

Som en röd tråd

Sjuksköterskans perspektiv på dokumentation av omvårdnad inom psykiatrisk heldygnsvård

FÖRFATTARE	Gustaf Ahlqvist Christina Vesik
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård/ OM5380, 15 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot psykiatrisk vård VT 2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Nils Sjöström
EXAMINATOR	Lilas Ali

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Sahlgrenska akademien



Tack till alla som varit med och på olika vis bidragit till denna uppsats. Vi vill tacka vår handledare Nisse Sjöström för uppmuntran och stöd under arbetets gång. Ett stort tack till de sjuksköterskor som ställt upp och berättat för oss om sina tankar om och erfarenheter av dokumentation.

Titel (svensk):	Som en röd tråd Sjuksköterskans perspektiv på dokumentation av omvårdnad inom psykiatrisk heldygnsvård
Titel (engelsk):	Like a common thread The registered nurses perspective on documentation of nursing care in psychiatric inpatient care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot psykiatrisk vård OM5380
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	34 sidor
Författare:	Gustaf Ahlqvist Christina Vesik
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Lilas Ali

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Omvårdnadsdokumentationen ligger till grund för många beslut som fattas inom hälso- och sjukvården gällande patientens vård och behandling. Kvalitén på sjuksköterskors dokumentation är ett uppmärksammat problem. För att höja kvalitén behöver sjuksköterskors syn på dokumentation och dess innehåll kartläggas. **Syfte:** Målet med studien är att skapa en bild över sjuksköterskors perspektiv på dokumentation av psykiatrisk omvårdnad vid sluten psykiatrisk heldygnsvård. **Metod:** Studien baseras på data från intervjuer med totalt 10 sjuksköterskor från två olika kliniker vilka bedriver sluten psykiatrisk heldygnsvård. De transkriberade intervjuerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. **Resultat:** Huvudfynden i studien pekar på att det successivt i dokumentationen skapas en bild av patienten genom dokumentation av observationer av patienten och patientens subjektiva bild av sin situation. Initialt finns en tydlighet vad gäller syftet med vården, men vid längre vårdtider blir processen ofta mer diffus. Detta speglas i dokumentationen genom att den minskar i omfattning. Sjuksköterskorna identifierade omvårdnadsproblem, men dessa skrevs ner som rapportanteckningar och utan systematik vilket medför en risk att viktig omvårdnadsinformation försvinner i löpande text. Dokumentationen har en bekräftande dimension och synliggör vårdrelationen liksom omvårdnaden. Dokumentationen styrs av en

etisk medvetenhet när det kommer till formulering och innehåll och det finns en rad yttre faktorer som påverkar kvalitén som journalsystemet, liksom betydelsen av kollegor och arbetsledning. **Slutsats:** Sjuksköterskans självständiga omvårdnadsbedömningar dokumenteras inte i tillräcklig utsträckning och ofta utan systematik. För att förbättra kvalitén och leva upp till de krav som finns på dokumentationens innehåll kan det vara värdefullt att utveckla ett nationellt fackspråk som belyser omvårdnadsperspektivet i vården. Journalsystemet bör också underlätta för sjuksköterskor att dokumentera omvårdnad enligt vårdprocessens steg och ha en struktur som främjar personcentrerad vård.

Nyckelord: sjuksköterska, dokumentation, omvårdnadsdokumentation, psykiatri, psykiatrisk omvårdnad, sluten psykiatrisk heldygnsvård, vårdprocess

ABSTRACT

Background: Nursing documentation is the basis for many decisions taken within the health care system regarding the treatment and care that the patient receives. The quality of nurses' documentation is a recognized problem. There is a need to investigate registered nurses' views on documentation and its content in order to improve the quality. **Aim:** This study aimed to gain insight in registered nurses approach to documentation of psychiatric nursing at inpatient psychiatric care. **Method:** The study is based on data from interviews with a total of 10 nurses from two different clinics who provide inpatient care. The transcribed interviews were processed using qualitative content analysis with an inductive approach. **Findings:** The main findings of the study indicate that the documentation gradually creates an image of the patient through the documentation of observations of the patient and the patient's subjective view of their situation. Initially there is a clarity regarding the purpose of care, but at the longer lengths of stay, the nursing process is often more diffuse. This is reflected in the documentation by the decrease in extent. The registered nurses identified nursing problems, but these were written down as report notes, and without structure creating a risk that important information disappears in great volumes of text. The documentation has an affirmative dimension and visibility of the nursing relationship as well as nursing care. The documentation is governed by an ethical awareness when it comes to the formulation and content and there are a number of external factors affecting the quality, such as the electronic medical record system, as well as the importance of colleagues and supervisors. **Conclusion:** The independent assessments of registered nurses are not sufficiently documented. To improve the quality and meeting the requirements of the contents, it may be useful to develop a national technical language that highlights nursing perspective in health care. The electronic medical record system should also make it easier for registered nurses to document nursing care in accordance with the nursing care process steps and have a structure that promote person-centered care.

Keywords: registered nurse, documentation, nursing documentation, psychiatry, psychiatric nursing, psychiatric inpatient care, nursing process

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Psykiatrisk omvårdnad	1
Dokumentation som begrepp i vårdvetenskaplig mening	2
Dokumentationens yttre ramar	3
Vårdprocessen som struktur för dokumentation	3
Tidigare forskning	4
SYFTE	6
METOD	6
Design	6
Urval	6
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Forskningsetiska överväganden	8
RESULTAT	9
I dokumentationen speglas vårdens process	10
Bekräftelse genom dokumentation	16
Etiska aspekter i dokumentationen	17
Yttre faktorer som påverkar dokumentationen	19
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	23
SLUTSATS	29
REFERENSER	31
Bilagor	
Bilaga 1 Intervjufrågor	
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation	

INLEDNING

Sjuksköterskan skall enligt lag dokumentera den omvårdnad som ges. Åtgärder och interventioner skall föregås av en bedömning och gemensam probleminventering tillsammans med patienten (SFS 2008:355; SOSF 2008:14). Författarna till denna studie arbetar som sjuksköterskor inom psykosvård, en av oss inom akut heldygnsvård och den andra i öppenvård med viss tjänstgöring inom heldygnsvård på en mindre avdelning. I vår yrkesutövning har vi båda observerat att dokumentation av patienters status och planerade omvårdnadsåtgärder ofta lyst med sin frånvaro. Vi har ofta saknat en helhetsbild av patientens problem och hur sjuksköterskan har planerat sin omvårdnad för att hjälpa patienten att bemästra sina svårigheter i den dokumentation som skrivs på den klinik vi är verksamma. Utifrån våra observationer har det väckts en nyfikenhet på att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar inom en vårdintensiv del av vårdkedjan ser på att dokumentera och beskriva den psykiatriska omvårdnadsprocessen i vården av patienter som är i behov av heldygnsvård. Vi ser det som viktigt då vi tror att sjuksköterskans dokumentation också ligger till grund för sammanlagd bedömning och planering av vården, inklusive diagnos, läkemedelsbehandling och vårdtider.

I sjuksköterskans yrkesroll ligger även att bevaka patientens perspektiv och säkerställa att den vård som ges är personcentrerad, det vill säga att patienten skall bjudas in att bli delaktig och aktiv i sin egen vård i den utsträckning som är möjlig.

För att få ökad förståelse av sjuksköterskors erfarenheter av och tankar om att beskriva psykiatrisk omvårdnad i journal har vi genomfört semistrukturerade kvalitativa intervjuer med sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk heldygnsvård.

BAKGRUND

Psykiatrisk omvårdnad

I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom psykiatrisk vård (2014) beskrivs att psykiatrisk omvårdnad har som utgångspunkt att alla människor har möjlighet att växa och utvecklas. Personer som har drabbats av psykisk ohälsa eller psykiatriska funktionsnedsättningar har rätt till kvalitativt god och säker personcentrerad vård som stödjer personens oberoende och självständighet. Sjuksköterskan skall verka för att tillvarata patientens och närståendes erfarenheter, behov, mål och preferenser i planering och genomförande av omvårdnad. Psykiatrisk omvårdnad innebär åtgärder som syftar till att stärka personens känsla av att ha kontroll över sitt liv, förmåga att hantera känslor, utveckla strategier, lära sig att hantera sin sjukdom och dess konsekvenser samt att formulera rimliga livsmål och nå personlig utveckling. Hälsoprocesser skall ses i ett helhetsperspektiv och innefattar även livsförhållanden och levnadsvillkor som bidrar till hälsa. Omvårdnaden skall sträva mot att vården som ges skall ha sin utgångspunkt i patientens upplevelser. Sjuksköterskans vårdaktiviteter skall ha som intention att understödja patientens hälsoprocesser (Wiklund-Gustin, 2012).

Att utifrån symtom och den aktuella situationen identifiera och bemöta patientens omvårdnadsbehov och vilka konsekvenser det skapar för patientens dagliga liv är sjuksköterskans huvudsakliga ansvar inom den psykiatriska vården (Skärsäter & Wiklund Gustin, 2010). Eftersom sjuksköterskan arbetar i och är en del av team bestående av olika

professioner där varje profession utgår från sitt perspektiv är det viktigt att hon eller han intar ett omvårdnadsperspektiv i arbetet med patienten (Jansson, 2010). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) står det att sjuksköterskan skall kunna observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd samt dokumentera enligt gällande författningar. Sjuksköterskan skall också självständigt kunna tillämpa omvårdningsprocessen genom observation, bedömning (omvårdnadsanamnes, status, mål), omvårdningsdiagnostik, omvårdnadsordination, planering, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad.

Dokumentation som begrepp i vårdvetenskaplig mening

Svenska Akademiens definition av ordet dokumentera är styrka, (be)visa. Ordet dokument betyder skriftlig handling, urkund. Ordet urkund i sin tur betyder skriftlig handling som utgör källa eller bevis (Svenska Akademien, 2015).

Katie Eriksson (1996) gör skillnad på att dokumentera och att rapportera, även om dessa i praktiken överlappar varandra. Rapporten innebär att man skriver ner observationer, exempelvis medicinska iakttagelser, med syfte att informera läkaren eller övrig vårdpersonal. Dokumentation menar Eriksson är det man skriver ner gällande det som man bär ansvar för, det som ingår i det egna kompetensområdet. Att rapportera innebär att relatera, redogöra för någonting medan att dokumentera står för någonting djupare; att försäkra något med anspråk på trovärdighet (Eriksson, 1996). Att dokumentera innebär mer än att anteckna enskilda iakttagelser, den beskriver även konsekvenserna av dem och dess betydelse för omvårdnaden. Dokumentation fokuserar på planering av vården, vad som ska göras, hur och varför. Rapportanteckningen är till sin natur retrospektiv medan omvårdningsdokumentationen med sin utgångspunkt i vårdprocessen är mer framåtblickande (Wiklund, 2003).

Dokumentationen har som främsta syfte att säkerställa en god vård. God omvårdningsdokumentation visar sjuksköterskans självständiga och vetenskapliga tänkande där iakttagelser av patienten kopplas samman med teorin. De empiriska iakttagelser som sjuksköterskan gör skall bli föremål för reflektion vilket resulterar i hypoteser om vad iakttagelsen kan innebära. Dessa hypoteser prövas mot teoretisk kunskap och de slutsatser som dras prövas i empirin. Koppling mellan empiri och teori är en förutsättning för att vårdandet ska kunna evidensbaseras (Wiklund, 2003).

Patientens upplevelser och erfarenheter skall tas tillvara, så att inte sjuksköterskans uppfattning om vad som är bästa åtgärd dominerar och patienten reduceras till ett objekt för sjuksköterskans åtgärder. Patienten skall alltså vara delaktig och involverad i sin egen vård, men samtidigt tillåtas vara patient och skall inte tvingas ta ett större ansvar än vad han eller hon är beredd att göra (Wiklund, 2003).

Lindström (1994) beskriver att dokumentationen skall bygga på objektivitetsprincipen i den mening att den skall vara saklig, sannolik och relevant. Den skall också vara nyanserad och neutralt presenterad i sin beskrivning. Det ställer alltså krav på sjuksköterskan att kunna gestalta verkligheten sådan den är utan att låta sig styras av förhandsuppfattningar, normer eller

subjektiva tolkningar. Om tolkning görs skall det framgå att det är en tolkning och att vad som ligger till grund för dessa tolkningar.

En viktig funktion med dokumentationen är att det även ger vårdaren möjlighet till reflektion. I arbetet med att strukturera och verbalisera information om patienten kan vårdaren distansera sig och relatera sina observationer till ett teoretiskt perspektiv (Wiklund, 2003).

Eriksson (1996) lyfter fram vikten av ett etiskt förhållningssätt då sjuksköterskan dokumenterar, nämligen att dokumentationen inte på något vis får kränka patientens värdighet. Enligt Kärkkäinen, Bondas och Eriksson (2005) uppnås värdighet om en relation baseras på jämlikhet och okränkbarhet. Dokumentationen skall ur ett etiskt perspektiv därmed inte enbart baseras på en formell beskrivning av problem utan den individuella bedömningen i en situation ska framgå. Även det som inte dokumenteras kan bli en kränkning om det utesluter eller förringar något som ur patientens perspektiv är viktigt. Samtidigt ställs krav på sjuksköterskan att kunna bedöma vad som är relevant att dokumentera och att med sitt etiska omdöme även kunna skydda patientens integritet genom att inte dokumentera fakta som man känner till, men som inte har relevans för vården och behandlingen. Dokumentationen ska vara fri från värderande omdömen. God dokumentation skall enligt Eriksson (1996) avspegla patientens väsen och önskan om hur han eller hon vill bli vårdad.

Dokumentationens yttre ramar

Patientdatalagen (SFS 2008:355) fastslår att vid vård av patienter ska det föras en individuell patientjournal. Patientjournalen skall främst säkerställa att patienten får en god och säker vård och det finns en lagstadgad skyldighet att föra patientjournal över bedömningar och beslut som görs beträffande patientens vård och behandling. Sjuksköterskan förväntas ta del av relevanta journalhandlingar, kritiskt granska egen dokumentation vad gäller innehåll, kvalitet, saklighet, struktur och språkbruk. En journal ska också fungera som en informationskälla för patienten, vårdare av olika yrkeskategorier, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag och forskning (SFS 2008:355, 3 kap §2). Sjuksköterskan har en skyldighet enligt lag att föra journal, men lagtexten förtydligar inte hur (Björvell, 2001). Med avsaknad av klassifikationer för att enhetligt beskriva vård och omsorg finns en risk att beskrivningar av hälsotillstånd och aktiviteter/åtgärder inte dokumenteras och kommuniceras i tillräcklig utsträckning. Omvårdnaden som utgör en väsentlig del av den samlade vården blir osynliggjord. Sjuksköterskor har ett ansvar att verka för att termer som beskriver omvårdnad blir tillgängligt i ett nationellt fackspråk, för att tydliggöra vad omvårdnadsperspektivet innebär och vad det innebär i vården av patienten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2014).

Vårdprocessen som struktur för dokumentation

Vårdprocessen är ett sätt att strukturera verkligheten utifrån vårdandets kärna. Med vårdandets kärna avses här syftet med vården och dess innehåll. Genom vårdprocessen systematiseras den vårdvetenskapliga kunskapen i relation till den enskilda patientens vård. Den ger även en

struktur till omvårdnadsdokumentationen. Vårdprocessen formas utifrån patientens aktuella situation, med riktning mot önskvärda mål (Wiklund, 2003).

Innehållet i vårdprocessen kan sägas vara indelat i fem faser: bedömning, omvårdnadsdiagnos, planering av åtgärd, genomförande av åtgärd, och utvärdering (Björvell, 2001). Patientjournalen ska innehålla en första bedömning och därefter återkommande bedömningar baserat på intervjuer med patient och/eller närstående, observationer, skattningar och undersökningar. Bedömningen bör innehålla information om tiden före vårdtillfället (anamnes) och den aktuella situationen (status). Utifrån anamnes och status formuleras en omvårdnadsdiagnos så att fokus för vården kan preciseras och man kan formulera planerade åtgärder som sedan kan utvärderas i resultatdelen (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000; Björkdahl 1999). Under vårdtidens förlopp skall resultat av åtgärder identifieras och dokumenteras som förändrad status hos patienten och skall jämföras med de avsedda målen. Vårdtiden skall av sjuksköterskan sammanfattas i en omvårdnadsepikris (Björvell, 2014).

Denna metod bör ses som cirkulär utan några skarpa gränser mellan de olika faserna. Om problemet kvarstår vid utvärderingen eller nya problem uppstått fortsätter processen (Skaug & Dahl Andersen, 2005). Fortlöpande utvärdering leder till prioritering av nya omvårdnadsåtgärder (Wiklund, 2003).

Tidigare forskning

En väl utförd omvårdnadsdokumentation möjliggör för sjuksköterskor att systematiskt initiera, följa och utvärdera omvårdnadsprocessen (Paans, Sermemus, Nieweg & Van der Schans , 2010). Väl utförd dokumentation underlättar strukturerad och fokuserad information mellan vårdgivare och skall fungera som ett instrument för att stödja och säkra kontinuitet i omvårdnaden (Saranto & Kinnunen, 2009). Trots detta brister dokumentationen vad gäller tydlighet, syftet med åtgärder och relevans för vården (Paans et al., 2010; Törnvall & Wilhelmsson, 2008; Wang, Haily & Yu, 2011).

Dokumentationen är ett grundläggande kommunikationsverktyg mellan sjuksköterskor både internt och med andra vårdaktörer via patientjournalen (Saranto & Kinnunen, 2009; Urquhart, Currell, Grant & Hardiker, 2009).

Paans, et al. (2010) gjorde en omfattande granskning av omvårdnadsdokumentation i patientjournaler. Granskningen visade att mindre än 50% av de dokumenterade omvårdnadsåtgärderna kunde relateras till diagnos och att i mer än 50% av de dokumenterade åtgärderna var syftet med åtgärden otydlig. Över 50 % av åtgärdsdokumentationen innehöll antingen onödiga formuleringar eller saknade relevant information. Man fann dock att flertalet journaler hade väl utförda inskrivningsanteckningar. Även Wang, Haily och Yu (2011) upptäckte brister i dokumentation gjord av sjuksköterskor. En av de genomgående bristerna var avsaknad av dokumenterade omvårdnadsåtgärder. Den största delen av dokumentationen var av biomedicinsk natur. Det saknades nästan helt dokumentation om psykologiska, sociala, kulturella och spirituella aspekter av vård. Jansson (2010) fann i sin forskning att sjuksköterskor som skrev ner omvårdnadsdiagnoser och omvårdnadsplaner hade ett tydligare omvårdnadsperspektiv i sin bedömning och sitt beslutsfattande jämfört med dem som inte arbetade så, vilka antog ett mer medicinskt perspektiv. Hon fann även att patienterna upplevde

sig mer delaktiga i sin vård och att vården uppfattades mer individanpassad när en omvårdnadsplan fanns upprättad.

Omvårdnadsdokumentation användes många gånger som underlag för planerad uppföljning. Den viktiga informationen är dock väldigt svåråtkomlig bland all rutindokumentation (Törnvall & Wilhelmsson, 2008).

Hamilton och Manias (2006) har gjort en sammanställning av forskning som rör språkets betydelse i sjuksköterskans arbete och menar då såväl det talade som det skriftliga. De har hittat belägg som talar för att man ska utveckla ett standardiserat språk inom omvårdnad för att tydliggöra det omvårdnadsspecifika, men också för att det medför att dokumentation av en viss omvårdnadsaktivitet faktiskt skrivs ner och att det möjliggör att koda och hämta ut data vid uppföljning av en organisation eller på nationell nivå. Kritik mot detta har främst handlat om att det skulle inte ligga i linje med en humanistisk värdegrund och trivialiserar komplexiteten i den interpersonella processen. Det finns också kritik som belyser att system med mallar och sökord i den elektroniska journalen inte underlättar för sjuksköterskor att dokumentera faktorer som är av betydelse för psykiatrisk vård som patientens förväntningar, utlösande faktorer för ohälsa och hur ohälsan påverkar patientens närmaste omgivning (Fraudenfelder, Müller-Staub, Needham & Van Achterberg, 2011).

Martin och Street (2003) gjorde en studie om betydelsen av den terapeutiska relationen inom rättspsykiatrisk vård dels genom att intervjua sjuksköterskor men också genom att granska journalanteckningar. De kom fram till att sjuksköterskor ansåg att den terapeutiska relationen var betydelsefull och en viktig del i patientens återhämtning. Dock kunde de inte vid journalgranskning följa omvårdnadsåtgärder som syftade till detta. Språket höll en formell ton och beskrev kortfattat sjuksköterskans observation av patientens beteende under arbetspasset. Man fann också att det saknades en helhetsbild av hur patientens tillstånd förändrades över tid och det framgick inte vad som låg bakom beslut om t ex förändrad observationsgrad. Läsaren får bilda sig en egen uppfattning baserat på ögonblicksbilder. Sjuksköterskorna skrev inte heller ner tecken på symtom och hade inte nedtecknat att de haft samtal med patienten om detta utan det framkom endast om de deltagit vid läkarsamtal. Vidare fanns ett par anteckningar som beskrev hur patienten anpassade sig till avdelningen vilket författarna tolkade som att vårdmiljön framstod mer som övervakande än terapeutisk (Martin & Street, 2003).

En liknande bild träder fram i en studie gjord av Buus (2009). Han undersökte sjuksköterskors dokumentationskultur på två psykiatriska vårdavdelningar i Danmark avseende hur man arbetar med dokumentation i praktiken samt gjorde en analys av språkbruket via granskning av journaltext. Han fann att språket i journalen ofta var vardagligt och inte sällan innehöll förkortningar. Innehållet bestod av beskrivningar av patientens interaktion och beteende på avdelningen liksom antydningar på skiftning i mående. Journaltexten kunde vara svår att förstå och värdera av personer som inte arbetade på avdelningen. Eftersom sjuksköterskornas arbete sällan innebar tekniska moment eller var specialiserad antog författaren att den beskrivande vardagliga tonen var mest lämpad. Han fann dock att beskrivningen av patienterna ofta var stereotyp med påföljd av att den kliniska kunskapen om patienten blev lidande.

Hur sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk vård ser på dokumentation av psykiatrisk omvårdnad tycks vara mindre beforskat, vilket Hamilton och Manias (2006) pekar ut. De

efterlyser mer forskning om hur sjuksköterskors syn på dokumentation i relation till sitt arbete och för vem dokumenterar man?

Kvalitén på sjuksköterskors dokumentation är ett både nationellt och internationellt uppmärksammat problem. Övervägande har den forskning som gjorts inom området har fokuserat på det skrivna ordet i journal. Forskningen fokuseras även främst på somatisk vård och få studier belyser dokumentation av psykiatrisk omvårdnad. Det saknas information om hur sjuksköterskor i psykiatrisk vård ser på sin förmåga att definiera och beskriva omvårdnadsinsatser.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors perspektiv på dokumentation av omvårdnad i psykiatrisk heldygnsvård.

METOD

Design

För genomförandet av studien valdes en kvalitativ forskningsdesign vilken enligt Polit och Beck (2012) används för att undersöka upplevelser av ett fenomen. Vid kvalitativ forskning använder forskaren sig själv som ett forskningsredskap genom att interagera med informanten, till exempel genom kvalitativ intervju. Detta medför att resultat från kvalitativa studier inte kan anses vara oberoende av forskaren (Henricsson & Billhult, 2012; Polit & Beck, 2012).

Höga krav på flexibilitet och följsamhet gentemot förändringar i deltagandet, planering, utförande och analys ställs på forskaren då de fenomen som undersöks vid kvalitativ forskning sällan är statiska (Polit & Beck, 2012).

Urval

Vid studiens start skickades en förfrågan efter deltagare och möjlighet till genomförande av studiens datainsamling ut till verksamhetssamordnare samt enhetschefer inom Sahlgrenska kliniker för Psykosvård samt Rättspsykiatrisk vård. Författarnas kontakt med deltagarna förmedlades sedan via sektionsledare vid Psykosklinikens avdelningar och avdelningssamordnare vid den Rättspsykiatriska kliniken. Författarna var inte direkt involverade i rekryteringen av deltagare utan detta genomfördes av sektionsledare och avdelningssamordnare. Inför datainsamlingen rekryterades tio sjuksköterskor verksamma i psykiatrisk heldygnsvård fördelat på fyra intervjuer inom Psykos och sex intervjuer inom Rättspsykiatrin. Studiedeltagare rekryterades utan särskilda krav på ålder, kön, erfarenhet eller utbildningsnivå. Det enda kravet för deltagande var erfarenhet av dokumentation och utförande av psykiatrisk omvårdnad samt att deltagarna arbetade inom psykiatrisk heldygnsvård (Polit & Beck, 2012).

I samband med intervjuerna samlades även demografisk data in genom att deltagarna fick fylla i ett kort formulär rörande data som: kön, ålder, utbildningsnivå och antal år i yrket. En sammanställning av denna data finns i tabell 1 och 2. Vid tillfället för intervjun fick deltagarna

skriva under ett informerat samtycke till deltagandet i studien (Polit & Beck, 2012). Av de tio deltagarna var två specialistutbildade med inriktning psykiatri, övriga var grundutbildade.

Tabell 1. Köns- och åldersfördelning i undersökningsgruppen, n = 10

Ålder	Kvinnor		Män		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
20 - 29	2	20	1	10	3	30
30 – 39	2	20	1	10	3	30
40 – 49	1	10	0	0	1	10
50 - 59	3	30	0	0	3	30

Tabell 2. Undersökningsgruppens yrkeserfarenhet som sjuksköterska, n=10

	Antal år i sjukvården		Antal år i psykiatrin	
	n	%	n	%
< 1	2	20	2	20
1-6	4	40	7	70
7-15	2	20	0	0
16-25	2	20	1	10

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade kvalitativa intervjuer. Semistrukturen bestod i att ett antal frågor utvecklades utifrån studiens syfte, vilka presenteras i bilaga 1. Inledande frågor ställdes med syfte att stimulera deltagarna att reflektera kring sin yrkesspecifika roll och psykiatrisk omvårdnad i linje med studiens huvudsyfte.

Innan intervjuerna för datainsamling bokades genomförde båda författarna provintervjuer. Detta med syfte att bli bekväm med intervjuer som metod för datainsamling men även för att pröva att de frågor som förberetts genererade svar inom ramen för studiens syfte. Efter de första provintervjuerna reviderades frågorna och testades i ytterligare provintervjuer.

Datainsamlingsintervjuerna ägde rum i anslutning till sjuksköterskornas arbetsplats och genomfördes under deras arbetstid. Varje intervju genomfördes av en av författarna tillsammans med en sjuksköterska. Då en av författarna själv arbetar på en av klinikerna genomfördes de intervjuer som var aktuella där av den av oss som inte har personlig kännedom om kliniken och dess medarbetare för att minska bias (Polit & Beck 2012). Det innebär att en av författarna genomförde fyra intervjuer och den andre sex intervjuer. Intervjuerna tog mellan 30 till 40 minuter i anspråk. Varje intervju spelades in och transkriberades i efterhand ordagrant.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys är en analysmetod vilken möjliggör för forskaren att koncentrera det skrivna ordet i innehållsrelaterade kategorier (Elo & Kyngäs, 2007). Dataanalysen gjordes i enlighet med den beskrivning av kvalitativ innehållsanalys som återfinns i Graneheim och Lundman (2004). Vid analys av transkriberade intervjuer lyfts meningsbärande enheter ut ur textmassan. De meningsbärande enheterna består av ord eller meningar vilka utifrån studiens syfte är av intresse. Innehållet i dessa enheter kondenseras sedan för att kunna kodas och samlas i subkategorier och kategorier.

Analysen kan göras genom två olika inriktningar; deduktivt där man utgår ifrån en redan förutbestämd modell eller teori, eller induktivt där man utgår ifrån den analyserade textens innehåll (Elo & Kyngäs, 2007). Denna studie utgår inte från någon på förväg bestämd teori eller hypotes och genomfördes därför med en induktiv ansats.

Analysen bygger på textens manifesta budskap, det vill säga ingen djupare tolkning för att söka underliggande betydelse av citaten har gjorts (Graneheim och Lundman, 2004). De transkriberade intervjuerna lästes igenom flera gånger av båda författarna. Texterna analyserades enskilt av båda författarna och meningsbärande enheter vilka motsvarade syftet identifierades samt kondenserades. Genom diskussion och reflektion sammanställdes sedan de meningsbärande enheter vilka författarna gemensamt kom överens om överensstämde med syftet. Den utvalda datan sorterades in i tabeller för att sedan kodas med en kod per meningsbärande enhet. Koderna sorterades sedan in i grupper utifrån likhet i innebörd. Efter gemensam granskning av dessa grupper identifierades sedan subkategorier och kategorier. I Tabell 3 visas exempel från analysprocessen.

Tabell 3.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
...alltså vi som personal i alla sammanhang använder det som är dokumenterat väldigt mycket. Många gånger så bedöms patienterna efter det här. Så jag tycker det är jätteviktigt vilken bild vi ger av patienten.	Den bild av patienten som ges i journal används mycket av personal och patienten bedöms utifrån det som står skrivet.	Dokumentation är ett bedömningsunderlag.	Dokumentationens makt över patientens liv	Etiska aspekter i dokumentationen

Forskningsetiska överväganden

De forskningsetiska överväganden som gjorts i denna studie är i enlighet med Helsingforsdeklarationen (Svenska läkarförbundet, 2013) och Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden (Sjuksköterskornas samarbete i Norden, 2005).

Deltagare i denna studie har blivit informerade om studien innan de bestämt sig genom en forskningspersonsinformation. Informationen beskriver kort bakgrund och syfte med studien, hur studien går till samt hur material och personuppgifter hanteras. För att säkerställa att deltagarna förstått och godkänt informationen samt sitt eget deltagande har de därefter fått skriva under ett samtyckesformulär. Detta utifrån det forskningsetiska informationskravet samt samtyckeskravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Konfidentialitetskravet uppfylls genom att deltagarnas personuppgifter hanterats konfidentiellt och ingen enskild person skall kunna härledas i den färdiga rapporten. Allt material har förvarats så att ingen obehörig har kunnat få tillgång till det och har vid studiens slut förstörts (Vetenskapsrådet, 2002).

Deltagarna i denna studie har haft möjlighet att när som helst avbryta sin medverkan utan att ange orsak.

Uppgifter och information som inhämtas under studiens gång kommer enbart att användas i forskningsändamål för studiens syfte, detta i enlighet med nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Denna studie genomförs som ett examensarbete för magister i omvårdnad med inriktning mot psykiatrisk vård. Då studien utförs inom ramen för en högskoleutbildning på avancerad nivå omfattas den inte av lagen om etikprövning (SFS 2003:460). Därför kommer studien inte att granskas av en etikprövningsnämnd.

Risk för obehag orsakat av deltagande i denna studie har bedömts vara låg men om någon deltagare har upplevt något negativt har de uppmuntrats ta kontakt med ansvariga för studien. Inga direkta fördelar med att delta har kunnat identifieras men en förhoppning har varit att deltagarna har uppfattat det positivt att få ett tillfälle att reflektera över sitt yrke och yrkesutövande. I ett större perspektiv kan studien bidra till ökad förståelse för hur sjuksköterskor tänker kring att dokumentera psykiatrisk omvårdnad vilket kan vara användbart vid kvalitetsarbete. Kunskapen kan bidra till att stärka Psykiatrisjuksköterskans yrkesidentitet och förbättra vårdens kvalitet.

RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån identifierade kategorier och subkategorier. Totalt sett identifierades fyra stycken kategorier som i sin tur byggs upp av subkategorier. Gemensamt för samtliga kategorier är att de belyser sjuksköterskors perspektiv på dokumentation av psykiatrisk omvårdnad. Dessa kategorier och subkategorier visas sammanställda i Tabell 4. I resultatet presenteras även direkta citat från de transkriberade intervjuerna. Varje citat är markerat med ett D och en siffra till exempel D1 vilket står för Deltagare 1.

Tabell 4.

I dokumentationen speglas vårdens process	Objektiv bedömning Patientens subjektiva upplevelse Att söka efter samband Betydelsen av att nyansera bilden Dokumentationens struktur och fokus.
--	---

	Vårdens syfte blir otydligt
Bekräftelse genom dokumentation	Att bekräfta patienten Omvårdnaden synliggörs
Etiska aspekter i dokumentationen	Sjuksköterskans etiska medvetenhet Dokumentationens makt över patientens liv
Yttre faktorer som påverkar dokumentationen	Upplevda brister i journalsystemet Kollegors betydelse Tidsaspekten Arbetsledningens betydelse

I dokumentationen speglas vårdens process

Då en patient blir inlagd inom psykiatrisk heldygnsvård startar en vårdprocess. Initialt i denna process är syftet med vården och åtgärder kopplade till det tydligt. Vid längre vårdtider kan det upplevas svårare att identifiera var i processen patienten befinner sig och vad syftet med olika vårdåtgärder är. Från startpunkten med inskrivningsanteckning följer dokumentation som i rapportanteckningar beskriver observationer av patienten och patientens upplevda besvär i löpande text. Det saknas ofta en systematik vad gäller omvårdnadsrelaterad information och planerade omvårdnadsåtgärder. I de fall där man upprättat omvårdnadsplaner upplevs det tydligt vad syftet med olika åtgärder är vilket underlättar för alla som deltar i vården.

Sjuksköterskorna beskrev hur bilden av patienten växte fram i dokumentationen över tid, dels genom att objektivt observera och bedöma patienten, dels genom att fånga patientens egna ord och egna perspektiv. Det framstår som att dokumentationen och kartläggningen av patienten med hans eller hennes behov är särskilt aktiv i början av vårdtiden då man vill lära känna patienten för att identifiera hur han eller hon brukar fungera i olika avseenden. Man söker ett mönster som man sedan utgår från när man senare identifierar förändring i status. Sjuksköterskorna poängterade att det var viktigt att se positiv förändring och lyfta fram patientens resurser för att kunna nyansera bilden så att den inte blev för präglad av det negativa, med fokus på sjukdom eller problem.

Objektiv bedömning

För att lära känna patienten arbetar sjuksköterskorna med att observera patienten och utifrån det göra en bedömning om patienten har tyckts uppvisa en del symtom. Detta sker genom att samtlig vårdpersonal observerar och försöker tolka patientens mående.

Jag brukar dokumentera om de har haft några symtom, alltså hur symtomen varit. Har de varit påverkade av röster, har de tett sig misstänksamma och...mycket blir det ju mina observationer och mina kollegors observationer som jag som syster får skriva in.
D1

Flera av sjuksköterskorna återkom till hur viktigt det är att konkret beskriva patienten och patientens beteende i vårdmiljön.

Hur han har sovit, hur han varit, hur han har betett sig, varit uppvarvad eller lugnare eller så, så. Ja, helt enkelt om hela patientens...beteende och..ja, sovrutiner.
D3

Att beskriva beteende kan också fungera som ett sätt att förmedla en bild av patienten under sitt arbetspass, även om man inte gör en analys av hur aktiviteten speglar patientens mående.

Då kan man alltid skriva vad de har gjort, alltså har de varit ute och gått eller har de...spelat spel med en personal eller så. Om man tycker det är svårt att skriva hur de mår. D1

Dokumentation kan ge viktig information om funktionsnivå om den även beskriver hur patienten har agerat i olika situationer, vad som har fungerat och om det framkommit begränsningar i patientens funktionsnivå. Det är dock inte alltid sådan information framkommer.

Att det ah, det också, det jag gillar är liksom när det inte står ”patienten har deltagit i matlagning punkt”. Utan man vill ha lite mer, behövde han stöd? D9

Patientens subjektiva upplevelse

Sjuksköterskorna hade en medvetenhet om att de med sin patientnära roll har ett ansvar att förmedla patientens eget perspektiv och göra patientens röst hörd även i journalen. Det finns en medvetenhet om att den subjektiva upplevelsen och patientens ord aldrig helt kan ersättas av objektiv bedömning eftersom det innehåller inslag av tolkning. Dock saknar en del patienter förmåga att sätta ord på sitt mående, eller saknar tillit till personalen vilket gör att de inte vill dela med sig av sin upplevelse.

..man ska försöka att ta med så mycket av patientens eh...beskrivning av alltså sitt mående. Alltså inte bara vi och våra upplevelser eller våra bedömningar.(...)Klockren dokumentation är ju när man faktiskt får patientens egna ord...på det, ja. Det är ju inte alltid det går, men när det går. D1

En del patienter saknar insikt i sin situation och är väldigt ifrågasättande till vården. Att patientens inställning till sjukvård finns dokumenterad är av vikt för att avgöra hur man går vidare i behandling.

Vi är väldigt noggranna med att iallafall dokumentera det som kommer fram som patienten uttrycker att han vill därifrån eller inte är nöjd med sin medicinering och sådär. D1

Sjuksköterskorna värdesatte särskilt patientens egna ord och ville vara lyhörda och lyfta fram patientens perspektiv vilket också jämfört med utifrån kommande bedömningar i högre grad speglar patientens faktiska mående och uttryck för önskemål om vård och behandling. Att patientens egna tankar om sin situation framkom i dokumentationen ansågs av sjuksköterskorna som viktigt.

För vi kan ju aldrig veta vad, hur patienten känner och upplever saker utan vi får ju tro på ordet sen får man ju behandla utifrån det. D7

Att söka efter samband

De flesta sjuksköterskorna berättade under intervjun att man hade som rutin att skriva journalanteckning på varje patient efter varje arbetspass, eller göra en sammanfattande anteckning om man arbetat en hel helg.

Så vi har som rutin som... jag sällan frångår det är att vi skriver nånting efter varje arbetspass.....För att det ska vara som en liten röd tråd. D1

Att skriva något efter varje arbetspass var inte självklart för alla om det inte framkommit något som avvek från det normala och det förekommer diskussioner om dokumentationens innehåll. Man förväntas att skriva dagligen men samtidigt skall det inte dokumenteras för mycket. Flera av sjuksköterskorna beskrev att man ville förmedla en bild av patienten såsom han eller hon hade varit under det arbetspasset man varit ansvarig för. Den förmedlade bilden används sedan av sjuksköterskorna som underlag för utvärdering och för att kunna identifiera om en patient är på väg att förändras i sitt tillstånd. Dokumentationen kan också fungera som underlag för reflektion om orsak vid plötslig försämring hos patienten.

Kanske man är ledig dagen efter om det kommer någon annan sjuksköterska så...eller någon annan som inte har varit på avdelningen så får de en liten bild av hur dagen innan har varit. Om det skulle hända någonting ovanligt, så att man ser att det här är ovanligt om patienten har varit lugn i fem dagar och så plötsligt blir uppvarvad, det måste bero på något. D3

Sjuksköterskorna var vaksamma på förändringar i patientens mående och humör och ansåg att det var viktigt att dokumentera sådana observationer för att identifiera varningstecken och kunna sätta in preventiva åtgärder.

Eh, förändringar tycker jag, i patienternas mående. Jag tycker det är väldigt viktigt att om man till exempel kan fånga upp en eh bipolär patient innan manin blir alltför svårhanterlig och att man kan göra något redan i början. Innan det eskalerar. D9

I arbetet med att leta efter mönster kartlägger sjuksköterskan även basala aktiviteter för att få en bild av hur patienten fungerar vad gäller grundläggande funktioner och följer det över tid i ett sökande efter utveckling hos patienten.

Jag brukar vara ganska noga med i varje fall de här basala grejerna, om de har ätit, hygien...har man duschat och...ser jag någon form av utveckling under dagen? Hur har patienten mått överhuvudtaget? D4

Betydelsen av att nyansera bilden

Att beskriva patienten på ett nyanserat sätt och inte bara se till det negativa var något som sjuksköterskorna lyfte fram som viktigt. Dock nämnde flera att det fanns en tendens att dokumentera just det som inte fungerade bra, att fokus låg på det sjuka eller patientens problem. I kortfattad text kan det upplevas hårt och dömande.

Då har man kortfattat skrivit om...kanske jobbiga grejer som har varit men man har inte skrivit nånting annat så man får en nyans i det hela. D4

Att beskriva det som fungerar och som kan ses som patientens styrka ger en mer rättvis bild av patienten.

Men alla de här bra sakerna också när de går på aktiviteter....när de har alltså en fin kommunikation och ett bra bemötande, eh...jag tycker sånt är viktigt att få med också om man så säger. D8

Det finns också ett värde i att beskriva det stillsamma och subtila tecken på välbefinnande. Att förstå och värdera det som kan ses på ett tecken på förbättring.

..även när det har varit en jättebra dag, alla patienterna verkar ha mått hyfsat, så..är det väl bra om det står också. För det är ett tecken på...att de kanske börjar bli bättre.(..)Men det är bra att det står så att det inte bara står när det är något negativt. D2

Även i vårdmiljön av människor i behov av akut psykiatrisk vård letar man efter det friska och de resurser som patienten har, men det kan vara en utmaning.

Och det är svårt för oss som alltid ser människorna när de är som sjukast; att hitta det friska hos dem och det positiva. D4

Dokumentationens struktur och fokus

När en patient blir inskriven på psykiatrisk avdelning finns en rutin att utgå från sjuksköterskans ankomstsamtal där man skriver ner orsak till inläggning, tidigare vårderfarenhet och annan bakgrundsinformation. Efter det följer omvårdnadsanteckningar i löpande text.

Men det, förut var det omvårdnadsanamnes brukade vi skriva alltid när en patient kom in men nu det kallas ankomstsamtal. Och det, det ligger till grunden när de kommer in. (...) varför anledningen till exempel till inläggning och lite bakgrund och tidigare kontakt med psykiatri och så vidare. Och sen efteråt man skriver det här i omvårdnadsrapport i löpande text utifrån observation och så vidare. D3

Sjuksköterskorna hänvisar ofta till konferensanteckningar med teambeslut för att på ett överskådligt sätt kunna se planering för patienten snarare än omvårdnadsplaner.

Vi har också en ganska bra struktur vad gäller våra team och konferensanteckningar, att det finns någonting att läsa varje dag om patienten, som är ganska lätt att följa alltså de senaste veckornas planering. D1

Man dokumenterar med utgångspunkt i det som initialt varit orsak till inskrivning och har ett medicinskt fokus där man följer och utvärderar insatt behandling.

Så man går...liksom dokumenterar utifrån grundsymtomen. Om en patient kommer in på grund av depression, så...så man dokumenterar utifrån det om, om medicinerna eller ECT-behandlingarna (elektrokonvulsiv terapi, författarnas anmärkning) har gjort nåt. D3

Sjuksköterskorna identifierade omvårdnadsproblem och hade planer för åtgärder men flera svarade att de inte skrev omvårdnadsplaner. Man skrev ner identifierade omvårdnadsproblem i löpande text som rapportanteckning utan egentlig systematik.

Alltså, sådant vi kan åtgärda utan läkarordination egentligen. Så det borde man ju använda oftare, för ibland gör vi ju åtgärder för ett omvårdnadsproblem utan att öppna en omvårdnadsplan, men vi dokumenterar det på...nutrition...ja, vi har en vätske- och matlista till exempel. Istället för att öppna en omvårdnadsplan så skriver vi det och så för vi det vidare muntligt och dokumenterar det under omvårdnadsrapport. D2

Det fanns också en misstro om huruvida omvårdnadsplaner skulle läsas och användas av andra i personalgruppen vilket identifierades som en orsak att planerna inte skrivs i någon större utsträckning.

Jag skulle vilja göra det mer. (...) Det blev väldigt bra när man gjorde det, men man gjorde det väldigt sällan. Jag vet faktiskt inte varför, men...jag vet att jag gjorde det ett par gånger men då var det ingen som läste det. (skrattar till). D1

Att arbeta med kontaktmannaskap och vara PAS (patientansvarig sjuksköterska) för en patient kan medföra att man känner sig ensam ansvarig för den omvårdnad som planeras och man ser inte syftet med att skriva ner det man planerar eftersom man inte förväntar sig att andra kommer att läsa det eller arbeta utifrån det.

..grejen är att jag tror att det är för att man inte känner att någon kommer läsa det. Att man läser journalen och ser att den mår bra och läser vidare. Det görs typ inget med planerna (...) Här är det ju lite mer att du är PAS för någon och det är du hela tiden, så att du fortsätter där du slutade och det kän... då är det lite för min egen skull jag gör det. D9

Vårdens syfte blir otydligt

Flera av sjuksköterskorna återkom till att det kunde vara svårt att följa en process och en tydlig utveckling hos patienten eller var i vårdprocessen patienten befinner sig vid längre vårdtider. Detta försvåras av att information står i löpande text och helhetsbilden riskerar att bli fragmenterad och det är svårt att få en överblick.

Eftersom det blir så mycket dokumentation och det är lång tid så man ser inte, man bläddrar inte i det så mycket. Men... ja det är inte så lätt att se...D10

Då patienten har vårdats en längre tid upplevs det också svårare att veta vad man skall skriva då man inte vill upprepa sig eller dokumentera dubbelt och dokumentationsvolymen tycks avta med tiden.

Sen om vi har långliggare, jag gillar inte det ordet, men...vi har patienter som är inne jätte, jätte, jättelänge. Då, då blir det inte lika mycket naturligtvis. D2

När processen är otydlig och det avspeglas i journalen genom att dokumentation uteblir eller är sparsam kan sjuksköterskorna uppleva en osäkerhet i sitt arbete; det är inte tydligt vad nästa steg är och vården uppfattas inte som terapeutisk utan mer som en förvaring av patienten.

Ja men det är ju bara förvaring. Blir det nästan upplevelsen av. Det står aldrig någonting om att någon socialsekreterare ringt om ett boende, det står ingenting om... om patienten alltså om det är några framsteg patienten gör eller någonting utan det står, ingenting. D9

Blir dokumentationen för generaliserad och övergripande uppfattas även det som försvårande. Det blir då svårt att förstå syfte med åtgärder.

Men ändå lite eh ibland står det liksom bara ja men, mål "psykisk stabilitet" och sen ja men åtgärd "medicinering" och då står det liksom inte varför den här patienten åker på utflykt en gång i veckan med personal. D9

Bekräftelse genom dokumentation

Dokumentationen har ytterligare en dimension utöver att rapportera patientens tillstånd och vara källa till information om given vård. Sjuksköterskorna beskrev att den även fungerar som en bekräftelse av såväl patienten som omvårdnaden. Den är en skriftlig handling som visar att det finns en vårdande relation. Det finns dock patienter som faller bort och blir osynliga i dokumentationen liksom i vårdmiljön, medan andra får mer uppmärksamhet. För god kvalitet på dokumentationen var direktkontakt med patienten betydande.

Att bekräfta patienten

Att dokumentera någonting om patienterna dagligen ansågs av sjuksköterskorna som ett sätt att också synliggöra patienten. Att genom journalföringen bekräfta patienten och att han eller hon hade blivit sedd av personalen.

Förr kanske det kunde gå en hel dag man hade inte skrivit nånting. Det tycker jag är allvarligt, därför att det händer som jag sa: det händer någonting varje dag med en människa. För då kan man också börja tänka: har man nu inte skrivit nånting, har vi inte sett personen? D4

Att ha direkt patientkontakt ger högre kvalitet på dokumentationens innehåll menade sjuksköterskorna. Att skriva ner andras observationer kan upplevas som svårt och sjuksköterskorna önskade att skötarna dokumenterade mer eftersom de ofta har mer direkt patientkontakt.

Jag tycker att inte bara sjuksköterskor ska dokumentera, utan även skötare och behandlingsassistenter...Det är alltid bättre att den som är i situationen är den som för huvudansvaret för just den dokumentationen om det skulle vara nånting. D8

Det fanns en medvetenhet hos sjuksköterskorna att en del patienter var ”osynliga” i såväl vårdmiljön som i dokumentationen. Aktiva, utåtriktade eller utagerande patienter fick mer uppmärksamhet i dokumentationen.

...sen blir det ju tyvärr så att vissa patienter är ju osynliga och faller bort lite i det här, eh som jag vet att ibland står det ingenting på ett par veckor liksom, för att det är en osynlig patient. Så det är man ju inte så bra på utan det är ofta de som märks och hörs som får dokumentation. D9

Omvårdnaden synliggörs

Dokumentationen beskrevs också av sjuksköterskorna som ett sätt att synliggöra det omvårdnadsarbete man gjort. Det visar sjuksköterskans självständiga vårdåtgärder.

Jag dokumenterar för patientens skull och för min skull. För om jag gör nåt, om det finns ingen dokumentation, betyder det att jag har inte gjort någonting. D6

Sjuksköterskorna inom Rättspsykiatri beskrev i större utsträckning att de skrev gemensamma omvårdningsplaner tillsammans med patienterna. De upplevde det som ett sätt att förbättra vårdrelationen och gör också vårdrelationen mer jämlik. Patienten blir mer delaktig och mer aktiv i sin egen behandling.

Det är mitt, mitt jobb att göra en omvårdningsplan, det ingår i mitt jobb och det är ett hjälpmedel för patienten. Så att vi kan bli partners i vården. Så bättre (hostar) får man bättre kontakt med patienten också. D10

En väl formulerad omvårdningsplan upplevdes medföra förståelse för syftet med olika omvårdningsåtgärder.

Ja alltså vi har ju omvårdningsplaner som jag tycker att vissa är väldigt bra och väldigt tydliga. Man förstår exakt varför alla..eh..saker vi gör med patienterna, varför vi gör dem. D5

Etiska aspekter i dokumentationen

Ett etiskt tänkande och etiska ställningstaganden fanns genomgående närvarande vid intervjuerna om dokumentation av psykiatrisk vård. Sjuksköterskorna var väl medvetna om vilken inverkan journalföringen har på patientens vård och behandling och i förlängningen på hans eller hennes liv, även efter vårdtiden. Man var också vaksam på hur man dokumenterar vid etiskt komplexa situationer och hade ständigt patienten i åtanke då man dokumenterade, med en tanke på att patienten skall kunna läsa sin journal utan att bli kränkt av det som står.

Sjuksköterskans etiska medvetenhet

Sjuksköterskorna återkom till patientens rätt att läsa sin journal och dokumenterade med patienten i åtanke, man valde ord för att göra sina anteckningar begripliga och tänkte på hur man skall uttrycka sig för att inte kränka patienten. Att hålla en professionell nivå och ett konkret, icke-värderande språk lyftes fram som viktigt.

Det jag har skrivit och jag ska kunna stå för det jag gjort...så det är viktigt att det är skrivet på ett sådant sätt att patienten ändå förstår att...nej, jag var inte så lätt att ha att göra med kanske den här perioden, eller så. Så att inte, så att det blir en upplysning, men inte en nedvärdering. D4

Ibland upplever sjuksköterskorna en begränsning i vad de kan skriva för att man inte vill kränka patienten.

Så att man ehh...man får ju hela tiden utgå från att patienten själv ska kunna läsa sin journal. (...) Vi har ju väldigt svåra patienter här som man kanske inte kan skriva allting om. Man får uttrycka sig på ett sätt som inte blir kränkande och för att, ja ibland skulle man vilja skriva mycket mer än vad man faktiskt kan göra. D5

En del information väljer sjuksköterskan att inte journalföra utifrån syftet att bevara patientens integritet, att förtroliga samtal kan äga rum utan att hamna i journaltext.

...patienter kan ju ibland ehh kanske öppna sig väldigt mycket och berätta om saker som faktiskt inte ska stå i dokumentationen kanske och då får man ju försöka sammanfatta det på ett sätt så att patienten känner sig nöjd med det också, kanske man...man..nej, man kan inte skriva allt de säger. D5

Att dokumentera vårdhandlingar i samband med tvångsåtgärder är något som av sjuksköterskorna beskrevs som en situation då man skulle dokumentera varsamt och med etisk medvetenhet. Tvångsåtgärden skall inte uppfattas som ett straff för patienten.

Så att det framgår tydligt att det är för att skydda och inte för att straffa. Alltså, så att det blir... för det är ju väldigt känsligt för patienten när man lägger dem i bälte eller tvångsmedicinerar, det kan ju vara..Det är viktigt att få in ordet skydda eller hjälpa. (...) Att man hela tiden försöker få det till att det ändå är för patientens skull, även om det är svårt att tro för stunden. D2

Sjuksköterskorna beskrev en ansvarskänsla för dokumentationen, dels att dokumentationen faktiskt skrevs men också för dess innehåll och kvalitet. Känslor av skam framkom om man kunde se att kvalitén var låg. Det upplevdes som pinsamt.

...det är lite på vilken person som skriver. Det kan vara..alltså pinsamt dålig dokumentation ibland också när man får från andra avdelningar. Eh, alltså stavfel och...alltså patientens namn i journalen och sådär. Saker som...man inte får..ja. D1

För att värna om att dokumentationen skall vara saklig och inte vara påverkad av sjuksköterskans egna känslor valde sjuksköterskorna om möjligt att avvakta med att skriva tills man kände sig mer samlad om man varit med i en känslsam situation.

Har jag haft en dust med en patient precis och går och dokumenterar, då kanske man inte formulerar sig lika bra som om man väntar en timme tills det har lagt sig. Det är ju klart. Ehh för att man är liksom uppe i lite adrenalin å... D9

Dokumentationens makt över patientens liv

Det som står i en journal ligger till grund för bedömningar och beslut som kan ha betydande inverkan på patientens liv. Med detta i åtanke beskrev sjuksköterskorna sin känsla av ansvar att det de skrev ner gav en rättvisande bild av patienten.

...alltså vi som personal i alla sammanhang använder det som är dokumenterat väldigt mycket. Många gånger så bedöms patienterna efter det här. Så jag tycker det är jätteviktigt vilken bild vi ger av patienten. D4

Sjuksköterskorna var medvetna om att journaltext följer patienten över lång tid och felaktiga uppgifter i journal kan påverka patienten och den behandling han eller hon får. Därför beskrev de vikten av att det man skrev skall vara väl underbyggt och inte bygga på antaganden.

Man vill inte skriva sådär chansningar. Ibland så tänker jag att den här patienten måste ha druckit eller tagit nånting, eller... Men man vill ju inte göra det om man inte vet det. Till exempel, för det kan ju hänga med i evighet bara för att jag har skrivit det.
D1

Samtidigt kan en journaltext aldrig tillfullo beskriva en människa och kan aldrig ersätta mötet. Det ansågs av sjuksköterskorna som viktigt att bilda sig en egen uppfattning om patienten och inte bara gå på journaluppgifter.

Om vi har..ibland får man...vissa patienter anses då när de kommer in som kanske vara väldigt farliga. De är bedömda när man läser vad som är skrivet om dem förut och så kan jag märka då att...när jag börjar prata med den här människan så stämmer inte den här bilden riktigt. D4

Dokumentationen och journalens beskrivning av patienten påverkar bemötandet från personal. Är en patient bedömd som farlig eller det står negativa saker om patienten i journalen så drar sig personalen undan och patienten får kanske inte likvärdig vård som övriga patienter.

För har du väldigt mycket negativt så får inte den patienten så mycket resurser och så. Då blir det någon man liksom...försöker skydda sig litegrann ifrån. D4

Yttre faktorer som påverkar dokumentationen

Dokumentationen är i hög grad beroende av det journalsystem som används. Samtliga deltagare i studien arbetar i ett system som heter Melior och som nyligen gjordes om till en gemensam journaldatabas vilken ser likadan ut för alla specialiteter inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Sjuksköterskorna återkom vid flera tillfällen till journalsystemet som en försvårande faktor för dokumentation av omvårdnad, även om man kunde se fördelar också och upplevde det funktionellt. Man saknade sökord som motsvarade den egna specialiteten psykiatri och det egna kompetensområdet och fick anpassa sin dokumentation till systemet snarare än tvärtom. Andra faktorer som påverkar dokumentationen var omgivning i form av kollegor, tidsaspekten liksom ledning och riktlinjer.

Upplevda brister i journalsystemet

Specifika sökord för psykiatrisk vård saknas i det nya journalsystemet. Information som berör olika viktiga områden samlas under ett sökord som inte fullt motsvarar innehållet. Det medför att viktig information ligger i löpande text under samma sökord och försvårar om man vill använda sig av sökfunktion för att söka efter specifik fakta.

Framförallt..jag saknar det gamla sökordet hot och våld. Det finns ju inte kvar. Var skriver jag det? Då blir det ju ofta psykosocialt. Det är ju ändå nåt sånt, men man

hade ju ändå velat ha... det där.. specifika vid vissa tillfällen. Och juridiskt finns ju inte längre, heller. Så det blir ju ofta att man får skriva det på psykosocialt. D2

Att mallarna var dåligt anpassade till psykiatrisk vård upplevdes som tröttsamt och gav en känsla av att vara bortglömd som specialitet.

....det är väldigt mycket sökord för somatiken. Man har helt enkelt glömt psykiatrin. D5

Och så finns ju många andra sökord som, som inte alls rör oss vilket gör det svårare att sälla. Alltså man får gå igenom, se mer saker som man inte någonsin kommer beröra typ cancerrelaterad trötthet och så. D1

Sjuksköterskorna upplevde inte att systemet underlättade för dem att skriva omvårdnadsrelaterad dokumentation; att på ett överskådligt och systematiskt sätt skriva saker som är av betydelse för omvårdnaden. Till exempel hur man bäst bemöter en viss patient.

Men att det kanske är svårt att veta i Melior var det skulle in någonstans. Vart ska det...var ska man skriva det utan att upprepa sig varje dag? Att det skulle finnas någon sådandära...jag vet inte...bemötandemall eller nånting. D1

Kollegors betydelse

Dokumentationen ansågs av sjuksköterskorna som en viktig arbetsuppgift och man ville underlätta för varandra att dokumentera liksom att ge varandra kollegialt stöd i sitt arbete med att förfina dokumentationen.

Tror inte det, det är ingen som brukar sucka och så, man brukar ge varandra tid om man säger att jag måste sitta och dokumentera lite, då får man den tiden att göra det för alla tycker det är viktigt att det finns dokumentation. D8

Alltså, vi pratar ju mycket om det att..hur gör jag i det här fallet? Hur ska man dokumentera det eller vad ska man tänka på..och så. Så det är ju en pågående process hela tiden, kan jag tycka. D2

Tidsaspekten

Dokumentationen är viktig men får inte ta för mycket av sjuksköterskans tid. Vården av patienterna prioriteras alltid först och ibland kunde sjuksköterskorna erfara att dokumentationen blev lidande om det hände något på avdelningen som krävde sjuksköterskans engagemang.

Vissa dagar har man tid och vissa dagar har man absolut ingen tid att sätta sig, för det är för stökigt och det är för...kanske är det flera patienter som kommer in och några som ska skrivas ut och det är svårt att få till det och de här omvårdnadsplanerna är väl de som kanske blir mest drabbade. D5

Sjuksköterskorna var också måna om att få tid till praktiskt patientarbete och vill inte förpassas till att bli vårdadministratörer.

Dokumentation får inte ta hur mycket tid som helst heller, så att man...fastnar inne på expeditionen bara för att man måste skriva. Man måste hinna göra det man skriver.
D4

Arbetsledningens betydelse

Att ledningen visar ett intresse ställer krav och har förväntningar på dokumentationens kvalitet ansågs av sjuksköterskorna som en motiverande faktor.

Vår chef är på oss ganska mycket att dokumentera och sånt och det tycker jag är jättebra. För det är sånt som blir lätt... är man stressad och har mycket att göra så behandlar man ju patienterna i första taget och deras medicinering och har de panikångest och kanske bara behöver prata då är det viktigare att sitta och prata med dem än att dokumentera, så då kanske man skjuter det till dagen efter och då kanske man missar lite i dokumentationen. D7

Med en sjuksköterska som chef bevakas dokumentation av omvårdnad i högre grad än om chefen har en annan grundprofession.

Alltså jag vet, jag har ju en kompis som jobbar på en annan enhet där chefen är sjuksköterska ehh och det har ju inte vi. Och hon säger ju att det är mycket mer tryck på vårdplaner äh på omvårdnadsplaner alltså mycket mer sånt tryck liksom. D9

Det finns riktlinjer för dokumentation som ledningen har sammanställt och det påverkar rutiner på avdelningen gällande dokumentation.

Det här till exempel med att det ska vara en omvårdnadsrapport per dygn, det är inget som vi själva har hittat på. Det är Melioransvarig och det här...enligt dokumentation i Melior som vi följer. Så det finns ett beslut från ledningen, så vi försöker att följa upp det. D3

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarnas mål med studien var att undersöka vad sjuksköterskor inom slutna psykiatrisk heldygnsvård har för perspektiv på dokumentation av omvårdnad. Utifrån detta är valet av en kvalitativ forskningsdesign lämplig för att kunna undersöka nyanserna av sagda fenomen.

Urvalet till studien bestod av sjuksköterskor verksamma i psykiatrisk heldygnsvård inom klinikerna för Psykosvård och Rätt psykiatrisk vård vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Antalet deltagare i studien var tio stycken, fyra sjuksköterskor från Psykosvården och sex från

Rättspsykiatrin. Antalet deltagare anses av författarna vara fullgott för studiens syfte. Rekryteringen av deltagare har skett med hjälp av samordnare alternativt sektionsledare på de båda klinikerna. Ett önskemål om varierande kön, ålder, erfarenhet och utbildningsnivå lämnades till samordnare och sektionsledare. Det var således samordnare och sektionsledare som genomförde rekryteringen och förmedlade kontakten mellan deltagare och författare. Urvalet är därmed inte strategiskt. Genom att låta sektionsledare och samordnare genomföra rekryteringen finns det en risk att deltagarna som ställer upp har ett särskilt intresse för dokumentation vilket kan påverka resultatets tillförlitlighet. Av de tio deltagarna var två män och två var specialistutbildade. Då studien genomfördes utan något särskilt genusperspektiv eller syftade till att belysa skillnader mellan utbildningsnivå bedöms det inte ha någon betydelse. Eftersom det fanns en variation vad gäller deltagarnas bakgrund gavs ökad möjlighet att få svar med bredare perspektiv på ställda frågor vilket enligt Graneheim och Lundman (2004) stärker studiens trovärdighet.

Datansamlingen skedde genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Intervjuerna genomfördes med både öppna och slutna frågor. Det faktum att vi använde en intervjuguide med frågor som var styrda mot olika intresseområden kan ha påverkat resultatet. Vi frångick den ursprungliga tanken med att ställa tre öppna frågor av mer övergripande natur. Anledningen var att de inte vid provintervjuerna gav särskilt fylliga svar och stimulerade inte till reflektion i den utsträckning vi hade hoppats. En svaghet vid användandet av alltför styrande frågor är det medför en risk att olika nyanser av det studerade fenomenet inte träder fram i svaren. Med intervjuguidens frågor fick vi ett omfattande material att analysera. Det antyder att studiens syfte har varit brett och kanske hade det varit bättre att fokusera på sjuksköterskans dokumentation av ett mer specifikt område. Fördelen med att låta syftet vara mer brett till sin natur är att man får ett mer öppet material och man får som författare vara följsam och kreativ i relation till det som framkommer. Intervjuguiden har också varit ett stöd för oss att hålla oss till samma frågor vid samtliga intervjuer oavsett vem av oss som genomförde intervjun. Det har varit ett sätt att uppnå objektivitet och stabilitet, det vill säga att inte förändra frågorna i takt med att man under datansamlingen får nya insikter om det studerade fenomenet vilket Graneheim och Lundman (2004) menar kan vara en risk då datansamlingen sker över en längre tid. Vid ett par av intervjuerna förekom viss språkförbistring vilket krävde att frågorna omformulerades, detta bedöms inte ha påverkat svaren på frågorna. De inledande frågorna syftade till att leda in informanterna i rätt tankebanor. Båda författarna upplevde att informanterna hade svårt att reflektera kring det studerade fenomenet -det vill säga vad psykiatrisk omvårdnad och dess dokumentation innebar för dem. När författarna tillsammans reflekterade över detta efter att intervjuerna var avslutade konstaterades det att fokusgrupper skulle kunna vara en mer lämplig insamlingsmetod. I fokusgrupper skulle man kunna stimulera varandra till reflektion kring begrepp som psykiatrisk omvårdnad och dokumentationen av just det omvårdnadsspecifika vilket skulle kunna ha givit mer rik information om fenomenet än vad som uppnåddes vid enskilda intervjuer. Det väcktes också en nyfikenhet över vad för resultat som skulle ha uppnåtts om man intervjuat sjuksköterskor verksamma inom öppenvård där sjuksköterskorna i hög grad arbetar med omvårdnadsåtgärder som syftar till att hjälpa patienten att hantera sin psykiska hälsa i vardagen och de eventuella svårigheter som är förknippade med att leva med en

psykiatrisk diagnos, snarare än att arbeta med akut omhändertagande som till sin natur är mer medicinskt inriktad.

Genom att kontinuerligt träffas under analysprocessen har bägge författare fått möjlighet att diskutera och reflektera över dels processen och dels sin egen förförståelse av fenomenet. Graneheim och Lundman (2004) menar att det är avgörande för resultatets trovärdighet att författarna väljer ut de mest lämpade meningsbärande enheterna ur analysenheten och att det kommer innefatta viss tolkning och påverkas av den förförståelse som författarna själv bär på. Text kan också alltid innehålla mer än en innebörd. Att båda författare först enskilt läst igenom den transkriberade texten ett antal gånger och sedan valt ut meningsbärande enheter är därför en viktig del i analysprocessen. Först efter det började den gemensamma analysen och genom dialog kunde enighet om vilka meningsbärande enheter som bäst svarade mot syftet uppnås. Därefter kunde subkategorier och kategorier identifieras. För att visa hur analysen har gått till väga och resultatet uppnåtts har exempel på analysprocessen visats i tabellformat (tabell 3). Representativa citat har valts ut vid presentation av subkategorier vilket också underlättar vid bedömning av trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatet från en studie med kvalitativ innehållsanalys kan inte generaliseras men kan vara överförbar till liknande kontext som avser grupper eller situationer (Danielsson, 2012). En yttre faktor som påverkat studiens resultat utifrån dess syfte är rådande journalsystem. I denna studie arbetade samtliga sjuksköterskor i ett journalsystemet Melior vilket gör att studiens resultat inte kan sägas vara överförbart till sammanhang där man arbetar med andra journalsystem. Andra upplevda fenomen som exempelvis hur dokumentationen bekräftar omvårdnad och patienten eller etiska aspekter av dokumentationen skulle möjligen kunna vara överförbara till andra liknande kontexter. Dock är studiens underlag endast tio intervjuer vilket utgör ett för litet underlag för att kunna uttala sig om överförbarhet.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vad sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk heldygnsvård har för perspektiv på dokumentation av psykiatrisk omvårdnad. Fyra huvudkategorier kunde identifieras; i dokumentationen speglas vårdens process, bekräftelse genom dokumentation, etiska aspekter i dokumentationen samt yttre faktorer som påverkar dokumentationen.

Under arbetets gång har det blivit tydligt att frågeställningen om sjuksköterskors uppfattning av dokumentation av psykiatrisk omvårdnad är tudelad. Den belyser dels vad psykiatrisk omvårdnad kan sägas vara för sjuksköterskorna och dels hur man ser på att dokumentera omvårdnaden. För att kunna uttala sig om psykiatrisk omvårdnad krävs att sjuksköterskan har reflekterat över vad det begreppet innebär för honom/henne och för att själv kunna identifiera och formulera omvårdnadshandlingarna i dokumentation krävs också en medvetenhet och skicklighet hos sjuksköterskan. Som nämndes i metoddiskussionen är psykiatrisk omvårdnad inte särskilt enkelt att definiera eller förklara ens för dem som har det som sitt yrkesspecifika kompetensområde. Utifrån den samlade bilden av de intervjuer som gjorts tycks det finnas en viss otydlighet och svårighet att ringa in vad som är den sjuksköterskespecifika rollen inom psykia-

trisk vård, undantaget praktiskt arbete som att dela mediciner, delta i ronder och teamkonferenser samt att observera patienten avseende hans eller hennes mående ofta med syfte att informera läkare eller annan personal. Den självständiga bedömningen av omvårdnadsrelaterade problem och åtgärder hamnar ofta i skymundan av teambaserade beslut och bedömningar.

Utifrån den bild som sjuksköterskorna gav av hur de tänker kring dokumentation i samband med att patienten blir inlagd på psykiatrisk avdelning så ansågs det viktigt att dokumentera orsak till inläggning och försöka beskriva patientens ohälsa dels genom vårdarnas observationer och dels patientens egna subjektiva upplevelse av sin hälsa och situation. Sett utifrån vårdprocessen ingår det i bedömningsfasen att sjuksköterskan fångar upp information om tiden före vårdtillfället, aktuell situation och orsak till att patienten blivit inlagd i en anamnes och därefter beskriver patientens aktuella tillstånd i ett omvårdnadsstatus (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000; Björkdahl, 1999). Det fanns en samstämmighet bland de intervjuade sjuksköterskorna att det var värdefullt att försöka ge en bild av patienten i dokumentationen; hur han eller hon fungerade i olika avseenden och om man kunde observera symtom och tecken på ohälsa. Denna bild använde man sedan för att kunna följa en förändring men också för att kunna förutse och förebygga vid befarad försämring. Denna förändring av status skrevs ner i dagliga rapportanteckningar och för att få en helhetsbild av patienten får man läsa ett antal spridda anteckningar. Rapportanteckningar med sin retrospektiva bild av patienten tycks vara dominant och det är också det som sjuksköterskorna menar att man skapat rutiner för: att skriva en anteckning vid avslutningen av det egna arbetspasset. Det stämmer överens med vad som framkommit vid tidigare studier om dokumentation av psykiatrisk omvårdnad där man funnit att dokumentationen ofta beskriver patienten i vardagliga ord under det arbetspass man haft (Martin & Street, 2003; Buus, 2009). Rapportanteckningar är enligt Eriksson (1996) en redogörelse för observationer eller iakttagelser, men beskriver inte konsekvenserna av dessa sett ur ett omvårdnadsperspektiv. Dock beskrev sjuksköterskorna hur de utifrån rapportanteckningar gjorde analyser och kunde läsa ut mer av texten än det som egentligen stod utifrån sin kunskap om patienten eller patientgruppen.

Sjuksköterskorna värdesatte särskilt patientens egna ord om sin upplevda hälsa och uttryckta önskemål liksom inställning till vården. Den subjektiva upplevelsen kan bara förmedlas av patienten själv. Objektiv bedömning har inslag av tolkning och påverkas av observatören vilket medför risk för felbedömning. Patienten är inte en passiv mottagare av vård och omvårdnad, utan aktivt medskapande av sin egen hälsa. Den hälsofrämjande processen inom psykiatrisk omvårdnad bygger på delaktighet, där sjuksköterskan tar tillvara patientens egna kunskaper och idéer (Svedberg, 2006). Att involvera patienten och inbjuda till partnerskap i vården är att arbeta personcentrerat och genom att lyssna på patientberättelsen ges sjuksköterskan en möjlighet att bli medveten om patientens kunskap om sig själv, liksom hans eller hennes förutsättningar och hinder för att nå sin hälsa (Ekman & Norberg, 2013). Psykiatrisk omvårdnad skall ha sin utgångspunkt i patientens upplevelse (Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård, 2014; Wiklund, 2003).

Sjuksköterskorna var också orienterade mot att identifiera resurser och styrkor hos patienten för att nyansera bilden och inte låta den domineras av sjukdom och problem. Sjuksköterskan behöver i sin profession tro på att varje person har en inneboende kapacitet att växa och utvecklas. De förväntningar sjuksköterskan har på patientens förmåga, påverkar omvårdnadsinterventionernas riktning och patientens möjlighet till utveckling i sin hälsoprocess. Att inrikta sitt fokus på patientens egna resurser i syfte att minska konsekvenserna av sjukdomen liksom att förstärka de positiva egenskaper och förmågor som patienten har, är viktigt inom psykiatrisk omvårdnad (Svedberg, 2006). Att sjuksköterskorna i sin dokumentation har en intention att byta fokus från sjukdomsperspektivet till att belysa det friska och det som fungerar är ur ett omvårdnadsperspektiv ett sätt att främja individens hälsoprocesser.

Vårdprocessen startar då patienten blir inskriven på avdelningen och inleds med ett ankomstsamtal av sjuksköterskan. Det berör inte enbart orsaken till att patienten kommer till sjukhuset utan även tidigare kontakt med sjukvården, en generell bild över patientens mående både psykiskt och somatiskt. Detta samtal ligger till grund för personalens förståelse över varför patienten är inlagd och dokumenteras av sjuksköterskan. Därefter följer de rapportanteckningar som successivt bygger upp en bild av patienten i letande efter mönster. Att den första tiden på avdelningen dokumenteras väl stämmer överens med resultat från studien av Paans et al. (2010). Där såg man vid journalgranskning att dokumentation av anamnes och status fanns i hög utsträckning till skillnad från dokumentation av omvårdnadsdiagnos och problemformulering. Den självständiga bedömningen av omvårdnadsproblem och arbetet med att stärka patientens egna resurser för att kunna hantera sin situation beskrevs inte av sjuksköterskorna som något man gjorde. Det är sannolikt inte så i praktiken, men det tycks inte vara en medveten process hos sjuksköterskorna och den typen av vårdhandlingar dokumenteras inte i nämnvärd utsträckning. Det som Katie Eriksson (1996) benämner som dokumentation och som syftar till sjuksköterskans självständiga planering för omvårdnad och dess genomförande det vill säga det som sjuksköterskan själv bär ansvar för, lyser med sin frånvaro -med något undantag. Istället hänvisade sjuksköterskorna till teambeslut för att få en bild av det som planeras för patienten. Jansson (2010) har i sin avhandling om processorienterad omvårdnad funnit att sjuksköterskor som arbetar med att dokumentera omvårdnadsplaner antog ett omvårdnadsperspektiv i sina bedömningar och sitt beslutsfattande till skillnad från sjuksköterskor som inte arbetade på detta sätt, då man istället tenderar att anta ett mer medicinskt perspektiv. Av sjuksköterskorna beskrivs omvårdnadsplaner som ett tydligt och bra verktyg men att de inte används då man inte upplever att någon läser dem. Att arbeta som PAS identifierades även som ett tänkbart hinder för upprättandet av omvårdnadsplaner. Främst för att man som enskild sjuksköterska kände sig ansvarig för den övergripande planeringen och att man inte kände ett behov av att dokumentera den då ingen annan kollega tar över det övergripande ansvaret vid arbetspassets slut.

Sjuksköterskorna beskriver att målsättningen med vården till en början är tydlig liksom vilka åtgärder som skall vidtas och att det är lätt att följa patienten i dennes process. Vid långa vårdtillfällen blir ofta både åtgärder och process diffusa och otydliga över tid. Det finns redan

omfattande information dokumenterad om patienten och då man inte vill upprepa sig i dokumentationen upplever sjuksköterskorna att det kan vara svårt att veta vad man skall skriva.

Den otydliga processen speglas i journalen genom utebliven eller sparsam, rutinmässig dokumentation. Antingen dokumenteras inte åtgärder eller så är processen så diffus att åtgärder inte går att koppla till processen eller att syftet med dem är obegripligt. Även detta identifierades som problem och brist i journalgranskningsstudien av Paans, et al. (2010).

Det finns ett medicinskt fokus på de åtgärder som de intervjuade sjuksköterskorna beskriver att de dokumenterar. Man är noga med att utvärdera effekten av olika typer av behandling till exempel farmakologiska behandlingar eller ECT, snarare än omvårdnadsåtgärder. Ett liknande biomedicinskt fokus och avsaknad av dokumentation rörande sjuksköterskeprofessionens omvårdnadsåtgärder identifierades av Wang, Haily och Yu (2011) samt även av Jansson (2010) som ett vanligt fenomen då omvårdnadsplaner inte upprättats. Att delar som är kopplade till biomedicin prioriteras av sjuksköterskan har även visats i en annan studie där både patienter, sjuksköterskor och övrig vårdpersonal ansåg att utförande av läkarens ordinationer och observation samt rapport om effekten av dessa var de viktigaste delarna av vården (Hancock, Chang, Chenoweth, Clarke, Carroll et al., 2003). Det medicinska perspektivet är på många håll rådande inom heldygnsvården och om omvårdnad inte efterfrågas och utvärderas i verksamheten finns inget incitament för sjuksköterskorna att utveckla denna del av sitt arbete. Risken blir då att man antar ett medicinskt perspektiv vilket kan leda till bristfällig omvårdnad och sämre vård för patienten (Jansson, 2010).

Genom att dokumentera åtgärder beskrev sjuksköterskorna att man synliggjorde det faktiska omvårdnadsarbetet men även att man sett patienten och mött hans eller hennes behov av omvårdnad. Dokumentationen sågs som ett sätt att visa att det fanns en vårdande relation och om någon patient fallit bort i dokumentationen väckte det tankar hos sjuksköterskan att den patienten inte hade blivit sedd och bekräftad av personalen. I kompetensbeskrivning för sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatrisk vård (2008) står att omvårdnaden består av två integrerade delar, dels av uppgiften som utförs men också relationen inom vilken den utförs. Oavsett vad omvårdnaden har för fokus ställs krav på att en relation eller ett samspel mellan sjuksköterskan och patienten äger rum. Relationsarbetet är alltså grunden för god omvårdnad, där kontinuitet och sjuksköterskans förmåga att känslomässigt kunna möta patienten spelar en avgörande roll för en varaktig återhämtning.

Det fanns också en medvetenhet att dokumentationen fördelas ojämnt mellan patienterna och att det speglade hur det faktiskt förhöll sig i vårdmiljön där en del patienter får mer uppmärksamhet än andra. Att ha direktkontakt med patienten och därigenom få förstahandsinformation ansågs påverka kvalitén på dokumentationen till det bättre. Att tillsammans med patienten utforma en plan för dennes vård identifierades också som ett sätt att skapa en bra relation till patienten. En bra kontakt och relation med patienten beskrevs av deltagarna som en förutsättning för god vård. Martin och Street (2003) konstaterade att sjuksköterskor anser att den terapeutiska relationen mellan vårdare och patient är avgörande för patientens återhämtning.

En väl utformad omvårdnadsplan ansågs underlätta för samtlig vårdpersonal. Det blev tydligt för alla vad syftet med olika omvårdnadsåtgärder var. Genom att utforma planen tillsammans med patienten går det dels bekräfta patienten men även att belysa patientens delaktighet i beslut och vårdande (Eriksson, 1996). Flera av sjuksköterskorna, främst inom Psykoskliniken, svarade dock att de ytterst sällan och till och med aldrig formulerade omvårdnadsplaner. Identifierade omvårdnadsproblem skrevs som en rapportanteckning utan systematik. Detta medför en risk att viktig information rörande patienten riskerar att försvinna bland rutindokumentation. Detta går i linje med vad Törnvall och Willhelmsson (2008) fann i sin studie; att viktig information är svåråtkomlig i journalen då dokumentationen brister i struktur.

Att formulera omvårdnadsplaner är ett effektivt verktyg för att skapa en tydlighet i vårdprocessen (Skaug & Dahl Andersen, 2005; Björvell, 2001). Den ostrukturerade form att dokumentera omvårdnadsproblem och sedan planera åtgärder för dessa bidrar till att omvårdnaden i journaltext blir otydlig vilket konstaterats i ett flertal studier (Paans, et al., 2010; Wang, Haily & Yu, 2011; Törnvall & Wilhelmsson, 2008; Martin & Street, 2003). Denna otydlighet skulle kunna motverkas om dokumentationen genomfördes utifrån den struktur som vårdprocessen ger (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2000; Björkdahl, 1999). Information om patienten skulle även bli mer lättillgänglig och lättsorterad och därmed bättre svara upp till det syfte som definieras i patientdatalagen 3 kap. §2 att uppföljning och utveckling av en verksamhet skall kunna genomföras.

Svensk sjuksköterskeförening (2014) vill verka för att ta fram ett nationellt fackspråk och terminologi för att beskriva omvårdnad. Man menar att det centrala inte är att utveckla ett språk för professionen, utan det kunskapsområde och perspektiv som språket representerar det vill säga omvårdnad. Vid all teamsamverkan och vid tvärprofessionella arbetsformer är det viktigt att de olika professionerna har klart för sig vilket kunskapsområde de verkar inom, vilket perspektiv man skall inta och vad man med detta tillför den samlade vården. Om omvårdnadsaktiviteter inte dokumenteras och kommuniceras i tillräcklig grad ger det negativa konsekvenser för möjligheten att följa upp vård och omsorg avseende säker vård, utveckling av verksamheter och kunskapsutveckling inom omvårdnad. Detta argumenterar även Hamilton och Manias (2006) för i sin studie om språkets betydelse i sjuksköterskans arbete. Men även om ett nationellt fackspråk byggs upp och blir omfattande är det viktigt att ha i åtanke att standardiserade termer inte återspeglar helheten.

Det ställs höga krav på dokumentationen. Journalen har många användningsområden utöver den direkta planeringen och utförandet av vård (SFS 2008:355, 3 kap §2). Samtliga deltagare beskriver hur de ständigt har patienten i åtanke när de dokumenterar, att patienten själv ska kunna ta del av sin journal utan att uppleva sig kränkt över innehållet. En etisk medvetenhet beskrevs genomgående av samtliga deltagare. Ett etiskt förhållningssätt och etisk medvetenhet är något som Eriksson (1996) lyfter som viktigt.

Att skydda patientens integritet ansågs av deltagarna som väldigt betydelsefullt. Allt som patienten säger och berättar i förtroende har inte sin plats i journalen, om det inte påverkar vård

och behandling. Detta beskriver Eriksson (1996) som sjuksköterskans ansvar; att bedöma vad som är relevant för journalen samt att skydda patientens integritet, till exempel genom att utelämnat viss dokumentation.

Sjuksköterskorna beskriver en vaksamhet vid dokumentationen av etiskt komplexa situationer. Några av de mest komplexa situationer ur ett etiskt perspektiv både när det gäller dokumentation och vården i sig, är situationer som innefattar tvångsåtgärder. Vid dessa situationer krävs det enligt deltagarna varsamhet och etisk medvetenhet vid dokumentationen. Främst för att tvångsåtgärden inte får eller ska uppfattas som ett straff men även för att så långt det går bevara integriteten och minska kränkning vid dessa situationer. Här syns en tydlig koppling till dokumentationsetiken som Kärkkäinen, Bondas, och Eriksson (2005) formulerar. Dokumenteras bara själva tvångsåtgärden blir dokumentationen en formell beskrivning av en lösning på ett problem och risken för kränkning ökar. Dokumenteras däremot en beskrivning av situationen vilken ligger till grund för bedömning och åtgärd skapas förutsättningen för förståelse från läsaren.

Sjuksköterskorna värnar om att dokumentationen ska ge en rättvis bild av patienten. Främst för att innehållet i journalen kan ha en betydande inverkan på patientens liv. Lindström (1994) menar att dokumentationen ska gestalta verkligheten som den är. Att man inte får låta sig styras av förhandsuppfattningar.

Några av deltagarna berättade om hur viktig den förmedlade bilden av en patient i journaltext är, hur upprepade negativa beskrivningar i slutändan kan påverka personalens bemötande och den vård som ges. Dokumentationen skall vara saklig (SFS 2008:355, 3 kap §2) och ha en neutral framtoning (Lindström, 1994).

Flera av de intervjuade sjuksköterskorna beskrev att de upplevde att de fick anpassa sin dokumentation till journalsystemet och att det var en försvårande faktor för att dokumentera omvårdnad. Som tidigare nämnts så ställs krav på att journalen skall vara en källa till information för uppföljning och utvärdering av vården (SFS 2008:355, 3 kap §2). Det är därför problematiskt att omvårdnadsdokumentationen skrivs utan systematik och under sökord som inte motsvarar innehållet, den fakta man vill dokumentera. Ett tydligt exempel på detta är att man valt sökordet ”psykosocialt” till så vitt skilda saker som ”hot och våld”, ”juridiskt” och ”missbruk”. Det beskrivs också av sjuksköterskorna som tröttsamt och energikrävande att ständigt exponeras för sökord som man aldrig kommer att använda då man öppnar de standardiserade mallarna i datajournalen. Upplevelsen var att psykiatri inte är en prioriterad verksamhet. Att elektronisk journal med dåligt anpassade mallar och sökord försvårar för sjuksköterskor att dokumentera utifrån ett omvårdnadsperspektiv finns beskrivet i tidigare studier (Fraudenhof, Müller-Staub, Needham & Van Achterberg, 2011). Det är beklagligt, då mallar och sökord skulle kunna underlätta för sjuksköterskan att dokumentera enligt vårdprocessens steg och med större hänsyn till patientens perspektiv i enlighet med personcentrerad vård.

Deltagarna menar att det ibland är svårt att få till tid till dokumentationen då det kliniska arbetet måste prioriteras. Det förekom även en lyhördhet bland kollegorna kring behovet att dokumentera och man försöker ”skapa” tid åt varandra. Detta tyder på att man är medveten om vilken betydelse dokumentationen faktiskt har.

Deltagarna beskriver att krav och förväntningar från ledning och närmsta chef fungerade som en motiverande faktor. Det fanns även en uppfattning om att en chef som är sjuksköterska i grundprofessionen i större utsträckning bevakade omvårdnadsdokumentationen. Detta är inte förvånande då omvårdnad är sjuksköterskans kompetensområde.

Ledarskapets prioritering av omvårdnadsutveckling och uppföljning av sjuksköterskornas omvårdnadsdokumentation är avgörande vid förbättringsarbete av dokumentation. För att utveckla omvårdnaden krävs ett ledarskap som efterfrågar sjuksköterskeprofessionens område och som själva har kunskap inom omvårdnad och omvårdnadsprocessen (Jansson, 2010). Avdelningschefers förståelse för omvårdnadsprocessen och dess användning påvisades i en studie från Storbritannien av Davis, Billings, och Ryland (1994) ha ett samband med ökad kvalitet i avdelningens omvårdnadsdokumentation.

SLUTSATS

Sjuksköterskans självständiga omvårdnadsbedömningar dokumenteras inte i tillräcklig utsträckning och dokumenteras ofta utan systematik. För att förbättra kvalitén och leva upp till de krav som finns på dokumentationens innehåll kan det vara värdefullt att utveckla ett nationellt fackspråk som belyser omvårdnadsperspektivet i vården. Journalsystemet bör också underlätta för sjuksköterskor att dokumentera omvårdnad enligt vårdprocessens steg och ha en struktur som främjar personcentrerad vård.

Kliniska implikationer

Utifrån studiens resultat blir det tydligt att omvårdnadsperspektivet behöver uppmärksammas i psykiatrisk heldygnsvård i högre utsträckning. Omvårdnadsdokumentation kan ses som en slutprodukt av en process där sjuksköterskan med sin yrkesspecifika kompetens självständigt gör bedömningar och planerar för åtgärder baserat på omvårdnadsproblem som hon eller han har formulerat tillsammans med patienten. För att kunna förbättra kvalitén på omvårdnaden och dess dokumentation är det vårdvetenskapliga tänkandet avgörande. Här ser vi en viktig utmaning för psykiatrisk vård; att ledningen på kliniken efterfrågar sjuksköterskans kompetens och omvårdnadsperspektivet i vården. Det är önskvärt att sjuksköterskans förutsättningar att arbeta med vårdprocessens steg underlättas genom att anpassa journalsystemet utifrån användarnas behov. Yrkesspecifik omvårdnadshandledning skulle också öka sjuksköterskornas medvetenhet kring det perspektiv de skall ta med in i vårdarbetet med den psykiatriska patienten och följaktligen öka kvalitén på omvårdnadsdokumentationen.

För att få en kompletterande bild över hur dokumentationen ser ut skulle en journalgranskningsstudie kunna bidra med en tydligare bild av vilket perspektiv sjuksköterskorna intar i sin dokumentation, om och på vilket sätt omvårdnadsperspektivet återfinns i journalen. Det skulle vara av intresse att genomföra en intervention som syftar till

att stärka sjuksköterskorna i sin profession genom föreläsningar och yrkesspecifik handledning och sedan se vad det skulle ge för effekter på dokumentationens innehåll liksom på upplevd arbetstillfredsställelse hos sjuksköterskorna.

Det kan även vara av intresse att följa upp hur den närmsta chefens grundprofession påverkar kvalitetskravet på omvårdnadsdokumentationen.

REFERENSER

- Börkdahl, A. (1999). *Psyk-VIPS - att dokumentera psykiatrisk omvårdnad enligt VIPS-modellen*. Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring- en praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C. (2014). Patientjournalens innehåll och funktion. I vårdhandboken. Hämtad 2014-09-29, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Dokumentation/Patientjournalens-innehall-och-funktion/>
- Buus, N. (2009). How writing records reduces clinical knowledge: A field study of psychiatric hospital wards. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(2), 95-103.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Davis, B D., Billings, J R., & Ryland, R K. (1994). Evaluating of nursing process documentation. *Journal of Advanced Nursing*, 19(5), 960-968.
- Dusseldorp, L.V., Goossens, P. & Achterberg, T.V. (2011). Mental health nursing and first episode psychosis. *Issues in mental health nursing*, 32(1): 2-19.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken -Om en forskningsbaserad modell för dokumentation och omvårdnad i patientjournalen*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Elo, S. and H. Kyngäs (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1): 107-115.
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård -teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (red.), *Omvårdnad på avancerad nivå-kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.29-61). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1996). Om dokumentation-vad den är och inte är. I K. Dahlberg (red.), *Konsten att dokumentera omvårdnad* (s. 9-13). Lund: Studentlitteratur.
- Frauenfelder, F., Müller-Staub, M., Needham, I. & van Achterberg, T. (2011). Nursing phenomena in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18 (3). 221-235. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01659.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2),105-112.
- Hancock, K., Chang, E., Chenoweth, L., Clarke, M., Carroll, A., & Jeon, Y. H. (2003). Nursing needs of acutely ill older people. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 507-516.
- Hamilton, B & Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off': A critical analyses of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15 (2). 84-92. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00407.
- Henricson, M. & Billhult A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 130-137). Lund: Studentlitteratur.
- Kärkkäinen, O., Bondas, T., & Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12(2), 123-132. doi:10.1191/0969733005ne769oa
- Jansson, I. (2010). *Planerad processorienterad omvårdnad-nytta och implementering*. (Doktorsavhandling). Göteborg: Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet.
- Lindström, U.Å. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Martin, T. & Street, A. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10 (5). 543-551.

- Mattsson, M. (2010). Psykoser. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 95-119). Lund: Studentlitteratur.
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R.M.B. & Van der Schans, C.P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing* 66(11), 2481-2489.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Psykiatriska Riksföreningen och Svensk Sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Stockholm: Psykiatriska Riksföreningen och Svensk Sjuksköterskeförening. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-publikationer/psykiatrisk.Komptensbeskr.pdf>
- Psykiatriska Riksföreningen och Svensk Sjuksköterskeförening (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Stockholm: Psykiatriska Riksföreningen och Svensk Sjuksköterskeförening. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf>
- Saranto, K. & Kinnunen, U.-M. (2009). Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65(3), 464–476 doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Riksdagen.
- Skaug, E. & Dahl Andersen, I. (2005). Beslutsprocesser i omvårdnad I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (red.), *Grundläggande omvårdnad. 1.* (s. 184-214). Stockholm: Liber.
- Skärsäter, I. & Wiklund Gustin, L. (2010). Förord. I I. Skärsäter (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå* (s. 13-15). Lund: Studentlitteratur.
- Sjuksköterskornas samarbete i Norden (2005). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. Hämtad från http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Artikelnr 2005- 105- 1). Hämtad 2014-09-29, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Svedberg, P. (2006). Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (red.), *Psykiatrisk omvårdnad- att stödja hälsofrämjande processer*. (s.39-61). Lund: Studentlitteratur.
- Svenska Akademien (2015). *Svenska Akademiens ordlista*. Hämtad 2015-01-12 från:http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista
- Svenska läkarförbundet. (2013). *Helsingforsdeklarationen*. Hämtad 2014-11-14 från, <http://www.slf.se/Forbundet/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/>
- SOSFS 2008:14 *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Speziale, H.S. (2007) Designing Data Generation and Management Strategies. I Speziale & Carpenter, *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. (s. 35-56). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *Om nationellt fackspråk och terminologier*. Hämtad 2014-09-30, från http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/SSF%20om-publikationer/Svensk.sjukskoterskeforening.OM_Facksprak.och.terminologi_webb.pdf

- Törnvall, E. & Wilhelmsson, S. (2008). Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing* 17(16), 2116-2124.
- Urquhart C., Currell R., Grant, M.J. & Hardiker, N.R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), 1–66.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 2014-11-14 från, <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Wang, N., Hailey, D. & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 67(9), 1858-1875.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wiklund-Gustin, L. (2012). *KBT i omvårdnadsarbetet. Om meningsskapande i gemenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Intervjufrågor

Hur skulle du beskriva din yrkesspecifika roll som sjuksköterska i vården av patienter inom sluten psykiatrisk vård?

Hur skulle du beskriva psykiatrisk omvårdnad?

Ett vanligt arbetspass. Vad brukar du dokumentera då? Om det inte hänt något utöver det vanliga, skriver du då något?

Vad kännetecknar god omvårdnadsdokumentation?

(Vad är viktigt att dokumentera i psykiatrisk vård?)

Hur tycker du att dokumentationen fungerar på din arbetsplats och inom den verksamhet du arbetar?

Hur ser en typisk journal ut om jag öppnar den och läser omvårdnadsdokumentationen? Vad brister, vad fungerar? Är dokumentationen enhetlig?

Hur beskrivs symtom eller tecken på ohälsa i journal av omvårdnadspersonal? Hur kan man följa förändring i symtom?

Går det att följa en vårdprocess i omvårdnadsdokumentationen på din arbetsplats (omvårdnadsproblem, åtgärd, uppföljning/utvärdering)? Var och hur dokumenteras det?

Skriver du omvårdnadsplaner? Varför/varför inte?

Kommer patientens syn på sin situation fram i dokumentationen?

Kan patienten ta del av den dokumentation som skrivs?

Har dokumentationen någon betydelse för patientens vård?

Hur fungerar rådande journalsystem avseende omvårdnadsdokumentation?

För vem dokumenterar du?

Vem läser det du skriver?

Upplever du att du hamnar i etiska dilemman gällande dokumentation? Kan det vara svårt att uttrycka sig utan att kränka patienten? Undviker du att skriva vissa saker?

Förekommer parallella system för att hantera information om patienten i pappersformat t ex?

Upplever du att ledning och chefer tycker det är viktigt med dokumentation? Dina kollegor?

Pågår något förbättringsarbete?



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Bilaga 2

Forskningspersonsinformation

Bakgrund och syfte:

Sjuksköterskan skall enligt lag och författningar dokumentera den omvårdnad som ges till patienten. Omvårdnad är en väsentlig del av den vård som patienten får under sin sjukhusvistelse. Dock saknas ofta en tydlig bild av omvårdnaden om man läser journalanteckningar.

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk heldygnsvård ser på att dokumentera psykiatrisk omvårdnad.

Förfrågan om deltagande:

Vi tillfrågar dig som arbetar som sjuksköterska inom psykiatrisk heldygnsvård om deltagande i denna studie. Vi har tagit kontakt med ansvariga chefer på Psykoskliniken samt Rättspsykiatriska kliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset för att få godkännande att intervjua sjuksköterskor.

Hur går studien till?

Studien kommer genomföras som en semistrukturerad intervju, det vill säga ett par öppna frågor kommer ställas och intervjun kommer ljudinspelas. Beräknad tid är ca 30 minuter och kommer genomföras under arbetstid i anslutning till arbetsplatsen. Ljudinspelningen kommer sedan att skrivas ut ordagrant och analyseras.

Finns det risker med att delta?

Det finns inga uppenbara risker med att delta i denna studie. En möjlig risk skulle kunna vara att man berör ämnen som kan upplevas känsloladdade. Om du som deltar upplever obehag finns möjlighet att ta kontakt med ansvariga för studien för vidare åtgärd. Materialet som kommer fram under intervjun behandlas konfidentiellt och din identitet kommer inte röjas vid redovisning av studien.

Finns det fördelar med att delta?

Det finns inga direkta fördelar för dig personligen att delta, men en förhoppning är att det uppfattas positivt att få en möjlighet att reflektera över sitt yrke och yrkesutövande. I ett större perspektiv kan studien bidra med en ökad förståelse av hur sjuksköterskor tänker kring att dokumentera psykiatrisk omvårdnad vilket kan vara användbart i kvalitetsarbete och bidra till en förbättrad vård för patienterna.

Hantering av data och sekretess

Uppgifter och information som inhämtas under studiens gång kommer enbart att användas i forskningsändamål för studiens syfte. Det insamlade materialet från intervjuerna kommer förvaras så att ingen obehörig får tillgång till det. Data kommer avidentifieras och inga personuppgifter kommer återfinnas i materialet. Dock kommer ålder, kön, antal år i yrket och utbildningsnivå (grund- eller specialistutbildad) framgå för att ge en bild av deltagarna i studien. Det kommer inte gå att urskilja vad som kommit fram under just din intervju. När

studien avslutas förstörs allt insamlat material. Hanteringen av dina uppgifter sker i enlighet med personuppgiftslagen (SFS 1998:24).

Hur får jag information om studiens resultat?

Resultatet kommer publiceras i en magisteruppsats. Önskar du ta del av den går det bra att kontakta ansvariga personer för studien. Se kontaktuppgifter nedan.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att förklara varför. Väljer du att avbryta din medverkan kommer det material som hämtats från din intervju att förstöras.

Ansvariga för studien

Gustaf Ahlqvist
Leg.ssk
Specialistsjuksköterskestudent
vid Inst. f. Vårdvetenskap och
Hälsa, Sahlgrenska Akademin
Göteborgs Universitet
Tel: 031-343 22 25
e-mail:
gusgust32@student.gu.se

Christina Vesik
Leg.ssk
Specialistsjuksköterskestudent
vid Inst. f. Vårdvetenskap och
Hälsa, Sahlgrenska Akademin
Göteborgs Universitet
Tel: 076-112 61 80
e-mail:
gusvesich@student.gu.se

Nils Sjöström
Leg.ssk, universitetslektor,
ansvarig för studien
Inst. f. Vårdvetenskap och
Hälsa, Sahlgrenska Akademin
Göteborgs Universitet
Tel. 031 – 786 61 33
e-mail:nils.sjostrom@gu.se

Samtyckesformulär till deltagande i studie om dokumentation av psykiatrisk omvårdnad

Jag har fått muntlig och skriftlig information kring studien och vad deltagande innebär. De frågor jag har om deltagande har besvarats.

Jag samtycker till att delta i studien och mina personuppgifter och data från intervjun används och lagras i enlighet med den information jag fått.

Datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande