppen deltagit i ett särskilt implementeringsprogram i samband med införandet av VIPS-modellen.</p>	<p>Dessa sjuksköterskor hade dessutom en större kunskap om omvårdnadsprocessen.</p>
<p>Lee, T-T. (2006). Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. 15, 1376-1382.</p>	<p>Syftet var att undersöka hur användande av datoriserad vårdplan kan påverka sjuksköterskors upplevelse av dokumentation.</p>	<p>Studien är kvalitativ och bygger på intervjuer med 20 sjuksköterskor i Taiwan. Dataanalys har skett genom att använda Miles och Huberman's analysmodell.</p>	<p>Att använda ett datoriserat dokumentationssystem för omvårdnad ökade sjuksköterskornas omvårdnads kunskap och upplevdes förbättra möjligheten att beskriva patientens problem och planera omvårdnaden.</p>
<p>Stevensson E J, Nilsson C G, Petersson I G, Johansson E P (2010). Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review <i>Health Informatics Journal</i> 16 (1) 63 – 72.</p>	<p>Syftet var att granska aktuell litteratur om hur sjuksköterskor upplever elektronisk omvårdnadsdokumentation.</p>	<p>Studien är en litteraturöversikt med fem granskade artiklar från USA, Australien och Storbritannien.</p>	<p>Två tema med respektive subtema framkom. Tema "Användarvänlighet" behandlade ämnen relaterade till datoranvändandet. Tema "Stöd för sjuksköterskor i deras dagliga arbete" behandlade upplevelsen av hur elektronisk omvårdnadsdokumentation påverka själva dokumentationen.</p>