



Dokumentation av omvårdnaden inom äldreomsorgen

- användningen av dokumentationsprogrammet Pro Capita

Documentation of care within the geriatric care

- the use of the documentation program Pro Capita

10-poängs C-uppsats i Systemvetenskap
Institutionen för Informatik och Matematik
Examination: 2003-03-24
Författare: Louise Geigant
Peter Mattsson
Handledare: Ann Johansson
Examinator: Kerstin Grundén

Sammanfattning

Pro Capita är ett program som används för dokumentation av omvårdnad inom äldreomsorgen i Uddevalla kommun. Programmet infördes under hösten 2000. Sjuksköterskorna och distriktssköterskorna började på allvar dokumentera i Pro Capita ett år senare, då det ställdes allt större krav på att de skulle dokumentera på datorn. Syftet med denna uppsats var att visa hur dokumentation samt läsning görs i Pro Capita, om alla gör detta på föreskrivet sätt eller om det finns skillnader mellan olika användare. Den kvantitativa undersökningen utfördes i form av öppen observation grundat på tio olika scenarier. I utformandet av dessa scenarier har vi utgått från verkligheten och försökt skapa realistiska arbetssituationer som, liksom i verkligheten, handlar om att dokumentera eller om att läsa dokumentation. Utöver undersökningen har vi studerat litteratur, både böcker och tidskrifter, för att få en god bakgrund och inblick i ämnet. Resultatet visade att det förekommer skillnader i hur dokumentationen görs. Skillnaderna låg i vilka rubriker som användes och hur många rubriker som användes. Det fanns skillnader mellan exempelvis olika arbetsplatser, men de stora skillnaderna låg på en individuell nivå.

Abstract

Pro Capita is a program that is being used documentation of care within the geriatric care in the municipality of Uddevalla. It was introduced in the fall of 2000. The nurses and the district nurses began in earnest to use Pro Capita for documentation a year later, when greater demands that they should document on the computer were made. The purpose of this paper was to show how the documentation and reading is made in Pro Capita, if it is made in the prescribed manner or if there are differences between different users. The quantitative examination was in the form of overt observation based on ten different scenarios. In designing the scenarios we have tried to create realistic daily work situations about documentation or about reading documentation. In addition to the examination we have studied literature, both books and journals, in order to get a good background and insight into the subject. The result showed that differences exist in the documentation manner. The differences were found in which headings that was used and in the amount of headings that were used. There were differences between work places, but the main differences were found in the individual level.

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
1.1	Bakgrund	2
1.2	Problemformulering och Syfte	2
1.3	Avgränsningar	3
1.4	Disposition	3
2	Metod	4
2.1	Population	6
2.2	Bortfallsanalys	7
2.3	Procedur	7
3	Teori	9
3.1	Patientjournaler	9
3.2	Datorjournalen	9
3.3	VIPS	10
3.4	Pro Capita	11
3.4.1	VIPS-modellen i Pro Capita	11
3.5	Införande	12
3.6	Fördelar och nackdelar	14
3.6.1	Användarvänlighet	14
3.6.2	Säkerhet	15
3.6.3	Tillgänglighet	15
3.7	Användarnas inställning till datorjournaler	15
3.7.1	Fördelar	15
3.7.2	Nackdelar	16
4	Resultat och Diskussion	17
4.1	Scenario 1	17
4.2	Scenario 2	18
4.3	Scenario 3	20
4.4	Scenario 4	21
4.5	Scenario 5	22
4.6	Scenario 6	24
4.7	Scenario 7	27
4.8	Scenario 8	28
4.9	Scenario 9	31
4.10	Scenario 10	32
5	Generell diskussion	35

5.1 Respondenternas prestationer	35
5.2 Populationen och Pro Capita.....	35
5.3 Scenarierna.....	36
6 Slutsats	37
6.1 Förslag till fortsatt forskning	37
Referenser.....	38
Bilaga 1 – Scenarier	40
Bilaga 2 – Sammanställning.....	41
Bilaga 3 – Standardiseringsförfaranden.....	54

1 Introduktion

Rapporten behandlar en studie av populationen, sjuksköterskor och distriktssköterskor inom äldreomsorgen i Uddevalla kommun, i form av en undersökning av hur man dokumenterar händelser kring patienter i dokumentationsprogrammet Pro Capita. Resultatet är tänkt att förmedlas till den population vi studerat för att göra dessa uppmärksamma på hur deras arbetskollegor dokumenterar. Detta i sin tur är tänkt att leda till att alla i populationen anstränger sig för att lära sig dokumentera på samma sätt. Fördelarna med detta kan dock på allvar först märkas då dessa ansträngningar gjorts. Exempel på fördelar med att flertalet dokumenterar på samma sätt är att det blir lättare att få en bra bild över det som är dokumenterat vid läsning i dokumentationsprogrammet samt lättare att ta fram bra statistik ur programmet.

Sedan Pro Capita implementerades hos populationen hösten 2000 har inga utvärderingar gjorts förutom den kvantitativa undersökning samt den kvalitativa undersökning vi själva gjorde under hösten 2002. Dessa undersökningar utgjordes av en enkät samt intervjuer och handlade om respondenternas inställning till datorer i allmänhet och Pro Capita i synnerhet. Undersökningarna gjordes i ett slumpmässigt urval av populationen. Resultatet av dessa undersökningar pekade på att de flesta respondenter var missnöjda med Pro Capita och några ansåg att programmet var mer lämpat till administration än till dokumentation. Men resultatet visade också att de som var nöjda med Pro Capita också var de som verkade behärska dokumenterandet bäst.

Wager (1998) har skrivit i en artikel om den elektroniska patientjournalens inverkan på arbetet inom primärvården, att användare av ett nytt system ofta tycker att den utbildning som de fått är otillräcklig och att en adekvat utbildning i systemet är viktig för att man som användare skall acceptera systemet. Berg (2001) skriver i en artikel om myter och utmaningar vid implementation av informationssystem inom sjukvården. En myt som Berg skriver om är att: **Implementation av ett informationssystem innebär att informationssystemet rent tekniskt kommer på plats.** Implementationen av ett informationssystem bör hellre betraktas som en utveckling av organisationen, eftersom detta sätt att betrakta implementationen på antyder att informationssystemet är ämnat att driva igenom en positiv förändring hos organisationen.

Det ligger nära till hands att tro att om fler lärde sig behärska dokumenterandet i Pro Capita bra, så skulle fler också bli nöjda eller åtminstone mindre missnöjda med programmet. Detta kan åstadkommas med mer utbildning. I strävan efter att utbilda användarna av Pro Capita på ett så bra sätt som möjligt är det tacksamt att få en utvärdering av deras kunskaper och för användarna själva är kunskapen om andras sätt att dokumentera en viktig grund till att förbättra sitt eget kunnande. Med detta inte sagt att bristen på kunskap om hur Pro Capita skall användas är enda orsaken till missnöjet med programmet. Men situationen är idag den att sjuksköterskorna och distriktssköterskorna inom äldreomsorgen i Uddevalla kommun är hänvisade till Pro Capita för att utföra sina dokumentationer i arbetet. Att göra det bästa av situationen är aldrig fel och att lära sig något nytt inom organisationen är att ta del av en förändring inom organisationen.

1.1 Bakgrund

Under höstterminen 2002 läste vi kursen *Informatik, teori och forskningsmetodik*. Två av de obligatoriska uppgifterna var att vi skulle utföra en kvalitativ undersökning samt en kvantitativ undersökning. Dessa båda undersökningar genomfördes i form av intervjuer respektive enkäter och respondenterna utgjordes av distriktssköterskor och sjuksköterskor inom äldreomsorgen i Uddevalla kommun. Syftet med undersökningar var att se hur ett slumpmässiga urval, av distriktssköterskor och sjuksköterskor inom äldreomsorgen i Uddevalla kommun, förhöll sig till att använda datorer i arbetet och vad detta förhållningssätt kunde bero av. Under dessa undersökningar framkom det delvis att det program, dvs. Pro Capita, som sjuk- och distriktssköterskorna använder sig av för att dokumentera i arbetet, var komplicerat att använda och dessutom att det kunde vara så att det förekom brister i användandet i form av eventuella skillnader i hur man dokumenterar. Detta ansåg vi vara ett intressant område att under examensarbetet undersöka vidare. Därmed kan de båda undersökningarna som vi tidigare gjort ses som en förstudie till denna uppsats och denna undersökning.

1.2 Problemformulering och Syfte

Huvudproblemet är att många av sjuksköterskorna och distriktssköterskorna i vår population är missnöjda med Pro Capita som dokumentationsprogram i arbetet (Geigant & Mattsson, 2002a). Under den kvalitativa delen av förstudien framkom det att flera respondenter ansåg att dokumentationsverktyget är krångligt och svåränvänt, bland annat fanns svårigheter med att få en bra helhetsbild över dokumentation kring en patient, utan att läsa under ett flertal rubriker för att inte missa något väsentligt. Några respondenter menade att anledningen till detta var att Pro Capita snarare är ett verktyg för administration än ett verktyg för dokumentation (Geigant & Mattsson, 2002b). Under förstudien framkom dock även antydningar om att dokumentationsrutinerna, i fråga om hur enstaka händelser dokumenteras, kunde vara olika beroende på vem som utförde dokumentationen. Detta kan vi tänka oss gör det ännu svårare för användarna att få en bra bild av dokumentationen kring en patient. Eventuella olikheter i dokumenterandet kan röra sig om att man dokumenterar under fel sökord¹ eller om att man använder programmets olika delar² på fel sätt. Man vet inte säkert var i dokumentationen de eventuella olikheterna i dokumenterandet ligger.

Vi ställer oss därför följande frågor:

- Sker dokumentationen på olika sätt beroende av vem som dokumenterar?
- Sker dokumentationen på det sätt som det är tänkt att den skall ske?
- Hur läser respondenterna dokumentationen kring en patient?

Syftet är att visa hur dokumentationen görs i Pro Capita, om den görs på lika sätt, olika sätt, på rätt sätt eller på fel sätt. På så vis hoppas vi hitta brister i användandet av dokumentationsprogrammet Pro Capita. Dessa eventuella brister skulle kunna, om de rättades till, ge populationen ett färre problem och kanske minska missnöjet. Ett annat syfte är att ge förslag på hur dokumentationen bör gå till enligt VIPS-modellen samt hur

¹ Pro Capita bygger på VIPS-modellen som är en samling standardiserade *sökord*. Att dokumentera under olika *sökord* kan sägas vara ett sätt att kategorisera dokumentationen så att olika typer av händelser dokumenteras under olika kategorier, se även Teori, 3.3 VIPS, Figur 1: *Flödesschema över VIPS-modellen*.

² Se Teori, 3.4.1 VIPS-modellen i Pro Capita, och 3.3 VIPS, Figur 1: *Flödesschema över VIPS-modellen*.

man lättast läser dokumentationen kring en patient. Detta ger en god möjlighet till att rätta till eventuella brister.

Uppsatsens syften är utan inbördes ordning, att:

- Visa hur dokumentationen skall göras.
- Visa hur dokumentationen görs.
- Ge förslag på hur man lättast läser det som dokumenterats.
- Visa hur man gör när man läser det som dokumenterats.
- Peka på eventuella brister i respondenternas användande av Pro Capita.

1.3 Avgränsningar

De scenarier vi använder oss av i studien är avgränsade till vardagliga händelser i en patients liv samt planerade vårdinsatser för en patient. Patientens bakgrund, såsom anamnes³, och vårdplan behandlas ej i något scenario. Pro Capita ger bland annat möjlighet att fylla i rapporter som annars finns i pappersformat, t ex Avvikelsesrapport. Användandet av dessa funktioner i Pro Capita har inte heller undersökts.

Studien koncentrerar sig på hur dokumentationen i Pro Capita görs. Eventuella skillnader i hur man dokumenterar kan tänkas uppmärksammas under arbetets gång, orsaken därtill kommer inte att undersökas vidare. Vi avgränsar oss alltså från att undersöka varför eventuella skillnader i hur man dokumenterar förekommer.

1.4 Disposition

Avsnitt 1 tar upp bakgrund, problemformulering samt syfte till uppsatsen.

Avsnitt 2 beskriver vilken metod som använts för att genomföra undersökningen. Här finns även en beskrivning av populationen, det urval som gjorts ur populationen samt bortfall. Under rubriken **Procedur** fås en beskrivning av genomförandet.

Avsnitt 3 behandlar teori med anknytning till problemområdet i denna uppsats. Kapitlet inleds med lite historia om patientjournaler samt datorjournaler. Sedan tar vi upp en modell som används för att dokumentera i patientjournaler, VIPS-modellen, samt det program som används vid undersökningen och som bygger på VIPS-modellen; Pro Capita. Här behandlas även införande av ett datorjournalssystem på Ystads lasarett, fördelar och nackdelar med patientjournaler respektive datorjournaler samt användarnas inställning till datorjournaler.

Avsnitt 4 behandlar resultatet av uppsatsens undersökning samt lite diskussion kring detta. Resultatet presenteras scenario för scenario där resultatet för distriktssköterskor och sjuksköterskor är uppdelat var för sig. Varje scenariorresultat avslutas med en kortare diskussion.

Avsnitt 5 behandlar en mer generell diskussion än den diskussion som finns i avsnitt 4.

Avsnitt 6 behandlar slutsatsen för undersökningen samt förslag till fortsatt forskning.

³ Se Teori, 3.3 VIPS, **Figur 1**: Flödesschema över VIPS-modellen.

Bilaga 1 – Scenarier innehåller de tio olika scenarier som vi använt oss av vid undersökningen.

Bilaga 2 – Sammanställning innehåller en sammanställning av resultatet från undersökningen. Denna del är uppdelad efter scenarier och varje scenario är uppdelat efter distriktssköterskor respektive sjuksköterskor.

Bilaga 3 – Standardiseringsförfaranden beskriver standardiseringsförfaranden vid scenarierna.

2 Metod

Vi har gjort en empirisk fallstudie, i form av en öppen observation, över hur dokumentationen i Pro Capita⁴ går till i praktiken. Studien är en kvantitativ undersökning eftersom den eftersträvar en maximalt god avspeglning av den kvantitativa variationen, intresserar sig för det genomsnittliga samt beskriver och förklarar (Holme & Solvang, 1997).

Med en fallstudie brukar man mena en undersökning som endast omfattar ett eller ett fåtal fall, vilka emellertid studeras mera detaljerat och i fler dimensioner. (Lundahl & Skärvad, 1999, s. 187)

Studien över dokumentationsförfarandena är grundad på scenarier. Vid utformandet av scenarierna har vi utgått från verkligheten och utifrån den försökt skapa arbetssituationer som liksom i verkligheten handlar om att dokumentera eller om att läsa dokumentation.

Fallstudier förknippas oftast med en metod som syftar till att förstå ett fenomen på djupet och i sitt sammanhang och då forskningsfrågan innehåller hur och varför (Lundahl & Skärvad, 1999). Detta kan dock inte fullt ut sägas gälla den fallstudie vi använt. Vår forskningsfråga innehåller hur och undersöks i sitt sammanhang, men forskningsfrågan innehåller inte varför och kan därför inte heller sägas undersökas på djupet.

Den fallstudie vi använt är en teoriprovande fallstudie i den bemärkelsen att vi vill se om antydningarna om att dokumenterandet skiljer sig åt beroende på vem som dokumenterar verkligen stämmer.

Enligt andra synsätt (se t ex Norman 1975 och Kjellén och Söderman 1979) kan fallstudier dessutom användas både för att utveckla teorier och testa teorier, särskilt vid studium av komplexa problem.
(Lundahl & Skärvad, 1999, s. 187)

Lundahl & Skärvad (1999) skriver att resultatet från en fallstudie inte i statistisk mening kan generaliseras till att gälla för en population. Resultatet från en fallstudie kan emellertid generaliseras till att skapa teorier, se mönster samt att utnyttja tidigare teorier som en referenspunkt mot vilken de empiriska resultaten kan jämföras.

⁴ Datoriserat dokumentationsprogram

Lundahl & Skärvad (1999) rekommenderar studie av hur aktörer försöker lösa vissa problem, uppnå resultat, eller hantera frågor som är förbryllande, problematiska, svårlösta, konfliktladdade eller utgör ett dilemma, då fall ofta blir som mest transparenta, dvs. lättast att genomlysas och att studera i sådana fall. Vår fallstudie, som bygger på ett antal scenarion som skall dokumenteras, innehåller ett par avvikande scenarion som kan uppfattas som problematiska av respondenten (se bilaga 1, scenario 8 och scenario 9). Scenario 8 är en ovanlig händelse där respondenten vid osäkerhet kan söka hjälp i datorns hjälpfunktion eller i en VIPS-folder. Scenario 9 handlar om att söka ut information, något som kan förenklas med en sökfunktion i Pro Capita om denna sökfunktion behärskas, eller genom att ändra inställningarna för det så kallade Rubrikträdet⁵.

Holme & Solvang (1997) skriver om öppen observation. De flesta sociala grupper innehåller subgrupper samt en större eller mindre grad av konflikter. Olika subgrupper kommer att ha bestämda men antagligen olika förväntningar på forskarna. Om forskarna inte på något sätt tar itu med detta, kommer de att hamna i en position där de uppfattas som tillhörande den ena eller den andra subgruppen. Detta kan ske även om de försöker hålla sig neutrala i förhållande till gruppens inre konflikter. Att kunna undvika något sådant är avgörande för de olika subgruppernas tillit till forskarna. Enligt Holme & Solvang anser Løchen att det i nästa steg även har konsekvenser för i vilken grad gruppen är villig att låta sig observeras. "Förstudier av Pro Capita" visade på att det fanns ett utbrett missnöje⁶ med Pro Capita bland sjuksköterskorna och distriktssköterskorna. Två subgrupper att ta hänsyn till kunde här lätt urskiljas; de missnöjda slutanvändarna och de förespråkande, kommunen och systemansvarig.

Även om en kvantitativ undersökning vanligtvis inte innebär en risk för att respondenterna påverkas av forskaren (Holme & Solvang, 1997), så innebär den kvantitativa metoden vi valt att använda att den risken ändå föreligger. Holme & Solvang skriver att oavsett vilken observationsstrategi man väljer, blir man en del av en social gemenskap. Man påverkar och blir påverkad av omgivningen. Bara genom att finnas där, kommer man att påverka det sociala fenomen man ska studera; den sociala miljön förändras när man blir en del av den.

Med reliabilitet avses frånvaro av slumpmässiga mätfel. En undersökning med god reliabilitet kännetecknas av att själva mätningen inte påverkas av vem som utför mätningen eller de omständigheter under vilka den sker.
(Lundahl & Skärvad, 1999, s. 152)

Vi eftersträvar likriktat beteende från vår sida under alla träffar med respondenterna. Detta kan åstadkommas med olika standardiseringsförfaranden (Lundahl & Skärvad, 1999). Vi hade åtminstone två standardiseringsförfaranden för träffarna med respondenterna; dels vårt sätt att presentera undersökningen för respondenterna och dels en handlingsplan för att hjälpa en respondent som kört fast i sin dokumentation.

⁵ Alla rubriker som finns att dokumentera under utgör tillsammans ett så kallat rubrikträd. Huvudrubriker har underrubriker som kan liknas vid ett trädets grenar (Uppsatsförfattarens tolkning).

⁶ "Förstudie av Pro Capita" visade på ett samband mellan hur ofta man behövde hjälp för att klara av att dokumentera det man ville, och vilken inställning man hade till Pro Capita; de som behövde hjälp sällan eller aldrig var positivt inställda till Pro Capita medan övriga var mer eller mindre negativt inställda. Antalet positiva och självständiga Pro Capita-användare var två medan resterande var sju till antalet.

Reliabiliteten anger tillförlitligheten hos och användbarheten av ett mätinstrument och av mättenheten. (Ejvegård, 1993, s. 67)

Ejvegård (1993) skriver om kontrollfrågor för att testa reliabiliteten hos en enkät. Ett mindre antal frågor med annan formulering läggs då in i enkäten och vid god reliabilitet är svaren identiska. Vi har inga kontrollfrågor eller kontrollscenarier med i vår studie utan förlitar oss på att vi skall kunna tydliggöra ett scenario med extra förklaring ifall respondenten missuppfattar ett scenario. Dessutom finns det likheter mellan hur vissa scenarion skall dokumenteras vilket gör det möjligt att få bekräftat att en respondent gjort ett slarvfel om vi misstänkt detta i ett tidigare scenario.

Med god *inre validitet* menas att en mätning mäter vad den avser att mäta. (Lundahl & Skärvad, 1999). Genom att ta hjälp av Pro Capitas systemansvarig, som även arbetar deltid som sjuksköterska, vid framställandet av scenarion hoppades vi på att ha en god *inre validitet* genom hela studien.

Graden av *yttre validitet* handlar om hur pass sanningsenliga respondenterna är (Lundahl & Skärvad, 1999), (medvetet eller omedvetet), då de lämnar sina svar, eller som i vårt fall, då de dokumenterar ett scenario. Vilken grad av yttre validitet vår studie hade var svårt att mäta och går endast att gissa sig till. Viss ledning till detta gick dock att få från respondenters kommentarer angående olika scenarion.

Backman (1998) föreslår att man slår samman resultat och diskussion då man väljer att presentera resultatet från frågor en efter en, eller som i vårt fall scenario för scenario. Detta har vi tagit fasta på i vår presentation av resultatet av fallstudien. Resultat och diskussions delen följs av en generell diskussion där utfallen presenteras i en sammanfattande helhetssynvinkel. I resultat och diskussions delen gör vi en positivistisk⁷ tolkning av insamlat data medan vi i den generella diskussionen tillåter oss att göra en mer hermeneutisk⁸ tolkning av resultatet (Thurén, 1991). Detta därför att vi i den generella diskussionen även låter analysera respondenternas inställning till användandet av Pro Capita för dokumentation och denna inställnings inverkan på hur man dokumenterar på arbetsplatsen eller avdelningen.

2.1 Population

Studiens population utgörs av yrkesverksamma sjuksköterskor och distriktssköterskor inom äldreomsorgen i Uddevalla kommun. (Sjuksköterskor arbetar på särskilt boende⁹ och distriktssköterskorna arbetar inom hemsjukvården).

Ur denna population har gjorts ett kvoturval¹⁰ där samtliga sjuksköterskor från ett särskilt boende och samtliga distriktssköterskor från två distriktssköterskekontor utgör urvalet. Exakt hur representativt urvalet är för populationen kan vi inte uttala oss om,

⁷ En filosofi. Resultatet tolkas utifrån det som kan observeras

⁸ En filosofi. Resultatet tolkas med hänsyn till förståelse för och inlevelse i hur människor fungerar socialt.

⁹ Särskilt boende är ett boende för personer med särskilda krav på hjälp och/eller stöd i sitt vardagliga liv, t ex äldre människor som inte längre klarar av att själva sköta de vardagliga sysslorna.

¹⁰ Lundahl & Skärvad, 1999

men förstudierna har gett oss bra kunskap om populationen och det urval vi gjort bör ge en god och täckande uppfattning om situationen (Holme & Solvang, 1997).

Från början var det tänkt att sjuksköterskorna från en avdelning på ett särskilt boende, sjuksköterskorna från en avdelning på ett annat särskilt boende samt distriktssköterskorna från två distriktssköterskekontor skulle ingå i urvalet. Valen av avdelningar för sjuksköterskorna samt distriktssköterskekontor för distriktssköterskorna grundade sig på antalet som arbetade på avdelningen eller distriktssköterskekontoret. Omkring fem stycken ansåg vi vara lagom eftersom vi ville studera samtliga sjuksköterskor på en avdelning samt samtliga distriktssköterskor på ett distriktssköterskekontor, systemansvarig för Pro Capita hjälpte oss med detta. Vid telefonsamtal med sjuksköterskornas chef sade han sig vara intresserad av att se om det förekom skillnader i hur man dokumenterade, mellan olika avdelningar på ett och samma särskilda boende, något han misstänkte att det gjorde. När det senare uppstod ett bortfall bland sjuksköterskorna på den utvalda avdelningen på det första särskilda boendet vi kontaktade, föll det sig naturligt att kontakta fler avdelningar på den arbetsplatsen och detta ledde till att vi anammade idén om att jämföra olika avdelningar på ett särskilt boende. Urvalet av sjuksköterskor påminner därför om ett snöbollsurval där urvalet bestäms successivt genom att den första intervjupersonen ombeds ge förslag på lämpliga personer att intervjuas etc. (Lundahl & Skärvad, 1999).

2.2 Bortfallsanalys

På det särskilda boendet finns fyra avdelningar. Från den största avdelningen, som vi från början valt ut, var det flera av sjuksköterskorna som vid den planerade träffen inte kunde närvara p g a sjukdom eller stor arbetsbörda. Ett par av dessa fick vi träffa vid senare tillfälle. En sjuksköterska på den avdelningen jobbade deltid och var svår att nå, tidsbrist ledde till slut till att den sjuksköterskan blev ett bortfall ur kvoturvalet. Från den avdelning hon arbetade på fick vi ändå flera respondenter så det bortfallet är utan större betydelse. En sjuksköterska på en annan avdelning, vars existens blev känd för oss i ”elfte timmen”, föll bort p g a tidsbrist. Den avdelning den sjuksköterskan arbetade på hade bara två sjuksköterskor så bortfallet från den avdelningen blev således hälften.

En distriktssköterska föll bort från det ena distriktssköterskekontoret pga. stor arbetsbörda och från det andra distriktssköterskekontoret föll en distriktssköterska bort pga. sjukdom och tidsbrist. Inget av de bortfallen har någon större inverkan på resultatet då flertalet respondenter från respektive distriktssköterskekontor deltog i studien.

2.3 Procedur

Vi tog kontakt med systemansvarig för Pro Capita, Sjuksköterska Lotta Bertilsson, och framförde en idé om att undersöka hur Pro Capita används för dokumentation. Genom att läsa upp scenariofall som liknar de händelser där respondenten normalt behöver använda Pro Capita, ges möjlighet att studera hur dokumentation och läsning i programmet utförs av respondenten. Om det förekommer skillnader mellan arbetsplatser eller personer, i hur man dokumenterar i programmet, bör då visa sig. Vi visade ett förslag på scenarion för Lotta Bertilsson som sedan hjälpte oss att finslipa tio olika scenarion som hon även vid ett nytt tillfälle dokumenterade i Pro Capita medan vi tittade på så att vi fick se hur det skulle gå till att dokumentera våra scenarion. För dokumentation av våra scenarier användes påhittade patienter som av Lotta Bertilsson

förts in i Pro Capita. Dessa låtsaspatienter används i vanliga fall i utbildningssyfte. Vid telefonkontakt med en respondent på ett särskilt boende fick vi höra att de ville ha klartecken från chefen innan de tog sig tid att delta. Vi ringde upp chefen för sjuksköterskorna samt chefen för distriktssköterskorna och frågade om det var i sin ordning att genomföra undersökningen och fick då klartecken från båda cheferna. Sedan kontaktades sjuksköterskorna och distriktssköterskorna och informerades om att vi studerade vid högskolan i Uddevalla och var i färd med att skriva ett examensarbete. Genom att understryka att det rörde sig om ett examensarbete hoppades vi på att ställa oss neutral till subgruppen¹¹, och därför ville se hur de dokumenterade ett antal scenarion, vilket skulle ta omkring en halvtimme till fyrtio minuter att genomföra. De skulle få vara anonyma, det var frivilligt att ställa upp och vi sade oss kunna komma när det passade dem även om det innebar att vi var tvungna att återkomma vid flera tillfällen. Vid de första studierna av hur dokumentationen gick till, använde vi oss av bandspelare med mikrofon där respondenten högt fick berätta vad de gjorde i programmet, var de klickade och var de skrev. Samtidigt som vi bandade varje tillfälle så antecknade vi hur dokumentationen gick till och detta resulterade i att vi slutade banta och enbart dokumenterade scenariodokumentationen på papper och detta av två anledningar: Med endast bandspelare kunde respondenten utföra saker i programmet som inte sades högt och detta var mycket svårt att uppmärksamma, om man istället endast skrev ned det respondenten gjorde, var man på helspänn hela tiden för att inte missa något och fick på så vis bättre kontroll över vad som egentligen blev dokumenterat av oss observatörer. Den andra anledningen var att vi dessutom slapp vi lyssna igenom och renskriva timvis med inspelade samtal. Vi hade räknat med att varje respondent skulle ta omkring en halvtimme till fyrtio minuter på sig att dokumentera de tio scenarion vi hade, detta visade sig vara en rimlig gissning, den snabbaste var klar på cirka 20 minuter och de som tog längst tid på sig tog dryga timmen.

Då sjuksköterskorna och distriktssköterskorna dokumenterar i sitt arbete kan de alltid fråga en kollega om råd ifall de kör fast i dokumenteringen, ringa systemansvarig och fråga henne om råd eller använda annat hjälpmaterial. Nu var systemansvarig bortrest under den period vi träffade respondenterna så den möjligheten fanns visserligen inte men hade troligtvis inte nyttjats under något scenario ändå om den hade varit möjlig. Kollegor till respondenterna fanns visserligen men vi lämpade oss precis lika bra som en kollega i detta fall och fick fungera som hjälp i de fall respondenten körde fast och inte kom vidare i dokumentationsprocessen. Den hjälp vi gav handlade inte om att styra vilket sökord¹² respondenten skulle använda eller hur respondenten skulle dokumentera, utan om att hjälpa respondenten då denne inte visste hur man skulle komma vidare. Olika scenarion medgav dock att respondenterna skulle dokumentera under olika huvudrubriker i Pro Capita. Användarmanual för Pro Capita och hjälppanteckningar fick användas av respondenterna även under dokumentation av våra scenarion, allt för att det skulle bli så naturligt som möjligt. Hur vi skulle komma att hjälpa respondenterna diskuterades igenom innan studien startade och även i varje enskilt fall då respondenten behövde hjälp för att komma vidare, diskuterades hur och om vi skulle hjälpa respondenten för att i så liten utsträckning som möjligt störa studiens reliabilitet. Det

¹¹ Sjuksköterskor och distriktssköterskor är slutanvändare och utgör en subgrupp. Två subgrupper att ta hänsyn till kunde här lätt urskiljas; de missnöjda slutanvändarna och de förespråkande, kommunen och systemansvarig.

¹² Se Teori, 3.3 VIPS, **Figur 1**: *Flödesschema över VIPS-modellen.*

hände vid flera tillfällen att vi fick upplysa respondenter om att fundera över hur de skulle ha gjort i vanliga fall (i ett ”skarpt läge”).

Om en respondent under ett scenario gjorde eller sade något oväntat försökte vi lyssna och ta lärdom av vad respondenten hade att tillföra studien, detta stundtals under intervjuliknande former.

3 Teori

3.1 Patientjournaler

Journaler började användas inom sjukvården på 1920-talet. Till en början användes journalen av läkare, som för sin egen skull förde anteckningar om de patienter som hade fått någon behandling. Anteckningarna var ofta kortfattade och berättande. De skrevs i tidsordning och kort beskrivet kan man säga att de var en sammanfattning av en avslutad behandling. Under behandlingens gång hade läkaren det mesta om patienten i huvudet. I och med att läkaren fick fler patienter och att vårdarbetet blev mer specialiserat, utvecklades journalen till ett underlag för medicinska beslut. Man fortsatte dock att skriva anteckningar i kronologisk ordning.

Fram till helt nyligen var det i stort sett endast läkare som dokumenterade i journaler. I dag använder sig flera olika yrkesgrupper, som till exempel sjuksköterskor och arbetsterapeuter, av journaler. Journaler har blivit ett sätt att överföra information mellan olika vårdgivare. (Gratte, 1996)

Safran & Goldberg (2000) skriver i en artikel om patientjournaler. De skriver att den pappersbaserade journalen har en del brister, och ett exempel på detta är att handskrivna anteckningar kan vara oläsliga. De skriver vidare att det också kan vara så att det saknas information i journalen eller att journalen inte är tillgänglig vid möte med patienter. Anledningen till att pappersjournalerna kan vara otillgängliga är att de inte har lämnats tillbaka till arkivet eller att de används på en annan avdelning på sjukhuset eller vårdinstitutionen.

3.2 Datorjournalen

Spri (1998) skriver att den datoriserade patientjournalen (även kallad datorjournal eller elektronisk patientjournal) har funnits i Sverige sedan början av 1970-talet. Men det dröjde ända till slutet av 1980-talet innan ett större antal system började användas. Vid årsskiftet 1992-1993 fanns cirka 500 system installerade. Då skedde en kraftig ökning av antalet installationer av datorjournaler och vid slutet av 1995 fanns det fler än 2200 system i bruk.

Enligt Gratte (1996) hade drygt hälften av alla vårdcentraler infört datoriserade patientjournaler år 1994. På sjukhusen har det tagit längre tid att introducera datorjournaler, vilket delvis kan bero på att sjukhuskliniker är mer komplexa än vårdcentraler.

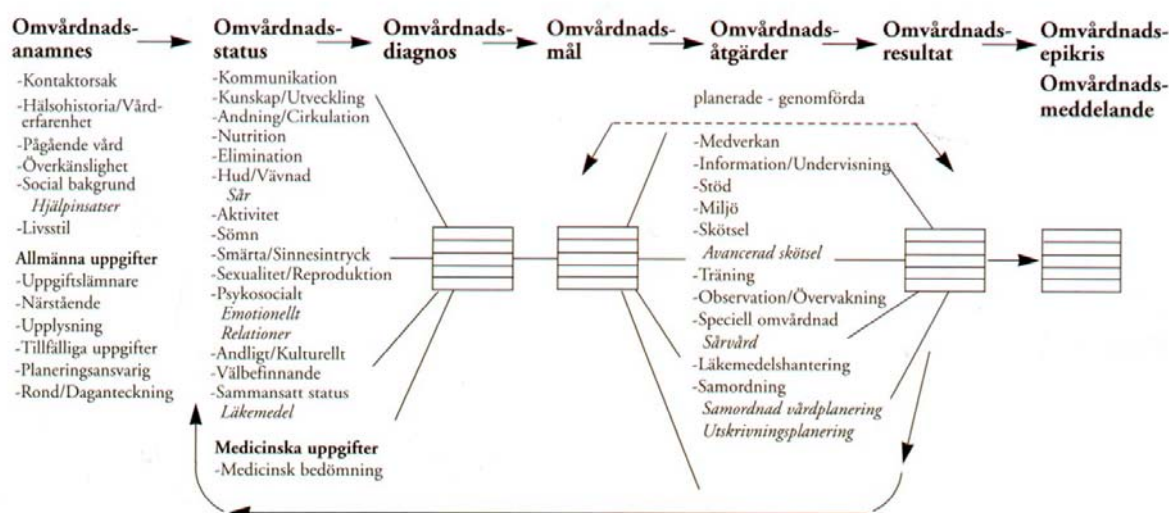
Enligt Safran och Goldberg (2000) har den elektroniska patientjournalen tagits fram med syftet att ersätta de pappersbaserade patientjournalerna, med hopp om att minska bristerna med dessa. De beskriver elektroniska patientjournaler som kompletta

applikationer, vilka är utvecklade för att stegvis minska de problem som finns med handskrivna journaler, men inte har för avsikt att förändra informationen eller arbetet. Men trots detta kommer införandet av en elektronisk patientjournal, på vilken vårdavdelning som helst, i grunden att förändra informationsflödet och arbetssättet.

Några av de problem som Safran och Goldberg (2000) tar upp är oläsliga patientjournaler, otillgängliga patientjournaler och ofullständiga patientjournaler. Det är få elektroniska patientjournaler som innehåller all den information som läkare eller annan vårdpersonal behöver. Det finns elektroniska patientjournaler som bygger på scanning av handskrivna anteckningar och vid utvecklingen av dessa hade man för avsikt att lösa problemet med ofullständiga journaler, men tyvärr kvarstod problemet med oläsliga journaler. Problemet med otillgängliga journaler försvinner inte automatiskt med en elektronisk patientjournal eftersom vissa elektroniska patientjournaler har begränsade möjligheter för fjärråtkomst.

3.3 VIPS

VIPS (*Väl*befinnande - *I*ntegritet - *P*revention - *S*äkerhet) är en modell, framställd av Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (1998), för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen med hjälp av sökord. Modellen består av fyra nyckelbegrepp samt sökord med riktlinjer. De fyra nyckelbegreppen, som är basen för modellen och dess namn, är välbefinnande, integritet, prevention och säkerhet. Välbefinnande är synonym till hälsa och detta begrepp är grundläggande inom omvårdnad. Begreppet integritet omfattar många aspekter, exempelvis fysisk, personlig och social integritet. Prevention innebär förebyggande av sjukdom, ohälsa och komplikationer. Säkerhet är ett begrepp med många aspekter. Det sträcker sig från exempelvis att ha skydd för att inte falla ur sängen eller korrekt injektionsteknik och att rätt mängd läkemedel administreras, till sådant som brist på förtroende eller känslor av osäkerhet för vårdpersonalens kompetens.



Figur 1: Flödesschema över VIPS-modellen (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 1998, s. 54)

För att få en bra översikt över sökorden har Ehnfors et al. (1998) illustrerat dessa genom en bild över de olika stegen i omvårdnadsprocessen. Se Figur 1.

Det Ehnfors et al. vill visa med figuren är att omvårdnadsprocessen omfattar flera faser där den första delen ofta innebär att ta ställning till en stor mängd data som gäller omvårdnadsanamnes och omvårdnadsstatus, det vill säga uppgifter om patientens situation före det aktuella vårdtillfället och uppgifter om den aktuella situationen. Det som sedan sker är att man bearbetar datan genom att, så tydligt och kortfattat som möjligt, klargöra problemen. Detta resulterar i en eller flera omvårdnadsdiagnoser. Nästa fas är att omvårdnads mål formuleras. För att fastställa dessa mål behövs kunskap och förmåga att beskriva ett förväntat resultat. Detta är illustrerat med en dubbelriktad pil mellan mål och resultat i Figur 1. Sedan planeras och genomförs omvårdnadsåtgärder med utgångspunkt från diagnos och mål. Resultatet utvärderas genom att man tittar på diagnos, mål och åtgärder. Den bakåtriktade pilen i figuren symboliserar nödvändigheten att ett flertal gånger under vårdtiden bedöma patientens status. Allra sist skrivs en utskrivningsanteckning, en så kallad omvårdnadsepikris.

3.4 Pro Capita

Under en telefonintervju¹³ framkom följande information om Pro Capita.

Hösten 1996 skulle Uddevalla kommun göra en upphandling av ett system för dokumentation inom socialtjänsten. Ett krav var att man skulle ha samma leverantör och samma system för alla verksamheter; barnomsorg, individ- och familjeomsorg samt äldreomsorg. En eller flera representanter från varje verksamhet var med och fattade beslut om vilket system som skulle köpas in. Man tittade på befintliga system i andra kommuner och kommunen begärde in anbud från flera olika företag. Utifrån detta bestämde man sig för TietoEnators Pro Capita som man ansåg bäst motsvara kravet på ett enhetligt system inom socialtjänsten. Pro Capita anpassades efter respektive verksamhet med hänsyn till behovet inom de olika lagutrymmena¹⁴: SOL, LSS, HSL och färdtjänst, där man inom äldreomsorgen lyder under Hälsa & Sjukvårds Lagen (HSL). Då alla sjuksköterskor dokumenterar efter VIPS – modellen, användes denna modell till att skapa rubrikerna i Pro Capita för sjuk- och distriktssköterskorna¹⁵.

Under hösten 2000 implementerades Pro Capita hos sjuksköterskorna och distriktssköterskorna inom äldreomsorgen i Uddevalla kommun och i samband med detta började sjuksköterskorna och distriktssköterskorna utbildas. Hösten 2001 ställdes allt större krav på att all dokumentation skulle ske på dator och i och med detta började sjuksköterskorna och distriktssköterskorna på allvar att dokumentera i Pro Capita.

3.4.1 VIPS-modellen i Pro Capita

¹⁵Alla akuta och oplanerade händelser kring en patient dokumenteras i utredningsdelen. Utredningsdelen innehåller bland annat **Anamnes** med tillhörande underrubriker¹⁶: här dokumenteras en patients bakgrund, **Daganteckning** med tillhörande underrubriker: här dokumenteras alla akuta och oplanerade händelser kring en patient och **Status** med tillhörande underrubriker: här dokumenteras sådant som kan anses vara bestående

¹³ Lotta Bertilsson systemansvarig för Pro Capita, telefonintervju den 28 februari 2003.

¹⁴ Allmän information Pro Capita HSL (030110), informationsfolder för användarna av Pro Capita. Erhölls av systemansvarig Lotta Bertilsson, Stadshuset i Uddevalla.

¹⁵ Socialstyrelsens Författningssamling 1993:20, patientjournalmallen, talar om vad man är skyldig att dokumentera men inte hur dokumentationen skall ske. VIPS – modellen är den vedertagna modellen som styr hur dokumentationen skall ske.

¹⁶ Underrubriker är det samma som sökord. Se även Teori, 3.3 VIPS, Figur 1: *Flödesschema över VIPS-modellen*

status¹⁷. Sådant som kräver en behandling av patienten under minst två veckors tid skall dokumenteras under **Verkställighetsdelen** som en insats. **Insatser** har underrubrikerna **Instruktion**: för återkommande behandling, **Åtgärd**: för dokumentation av utförd behandling samt **Resultat**: för att visa att en behandling är avslutad. Vilken typ av insats det rör sig om beskrivs med sökord. Vidare finns det **Omvårdnadsplan** som kan kopplas till **Insats**. I **Omvårdnadsplan** dokumenteras en mer övergripande plan för omvårdnaden. I Pro Capita finns även möjlighet att skriva **Avvikelse rapporter** med mera.

3.5 Införande

Motivet till införande av informationssystem brukar oftast vara att det finns problem, som man hoppas att de nya systemen skall kunna reducera eller motverka (Ruland, 2002). Det kan också vara på så sätt att man, genom införandet av ett nytt informationssystem, hoppas på att öka effektiviteten, reducera kostnaderna eller förbättra kvaliteten på vården med mera (Anderson & Aydin, 1994).

Enligt Ruland finns det dock studier som visar på att nya system inte automatiskt leder till att behoven blir uppfyllda eller att problemen blir lösta. Många system misslyckas, vilket enligt Anderson och Aydin kan bero på att utvecklarna ofta lägger tonvikten på systemets tekniska och ekonomiska aspekter och glömmer bort att ta hänsyn till sociala och politiska faktorer, som till exempel miljön inom organisationen, det sociala samspelet, politiska frågor, och dolda kostnader, vilka har att göra med avbrott i etablerade rutiner i organisationen.

I en undersökning av 40 slumpmässigt utvalda sjukhus i USA fann Dowling (1980) att införandet av informationssystem misslyckades i 45 % av fallen. Dowling anser att orsaken till dessa misslyckanden är motstånd från användarna och konflikter hos personalen, trots det faktum att systemen fungerade tillfredsställande ur teknisk synvinkel. Lyytinen (Anderson & Aydin, 1994) och Lyytinen & Hirschheim (Anderson & Aydin, 1994) rapporterar också att 50 % av alla informationssystem misslyckas och att detta kan bero på tekniska problem, problem med format och innehåll i data, problem med användarna som har att göra med användarnas färdigheter, kompetens och motivation, eller organisatoriska problem.

I en rapport från Spri (1998) nämns flera viktiga saker att tänka på vid införandet av ett nytt informationssystem. Det första som tas upp är noggranna förberedelser samt utbildning av användarna. För att det system som användarna använder under utbildningen skall överensstämma med det system som de sedan skall arbeta med, är det viktigt att systemet fungerar som det skall redan från början. Vidare nämns att användarna bör få en grundläggande datorutbildning innan de får utbildning i det nya systemet. Detta är viktigt för att användarna skall tillgodogöra sig utbildningen.

Införandet av ett datorjournalssystem vid Ystads lasarett tas upp i en rapport från Spri (1995). Detta system hanterade inte remisser eller provsvar vid tidpunkten för införandet. Den personal som skulle använda systemet fick utbildning i samband med införandet. De flesta undersköterskor fick dock ingen utbildning över huvud taget. Motivet till detta var att de inte behövde någon journalinformation för att utföra sitt

¹⁷ Bestående status kan sägas vara ett bestående tillstånd hos patienten, t ex om en patient får cancer.

arbete. Det system som användes vid utbildningen överensstämde inte med det system som personalen senare skulle arbeta med. Personalen ansåg att detta skapade förvirring. Vid utbildningstillfället framkom det för de blivande användarna att systemet inte var färdigutvecklat.

En viktig fråga vid införandet var hur man skulle göra vid övergången från pappersjournalerna till datorjournalerna. Ett alternativ var att låta alla pappersjournaler vara historiska dokument som man tog fram vid behov och ett annat alternativ var att försöka föra över uppgifter från pappersjournalen till datorjournalen. Beslutet blev att föra in sammanfattningar av pappersjournalerna i datorjournalerna, vilket skulle göras för varje patient som kom dit från och med övergångstillfället. Varje läkare som fick en patient som inte hade en datorjournal fick alltså göra en sammanfattning av den patientens pappersjournal. Läkarna dikterade sammanfattningar, som sedan fick skrivas in i datorjournalerna av läkarsekreterarna. För att klara av detta tidsmässigt fanns det inte möjlighet att ta emot lika många patienter, som man i vanliga fall skulle haft möjlighet att göra.

Spri (1998) kom fram till att det under införandet är av stor vikt att användarna får tillräckligt med tid avsatt för att träna på de nya rutinerna. De kan annars förlora förtroendet för det nya systemet. Användarna förstår först när systemet är installerat hur detta kommer att påverka deras arbete och deras arbetsrutiner. Den utbildning som användarna får bör därför anpassas efter användarnas olika förkunskaper och yrkeserfarenheter. Utbildningen skall inte bara ge kunskap om hur man bäst utför sina arbetsuppgifter och hur man hanterar utrustningen för just dessa uppgifter, utan även ge kunskap om syftet med datorsystemet, dess uppbyggnad samt vilken betydelse systemet har för patienterna.

Berg (2001) skriver i en artikel om myter och utmaningar vid implementation av informationssystem inom sjukvården. En myt som Berg skriver om är att:

Implementation av ett informationssystem innebär att informationssystemet rent tekniskt kommer på plats.

Alltför ofta talar författare, projektledare eller IS¹⁸-proffs om att rulla ut ett system eller om att planera dess utbredning. Denna terminologi tyder på att man underskattat svårigheterna med att implementera ett informationssystem. En implementation innebär förändringar på två håll. Dels kan det nya informationssystemet behöva anpassas till organisationen och dels kan organisationen behöva anpassas till det nya informationssystemet. Den nya tekniken påverkar arbetsfördelningen, innehållet i arbetet, förändrar informationsflödet och gör dessutom arbetsuppgifter och informationsflöde mer abstrakta då de, i och med den nya tekniken, inte längre är synliga på samma sätt som tidigare. Elektroniska patientjournaler inbjuder ofta till förändrade journalföringsrutiner och väcker frågor om vem som skall ha tillgång till vems data och under vilka omständigheter. Dessa frågor kan leda till sociala och politiska processer om vem som har rätt att dokumentera och i vilka delar av journalen denna dokumentationsrätt gäller samt frågor om vem som äger vilken information och vem som skall ha rätt att kontrollera vems arbete. Sådana organisatoriska processer inbjuder i sin tur till att förändra systemet. Behörighetsprocedurerna kan behöva förändras och långsamma uppstartssidor hos programmet kan i användarnas ögon vara

¹⁸ InformationSystem

en stressfaktor och därmed kan uppstartssidan behöva tas bort eller uppstartstiden för programmet förkortas, med mera.

Berg (2001) avslutar med att implementeringen av informationssystem bör betraktas som en utveckling av organisationen eftersom detta sätt att betrakta implementeringen på antyder att informationssystemet är ämnat att driva igenom en positiv förändring hos organisationen.

I en artikel av van der Meijden, Tange, Troost & Hasman (2001) går det att läsa om ett försök att engagera slutanvändarna i framtagningen av en elektronisk patientjournal. Syftet med detta var att få slutanvändarna intresserade av det nya systemet och få dem att i god tid börja tänka på vad ett nytt system kunde innebära. Resultatet visade dock att slutanvändarnas intresse och engagemang var oförändrat vid införandet av det nya systemet. De som från början varit positivt inställda till det nya systemet var fortsatt positivt inställda vid införandet, medan de som varit negativt inställda till det nya systemet vid införandet fortfarande var negativt inställda.

Slutanvändarnas intresse för den elektroniska patientjournalen tycktes vara oförändrat genom hela systemeringsprocessen.
(van der Meijden et al., 2001, s. 184)

Inställningen till det nya datoriserade systemet och det gamla pappersarkivet var grundat på användarnas datorkunskap och tidigare erfarenhet av datorer. De med liten erfarenhet av datorer var i större utsträckning positivt inställda till pappersarkivet. Slutanvändarna hade generellt sett inte förväntat sig några större förändringar i samband med införandet av den elektroniska patientjournalen. Möjligtvis skulle rapporteringstiden mellan personalen förkortas med en datoriserad journal.

Förutom mer koncis rapportering förväntades inga fördelaktiga effekter med den elektroniska journalföringen. (van der Meijden et al., 2001, s. 173)

3.6 Fördelar och nackdelar

Enligt Gratte (1996) tror många att datorjournalen bara har fördelar. Man tror att läkare och vårdpersonal skall slippa allt pappersarbete med hjälp av den datoriserade journalen. All information om patienten är omedelbart tillgänglig överallt och möjligheterna att söka och sammanställa är obegränsade. Detta samtidigt som hänsyn har tagits till både integritet och sekretess. Denna bild överensstämmer inte riktigt med verkligheten.

3.6.1 Användarvänlighet

Gratte (1996) säger att pappersjournalen är användarvänlig på ett flertal olika sätt. Den kan bäras med dit den behövs och det går snabbt och enkelt att bläddra. Den ger bra översikt genom att man exempelvis kan ta ut blad och lägga dem bredvid varandra. Pappersjournalen fungerar bra som ett dokumentationsverktyg, under förutsättning att man får tag på den när man behöver den. En sak som gör att datorjournaler uppfattas vara krångligare att använda jämfört med pappersjournaler är att man får se för lite åt gången. Exempelvis kan man inte läsa under flera sökord samtidigt. Detta gör att det blir svårt att få en bra överblick över journalerna. Med datorjournaler måste man veta vilken information man skall leta efter och var i journalen man skall leta. Man måste

söka efter information som man förut fick av bara farten och man har sämre möjligheter att råka få syn på något.

3.6.2 Säkerhet

Gratte (1996) menar att det vid användning av pappersjournaler kan vara ett problem att kontrollera sekretessen och signeringen. Det går inte att se vem som har läst journalen och det går inte alltid att se vem som har antecknat i journalen. Vid användning av datorjournaler är det lättare att kontrollera sekretessen och signeringen. Dessutom är det svårare för utomstående att få tillgång till de elektroniska patientjournalerna jämfört med de pappersbaserade patientjournalerna. I en rapport från Spri (1995) tar man upp säkerhet ur patientperspektivet. Man anser här att journalsäkerheten har ökat på olika sätt. En sak är att man bedömer att sekretessen har ökat bland annat genom att det nu inte finns några aktuella journaler ”på drift”. En annan sak är att varje behörig användare har behörighetskoder som byts ut var sjunde vecka. En tredje sak är att alla sökningar som gjorts efter enskilda journaler lagras i systemet. En av anledningarna till denna rutin är att det skall gå att spåra om det finns misstanke om att någon skulle använda journalen som nöjesläsning. Med denna rutin som nu finns går det alltså att spåra vilka personer som läst en viss journal.

3.6.3 Tillgänglighet

Gratte (1996) anser att ju mer information som skrivs in i en journal desto mer beroende blir man av tillgång till informationen och journalen. Vid användning av pappersjournalssystem är det ofta problem att få tag i den journal som behövs för stunden. Bara sökandet efter försvunna pappersjournaler kan utgöra en hög kostnad.

Enligt en rapport från Spri (1995) är en av de största vinsterna med datorjournaler den ökade tillgängligheten. Gratte (1996) nämner att en elektronisk journal är tillgänglig så länge datorerna fungerar. Det som kostar här är dock utrustning, program, utbildning och underhåll.

Enligt Gratte (1996) är en annan betydande fördel med datorjournalen att behöriga användare har tillgång till denna genom alla datorarbetsplatserna i nätverket. Pappersjournalerna finns bara i ett exemplar och kan bara användas av en person i taget.

3.7 Användarnas inställning till datorjournaler

3.7.1 Fördelar

Enligt en kvalitativ undersökning av Wager (1998), där man ville veta datorjournalens inverkan på ett antal vårdavdelningar, var det en anmärkningsvärd överensstämmelse bland vårdpersonalen (läkare, läkarassistenter och sjuksköterskor) och undersköterskorna beträffande uppfattade fördelar med att använda datorjournalen i arbetet. Många ansåg att datorjournalen i hög grad har förbättrat kvaliteten på dokumentationen och den övergripande kvaliteten på själva journalen. Vårdpersonalen tyckte att datorjournalen är mer fullständig, riktig, läsbar och organiserad. Att veta att dokumentationen i journalen är riktig och fullständig tycktes vara väldigt viktigt för personalen och en källa till stort välbefinnande.

Wager (1998) nämner även att många läkare kände att om det inte vore för datorjournalen, så skulle de inte ha möjlighet att fortsätta ta emot lika många eller fler patienter per dag.

Vidare tar Wager (1998) upp en annan egenskap hos datorjournalen som verkade ligga i vårdpersonalens, särskilt läkarnas, intresse. Denna egenskap var möjligheterna att göra utsökningar. De som använde denna funktion tyckte faktiskt om den. De medgav att möjligheten att göra utsökningar är en funktion hos den elektroniska patientjournalen som varken är praktiskt användbar eller genomförbar med pappersjournaler. Exempelvis kan man söka efter alla patienter som använder en viss medicin. Även om utsökningen var en positiv egenskap var det flera läkare som ansåg det svårt att söka text när terminologin som används för att beskriva tillstånd inte är standardiserad.

Wager (1998) blev uppmärksam på att det fanns flera positiva aspekter med att använda elektroniska patientjournaler, vilka identifierades av vårdpersonalen och undersköterskorna. Personalen behöver inte lägga ner tid på att springa och leta efter försvunna journaler. På två av de undersökta avdelningarna var detta en stor fördel och en betydande besparing av tid. Både vårdpersonal och undersköterskor höll med om detta. Många hade skräckhistorier som handlade om försvunna journaler och de timmar man spenderade med att leta efter dessa. Att leta efter försvunna journaler var dock inte ett lika stort problem för de mindre avdelningarna, där det var färre platser att leta på.

3.7.2 Nackdelar

Wager (1998) skriver att även om många av fördelarna med att använda elektroniska patientjournaler hade att göra med själva programmet, var de flesta begränsningarna med att använda patientjournaler inte mjukvaruspecifika. I själva verket var de tre flest nämnda nackdelarna driftstopp, behov av utbildning och behov av teknisk support. Många pratade om den frustration de kände då systemet låg nere. I många fall tyckte personalen att det blev bättre med tiden och att systemet inte låg nere lika mycket som det brukade göra.

Wager (1998) kom fram till att nästan all personal ansåg att en adekvat utbildning i systemet var viktig för att användarna skulle acceptera systemet och för att man skulle nå framgång med de elektroniska patientjournalerna. På minst tre avdelningar tyckte man att den utbildning som man hade fått var otillräcklig. Bristen på effektiv träning var särskilt problematisk på avdelningar där det inte fanns någon läkare eller någon annan person som kunde systemet och som kunde tillhandahålla hjälp för andra. Några läkare ansåg att det var av betydelse att utbildarna hade klinisk bakgrund samtidigt som de hade teknisk sakkunskap. De ansåg att utan den kliniska kunskapen skulle det vara svårt för utbildaren att relatera till eller förstå utmaningen med att använda datorjournalen med patienter i undersökningsrummet. Exempelvis var det en läkare som berättade att patienter oftast inte svarar på frågorna i den ordning de ställs och att de ofta ger ytterligare information som inte är relaterat till frågan.

4 Resultat och Diskussion

Denna del behandlar resultatet av undersökningen samt diskussion kring detta. Resultatet är uppdelat efter distriktssköterskor respektive sjuksköterskor under varje scenario och dessutom finns en kort diskussion i slutet av varje scenarios resultat.

Förklaring till beteckningen för de personer som var med i undersökningen:

Bokstav A eller B motsvarar en arbetsplats (ett distriktssköterskekontor).

Bokstav C, D, E eller F motsvarar en avdelning (på ett särskilt boende).

Varje bokstav förekommer i kombination med en siffra och motsvarar en enskild person som arbetar på den aktuella arbetsplatsen eller den aktuella avdelningen.

Exempel:

A3 – motsvarar en enskild person på arbetsplats **A**

C4 – motsvarar en enskild person på avdelning **C**

4.1 Scenario 1

Dokumentera anhöriguppgifter.

I detta scenario är det tänkt att man skall dokumentera anhöriguppgifter. Vi har gett testpersonerna som förslag att man skall lägga in en dotter med namn, adress och telefonnummer. Vad namnet på dottern är och så vidare får den som dokumenterar själv hitta på. Man gör som så att man går in på **Kund**, för att sedan välja fliken **Övriga kunduppgifter** och klicka på knappen **Närstående**. Sedan skriver man in namn, adress och telefonnummer och väljer att spara de nya uppgifterna.

Distriktssköterskor

De flesta distriktssköterskor klarade att genomföra detta. Det var dock en person som inte visste exakt var man skulle dokumentera och då fick vi agera kollegor och ge den hjälp som behövdes.

På arbetsplats A var det så att alla de fem personer som var med i undersökningen har skrivit in telefonnumret på samma rad som namnet. Detta gäller även för en person på arbetsplats B.

Anledningen till att vissa personer skrev in telefonnumret till patientens anhöriga på samma rad som namnet är att man skall se de anhörigas telefonnummer direkt när man har gått in under fliken **Övriga kunduppgifter**. Det går alltså fortare att få tag på telefonnummer till anhöriga. Dessutom är det så att om det finns flera anhöriga inlagda i programmet till den aktuella patienten, kan man se deras telefonnummer samtidigt.

Sjuksköterskor

De flesta sjuksköterskor klarade att genomföra detta. Det var dock en person som inte visste exakt var man skulle dokumentera och då fick vi agera kollegor och ge den hjälp som behövdes.

Diskussion

Det var två personer som behövde få hjälp med att klara av detta scenario. En av dessa har dock inte arbetat med systemet lika länge som de andra distriktssköterskorna och sjuksköterskorna, som var med i undersökningen har gjort. Dessa två personer sade att de var lite osäkra på var de skulle dokumentera, på grund av att detta är något som de

vanligtvis inte gör. Det var fler personer som nämnde att detta är något som de sällan gör och vi tror att det delvis kan vara en orsak till att det var två personer som inte klarade uppgiften utan hjälp.

4.2 Scenario 2

Patienten har ramlat och slagit sig, blöder från huvudet, och du lägger på ett förband.

I detta scenario skall man dokumentera att patienten har ramlat och slagit sig med följden att det blöder från huvudet. Åtgärden för detta är att man lägger på ett förband. Man gör som så att man dokumenterar att patienten har ramlat under **Daganteckning Aktivitet**. Dessutom skall man dokumentera att man lägger på ett förband under **Daganteckning Hud/Vävnad**.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
3 A2, A4, B2	<input type="checkbox"/> Daganteckning Aktivitet <input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad
3 A1, A5, B1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Aktivitet
2 A3, B5	<input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad
1 B3	<input type="checkbox"/> Daganteckning Aktivitet <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Åtgärd/Uppföljning
1 B4	<input type="checkbox"/> Insats Injektion Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Injektion Åtgärd/Uppföljning

Tabell 1: Hur distriktssköterskorna dokumenterade Scenario 2.

Distriktssköterskor

Enligt Tabell 1 blev resultatet för distriktssköterskorna i detta scenario att de flesta dokumenterade under både **Daganteckning Aktivitet** och **Daganteckning Hud/Vävnad** eller under endast ett av dessa sökord, det vill säga antingen under **Daganteckning Aktivitet** eller under **Daganteckning Hud/Vävnad**. På arbetsplats B var det två personer som dokumenterade **Instruktion** och **Åtgärd/Uppföljning** för en **Insats** under **Verkställigheten**. Den ena personen dokumenterade under insatsen **Sårbehandling** och den andra personen under insatsen **Injektion**. Den förstnämnda dokumenterade dessutom under **Daganteckning Aktivitet**.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
C1 1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Aktivitet <input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Avvikelse
C2 1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Aktivitet <input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Daganteckning Andning/Cirkulation <input type="checkbox"/> Daganteckning Rond/Läkarkontakt <input type="checkbox"/> Daganteckning Närståendekontakt
D1, E1, F1 3	<input type="checkbox"/> Daganteckning Aktivitet
D3, E2 2	<input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad
D1 1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Andning/Cirkulation

Tabell 2: Hur sjuksköterskorna dokumenterade Scenario 2.

Sjuksköterskor

Som Tabell 2 visar blev resultatet för sjuksköterskorna att två personer dokumenterade under både **Daganteckning Aktivitet** och **Daganteckning Hud/Vävnad**. De flesta, fem personer, dokumenterade under antingen **Daganteckning Aktivitet** eller under **Daganteckning Hud/Vävnad**. I Tabell 2 kan man dessutom se att en person dokumenterade under **Daganteckning Andning/Cirkulation**. Denna sjuksköterska nämnde vidare att hon endast dokumenterar under **Daganteckning Hud/Vävnad** om såret behöver sys.

Diskussion

De distriktssköterskor som här har dokumenterat en **Insats** under **Verkställigheten** har troligtvis tolkat scenariot som om att omläggningen skulle göras fler gånger under en tidsperiod. Det är nämligen så att om patienten skall få någon regelbunden omvårdnad i två veckor eller längre tid är det så att man skall dokumentera den speciella omvårdnaden som en **Insats** under **Verkställigheten**. En av distriktssköterskorna (B3) dokumenterade under **Verkställigheten** för detta scenario och för Scenario 4 även om dessa scenarier beskriver sådant som endast görs en gång eller ett par gånger under en kortare tid än två veckor. En av sjuksköterskorna har dokumenterat under fem olika sökord i detta scenario. Detta är befogat om scenariot uppfattas som att patienten ådragit sig en allvarligare skallskada än den vi haft för avsikt att förmedla i detta scenario.

4.3 Scenario 3

Patienten får en behepanspruta en gång varje dygn i tre veckor. Du har just gett patienten en behepanspruta.

Detta scenario går ut på att man skall dokumentera den injektion, det vill säga en behepanspruta, som patienten skall få regelbundet: en gång per dygn i tre veckor. Dessutom skall man dokumentera att man har gett patienten dess dagliga injektion. Dokumentationen görs i detta fall genom att man dokumenterar under **Verkställigheten** på en ny **Insats**. I detta fall är det så att det redan ligger en ny **Insats** för **Injektioner** under **Verkställigheten**, så de personer som har deltagit i denna undersökning har inte behövt lägga till en ny insats själva i detta scenario. Under **Instruktion Injektion** skall det stå instruktion för den injektion som patienten skall få, i detta fall att patienten skall få sin injektion en gång per dygn i tre veckor. Det finns en så kallad frastext som underlättar när man skall skriva instruktionen för injektionen, det är färdig text som finns i en lista. Det enda som behöver kompletteras är hur ofta patienten skall få denna injektion och att detta skall göras under en period på tre veckor. Under **Åtgärd/Uppföljning Injektion** skall det stå att patienten har fått sin injektion. Även i detta fall kan man använda sig av frastext, dock behövs ingen ytterligare text för att komplettera.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
10 A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B3, B4, B5	<input type="checkbox"/> Insats Injektion Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Injektion Åtgärd/Uppföljning

Tabell 3: Hur distriktssköterskorna dokumenterade Scenario 3.

Distriktssköterskor

I Tabell 3 ser man att alla distriktssköterskor har dokumenterat en **Injektion** under **Insats**. De har skrivit **Instruktion** och **Åtgärd/Uppföljning** för den injektion som patienten dagligen skall ha i tre veckor. Det var dock en distriktssköterska som till en början verkade vara lite osäker på vart han/hon skulle dokumentera, eftersom hon först tittade/läste under **Daganteckningar**.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
8 C1, C2, D1, D2, D3, E1, E2, F1	<input type="checkbox"/> Insats Injektion Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Injektion Åtgärd/Uppföljning

Tabell 4: Hur sjuksköterskorna dokumenterade Scenario 3.

Sjuksköterskor

Tabell 4 visar att alla sjuksköterskor dokumenterade en **Insats** för **Injektion** och även

Instruktion och **Åtgärd/Uppföljning** för den injektion som patienten skall få regelbundet i tre veckor. En av sjuksköterskorna hade till en början lite svårt att hitta platsen för att dokumentera **Instruktion** och **Åtgärd/Uppföljning** för injektionen.

Diskussion

Här har alla distriktssköterskor gjort på samma sätt oberoende av vem som har dokumenterat och alla har dessutom dokumenterat på det sätt som det är tänkt att det skall göras. Den person som till en början verkade lite osäker på vart han/hon skulle dokumentera, gjorde rätt efter att ha ”tänkt efter” lite grand. Denna person fick alltså ingen hjälp från oss eller någon kollega.

Även sjuksköterskorna har här dokumenterat på samma sätt och dokumenterat på det sätt som det är tänkt. Den sjuksköterska som hade lite svårt att hitta rätt, hittade rätt plats utan att ha fått hjälp från oss eller någon kollega.

4.4 Scenario 4

Patienten får huvudvärk och du har gett patienten dennes vid behovs medicin.

I detta scenario är det tänkt att man skall dokumentera att patienten har fått ont i huvudet och att man har gett patienten vid behovs medicin mot huvudvärken. Dokumentationen går till så att man dokumenterar både att patienten har fått huvudvärk och att man har gett patienten medicin mot huvudvärken under **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck**.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
<p style="text-align: center;">9</p> <p>A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B4, B5</p>	<p><input type="checkbox"/> Daganteckning Smärta/Sinnesintryck</p>
<p style="text-align: center;">1</p> <p>B3</p>	<p><input type="checkbox"/> Daganteckning Välbefinnande</p> <p><input type="checkbox"/> Insats Läkemedelsadministration Instruktion</p> <p><input type="checkbox"/> Insats Läkemedelsadministration Åtgärd/Uppföljning</p>

Tabell 5: Hur distriktssköterskorna dokumenterade Scenario 4.

Distriktssköterskor

Som Tabell 5 visar så var det nästan alla distriktssköterskor som dokumenterade patientens huvudvärk och den medicin som patienten gavs under **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck**. Det var dock en distriktssköterska som gjorde annorlunda genom att dokumentera att patienten har huvudvärk under Daganteckning Välbefinnande. Distriktssköterskan dokumenterade även att patienten fick medicin mot huvudvärken genom att lägga till en ny **Insats** för **Läkemedelsadministration** och dokumenterade **Instruktion** och **Åtgärd/Uppföljning** för denna insats.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
7 C1, C2, D2, D3, E1, E2, F1	☐ Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
1 D1	☐ Daganteckning Smärta/Sinnesintryck ☐ Daganteckning Rond/Läkarkontakt

Tabell 6: Hur sjuksköterskorna dokumenterade Scenario 4.

Sjuksköterskor

I Tabell 6 kan man se att alla sjuksköterskor dokumenterade under **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck**. De flesta dokumenterade patientens huvudvärk och den medicin som patienten fick mot huvudvärken på detta ställe, utom en som endast dokumenterade patientens huvudvärk här. Denna person dokumenterade dock att patienten fick medicin mot huvudvärken under **Daganteckning Rond/Läkarkontakt**.

Diskussion

Här ser vi att de flesta distriktssköterskor dokumenterar på samma ställe och dessutom att dokumentationen i stort sett sker på det sätt som det är tänkt att den skall ske. Undantaget är en distriktssköterska som dokumenterar under ett helt annat sökord än alla andra och dessutom lägger till en i detta scenario helt obefogad insats. Om patienten skall få någon regelbunden omvårdnad under två veckor eller längre tid skall den speciella omvårdnaden dokumenteras som en **Insats** under **Verkställigheten**. Annars räcker det med att man dokumenterar under **Daganteckningar**.

De flesta sjuksköterskor dokumenterade på samma sätt och på det sätt som det är tänkt att man skall dokumentera på vid detta scenario. Det var dock en som skilde sig från mängden och dokumenterade under ett ytterligare sökord.

4.5 Scenario 5

2 timmar efter att du gav vid behovs medicin mot huvudvärken gör du en utvärdering av hur patienten mår.

I detta scenario skall man, två timmar efter det att patienten fick medicin mot huvudvärk (se Scenario 4), dokumentera att medicinen haft god effekt och att patienten nu känner sig bättre, det vill säga att huvudvärken har släppt. Man dokumenterar genom att, under **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck**, skriva in att patienten mår bättre och att medicinen hade god effekt. Detta kan göras på två sätt beroende på om man har sparat anteckningen från föregående scenario eller ej. Om det är så att man har sparat anteckningen så gör man en ny anteckning under **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck**. Om man inte har sparat anteckningen så kan man göra på så sätt att man fortsätter skriva på den anteckning som gjordes under det förra scenariot.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
8 A1, A2, A3, A4, A5, B1, B2, B5	<input type="checkbox"/> Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
2 B3, B4	<input type="checkbox"/> Daganteckning Välbefinnande

Tabell 7: Hur distriktssköterskorna dokumenterade Scenario 5.

Distriktssköterskor

Tabell 7 visar att de flesta dokumenterade under **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck**. En av de som i föregående scenario dokumenterade under **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck** dokumenterade i detta scenario under **Daganteckning Välbefinnande**.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
8 C1, C2, D1, D2, D3, E1, E2, F1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

Tabell 8: Hur sjuksköterskorna dokumenterade Scenario 5.

Sjuksköterskor

Här, i Tabell 8, ser man att alla sjuksköterskor har dokumenterat att patientens huvudvärk har gått över under **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck**. En av sjuksköterskorna nämnde att han/hon skulle dokumenterat under **Daganteckning Välbefinnande** om det hade varit andra saker att dokumentera än huvudvärken.

Diskussion

Här dokumenterade alla distriktssköterskor utom två på samma ställe och på det sätt som är tänkt. De två distriktssköterskor som här dokumenterade under **Daganteckning Välbefinnande** dokumenterade inte under samma sökord under föregående scenario (Scenario 4) som de gjorde under detta scenario. Detta scenario och föregående scenario hänger på sätt och vis ihop; det kan vara bra om man i föregående scenario dokumenterade under exempelvis **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck**, även i detta scenario dokumenterar under detta sökord. Om man hellre dokumenterar att patienten mår bra och att huvudvärken har gått över under ett annat sökord, kan det vara bra för de som sedan läser i patientens journal om det åtminstone står någon liten anteckning under **Daganteckning Smärta/Sinnesintryck** att man ska läsa under det andra sökord man skrivit om patientens huvudvärk. Exempelvis kan det då se ut så här:

Resultat till tidigare anteckning: se Välbefinnande.

Då får den som läser reda på vart den skall läsa för att veta hur det gick med patientens huvudvärk, utan att behöva leta under flera möjliga sökord för att hitta detta.

Här har alla sjuksköterskor dokumenterat på samma sätt och dokumenterat på det sätt som är tänkt.

4.6 Scenario 6

Du uppmärksammar ett sår på vänster underben hos patienten och du har gjort en omläggning av patientens sår. Din bedömning är att patienten skall få såret omlagt 2 gånger varje dag till dess att såret är läkt.

Dokumentation görs som alltid under **Daganteckning** och där under underrubriken **Hud/Vävnad**. Här skall man utöver dokumentation av aktuell händelse även hänvisa till andra rubriker där man dokumenterat sådant med anknytning till den dokumentation man gjort. Under **Status** skall förändringar i patientens allmäntillstånd som anses var bestående, dokumenteras och detta är en sådan förändring. Under **Status** skall underrubriken **Hud** väljas och sedan underrubriken **Sår** där en dokumentation görs. Scenariot beskriver att den ansvarige sjuksköterskan/distriktssköterskan gör bedömningen att såret regelbundet skall läggas om till dess såret är läkt. Enligt praxis dokumenteras ett sår i **Verkställigheten** som en **Insats** (typ av insats och instruktioner för återkommande behandling dokumenteras där) då såret behandlats i två veckors tid utan att ha läkt, i detta fall är insatsen **Sårbehandling** att rekommendera. Men detta är som sagt praxis och inte en regel, i scenariot gjordes som sagt bedömningen att såret skulle bli särskilt omlagt varje dag och då kan behandlingen av såret dokumenteras som en **Insats** under **Verkställigheten** redan den dag såret upptäckts i synnerhet då det kan ses som troligt att såret kommer att ta minst två veckor på sig att läka. Varje **Insats** har underrubrikerna **Instruktion**, **Åtgärd/Uppföljning** och **Resultat** under vilka man dokumenterar det som rubriken beskriver. Under **Åtgärd** t ex, dokumenterar man den åtgärd man gjort enligt **Instruktionen**.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
<p style="text-align: center;">1</p> <p>A2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Status Hud Sår <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Åtgärd/Uppföljning
<p style="text-align: center;">5</p> <p>A1, A3, A4, B1, B3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Status Hud Sår <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Åtgärd/Uppföljning
<p style="text-align: center;">2</p> <p>A5, B5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Åtgärd/Uppföljning
<p style="text-align: center;">2</p> <p>B2, B4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Åtgärd/Uppföljning

Tabell 9: Hur distriktssköterskorna dokumenterade Scenario 6.

Distriktssköterskor

Fem distriktssköterskor av tio har inte dokumenterat scenariot under **Daganteckning** och fyra av tio anser inte att Scenario 6 handlar om ett bestående status.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
D3 1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Status Hud Sår <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Åtgärd/Uppföljning <input type="checkbox"/> Omvårdnadsplan (kopplat till Insats)
D1 1	<input type="checkbox"/> Status Hud Sår <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Åtgärd/Uppföljning
E2, F1 2	<input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Åtgärd/Uppföljning
C1 1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Insats Hudbehandling Instruktion <input type="checkbox"/> Insats Hudbehandling Åtgärd/Uppföljning
D2 1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion
E1 1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad
C2 1	<input type="checkbox"/> Daganteckningar Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Omvårdnadsplan

Tabell 10: Hur sjuksköterskorna dokumenterade Scenario 6.

Sjuksköterskor

Sju av åtta sjuksköterskor dokumenterade Scenario 6 under **Daganteckning**, sex av åtta anser inte att Scenario 6 handlar om ett bestående status.

Diskussion

Då endast två av de arton respondenterna dokumenterat under både **Daganteckning** och **Status** tyder detta på att de flesta av respondenterna väljer att dokumentera under antingen **Daganteckning** eller **Status**, framför att dokumentera under båda rubrikerna. Vanligast inom de olika grupperna sjuksköterskor och distriktssköterskor är att

sjuksköterskorna dokumenterar scenario 6 under **Daganteckning** och att distriktssköterskorna dokumenterar scenario 6 under **Status**.

4.7 Scenario 7

Patient har fått ett infekterat sår omlagt varje dag en lägre tid och nu har såret läkt så några fler omläggningar blir det inte.

Scenariot går ut på att det skett en förändring till det bättre för patienten. Medan tidigare anteckningar talar om att patienten har ett sår på benet så skall dokumentationen till detta scenario medge att behandlingen av såret givit resultat och att såret nu inte längre finns kvar. I normala fall behöver man inte dokumentera att en patient mår bra, men i detta fall har det skett en förändring i patientens tillstånd och förändringar i en patients tillstånd skall alltid dokumenteras. Var dokumentationen för detta scenario skall ske beror av var tidigare dokumentation kring såret på benet gjorts. Är såret dokumenterat under **Status Hud Sår** så bör det nu dokumenteras under **Status Hud Sår** på nytt, är en **Sårbehandling** inlagd som en **Insats** så bör man nu dokumentera under **Insats Sårbehandling Resultat = avslutad sårbehandling** osv. En regel borde vara att respondenten i detta scenario dokumenterar under **Status Hud Sår**, eftersom det rör sig om ett bestående status, samt under **Insats Sårbehandling Resultat = avslutad sårbehandling**, eftersom en **Insats** bör finnas dokumenterad sedan tidigare. En **Insats** bör avslutas med ett datum för avslutad behandling. Slutligen under **Daganteckning Hud/Vävnad** eftersom scenariot handlar om patientens hud.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
A2 1	<input type="checkbox"/> Status Hud Sår <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Resultat =Avslutad sårbehandling <input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad
B1, A1 2	<input type="checkbox"/> Status Hud Sår <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Resultat =Avslutad sårbehandling
A3, A4, B2, B4, B5 5	<input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Resultat =Avslutad sårbehandling
A5 1	<input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling =Avslutad sårbehandling <input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad
B3 1	<input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Instruktion

Tabell 11: *Hur distriktssköterskorna dokumenterade Scenario 7.*

Distriktssköterskor

Alla tio distriktssköterskor dokumenterade att en insats var avslutad, fyra av dessa tio skrev in datum för avslutad insats. En av distriktssköterskorna skrev in en ny insats med instruktion om att sårbehandling hade upphört. Tre av sex distriktssköterskor (under **Status Hud Sår** hade de sex i Scenario 6 dokumenterat ett bestående status i form av ett sår) glömde att dokumentera under **Status Hud Sår** att såret var läkt, en av tre (under **Daganteckning Hud/Vävnad** hade de tre i Scenario 6 dokumenterat en akut och oplanerad händelse kring patienten i form av ett sår) glömde att dokumentera under **Daganteckning Hud/Vävnad** att såret var läkt. Samtliga distriktssköterskor dokumenterade den i Scenario 6 införda **Insats** som avslutad.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
2 D1, D3	<input type="checkbox"/> Status Hud Sår <input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Resultat =Avslutad sårbehandling
4 C1, D2, E2, F1	<input type="checkbox"/> Insats Sårbehandling Resultat =Avslutad sårbehandling
1 C2	<input type="checkbox"/> Daganteckning Hud/Vävnad <input type="checkbox"/> Avslutar Omvårdnadsplan
1 E1	KLARADE EJ UPPGIFTEN

Tabell 12: Hur sjuksköterskorna dokumenterade Scenario 7.

Sjuksköterskor

Fem av sju sjuksköterskor (under **Daganteckning Hud/Vävnad** hade de sju i Scenario 6 dokumenterat en akut och oplanerad händelse kring patienten i form av ett sår) glömde att dokumentera under **Daganteckning Hud/Vävnad** att såret var läkt och en av två (de två hade i Scenario 6 startat en **Omvårdnadsplan**) glömde att avsluta **Omvårdnadsplan**. Den sjuksköterska som i scenario sex valde att dokumentera under **Insats Hudbehandling Instruktion** avslutade en insats om sårbehandling som redan fanns inlagd, alltså fel insats blev avslutad.

Diskussion

Tre av tio distriktssköterskor och en av åtta sjuksköterskor skrev in datum för avslutad behandling. Detta är anmärkningsvärt eftersom datum för avslutad behandling borde vara något av stort intresse för den vårdande personalen men även i händelse av att statistik skall tas fram i forskningssyfte.

4.8 Scenario 8

Patienten har nyligen haft ett epileptiskt anfall men tycks nu ha återhämtat sig till det normala. Patienten har aldrig tidigare haft något epileptiskt anfall.

Ett epileptiskt anfall¹⁹ är en ganska ovanlig företeelse och något som de flesta distriktssköterskor och sjuksköterskor inom äldreomsorgen inte har behövt dokumentera tidigare. Enligt VIPS skall bland annat spasticitet (krampaktiga ryckningar) och kramper dokumenteras under **Daganteckning Aktivitet**. Detta går att läsa sig till antingen i Pro Capitas hjälp funktion, ”**hammaren**” eller i en VIPS - folder. Scenariot talar om att något epileptiskt anfall aldrig tidigare har konstaterats hos patienten. Då endast läkare får ställa diagnosen *epileptiskt anfall*, bör dokumentation även ske under **Daganteckning Rond/Läkarkontakt** där information om patienten som bör tas upp vid nästa rond eller läkarkontakt skall stå.

Om diagnosen epileptiskt anfall ställs av läkare kan förändringen i patientens allmäntillstånd sägas vara bestående och dokumentation skall då ske under **Status Aktivitet**, men då scenariot inte talar om att diagnosen blivit ställd skall dokumentation i första hand endast göras under **Daganteckningar Aktivitet** och endast utifall sjuksköterskan eller distriktssköterskan själv anser att scenariot tyder på bestående förändring dokumenteras under **Status** med ”**lämplig underrubrik**”.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
1 A1	<input type="checkbox"/> Daganteckningar Aktivitet <input type="checkbox"/> Daganteckningar Rond/Läkarkontakt
3 B1, B5, A5	<input type="checkbox"/> Daganteckningar Aktivitet
1 B4	<input type="checkbox"/> Daganteckning Andning/Cirkulation <input type="checkbox"/> Daganteckning Rond/Läkarkontakt
2 A2, A3	<input type="checkbox"/> Daganteckning Andning/Cirkulation
1 B2	<input type="checkbox"/> Status Andning/Cirkulation <input type="checkbox"/> Anamnes Kontactorsak
1 B3	<input type="checkbox"/> Daganteckning Välbefinnande <input type="checkbox"/> Insats Observation/Övervakning Instruktion
1 A4	<input type="checkbox"/> Daganteckning

Tabell 13: Hur distriktssköterskorna dokumenterade Scenario 8.

¹⁹ Epileptiskt anfall har symptomen; spasticitet, låg eller obefintlig kontaktbarhet, sammanbitna tänder samt att fradga kan synas kring munnen.

Distriktssköterskor

Av de fyra distriktssköterskor som dokumenterade under den korrekta rubriken **Daganteckning Aktivitet** så var det två stycken som tog hjälp av VIPS – foldern, en som tog hjälp av ”**hammaren**” (Pro Capitas hjälpfunktion) och en som valde korrekt rubrik utan hjälp. Sex av distriktssköterskorna valde ej den korrekta rubriken vid dokumentation av scenario 8, av dessa var det ingen som sökte hjälp.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
D2 1	<input type="checkbox"/> Daganteckningar Aktivitet <input type="checkbox"/> Daganteckningar Rond/Läkarkontakt
D3 1	<input type="checkbox"/> Daganteckningar Aktivitet <input type="checkbox"/> Daganteckningar Rond/Läkarkontakt <input type="checkbox"/> Status Aktivitet
F1 1	<input type="checkbox"/> Daganteckningar Aktivitet
C1 1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Andning/Cirkulation <input type="checkbox"/> Daganteckning Rond/Läkarkontakt <input type="checkbox"/> Status Andning/Cirkulation
D1, E2 2	<input type="checkbox"/> Daganteckning Andning/Cirkulation <input type="checkbox"/> Daganteckning Rond/Läkarkontakt
E1 1	<input type="checkbox"/> Daganteckning Andning/Cirkulation
C2 1	<input type="checkbox"/> Status Andning/Cirkulation <input type="checkbox"/> Daganteckning Rond/Läkarkontakt <input type="checkbox"/> Daganteckning Närståendekontakt

Tabell 14: Hur sjuksköterskorna dokumenterade Scenario 8.

Sjuksköterskor

Tre av åtta sjuksköterskor dokumenterade under den korrekta rubrik **Daganteckning Aktivitet**. Ingen av sjuksköterskorna sökte information (hjälp) om vilken rubrik som var korrekt att dokumentera under.

Diskussion

Då sju av arton respondenter dokumenterar under korrekt rubrik förstår man röran som lätt kan uppstå i det dokumenterade materialet. Om fler än de tre distriktssköterskorna

bland de arton respondenterna använt VIPS – foldern eller ”**hammaren**”, hade troligtvis fler dokumenterat under korrekt rubrik i Scenario 8.

4.9 Scenario 9

Du har varit på semester i en vecka och nu vill du se om något har hänt med din patient, Fantomen, under tiden du varit borta.

Scenariot går ut på att man skall läsa eller söka information om en patient. I första hand är det under **Daganteckning** respondenten skall leta efter information då de vill se vad som hänt patienten under en tid som varit. Det går naturligtvis att titta igenom alla **Daganteckningar** och endast läsa de synliga datum som är av intresse. Ett mer effektivt sätt är att välja **Visa Inställningar Rubrikträd** och att där välja vilka rubriker och vilka datum som skall visas i Rubrikträdet, t ex Daganteckningar, endast rubriker med inskriven text och datum från och med ..., sedan är det bara att läsa allt som visas. Det finns även ett **Sökverktyg** i Pro Capita som gör det möjligt att visa endast dokumenterat material av intresse. Information om Sökverktyget finns i Pro Capitas användarhandbok (består av en pärm). Då man gör en utskrift av en journal får man ett sammanställt dokument över hela patientens journal, nackdelen är om det dokumenterats mycket om en patient t ex om patienten funnits i systemet en lång tid.

Distriktssköterskor

Nio av tio löste uppgiften genom att titta i **Daganteckning** efter aktuella datum att läsa. En distriktssköterska, (A3), löste uppgiften genom att använda **Navigator, Sökverktyg**. Till sin hjälp tog respondent A3 en användarpärm för Pro Capita. Ytterligare en respondent sade sig kunna använda **Sökverktyget** men att detta tog för lång tid varför respondenten föredrog att söka efter informationen manuellt. En respondent sade att en utskrift av dokumentationsmaterialet hade varit det givna alternativet i ett ”skarpt läge”, men nöjde sig nu med att endast leta manuellt efter aktuell information. Merparten av respondenterna visade att de visste att **Sökverktyget** fanns, men ville inte använda det under förevändningen att **Sökverktyget** antingen var för tidskrävande eller för komplicerat att använda.

Sjuksköterskor

En av sjuksköterskorna använde **Visa Inställning Rubrikträd** för att gallra ut endast det som var av intresse att läsa, en ikon fanns för detta. Övriga sju sjuksköterskor gjorde en manuell utsökning av intressant läsning, en av dessa sade sig, i händelse av ”skarpt läge”, först titta i pärmen²⁰ efter viktig patientinformation. Den generella uppfattningen bland sjuksköterskorna var att man visste att det fanns någon form av **Sökverktyg** men att man helst inte använde det.

Diskussion

Intressant att notera är att den sjuksköterska som använde **Visa Inställning Rubrikträd**, hade en ikon överst i menyn för att aktivera fönstret där inställningarna för Rubrikträdet skulle göras, det var inte alla som hade det och de var i så fall tvungna att

²⁰ En pärm i vilken viktig omvårdnad för patienter finns nedskrivna, i synnerhet sådan omvårdnad som är aktuell för dagen. **Sjuksköterskorna** kallar denna viktiga patientinformationskälla för **pärmen** eftersom de använder en pärm för detta ändamål medan **distriktssköterskorna** använder en bok för ändamålet och således kallar sin viktiga patientinformationskälla för **dagboken**.

söka upp **Visa Inställning Rubrikträd** som en text i menyn. Detta kan vara en förklaring till att endast en av respondenterna använde **Visa Inställning Rubrikträd** för att på ett effektivare sätt kunna läsa information av intresse. En anledning till att **Sökverket** endast användes av en av respondenterna kan vara att **Sökverket** kräver att man skriver in den sjuksköterska eller distriktssköterska som var ansvarig under den period man vill se dokumentation ifrån och det kan ju ha varit flera olika sköterskor som varit ansvariga under den perioden vilket gör **Sökverket** något klumpigt.

4.10 Scenario 10

Du har ännu inte hunnit träffa Fantomen efter semestern. Tag reda på om Fantomen behöver någon särskild, regelbunden omvårdnad som t ex injektion, omläggning, morfinplåster eller lugnande medicinering.

Liksom Scenario 9 går Scenario 10 ut på att man skall läsa eller söka information om en patient. En regelbunden omvårdnad som t ex injektion skall stå dokumenterat i **Verkställigheten** som en **Insats** och instruktionerna för den regelbundna omvårdnaden skall stå under **Insats Instruktion**, det är alltså där som respondenten i första hand bör söka informationen. I Scenario 6 står det att ett sår enligt praxis dokumenteras i **Verkställigheten** som en **insats** (typ av insats och instruktioner för återkommande behandling dokumenteras där) då såret behandlats i två veckors tid utan att ha läkt. Det är alltså möjligt att det står information om regelbunden omvårdnad även enbart under **Daganteckning** om ett sår som kräver regelbunden omläggning inte funnits på patienten i två veckor ännu. Då respondenten inte kan vara säker på att alla sjuksköterskor/distriktssköterskor väljer samma rubriker att dokumentera under för ett och samma "fall" bör respondenten även söka information under rubriken **Status** med flera rubriker. En regel borde vara att respondenten i detta scenario söker information under **Verkställighet Insats** samt **Daganteckning**.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
5 A1, A2, A4, B4, B5	<input type="checkbox"/> Insats Instruktion
2 A3, B3	<input type="checkbox"/> Insats Instruktion <input type="checkbox"/> Daganteckning
1 B1	<input type="checkbox"/> Insats Instruktion <input type="checkbox"/> Daganteckning Rond/Läkarkontakt
1 B2	<input type="checkbox"/> Insats Instruktion <input type="checkbox"/> Status <input type="checkbox"/> Anamnes
1 A5	ANVÄNDER DAGBOKEN

Tabell 15: Hur distriktssköterskorna sökte information, i Scenario 10.

Distriktssköterskor

Alla distriktssköterskor utom en letar information om särskild, regelbunden omvårdnad, under **Insatser** och läste instruktion för förekommen insats under **Insats Instruktion**. Respondenten som använde dagboken, eller sade sig skulle ha använt dagboken i ett ”skarpt läge”, påpekade att all viktig information om patienterna står inskrivet i dagboken. Av de nio distriktssköterskor som letade information om patienten i Pro Capita var det tre som letade information på annat ställe än bland **Insatser**.

Antal och personer	Dokumentationsrubriker
4 C1, D1, D2, E2	<input type="checkbox"/> Insats Instruktion
1 F1	<input type="checkbox"/> Insats Instruktion <input type="checkbox"/> Daganteckning
1 C2	<input type="checkbox"/> Insats Instruktion <input type="checkbox"/> Anamnes <input type="checkbox"/> Status <input type="checkbox"/> Daganteckning
1 D3	<input type="checkbox"/> Omvårdnadsplan <input type="checkbox"/> Insats Instruktion
1 E1	<input type="checkbox"/> Utredningsjournal Inled Utredning <input type="checkbox"/> Aktualisering <input type="checkbox"/> Insats Instruktion

Tabell 15: Hur sjuksköterskorna sökte information, i Scenario 10.

Sjuksköterskor

Samtliga sjuksköterskor sökte information under **Insats** och läste instruktion för förekommen insats under **Insats Instruktion**, två av åtta sjuksköterskor sökte även information under **Daganteckning**. En av sjuksköterskorna, E1, gjorde helt fel till en början men gjorde tillslut rätt och tittade under **Insats Instruktion**. Den sjuksköterska, (D3), som valde att titta under **Omvårdnadsplan** gjorde detta därför att **Omvårdnadsplanen** förväntades vara kopplad till **Insats**.

Diskussion

Många respondenter påpekade att Scenario 10 inte var realistiskt av två anledningar, dels pga. att de respondenter som uttalade sig i denna fråga sade sig inte ha tid att läsa om varje enskild patient i Pro Capita efter en tids frånvaro från jobbet och dels därför att det inte gick att förlita sig på att alla sjuksköterskor/distriktssköterskor läste allt som stod dokumenterat vilket innebar att viktig information kunde gå förlorad om man inte även sökte viktig omvårdnads information i **Dagboken** eller **Pärmen**. En av respondenterna sade dock att den raka motsatsen gällde; att Pro Capita var den primära informationskanalen att lita på.

5 Generell diskussion

5.1 Respondenternas prestationer

Under studien av hur sköterskorna dokumenterade gick det att se några olika sätt som dokumentationen av scenarierna tacklades på: vissa gick in för att dokumentera så korrekt och verklighetstroget som möjligt, andra ville få det hela överstökad så snabbt som möjligt och vissa såg det som ett prov och var därför lite rädda att göra fel. Vi försökte hålla oss så neutrala och opåverkade som möjligt till detta (Lundahl & Skärvad, 1999) och tror inte att vi påverkade någon mer än någon annan. De som gick in för att dokumentera så korrekt och verklighetstroget som möjligt gav, oavsett resultat, intrycket av att vara bättre på att dokumentera än de som ville få det hela överstökad så snabbt som möjligt, men det fanns undantag åt båda håll. Oavsett vilket intryck respondenten gjorde lades koncentrationen på att dokumentera hur respondenten valde att dokumentera de olika scenarierna.

De skillnader i vilka sökord som användes och hur många sökord som användes var i första hand individuella och berodde till stor del på hur stor kunskap om sökorden som respondenten hade, men även till viss del på inställningen till programmet. En del ville dokumentera så enkelt som möjligt genom att använda så få sökord som möjligt, det blir då lättare att läsa för andra, medan andra verkligen ville visa hur omständigt programmet var genom att leta upp ett nytt sökord så fort tillfälle gavs till detta.

Uppsatsförfattarna anser det vara förståeligt att det råder en viss oklarhet i vilka sökord som skall användas eftersom det egentligen alltid går att finna en anledning till att använda ett godtyckligt sökord om inte tydliga normer finns för när sökordet skall användas. Olika respondenter kan i viss utsträckning göra olika bedömningar utifrån samma förutsättningar och Hammaren, hjälpen i programmet för att hitta rätt sökord att dokumentera under, användes endast av vissa respondenter. Detta leder sammantaget till att olika respondenter lätt använder olika sökord även under samma förutsättningar.

Troligtvis är en mer utstuderad läsning av journaler inget som varken sjuksköterskor eller distriktssköterskor sysslar med och därför inte heller behärskar. Därmed inte sagt att man inte läser i journalerna, men läsningen i journalerna handlar sannolikt om en enstaka patient och dokumentation som sträcker sig några enstaka dagar tillbaka i tiden, en situation där sökverktyget är överflödigt. De allra flesta kände mycket väl till att ett sökverktyg fanns men tyvärr förknippades sökverktyget nästan uteslutande med något problematiskt, som det inte var lönt att ge sig i kast med. Ett exempel på detta var en sjuksköterska som sade att hon använt sökverktyget men undvek det sedan hon vid ett tillfälle fick sitta och vänta på sökverktyget som den gången aldrig blev klar med sökningen. Att ändra inställningen i rubrikträdet för att på så vis göra läsningen enklare var något som endast ett fåtal kände till, något som inte var så konstigt då denna funktion för de allra flesta troligtvis fanns som en text att klicka på i menyn.

5.2 Populationen och Pro Capita

Ofta läggs tonvikten på ett systems tekniska och ekonomiska aspekter medan hänsyn till sociala och politiska faktorer, och dolda kostnader, vilka har att göra med avbrott i etablerade rutiner i organisationen, lätt glöms bort (Anderson & Aydin, 1994). I en pappersjournal får man information av bara farten medan man i en datorjournal måste

veta vilken information man skall leta efter och var i journalen man skall leta (Gratte, 1996) och som vi tagit upp i denna uppsats, även veta var man skall dokumentera. Det är lätt att förstå att användare av ett nytt system, generellt sett, har svårt att motivera sig till inläring av ny kunskap om de inte ser några fördelar med det nya systemet. Ofta tycker användare av ett nytt system dessutom att den utbildning som de fått är otillräcklig och då en adekvat utbildning i ett nytt system är viktig för att användarna skall acceptera systemet (Wager, 1998), så är det lätt att hamna i en ond cirkel. Faktum är att de tre mest nämnda nackdelarna med ett system är driftstopp, behov av utbildning och behov av teknisk support, medan fördelar hos ett system oftast är mjukvaruspecifika (Wager, 1998). En adekvat utbildning bör även ge kunskap om syftet med datorsystemet (Spri, 1998) som till exempel kan vara att kontrollera sekretessen och signeringen (Gratte, 1996) eller möjlighet att samla in data till statistik på ett enkelt sätt. Detta är exempel på fördelar som inte i första hand kommer användarna till godo och därför inte heller är lätta att förstå utan bra information. I fallet med Pro Capita kanske just mer information om syftet med systemet ytterligare skulle kunna öka acceptansen för systemet.

Uppsatsförfattarna anser att ett datoriserat system för dokumentation inte nödvändigtvis kräver en strukturerad utformning så som VIPS-modellen medger men att en styrd dokumentation ger bättre kontroll över att det dokumenteras på rätt sätt och dessutom ger det möjligheten att söka i systemet samt att samla in data för statistik. Safran och Goldberg (2000) talar om en elektronisk patientjournal som bygger på scanning av handskrivna anteckningar. Denna lösning medförde att journalerna ständigt var åtkomliga via datorn men löste inte problemet med svårläst handstil. Wager (1998) undersökte datorjournalens inverkan på ett antal vårdavdelningar och kom fram till att möjligheterna att göra utsökningar var en egenskap hos datorjournalen som verkade ligga i vårdpersonalens, särskilt läkarnas, intresse. De som använde denna funktion tyckte faktiskt om den säger Wager. Eftersom **Scenario 9** visade att kunskapen om just utsökningar i Pro Capita var mager hos respondenterna anser uppsatsförfattarna att mer utbildning om hur man gör utsökningar i Pro Capita kan ge programmet ett mervärde.

5.3 Scenarierna

Att använda scenarier för att studera hur dokumentationen utfördes var bra eftersom det gav möjlighet att på ett tydligt sätt erhålla ett trovärdigt resultat. Om vi valde ”rätt” scenarier i studien är svårt att veta, vi har endast svaren från de scenarier vi faktiskt använt. Trots att vi fick hjälp av en sjuksköterska vid utformandet av scenarierna så blev de inte helt i överensstämmelse med verkligheten i alla fall. Vissa scenarier blev utformade så att de inte entydigt gick att tolka utifrån enbart texten som beskrev scenariot. Dessa brister i scenarierna gick att korrigera i många fall genom att diskutera scenariots uttydelse. I andra fall märktes först efter en stunds dokumenterande att scenariot tolkats lite annorlunda än vi tänkt oss. Några exempel på detta är Scenario 2, där blödningen från huvudet av vissa tolkades som ett skrapsår och av andra tolkades som nära nog en svår skallskada. De som dokumenterade detta scenario under sökordet andning/cirkulation eller under flera olika rubriker misstänks ha uppfattat scenariot som allvarligare än vi tänkt men detta är inte säkert. Scenario 3 talar om en behepanspruta en gång varje dygn i tre veckor medan mer troligt hade varit en spruta var tredje dag. Scenario 10 var felaktigt utformat p g a vår okunnighet. Efter en tids frånvaro från arbetet är det olämpligt att en sköterska sätter sig ned en dag bara för att läsa igenom alla patienters journaler, då är det enklare och tryggare för patienten att sköterskan

tillgodogör sig viktig information som står skriven i "Pärmen" eller "Dagboken". Anledningen till att dessa scenarier avvek från verkligheten eller inte blev precisa beror troligtvis på missuppfattningar mellan oss och den sjuksköterska som hjälpt oss utforma scenarierna. Det viktigaste var trots allt att se hur dokumentationen utfördes av respondenterna och till detta ändamål dög även Scenario 2 och Scenario 10 alldeles utmärkt. I Scenario 7 var det många av respondenterna som glömde att uppdatera Status och Daganteckning. Detta kan ha berott på att man inte ansåg det nödvändigt att uppdatera dessa, men kan troligare berott på att den korta beskrivningen av Scenario 7 vilselett respondenterna till att ge ett kort "svar" och respondenterna kände sig alltså nöjda efter att ha avslutat den insats som dokumenterats i Scenario 6.

6 Slutsats

Studien gav resultatet att det förekommer skillnader i hur man dokumenterar. Skillnaderna låg främst i vilka sökord som användes och hur många sökord som användes. Det förekom skillnader som var arbetsplats- eller avdelningsspecifika, men de stora skillnaderna låg på en individuell nivå. Det finns olika uppfattningar bland respondenterna om vad som är att betrakta som förändrat status. De flesta vet säkert vad status är men viktigt är också att veta var gränsen går för vad som är att betrakta som förändrat status och det är här som det finns olika uppfattningar bland respondenterna. Alla respondenter dokumenterade under Insats då scenariot medgav en sådan dokumentering, majoriteten avslutade dock ej Insatserna med ett avslutningsdatum som det var tänkt att man skulle göra. Generellt sett, dokumenterade respondenterna delvis rätt, men missade ofta att dokumentera under något sökord eller dokumenterade under annat sökord än scenariot medgav. Alla respondenter, utom en, letar efter aktuella datum i Rubrikträdet då de skall läsa dokumentation. Respondenterna läser dokumentation på ett tidskrävande sätt och dessutom på ett olämpligt sätt eftersom det är lätt att missa ett datum och därmed dokumentation man hade för avsikt att läsa. Detta problem gör sig i synnerhet gällande då det finns mycket dokumenterat kring en patient.

6.1 Förslag till fortsatt forskning

Det skulle vara intressant att undersöka om populationen i denna uppsats visste i vilket syfte den datoriserade journalen infördes och samtidigt undersöka vilka de egentliga syftena var med en datoriserad omvårdnadsjournal inom äldreomsorgen i Uddevalla kommun. Att känna till syftena med en stor förändring och ha förståelse för dessa syften, är viktigt för acceptansen av förändringen och detta i sin tur är viktigt för att kunna uppnå de eftersträvarvärda målen med förändringen. En viktig fördel och ett exempel på ett tänkbart syfte med en datoriserad journal är möjligheten att snabbt och relativt enkelt ta fram kvalitativ statistik. Kan den här typen av fördelar med ett datoriserat system komma användarna av systemet till glädje och har användarna förståelse för fördelar som inte i första hand gynnar dem?

Referenser

- Anderson, J. G. & Aydin, C. (1994). *Theoretical perspectives and methodologies for the evaluation of health care information systems*. I J.G. Anderson, C.E. Aydin & S.J Jay (Red.), *Evaluating Health Care Informations Systems: Methods and Applications*. (5 – 29). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M. (2001). Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges. *International Journal of Medical Informatics*, 64, 143-156.
- Dowling, A. F. (1980). Do hospital staff interfere with computer system implementation? *Health Care Management Review*, 5, 23-32.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (1998). *VIPS-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Ejvegård, R. (1993). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Geigant, L. & Mattsson, P. (2002a). *Kvantitativ Rapport*. (Rapport från kursen Informatik, Teori och Forskningsmetodik, Systemvetenskapliga programmet). Högskolan Trollhättan-Uddevalla (HTU), Institutionen för Informatik och Matematik, 451 26 Uddevalla.
- Geigant, L. & Mattsson, P. (2002b). *Kvalitativ Rapport*. (Rapport från kursen Informatik, Teori och Forskningsmetodik, Systemvetenskapliga programmet). Högskolan Trollhättan-Uddevalla (HTU), Institutionen för Informatik och Matematik, 451 26 Uddevalla.
- Gratte, I. (1996). *Datorn i vården*. Växjö: Liber Utbildning.
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundahl, U. & Skärvad, P-H. (1999). *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*. Lund: Studentlitteratur.
- Kaplan, B. (1997). Addressing Organizational Issues into the Evaluation of Medical Systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 4, 94.101.
- Ruland, C. M. (2002). *Vårdinformatik: Hur användning av informations- och kommunikationsteknologi kan utveckla vård och omvårdnad*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Safran, C. & Goldberg, H. (2000). Electronic patient record and the impact of the Internet. *International Journal of Medical Informatics*, 60, 77-83.

- Spri (1995). *Datoriserad journalhantering vid Ystad lasarett*. Stockholm: Spri. (Rapport, nr. 402)
- Spri (1998). *Införande av elektroniska patientjournaler: förutsättningar och krav*. Stockholm: Spri. (Rapport, nr. 473)
- van der Meijden, M. J., Tange, H., Troost, J. & Hasman, A. (2001). Development and implementation of an EPR; how to encourage the user. *International Journal of Medical Informatics*, 64, 173-185.
- Wager, K. A. (1998). *The impact of electronic medical records on primary care practice: a qualitative view*. Ann Arbor: UMI Company.

Bilaga 1 – Scenarier

DOKUMENTATIONSDEL

1. Dokumentera anhöriguppgifter.
2. Patienten har ramlat och slagit sig, blöder från huvudet, och du lägger på ett förband.
3. Patienten får en behepanspruta en gång varje dygn i tre veckor. Du har just gett patienten en behepanspruta.
4. Patienten får huvudvärk och du har gett patienten dennes vid behovs medicin.
5. 2 timmar efter att du gav vid behovs medicin mot huvudvärken gör du en utvärdering av hur patienten mår.
6. Du uppmärksammar ett sår på vänster underben hos patienten och du har gjort en omläggning av detta sår. Din bedömning är att patienten skall få bensåret omlagt 2 gånger varje dag till dess att såret är läkt.
7. Patient har fått ett infekterat sår omlagt varje dag en lägre tid och nu har såret läkt så några fler omläggningar blir det inte.
8. Patienten har nyligen haft ett epileptiskt anfall men tycks nu ha återhämtat sig till det normala. Patienten har aldrig tidigare haft något epileptiskt anfall.

LÄSDEL

9. Du har varit på semester i en vecka och nu vill du se om något har hänt med din patient, Fantomen, under tiden du varit borta.
10. Du har ännu inte hunnit träffa Fantomen efter semestern. Tag reda på om Fantomen behöver någon särskild, regelbunden omvårdnad som t ex injektion, omläggning, morfinplåster eller lugnande medicinering.

Bilaga 2 – Sammanställning

1. Dokumentera anhöriguppgifter.

Distriktssköterskor

- A1. Navigator, Kund, Kundbild, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver telefonnummer tillsammans med namnet, alltså på samma rad som namnet.
- A2. Aktualisering, Anhöriga, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver telefonnummer tillsammans med namnet, alltså på samma rad som namnet.
- A3. Kundbild, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver telefonnummer tillsammans med namnet, alltså på samma rad som namnet.
- A4. Kundbild, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver telefonnummer tillsammans med namnet, alltså på samma rad som namnet.
- A5. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver telefonnummer tillsammans med namnet, alltså på samma rad som namnet.
- B1. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.
Lägger annars aldrig in adressen.
- B2. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.
- B3. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.
- B4. Kund, Hushåll (fel), Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in postnummer och ort på raden med gatadress.
Får hjälp från oss med att klara uppgiften.
- B5. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver telefonnummer tillsammans med namnet, alltså på samma rad som namnet.

Sjuksköterskor

- C1. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.
- C2. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.
- D1. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.

- D2. Utredning, Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.
- D3. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.
- E1. Kund, Hushåll (fel), Person (fel), Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.
Får hjälp från oss med att klara uppgiften.
- E2. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.
- F1. Kund, Övriga kunduppgifter, Närstående
Skriver in namn, adress och telefonnummer på rätt rad.

2. Patienten har ramlat och slagit sig, blöder från huvudet, och du lägger på ett förband.

Distriktssköterskor

- A1. Händelsejournal, Daganteckning Aktivitet
- A2. Daganteckning Hud/Vävnad
PROBLEM: ramlat, ÅTGÄRD: tryckförband
Daganteckning Aktivitet
PROBLEM: se daganteckning Hud
- A3. Utredning, skrivmaskin, Daganteckning Hud/Vävnad
PROBLEM, ÅTGÄRD
- A4. Händelsejournal, Utredning, Daganteckning Aktivitet
Daganteckning Hud/Vävnad
- A5. Skrivmaskin, Daganteckning Aktivitet
PROBLEM, ÅTGÄRD
Skriver klockslag och datum.
- B1. Dokumentation, Daganteckning Aktivitet
SPECIELL OMVÅRDNAD
Signerar senare.
- B2. Dokumentation, Daganteckning Aktivitet & Daganteckning Hud/Vävnad
Anteckningarna under Hud/Vävnad är mer detaljerade än under Aktivitet.
- B3. Händelser Utredning, Utredning Journal, Dokumentation, Daganteckning Aktivitet
Verkställighet, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
Skriver datum.

B4. Verkställ insats, **Injektion**, Instruktion & Åtgärd

B5. Daganteckning Hud/Vävnad

Sjuksköterskor

C1. Dokumentation, Daganteckning Aktivitet

PROBLEM: sårskada se Hud

Dokumentation, Daganteckning Hud/Vävnad

Navigator, Avvikelse

C2. Daganteckning Andning/Cirkulation -> blödningen

Aktivitet -> att patienten ramlat, sårskada se hud

Hud -> sårskada, omläggning

Rond/Läkarkontakt -> telefonkontakt med doktor

Närståendekontakt -> telefonkontakt med närstående

D1. Dokumentation, Daganteckning Andning/Cirkulation

Skriver endast under Hud/Vävnad om såret behöver sys.

D2. Dokumentation, Daganteckning Aktivitet

D3. Daganteckning Hud/Vävnad

Skriver datum och att omläggning gjorts.

E1. Dokumentation, Daganteckning Aktivitet

Skriver även anhörigkontakt under aktivitet.

E2. Dokumentation, Daganteckning Hud/Vävnad

Anger datum och tid för händelsen.

F1. Dokumentation (skrivmaskin), Daganteckning Aktivitet

3. Patienten får en behepanspruta en gång varje dygn i tre veckor. Du har just gett patienten en behepanspruta.

Distriktssköterskor

A1. Händelsejournal, Verkställd insats, Injektion, Instruktion & Åtgärd

A2. Verkställighet, Injektion, Instruktion & Åtgärd

Använder frastext.

A3. Insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd

A4. Verkställd insats, Injektion, Instruktion & Åtgärd

A5. Verkställ insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd

Använder frastext, skriver under Åtgärd att signeringslista finns i hemmet.

B1. Insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd
Använder frastext.

B2. Inled verkställighet, Verkställ insatser, Ny insats, Instruktion & Åtgärd

B3. *Tittar först under Daganteckningar.*
Insats, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
Skriver datum.

B4. Verkställ insats, Injektion, Instruktion & Åtgärd

B5. Verkställ insats, Injektion, Instruktion & Åtgärd
Använder frastext.

Sjuksköterskor

C1. Insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd
Använder frastext.

C2. Insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd

D1. Insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd

D2. Insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd

D3. Insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd
Anger datum, anger ej mängd under Instruktion, använder frastext under Åtgärd.

E1. Inled verkställighet (fel?), Aktualisering (fel?), Insats, Skrivmaskin, Instruktion & Åtgärd

E2. Insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd

F1. Verkställ insatser, Injektion, Instruktion & Åtgärd

4. Patienten får huvudvärk och du har gett patienten dennes vid behovs medicin.

Distriktssköterskor

A1. Händelsejournal, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

A2. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
PROBLEM, ÅTGÄRD

A3. Utredning, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
PROBLEM, ÅTGÄRD

A4. Utredning, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

A5. Händelsejournal, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
PROBLEM, LÄKEMEDELSADMINISTRATION
Anger datum och klockslag.

B1. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

B2. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

B3. Utredning Journal, Dokumentation, Daganteckning Välbefinnande
Insats, Verkställ Insatser, Välj Insats -> Läkemedelsadministration,
Instruktion & Åtgärd
Skriver datum.

B4. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
PROBLEM, ÅTGÄRD

B5. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

Sjuksköterskor

C1. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
PROBLEM, LÄKEMEDELSADMINISTRATION
Anger klockslag.

C2. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
PROBLEM, ÅTGÄRD

D1. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Daganteckning Rond/Läkarkontakt
PROBLEM, ÅTGÄRD

D2. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

D3. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
PROBLEM, LÄKEMEDELSADMINISTRATION

E1. Dokumentation, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Anger klockslag.

E2. Dokumentation, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

F1. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

5. 2 timmar efter att du gav vid behovs medicin mot huvudvärken gör du en utvärdering av hur patienten mår.

Distriktssköterskor

A1. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck

- A2. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Reslutat till tidigare anteckning
- A3. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Reslutat till tidigare anteckning
- A4. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
- A5. Skrivmaskin, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Reslutat till tidigare anteckning
- B1. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
- B2. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
- B3. Utredning Journal, Dokumentation, Daganteckning Välbefinnande
Skriver datum.
- B4. Daganteckning Välbefinnande
- B5. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Resultat till tidigare anteckning

Sjuksköterskor

- C1. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
RESULTAT
Anger klockslag
- C2. Skrivmaskin, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Reslutat till tidigare anteckning
- D1. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
RESULTAT
- D2. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Resultat till tidigare anteckning
- D3. Skrivmaskin, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
RESULTAT
Skriver datum.
- E1. Dokumentation, Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
- E2. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Hade skrivit under Välbefinnande om det hade varit andra saker att dokumentera än huvudvärken.
- F1. Daganteckning Smärta/Sinnesintryck
Anger klockslag.

6. Du uppmärksamma ett sår på vänster underben hos patienten och du har gjort en omläggning av detta sår. Din bedömning är att patienten skall få såret omlagt 2 ggr varje dag till dess att såret är läkt.

Distriktssköterskor

- A1. Status Hud, Sår
Verkställighet, Ny Insats -> Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
- A2. Status Hud, Sår
Daganteckning Hud
PROBLEM, ÅTGÄRD
Verkställighet, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
- A3. Status, Hud, Sår
Verkställighet, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
- A4. Status Hud, Sår
Verkställighet, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
- A5. Skrivmaskin, Daganteckning Hud/Vävnad
PROBLEM, ÅTGÄRD -> se Verkställighet
Verkställ insatser, Ny Insats, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
Skriver under Åtgärd att signeringslista finns i hemmet.
- B1. Status Hud/Vävnad -> Sår
Omläggning se Insatser
Insats, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
- B2. Verkställ insatser, Ny Insats, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
- B3. Utredning Journal, Dokumentation, Daganteckning Hud/Vävnad
Verkställighet, Insats, Sårbehandling Instruktion & Åtgärd
Skriver datum.
- B4. Insats, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd
- B5. Daganteckning Hud/Vävnad
Insats, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd

Sjuksköterskor

- C1. Daganteckning Hud/Vävnad
SPECIELL OMVÅRDNAD -> se Insats
Insats, **Hudbehandling**, Instruktion & Åtgärd
Skriver under Åtgärd att signeringslista finns.
- C2. Daganteckning Hud/Vävnad
Omvårdnadsplan -> Omv/Rehabdiagnos
- D1. Insats, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd

Status Hud

D2. Daganteckning Hud/Vävnad

Hänvisar till verkställighet

Insats, Sårbehandling, Instruktion, **OBS! Ej åtgärd**

D3. Daganteckning Hud/Vävnad

PROBLEM, SPECIELL OMVÅRDNAD

Skriver datum.

Status Hud/Vävnad -> sår på vänster ben se vårdplan

Vårdplan (kopplat till Insats)

Insats, Sårbehandling, Instruktion

Skriver under Instruktion att separat signeringslista finns.

E1. Dokumentation, Daganteckning Hud/Vävnad

E2. Daganteckning Hud/Vävnad

Insats, Ny Insats, Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd (?)

Skriver datum.

F1. Daganteckning Hud/Vävnad

Insats, Välj Insats -> Sårbehandling, Instruktion & Åtgärd

7. Patient har fått ett infekterat sår omlagt varje dag en lägre tid och nu har såret läkt så några fler omläggningar blir det inte.

Distriktssköterskor

A1. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Status, Hud, Sår

A2. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Status, Hud, Sår
Daganteckning, Resultat till tidigare anteckning

A3. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Glömde att ändra patientens Status!

A4. Verkställighet, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Avslutar insatsen genom att skriva in datum för avslutad behandling.

A5. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Avslutar insatsen genom att skriva in datum för avslutad behandling.
Daganteckning Hud/Vävnad

B1. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Avslutar insatsen genom att skriva in datum för avslutad behandling.
Status Hud/Vävnad -> Sår

- B2. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
- B3. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Skriver datum.
- B4. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
- B5. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling

Sjuksköterskor

- C1. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Avslutar insatsen genom att skriva in datum för avslutad behandling.
- C2. Daganteckning Hud/Vävnad -> såret läkt
Avslutar omvårdnadsplan
- D1. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Status Hud/Vävnad
- D2. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
- D3. Insats, Sårbehandling, Åtgärd
Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
Status Hud/Vävnad
Skriver datum.
- E1. **KLARADE EJ UPPGIFTEN**
- E2. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling
- F1. Insats, Sårbehandling, Resultat avslutad sårbehandling

8. Patienten har nyligen haft ett epileptiskt anfall men tycks nu ha återhämtat sig till det normala. Patienten har aldrig tidigare haft något epileptiskt anfall.

Distriktssköterskor

- A1. Daganteckning Aktivitet -> se Läkarkontakt
Daganteckning Rond/Läkarkontakt
- A2. Daganteckning Andning/Cirkulation
PROBLEM, ÅTGÄRD
- A3. Daganteckning Andning/Cirkulation
- A4. Daganteckning utan underrubrik
Vet inte vilket sökord man skall dokumentera under.

- A5. Skrivmaskin, Daganteckning Aktivitet
 PROBLEM, ÅTGÄRD
Använder hjälpen som finns i programmet ("hammaren").
- B1. Daganteckning Aktivitet
Tittar i VIPS.
- B2. Status, Andning/Cirkulation, Cirkulation
 Anamnes, Kontaktorsak
- B3. Daganteckning Välbefinnande
 Insats, Ny Insats -> Observation/Övervakning, Instruktion
Skriver datum.
- B4. Daganteckning Andning/Cirkulation
 Daganteckning Rond/Läkarkontakt
- B5. Dokumentation, Daganteckning Aktivitet
Tittar i VIPS.

Sjuksköterskor

- C1. Daganteckning Andning/Cirkulation
 Daganteckning Rond/Läkarkontakt
 Status Andning/Cirkulation
Anger klockslag.
- C2. Daganteckning Andning/Cirkulation
 Daganteckning Rond/Läkarkontakt
 Daganteckning Närståendekontakt
- D1. Daganteckning Andning/Cirkulation
 Daganteckning Rond/Läkarkontakt
- D2. Daganteckning Aktivitet
 Daganteckning Rond/Läkarkontakt
- D3. Status, Aktivitet
 Daganteckning Aktivitet
 PROBLEM, SPECIELL OMVÅRDNAD
 Daganteckning Rond/Läkarkontakt
Skriver datum.
- E1. Dokumentation, Daganteckning Andning/Cirkulation
- E2. Daganteckning Andning/Cirkulation
 Daganteckning Rond/Läkarkontakt
Skriver datum.
- F1. Daganteckning Aktivitet

9. Du har varit på semester i en vecka och nu vill du se om något har hänt med din patient, Fantomen, under tiden du varit borta.

Distriktssköterskor

- A1. Försöker söka med hjälp av Sökverktyg, men får det inte att fungera.
Väljer att gå in i Händelsejournal och leta efter dokumentation under aktuell period genom att titta på datumen.
- A2. Går in i Daganteckning och letar efter dokumentation under aktuell period genom att titta på datumen.
- A3. Navigator, Sökverktyg (använder pärmen)
- A4. Går in i Daganteckning och letar efter dokumentation under aktuell period genom att titta på datumen.
- A5. Läser under daganteckning och tittar på datumen.
- B1. Läser under daganteckning och tittar på datumen.
Kan använda Sökverktyg, men tycker att det tar för lång tid.
- B2. Eventuellt Daganteckning.
- B3. Läser under daganteckning och tittar på datumen.
- B4. Läser under daganteckning och tittar på datumen.
- B5. Läser under daganteckning och tittar på datumen.
Hade hellre skrivit ut allt på papper och sedan läst.

Sjuksköterskor

- C1. Läser under daganteckning och tittar på datumen.
- C2. Daganteckning, Visa Inställning Rubrikträd
- D1. Läser under daganteckning och tittar på datumen.
Har dock tittat i pärmen först.
- D2. Läser under daganteckning och tittar på datumen.
Söker endast vid flera patienter.
- D3. Utredning, Sökverktyg (lyckades inte)
Läser under daganteckning och tittar på datumen.
- E1. Kan gå vägen via Dokumentation, Daganteckning, men tycker att detta är för ”klumpigt”.
- E2. Läser under daganteckning och tittar på datumen.

F1. Läser under Daganteckning och Status
Kan läsa här eftersom det inte står så mycket.

10. Du har ännu inte hunnit träffa Fantomen efter semestern. Tag reda på om Fantomen behöver någon särskild, regelbunden omvårdnad som t ex injektion, omläggning, morfinplåster eller lugnande medicinering.

Distriktssköterskor

A1. Verkställ insatser

A2. Insatser

A3. Daganteckning
Insatser

A4. Verkställ insatser

A5. Använder ”dagboken”

B1. Daganteckning Rond/Läkarkontakt
Insatser

B2. Status
Anamnes
Verkställighet

B3. Daganteckning & Insats

B4. Insats

B5. Verkställighet, Insatser, Instruktioner

Sjuksköterskor

C1. Insats

C2. Rubrikträd & Insats

D1. Insats

D2. Insats, Instruktion

D3. Omvårdnadsplan
Söker på sjuksköterskeinsatser
Insats

E1. Utredningsjournal, Inled utredning (fel)
Aktualisering
Verkställ insatser

E2. Insats

F1. Verkställ insatser
Tittar även på Daganteckning.

Bilaga 3 – Standardiseringsförfaranden

Denna bilaga beskriver standardiseringsförfaranden vid scenarierna.

- Information om vad vår uppgift är. Detta innefattar att vi arbetar med en C-uppsats och vad undersökningen går ut på.
- Information om vad som skall göras. Detta innefattar att den person som skall observeras får veta att denne skall dokumentera/läsa ett antal scenarier samt att dokumentationen/läsningen görs på två låtsaspatienter, d.v.s. inga riktiga patienter.
- Information om vad som är tillåtet att göra om ett scenario är svårt att klara av på egen hand. Detta innefattar att den som skall observeras får information om att denne skall göra så som denne normalt skulle gjort om denne inte klarar av det som är ämnat att göras. Exempel på detta är att titta i manualer, använda hjälpen i programmet, fråga kolleger om hjälp, et c.