



SAHLGRENSKA AKADEMIN

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Att utveckla genom att förenkla -en intervjustudie kring sjuksköterskors erfarenheter av vårdplaner på en medicinavdelning

Helena Larsson och Danijela Handanovic

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet; OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Kristina Rosengren
Examinator:	Linda Åhlström

Förord

Vi vill tacka vår handledare Kristina Rosengren docent och lektor i vårdvetenskap vid Göteborgs universitet för allt stöd under de tio veckors arbete som krävdes för denna studie.

Vi vill tacka vårdenhetschefen samt hela verksamheten på medicinavdelningen som valde oss för att verkställa denna studie. Speciellt tack till de sjuksköterskor som deltagit i intervjuerna. Deras engagemang gjorde det möjligt för oss att genomföra studien och skapa nya kunskaper inom omvårdnadsområdet.

Titel (svensk)	Att utveckla genom att förenkla - en intervjustudie kring sjuksköterskors erfarenheter av vårdplaner på en medicinavdelning
Titel (engelsk)	To develop through simplifying - an interview study regarding nurses experiences of health plans at a medical ward
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet; OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Författare	Helena Larsson och Danijela Handanovic
Handledare:	Kristina Rosengren
Examinator:	Linda Åhlström

Sammanfattning:

Bakgrund: Det sker en omställning av svensk sjukvård, från ett medicinskt perspektiv till en personcentrerad vård. Vårdplanen är ett exempel där omställningsarbetet behöver utvecklas när det gäller dokumentation av bedömning, vård och behandling. Personcentrerad vård är ett partnerskap mellan patienter och professionella där patientens berättelser tillsammans med övriga undersökningar bildar underlag för en personcentrerad vårdplan som ska dokumenteras i patientjournalen i stället för traditionella vårdplaner. **Syfte:** Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med vårdplaner på en medicinavdelning i västra Sverige. **Metod:** Studien utfördes som ett examensarbete i omvårdnad genom ett samarbete med Göteborgs universitet och en medicinavdelning på ett medelstort sjukhus i västra Sverige. Sex semistrukturerade intervjuer genomfördes med sjuksköterskor vilka analyserades med hjälp av en kvalitativ manifest innehållsanalys med induktiv ansats. **Resultat:** Sjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta med vårdplaner skildrades i en övergripande kategori "Att förbättra omvårdnad" och tre underkategorier som beskrev erfarenheter att hantera begränsad arbetstid, att samarbeta för förbättrad dokumentation samt att skapa struktur i vårdplanen. Sjuksköterskorna påtalade svårigheter att synliggöra patientens röst i den skriftliga vårdplanen. Sammanfattningsvis beskriver sjuksköterskorna tid och teamsamarbete som viktiga nämnare samt att det behövs verktyg för att skapa bättre förutsättningar att involvera patienten i vårdplanen. **Slutsats:** Att arbeta med vårdplaner är en betydelsefull del av sjuksköterskans arbete med att utveckla omvårdnaden. Kvaliteten av vårdplanen påverkas av hur väl dokumentationen görs, hur planen följs samt huruvida regelbunden revidering sker eller inte. Patientens medverkan behöver stärkas varför personcentrerad vård kan ses som ett redskap för att synliggöra partnerskap mellan patient och personal inom vården. För en lyckad implementering av personcentrerad vård krävs arbete på flera nivåer i vårdverksamheten för att skapa en enkel och tydlig dokumentationsstruktur som ger förutsättningar för samarbete mellan olika yrkeskategorier för effektiv och patientsäker vård.

Nyckelord: Omvårdnad, Patientcentrerad vård, Patientjournal, Sjuksköterska, Vårdplan.

Innehåll

Inledning.....	5
Bakgrund	5
Sjuksköterskans kompetens.....	5
Dokumentation i patientjournal.....	6
Vad är en vårdplan?.....	7
Personcentrerad vård	8
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	10
Verksamhetsbeskrivning	10
Design.....	10
Urval.....	10
Datainsamling.....	10
Dataanalys	11
Etiska överväganden	12
Resultat.....	13
<i>Att förbättra omvårdnad.....</i>	13
<i>Att hantera begränsad arbetstid.....</i>	14
<i>Att samarbeta för förbättrad dokumentation</i>	15
<i>Att skapa struktur i vårdplanen</i>	16
Diskussion	18
Metoddiskussion.....	18
Design.....	18
Urval.....	19
Datainsamling.....	19
Dataanalys	20
Etik	21
Resultatdiskussion.....	21
Slutsats	25
Referenslista	266

Inledning

Sjuksköterskan ska enligt Svensk sjuksköterskeförening ha förmågan att identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård genom att undervisa och stödja patienter samt närstående med syfte att främja hälsa såväl som att förhindra ohälsa. Med hjälp av personcentrerad vård kan patienten tillsammans med sjuksköterskan skapa en vårdplan som är utformad efter patientens egen förmåga. Forskning visar att patienter som medverkar i den egna vården skapar bättre förutsättningar för vård och omsorg utifrån de behov som finns och att ett personcentrerat förhållningssätt bidrar till en mer jämlik och kostnadseffektiv vård. Att samordna insatser i omvårdnaden runt patienten innebär bland annat att sjuksköterskan upprättar en vårdplan. Det är därför av vikt att den planerade vården dokumenteras på ett enhetligt och korrekt sätt för att kunna samordna insatserna på bästa möjliga sätt. Ett sätt är att sjuksköterskan upprättar och utformar en vårdplan med hjälp av omvårdnadsdiagnoser där patientens omvårdnadsbehov dokumenteras och följs upp för att utvärdera vårdens effekter. Personcentrerad vård förespråkar fokus på patientberättelsen som sedan mynnar ut i en vårdplan som dokumenteras i patientjournalen. För att kunna implementera personcentrerade vårdplaner behöver följande delar inkluderas; partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Föreliggande examensarbete avser att studera sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med vårdplaner inför implementering av ett personcentrerat arbetssätt.

Bakgrund

Bakgrunden avser att beskriva sjuksköterskans kompetensområden med fokus på dokumentation av vårdplan som är en del av patientens journal. Vidare beskrivs även sjuksköterskans etiska ansvar i relation till personcentrerad vård. Bakgrunden mynnar ut i en problemformulering och syfte, att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med vårdplaner.

Sjuksköterskans kompetens

Historiskt sett har vården utgått från ett biomedicinskt synsätt där sjukdom vanligen beskrivs som något som drabbar människan. Patienten var inte aktivt i sin vård och behandling utan detta har hanterats av vårdens professionella (Willman, 1996). Under 1950-talet etablerades ett mer humanistiskt perspektiv med tydligare fokus på hälsa, en process där den unika människan lyfts fram, det vill säga ett holistiskt synsätt där hen bemöts individuellt efter hens unika förutsättningar (Willman, 1996). Sjuksköterskans arbete inriktas därmed på att främja hälsa, förebygga sjukdom, lindra lidande och upprätthålla hälsan samt främja jämlikhet där alla människors rättigheter och självbestämmande ingår (International Council of Nurses, 2012). Sjuksköterskans specifika kompetens är omvårdnaden vilket innefattar ett vetenskapligt kunskapsområde och ett patientnära arbete grundat i en humanistisk människosyn. Vidare beskrivs sjuksköterskans sex kärnkompetenser som personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård samt förbättringskunskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Svensk sjuksköterskeförening, som är sjuksköterskornas professionsförening, arbetar för att sjuksköterskor ska vara väl utrustade för att säkerställa vårdens kvalitet och säkerhet. Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden i teamet såsom att planera och kommunicera med patienten, närstående och medarbetare.

För att åstadkomma god och säker omvårdnad som främjar patientens hälsa behöver sjuksköterskan samverka i team för att inhämta information från olika perspektiv (exempelvis patientberättelse och expertkunskap från olika vårdprofessioner). Effektiva interprofessionella team beskrivs innefatta kommunikativ förmåga som bidrar till goda informationsflöden och interaktion mellan teammedlemmarna. Däremot motverkas teamarbetet av olika former av yrkesrollsbarriärer (Liu & Johnston, 2015). Vidare framkommer att teamarbete påverkas av såväl vårdens struktur och kontext, vilket påverkar hur identifierade kompetenser som ingår i teamet kan utvecklas på bästa sätt. Dessutom beskrivs teamarbete bidra till snabb inläring genom tydlig kommunikation hos lyhörda medarbetare som har förmåga till anpassning. Forskning visar även att teamarbete kan översättas till olika vårdkontext och systematiskt förbättras vilket ger effekter för såväl patient, medarbetare samt organisation/vårdenhet (Rosen et.al., 2018). Föreliggande examensarbete kommer att fokusera på dokumentation som ingår i såväl personcentrerad vård (vårdplan) som säker vård (rättssäker dokumentation) och informatik (IT-stöd).

Dokumentation i patientjournal

Patientjournalen, i vilken vårdplanen är en del av, används traditionellt inom hälso-och sjukvården som huvudsakligt arbetsredskap för personalen. Sjuksköterskan är, i och med sin legitimation, enligt hälso-och sjukvårdslagen skyldig att föra patientjournal (SFS 2017:30). Enligt Penoyer et.al. (2014) lägger sjuksköterskor en stor del av sin arbetstid (ca 50%) på att dokumentera. Ett paradigmskifte inom omvårdnadsdokumentationen behövs därför och som exempel har olika typer av IT-stöd förespråkats (Johnson et al., 2018). Sjuksköterskan ska i partnerskap med patienten/närstående planera och dokumentera omvårdnaden utifrån fastställda mål vilket genererar omvårdnadsåtgärder som därefter utvärderas tillsammans med patientens hälsotillstånd i relation till uppsatta mål. Dokumentationen innefattar bakgrund till vård, bedömningar och beslut som tagits i samband med vårdinsatser. Björvell, Wredling och Thorell-Ekstrand (2003) påpekar att det krävs förändringar för att åstadkomma en patientsäker journaldokumentation till exempel att all dokumentation ska genomföras med stöd av checklistor/mallar av kompetent och välutbildad personal. Dokumentationen ska ske i enlighet med fastställda strukturer, termer och begrepp oberoende av vårdnivå (SFS 2017:30). För att skapa kontinuitet är det viktigt att kunna ta del av tidigare journalhandlingar och övrig dokumentation genom hela vårdprocessen. Vidare ska det tydligt framgå vilken information som är given till patienten, och att patienten gett samtycke till behandling.

Dokumentation är ett betydelsefullt verktyg för att upprätthålla personcentrerad vård i planerade mål och aktiviteter som bidrar till måluppfyllelse, en överenskommelse för övriga vårdpersonalen som används i kommunikation med patienten (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014).

Patientjournalens form är begränsad och innehåller mestadels medicinsk data och fokuserar i liten utsträckning på patientens berättelse (Ekman et al., 2014). För att kunna upprätthålla personcentrerad vård behövs personliga vårdplaner som innefattar patientens berättelse, som samskapas i partnerskap i patientjournalen, göras tillgänglig för såväl patient som vårdpersonal. Ekman et al. (2014) hävdar att journalsystemet för dokumentation i hälso-och sjukvård är begränsad vilket ger professionella inom vården utmaningar att dokumentera på ett personcentrerat sätt där helhetsbilden av patientens hälsotillstånd tydliggörs.

Vad är en vårdplan?

En av sjuksköterskans huvuduppgifter är att samordna insatser i omvårdnaden runt patienten vilket sker bland annat genom att upprätta vårdplaner (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Det är angeläget att sjuksköterskan tillsammans med patienten kommer fram till en vårdplan såväl att olika vårdprofessioner tillsammans bidrar med sin kunskap (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 2013). Patientlagen (SFS 2014:821) poängterar patientens rätt att vara delaktig i sin vård utifrån patientens egna önskemål och individuella förutsättningar. Därav ska hälso- och sjukvården så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Sjuksköterskans specifika ansvarsdel i vårdplanen är omvårdnadsområdet som utformas med hjälp av omvårdnadsdiagnoser som bildar grund för patientens omvårdnadsbehov (Ehnfors et al., 2013). En vårdplan inleds med en beskrivning av patientens status och situation vilket formuleras med hjälp av olika omvårdnadsdiagnoser. Därefter upprättar sjuksköterskan omvårdnads mål och omvårdnadsåtgärder som sedan följs och utvärderas. Det finns flera olika strukturer att ta hjälp av för att dokumentera omvårdnadsåtgärder utifrån omvårdnadsdiagnoser. VIPS enligt Ehnfors et al. (2013) är en svensk modell som står för Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet och implementerades för att ge struktur i omvårdnadsdokumentationen och förespråkas även av Björvell et al. (2003). Genom att tydliggöra journalföringen med ett antal sökord, får sjuksköterskan hjälp att sortera inhämtad information om patienten för att kunna identifiera hans omvårdnadsbehov utifrån omvårdnadsprocessens olika delar som omvårdnadsanamnes, status och omvårdnadsdiagnoser. En annan dokumentationsmodell, som är vanlig i USA och Europa, är NANDA-I (North American Nursing Diagnosis-International) och ICNP som klassificerar omvårdnadsdiagnoser som utgår från KVÅ; klassifikation av vårdåtgärder (Heather Herdman & Kamitsuru, 2015; Thoroddsen, Ehrenberg, Sermeus & Saranto, 2012).

Forskning kring dokumentation av vårdplaner tar bland annat upp fördelar med delad dokumentation mellan olika vårdprofessioner vilket kräver anpassning för att kunna återanvända data som minimerar dubbelarbete. Dokumentation i vårdplaner kräver god kommunikation mellan vårdprofessionella och patient med förmåga att förena vårdprofessionell data (Collins et al., 2014). Till sjuksköterskans hjälp att dokumentera omvårdnad finns informationssystem för att stödja kliniska processer och dokumentation samt att planera och utvärdera resultat av vården. Förutom VIPS-modellen och NANDA-I som hjälper sjuksköterskan att dokumentera vårdplaner har Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet, GPCC (2018), tagit fram en hälsoplan samt en vårddagbok som stöd i processen att dokumentera personcentrerad vård. Ovanstående arbetsverktyg utvecklas och testas på olika vårdavdelningar inom Sahlgrenska Universitetssjukhus. Planen dokumenteras i patientjournalen, dessutom har patienten tillgång till den i pappersform under hela sjukhusvistelsen och vid utskrivning till hemmet alternativt till annan vårdgivare.

Liknande exempel beskrivs av Horrell, Lloyd, Sugavanam, Close och Byng (2018) som använder sig av begreppet P3C som innefattar tre delar; personcentrerad vård, resurser och samordnad vård. Storbritannien arbetar med att utveckla och testa ett verktyg som ska stödja organisationer att utöva personcentrerad samordnad vård. Verktyget omfattar delar av P3C och ger förutsättningar att utveckla rutiner kring aktivt lyssnande, delat beslutsfattande och samordnat arbete kring dokumentation av vårdplaner. Verktyget syftar till att vägleda organisationen genom en rad konkreta åtgärder såsom organisatorisk samverkan för att

resurser ska användas så effektivt som möjligt i arbetet med personcentrerad vård. I Wolf et al. (2017) forskning om gemensam dokumentation av vårdplaner framkommer att patienterna ser vårdplanen som den professionella vårdarens verktyg, vilket skiljer sig från vårdpersonalens bild. De lyfter fram överenskommelsen och vårdplanen som ett verktyg för att bibehålla kontinuitet samt partnerskap över professionsgränser, det vill säga personcentrering inom vårdteamet. Vidare framkommer att personcentrerade vårdplaner (Butterworth, 2012) förutsätter att sjuksköterskor har kunskap i hur de ska dokumentera patientens känslor, engagemang och preferenser vilket är en avgörande faktor vid implementering av personcentrerade vårdplaner istället för standardiserade vårdplaner. Jansson och Forsberg (2016) beskriver vidare att det behövs en förändring i sjuksköterskors attityd till vetenskaplig forskning, det vill säga ta till sig och använda forskningsresultat som till exempel vikten av patientinflytande. De förespråkar en stark ledning med intresse för området som kan uppmuntra sjuksköterskor att arbeta efter evidensbaserade strukturer som till exempel fördelarna med att arbeta personcentrerat.

Personcentrerad vård

Inom omvårdnaden ingår det att bemöta alla patienter på ett etiskt korrekt sätt, vilket är en av grundprinciperna i personcentrerad vård, det vill säga att vara mänsklig och uppfatta patienten som en medmänniska oavsett sjukdom (Birkler, 2011). Ovanstående humanistiska förhållningssätt harmoniserar med personcentrerad vård, som utgår från ett etiskt förhållningssätt med fokus på den kapabla människan. Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt där patienten är en person med resurser och förmågor som kan ta ansvar för den egna hälsan (Ekman et al., 2014). Enligt filosofen Ricoeur (1992) är etik lika med "det goda livet" som varje människa strävar efter. Från det etiska till det fysiska planet beskrivs människan som en varelse som svarar för sig själv, gör och bedömer sina egna handlingar och etiska värderingar. Människan kommer ihåg och glömmer, är sårbara såväl som lidande då hen lever i med och i olika relationer till varandra. Människan är handlande och ingår i ett samhälle tillsammans med andra, andra som har sina egna normer och uppfattningar om det goda livet. Konflikter uppstår då människor har egna självuppfattningar och tolkar andra genom sina egna normer vad som är rätt och kan vara fel då olika moraliska uppfattningar råder. Lösningar sker genom att olika perspektiv diskuteras för att eftersträva en jämlik relation, en förståelse av att människan är en person som har förmåga att tala för sig själv, agerar och handlar ansvarsfullt. Sammanfattningsvis beskrivs det goda livet som minskat lidande genom förståelse av människan som person, grunden i personcentrerad vård (Ricoeur, 1992).

En av grundarna till personcentrerad vård var Tom Kitwood, som införde personcentrerad vård inom demensvården i Storbritannien i början av 1990-talet (Edvardsson, 2010). Det blev ett paradigmskifte då personer med demenssjukdom tidigare betraktats som levande döda då själva personen glömdes bort då enbart de grundläggande fysiska behoven prioriteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Personcentrerad vård innebär att personer, med till exempel demenssjukdom, istället vårdas utifrån förhållningssättet att försöka se personen, trots eventuella svårigheter att kommunicera behov, upplevelser eller känslor. Kunskapen kring demenssjukvård i relation till personcentrerad vård har spridits till bland annat Australien, Norge, Nya Zeeland, Sverige och USA. Genom nationella riktlinjer, policydokument och verksamhetsbeskrivningar har personcentrerad vård utvecklats inom äldre- och demensvården (Edvardsson, 2010). Sveriges kommuner och landsting, tog år 2015 beslut om att regioner, landsting och kommuner ska arbeta mot en mer personcentrerad vård där patientens

delaktighet stärks (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018). Dessutom betonas att patienten ska få information vad det gäller vård och behandling, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, eftervård samt rätt till ny medicinsk bedömning.

Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet, GPCC (2018) beskriver personcentrerad vård med hjälp av tre nyckelbegrepp som består av partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Partnerskap är grunden till personcentrerad vård och innebär att vården anpassas efter inblandade parterers mål, resurser och expertis som resulterar i ett delat ansvar och beslutsfattande. Enligt tidigare forskning Wolf et al. (2017) har vården begränsade resurser och tid att möta patienter varför det krävs skicklighet hos vårdpersonal att se patienten som en hel människa vilket skapar den trygghet som krävs för att utveckla ett partnerskap mellan personal och patient.

Nästa nyckelbegrepp är patientberättelsen som grundar sig i att personalen lyssnar aktivt på hur patienten upplever sin sjukdom och livssituation, till exempel vilka problem som finns och hur dessa påverkar hans dagliga liv samt vilka resurser som personen har för att förbättra hälsan. Att skapa tid för samtal mellan patient och personal ger förutsättningar för trygghet och samskapande vårdplaner, som har som mål att minska lidande hos patienten (Wiman & Wikblad, 2004). Att lyssna till patientens berättelse ger vårdpersonalen möjlighet att se patienten i sin helhet, eftersom berättelsen speglar patientens identitet. En relation som bygger på partnerskap, där patienten känner sig lyssnad på och samskapande i, verkar ha en läkande funktion i sig. Patientberättelsen kan göra att fokus skiftar från sjukdom och behandling till person då andra värden och personens resurser betonas (Ekman et al., 2011; Ekman et al., 2014; Ekman, Hedman, Swedberg & Wallengren, 2015).

Det tredje nyckelbegreppet är dokumentation av överenskommelsen resulterande i vårdplanen som sker i patientjournalen och som samskapas av personal och patient. Forskning om personcentrerad vård visar att den tid som det tar för sjuksköterskan att lyssna på patienten och gemensamt komma överens om en vårdplan förkortar vårdtiden och främjar välbefinnande hos patienten. Personcentrerad i sin helhet är ett etiskt förhållningssätt som innebär att se den enskilda personen, involvera och anpassa efter individens behov, resurser och förutsättningar vilket används som vägledning i praktiska vårdhandlingar (Ekman et al., 2011; Ekman et al., 2014; Ekman et al., 2015).

Problemformulering

Grunden till personcentrerad vård är en etik, ett förhållningssätt, vilket harmoniserar med sjuksköterskans etiska ansvar att bemöta patienten på ett respektfull och empatisk sätt där patienten blir sedd som en person med egna värderingar. Men forskning visar på behov av förändring när det gäller sjuksköterskans attityd till vetenskaplig forskning och patientinflytande, ett exempel är att vårdplanen beskrivs som den professionella vårdarens verktyg, inte patientens. Vidare beskrivs omvårdnadsdokumentation som ett svårt och utmanande arbete. Därför avser föreliggande studie att utveckla kunskap kring hur sjuksköterskor dokumenterar patientens hälsa i vårdplaner.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med vårdplaner på en medicinavdelning i västra Sverige.

Metod

I följande avsnitt presenteras verksamhetsbeskrivning, studiens design, urval, datainsamling, dataanalys och etiska överväganden.

Verksamhetsbeskrivning

Studien genomfördes på en medicinavdelning som tillhör ett medelstort sjukhus i västra Sverige. Sjukhuset omfattar 1950 vårdplatser, 16000 anställda fördelat på 120 avdelningar. Den medicinska avdelningen som involverades i studie har stor variation av medicinska diagnoser, och tillhandahåller 18 vårdplatser och har 40 anställda. Aktuell avdelningen började i november 2018 med att implementera personcentrerade vårdplaner (Västra Götaland region, 2018).

Design

Studien genomfördes som ett verksamhetsförlagt examensarbete i omvårdnad i samarbete med Göteborgs universitet och Västra Götalandsregionen. Syftet var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med vårdplaner varför en kvalitativ metod med induktiv ansats valdes. En kvalitativ metod är lämplig för att studera subjektiva erfarenheter som att arbeta med vårdplaner (Henricson & Billhult, 2017). Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sjuksköterskor, författarna fick viss struktur genom frågeområden men samtidigt möjliggjordes anpassning utifrån vad som informanterna berättade om i intervjun (Danielson, 2017). Vidare analyserades data med hjälp av manifest kvalitativ innehållsanalys för att minimera tolkning av data som en latent kvalitativ innehållsanalys fokuserar på. Den manifesta kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på att ta fram det uppenbara från transkriberade intervjuer för att svara på syftet (Danielson, 2017). Vidare valdes ett induktivt förhållningssätt, det vill säga förutsättningslöst beskriva innehåll i vad sjuksköterskorna beskriver, deras erfarenheter, som är vanligt förekommande vid kvalitativa analyser (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Urval

Ett bekvämlighetsurval tillämpades (Trost, 2010) för att inkludera deltagare som kunde besvara syftet att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med vårdplaner på en medicinavdelning i västra Sverige. Inklusionskriterierna var tillsvidareanställd legitimerad sjuksköterska med tjänstgöringsgrad minst 50 %. Exklusionskriterier var arbetserfarenhet mindre än sex månader som sjuksköterska på aktuell medicinavdelning.

Vårdenhetschef på valda medicinska vårdavdelning var författarnas kontaktperson som förmedlade kontaktuppgifter till presumtiva deltagare vilka kontaktades av författarna via mail med en inbjudan om att delta i en intervju. Dessutom skickades även ett informationsbrev (se bilaga 1) i samma inbjudan med en övergripande förklaring av aktuell studie (bakgrund, syfte, metod-konfidentialitet/frivillighet, förväntat resultat). De sex första deltagarna som tillfrågades och tackade ja till att delta, inkluderades i studien (Henricson & Billhult, 2017).

Datainsamling

Datainsamling skedde under två veckor i oktober 2018 och bestod av semistrukturerade intervjuer innehållande fem frågeområden (struktur, rutiner, personcentrerat arbetssätt,

teamarbete, synliggöra patienten) samt en avslutande öppen uttömningsfråga, ”nu har jag inga fler frågor till dig, är det något annat som du vill berätta när det gäller vårdplaner”.

Ovanstående fråga avser att täcka av informantens erfarenheter som komplement till övriga fem frågeområden (Danielson, 2017). Då syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med vårdplaner valdes semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod för att fokusera på sjuksköterskornas egna berättelser och erfarenhet. En intervjuguide (bilaga 3) upprättades av författarna med stöd av senior forskare tillika handledare i enlighet med syftet innehållande en inledande fråga för att klargöra sjuksköterskornas egna tankar om vad en vårdplan är. Vidare användes direktivfrågor i form av frågor kring erfarenhet av arbete med att formulera vårdplan, rutiner kring dokumentation, möjlighet till vårdplanens utveckling med stöd av personcentrerat arbetssätt. Frågorna ställdes inte i någon speciell ordning utan anpassades av intervjuaren utifrån samtalet med aktuell deltagare och dennes svar för ökad följsamhet i intervjusituationen. I slutet av intervjuerna användes en uttömningsfråga för att fånga upp ytterligare tillägg för att säkerställa att funderingar eller tankar kring deltagarnas erfarenhet av vårdplaner hade inhämtats under intervjusituationen (Danielson, 2017).

Intervjuerna genomfördes i ett konferensrum utanför vårdavdelningen för att bidra till lugn och ro som syftade till att ge sjuksköterskorna möjlighet att släppa fokus på arbetet under intervjusituationen då intervjun genomfördes under början eller slutet av deltagarens arbetsdag. Rummet hade en avslappnande, ljus inredning som gav möjlighet till en trygg miljö (Danielson, 2017). Tider för genomförande av intervjun valdes utifrån informantens schema och verksamhetens arbetsbelastning. Intervjuerna varade mellan 30 till 50 minuter, med en genomsnittstid på 40 min. Vid två av de sex intervjuerna deltog båda författarna, en författare genomförde intervjun medan den andra lyssnade, i resterande intervjuer höll författarna i intervjuerna var för sig. Ansvaret att genomföra intervjuerna skiftades och varje författare genomförde tre intervjuer, vilka sedan delades med varandra för att skapa trovärdighet i kommande dataanalys. Samtliga intervjuer spelades in med mobiltelefon efter deltagarnas godkännande inför respektive intervjutillfälle. Efter intervjun fördes ljudfilerna över till en lösenordsskyddad dator varifrån de transkriberades ordagrant av författarna (tre intervjuer/författare). Ljudfiler transkriberades i sin helhet, ord för ord, till text samma dag som varje intervju genomfördes för att kvalitetssäkra transkriptionen på bästa sätt inför kommande dataanalys (Henricson & Billhult, 2017). Därefter delades samtliga transkriberade intervjuer mellan författarna för att säkerställa kvalitet och helhet i data (Danielson, 2017). Samtliga deltagare var kvinnor i åldern 27 till 46 år, med mellan två till 24 års erfarenhet av arbete i vården, varav sex månader till 20 år som sjuksköterska.

Dataanalys

En manifest kvalitativ innehållsanalys valdes för att analysera de transkriberade intervjuerna, då den lämpar sig för att urskilja skillnader, likheter och mönster i en text utan fokus på det latenta, det som sägs mellan raderna (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Induktiv ansats valdes som studiens design, det vill säga upptäckstens väg varför ingen förutbestämd hypotes styrde författarnas analysarbete (Henricson och Billhult, 2017). Dataanalysen påbörjades genom att samtlig data (sex intervjuer) lästes av varje författare vid upprepade tillfällen för att lära känna innehållet i relation till studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004; Graneheim et al., 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Nästa steg var att söka efter meningsbärande enheter i texten som besvarade syftet, analys av textnära delar i relation till övergripande innehåll. Därefter bearbetades de meningsbärande enheterna genom att innehållet kondenserades, det vill säga

förkortade innehållet vilket gjorde data mer överskådligt. Vidare kodades innehållet i data vilket kan beskrivas som etiketter. Därefter jämfördes samtliga koder för att se vilka mönster som framträdde, det vill säga hur innehållet i data hängde ihop (se tabell 1). Dataanalysen gjordes först individuellt, därefter träffades författarna och diskuterades likheter och skillnader i den individuella dataanalysen tills samstämmighet uppnåddes. Analysprocessen karakteriserades av triangulering mellan författarnas och handledares dataanalys där resultat jämfördes, diskuterades och slutligen sammanfördes i ett gemensamt resultat (Bryman, 2011), en övergripande kategori samt tre underkategorier som beskrev sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med vårdplaner.

Tabell 1: Exempel på dataanalys

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
“De (andra yrkeskategorier) ser nog patienten mer än vad vi gör. För vi är mycket vid datorn, vi är mycket vid medicinvagnen, vi blandar antibiotika...”	För många arbetsuppgifter och för lite tid.. För lite tid med patienter..	Personalbrist Otillräcklig Dokumentation och andra uppgifter Begränsad arbetstid	Att hantera begränsad arbetstid	Att förbättra omvårdnad
”Istället för att man öppnar varsin rad hela tiden borde man komplettera varandra.” “Att man har fler gemensamma planer, att alla yrkeskategorier skriver i dem..”	Istället för att öppna varsin rad... komplettera varandra.	Komplettera varandra	Att samarbeta för förbättrad dokumentation	Att förbättra omvårdnad

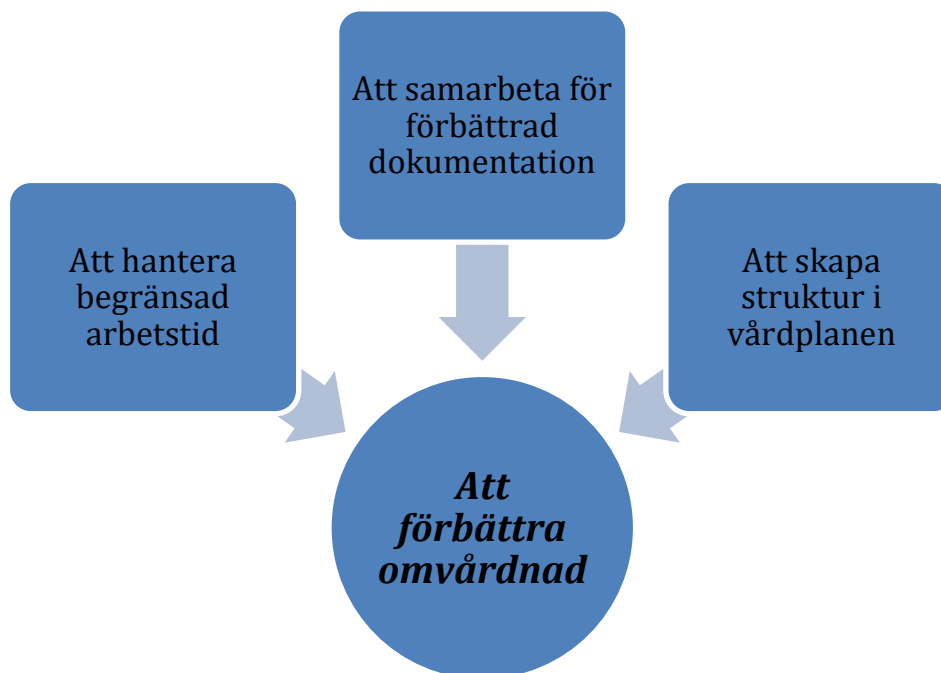
Etiska överväganden

Kvalitativ empirisk forskning kräver ett etiskt förhållningssätt för att garantera säkerhet och god forskning som skydda studiens deltagare samt bidrar till nytta för vården. God forskningsetik (Vetenskapsrådet, 2017) innefattar följande huvudkrav; information både muntligt och skriftligt, krav på konfidentialitet och nyttjandekrav. I föreliggande studie informerades samtliga deltagare om studiens bakgrund, syfte, metod, frivillighet, konfidentialitet och förväntat resultat (se bilaga 1) och därefter inhämtades såväl muntligt och skriftligt samtycke (se bilaga 2). Det insamlade materialet har hanterats varsamt och de citat som användes i resultatet var avidentifierade för att garantera deltagarnas konfidentialitet (Vetenskapsrådet, 2017). Inspelade intervjuer på mobiltelefonerna överfördes direkt som ljudfiler till en lösenordsskyddad dator som endast författarna hade tillgång till. Därefter raderades ljudfilerna från författarnas mobiltelefoner. Skriftligt material (transkriberad intervjudata) förvarades oåtkomligt för utomstående personer i låst brandskyddskåp. Efter

godkänt och publicerat examensarbete kommer ljudfiler och textfiler på dator samt utskrifter att förstöras. All data användes endast i föreliggande studie vilken även kan komma att publiceras i en vetenskaplig tidskrift samt presenteras på aktuell vårdavdelning där data insamlades.

Resultat

Analysen av intervjuerna utmynnade i kategorin “Att förbättra omvårdnad” samt i tre underkategorier; att hantera begränsad arbetstid, att samarbeta för förbättrad dokumentation samt att skapa struktur i vårdplanen (se figur 1). Resultatet beskriver möjligheter och hinder i sjuksköterskornas arbete när det gäller att dokumentera vårdplaner.



Figur 1. Presentation av resultatet

Att förbättra omvårdnad

Kategorin att förbättra omvårdnad handlar om att hantera begränsad arbetstid, att samarbeta för förbättrad dokumentation samt att skapa struktur i vårdplanen.

Sjuksköterskorna beskriver att vårdplaner är ett verktyg för att skapa struktur i måluppsättning och omvårdnadsarbete vad det gäller patientens omvårdnadsproblem. Dock beskrivs hinder i form av osäkerhet kring hur dokumentation och riskbedömningar ska genomföras för att undvika vårdskador under vårdtiden. Därför betonas vikten av att sjuksköterskor på

avdelningen prioriterar arbetet med att genomföra vårdplaner då de anser att vårdplaner inte alltid ses som ett naturligt dagligt arbete hos sina kollegor.

Hög arbetsbelastning i det dagliga arbetet leder enligt sjuksköterskorna till moralisk stress, det vill säga de vill men kan inte alltid vara med i den dagliga omvårdnaden av patienten på det sätt de själva önskar. Brist på delaktighet i den dagliga omvårdnaden beskrivs av deltagarna som ett problem som bland annat beror på avsaknad av regelbundna utvärderingar av befintliga vårdplaner. Sjuksköterskor beskriver att de har ett för stort ansvar för omvårdnadsdokumentationen som inkluderar såväl ankomstsamtal, omvårdnadsstatus, planer och omvårdnads rapporter. De beskriver vidare att de genomför många och tidskrävande arbetsuppgifter, till exempel att samordna olika yrkeskategoriers insatser kring patienter, diverse kontakter med olika aktörer samt genomföra såväl medicinska som omvårdnadsmissiga uppgifter till exempel riskbedömning, information etc. till patient och anhöriga.

Dessutom beskriver sjuksköterskorna att journalsystemet är uppbyggt på att riskbedömningar genomförs, vilket ibland uppfattas som onödiga och tidsödande i relation till den enskilde patientens behov. Ett exempel är att sjuksköterskan förväntas upprätta en riskplan för fall om en patient fått ett visst antal poäng vid bedömning med hjälp av ett fallrisk-instrument som inte tar hänsyn till den enskilde patientens tillstånd. Vidare ger lång vårdtid på sjukhuset omfattande dokumentation i journalen med risk för att uppgifter/information kan hamna på ställen i journalen där de riskerar att "tappas bort", till exempel att betydelsefulla omvårdnadsproblem som borde leda till planer istället uppdateras gånger flera som omvårdnadsstatus. Vårdplaner är enklare att hitta i journalen då det finns tydligt angivet på ett och samma ställe i motsats till upprepade och flertal omvårdnadsstatus som gör dokumentationen ologisk och svår att hantera i journalen.

Sammanfattning beskrivs sjuksköterskans arbete som omfattande och ansvarsfullt uppdrag som underlättas av regelbunden omvårdnadsdokumentation vilket begränsas och försvåras av tidsbristen. Sjuksköterskorna poängterar att arbetet behöver förändras genom att arbetsuppgifter såsom skriftlig dokumentering av vårdplaner förenklas, dessutom behöver de avlastas arbetsuppgifter för att vårdplansarbetet ska bli en naturlig del av deras dagliga arbete, dvs. ett verktyg för att förbättra omvårdnaden för patienten.

Att hantera begränsad arbetstid

Kategorin att hantera arbetstid handlar om att få saker och ting gjorda under en arbetsdag i relation till hög arbetsbelastning, begränsade resurser och omfattande omvårdnadsbehov, dvs. att ge bästa möjliga omvårdnad till samtliga patienter på avdelningen med hjälp av vårdplaner.

Sjuksköterskorna beskriver brister i omvårdnadsdokumentationen på grund av begränsade resurser, vilket leder till en stressig arbetsdag där arbetstiden ska räcka till en mängd olika arbetsuppgifter i relation till olika behov som uppstår i det dagliga arbetet. De anser att den stressiga arbetssituationen leder till att de inte prioriterar arbetet med vårdplaner utan istället väljer att fokusera på patientnära och direkt vårdarbete där behoven är direkt synliga i dagligt arbete.

“De (andra yrkeskategorier) ser nog patienten mer än vad vi gör. För vi är mycket vid datorn, vi är mycket vid medicinvagnen, vi blandar antibiotika... Teamet kan liksom gå iväg med patienten i en timme ibland och är bara med dem och undersköterskorna tar ju hand om omvårdnaden, de lär känna patienterna på ett djupare plan. Jag är inte ute i vården tillräckligt mycket för att vara så personcentrerad.” (Sjuksköterska 6)

Flera sjuksköterskor uttrycker förhoppningar om att personcentrerade vårdplaner kan leda till en effektivare arbetsdag genom att patient och anhöriga tidigt får skriftlig information om behandling, åtgärd och planerad vårdtid. De anser att en personcentrerade vårdplan skulle kunna bespara dem och övriga sjuksköterskor tid då de i nuläget ständigt upplever att de blir avbrutna i arbetet på grund av oklarheter eller frågor som patient eller anhöriga har i relation till att de inte är delaktiga i hur vården är planerad. För att undvika oklarheter föreslår en sjuksköterska att patienterna redan idag skulle kunna få någon form av skriftlig information i anslutning till vad som framkommit vid exempelvis en teamrund. Vidare anser sjuksköterskorna att det är svårt och diffust att ha en tidsbegränsad ram som mål i vårdplanen till exempel att patienten ska gå hem en viss dag. De påtalar istället att målet borde innebära att det alltid ska bli så bra som möjligt, så snart som möjligt för patienten, inte en tidsatt datum för till exempel hemgång, vårdinsats med mera.

Att samarbeta för förbättrad dokumentation

Kategorin att samarbeta för förbättrad dokumentation handlar om en gemensam strävan bland medarbetare, patienter och anhöriga för bästa möjliga vård, det vill säga ett delat ansvar.

Sjuksköterskorna beskriver att såväl undersköterskor som sjuksköterskor gör riskbedömningar då de arbetar tillsammans. Å andra sidan beskriver sjuksköterskor flera tänkbara problem, bland annat att invanda rutiner och mönster hos sjuksköterskan påverkar undersköterskans möjlighet att dokumentera. De anser att vissa sjuksköterskekollegor har svårt att släppa taget om omvårdnadsdokumentationen, varför undersköterskors möjlighet till delaktighet i vårdplansarbetet begränsas. Dessutom betonar sjuksköterskorna skillnader i utbildningsnivå (undersköterskor kontra sjuksköterskor, sjuksköterskor kontra läkare) inom omvårdnad och medicin, vilket bidrar till osäkerhet när det gäller formulering av journaltexter.

Sjuksköterskorna beskriver att samarbetet i team fungerar övergripande väl när det gäller stroke/TIA-patienter men betonar att arbetet med övriga medicinpatienter behöver utvecklas. De berättar att teamet samlas i en teamrund för interprofessionella diskussioner när det gäller stroke patienterna på avdelningen, vilket inte sker på samma strukturerade sätt när det gäller övriga medicinpatienter. Team ronderna bidrar till en gemensam bild av patientens situation då olika tvärprofessionella synvinklar ventileras, vilket upplevs som positivt. Teamet går gemensamt igenom och sammanfattar mål och vårdinsatser för varje patient som mynnar ut i en gemensam vårdplan (benämns vidare med förkortningen IVP). Arbetssättet beskrivs som väldigt bra men tidskrävande, vilket gör att tillämpning av IVP inte görs på alla medicinpatienter. Teamarbetet anses behövas förbättras för att därmed inkludera samtliga patienter på avdelningen. Sjuksköterskorna menar att rutiner från stroketeamet kan vara rollmodell för utveckling av ett enhetligt teamarbete kring vårdplaner för samtliga patienter på avdelningen, oavsett vårdbehov eller diagnos.

“Man ska gemensamt sträva efter patientens bästa möjliga, att patienten får bästa möjliga vård och att man liksom har någonting varje pass att jobba för tycker jag.” (Sjuksköterska 1)

Vidare beskriver sjuksköterskorna att dokumentationen i patientjournalen är uppdelad efter yrkeskategorier, vilket leder till att de olika vårdprofessionernas anteckningar inte per automatik blir synliga för samtliga teammedlemmar/olika yrkeskategorier. En stressig arbetsdag i kombination med att dokumentationen i vårdplanen inte är direkt synlig beskrivs som ett hinder för att ta del av samtliga yrkeskategoriers synpunkter och planering. Sjuksköterskorna menar att brist på interprofessionell information leder till missuppfattningar i omvårdnadsarbetet. Vidare beskrivs att olika vårdprofessioner använder sig av olika rutiner och sätt när de dokumenterar i patienternas vårdplaner, vilket anses förstärka osäkerhet kring hur vårdplaner ska dokumenteras. Sjuksköterskorna menar därför att ökat samarbete vad det gäller omvårdnadsdokumentationen möjliggör en bättre arbetsfördelning i teamet. Genom att alla yrkeskategorier dokumenterar i en och samma vårdplan skapas förutsättningar att börja arbeta personcentrerat. De menar att om och när samtliga yrkeskategorier dokumenterar på ett och samma ställe på liknande sätt så har såväl medarbetare som patienter tillgång till samma innehåll. En sjuksköterska betonar att det är patientens vårdplan och därför bör alla vara delaktiga i den.

“Istället för att man öppnar varsin rad hela tiden, borde man komplettera varandra... Att man har fler gemensamma planer, att alla yrkeskategorier skriver i dem för att få en bättre sammanhållning och att det är patienten i centrum” (Sjuksköterska 5)

En specifik vårdplan som sjuksköterskorna uttrycker som välfungerande när det gäller teamarbetet är “risk för undernäring”. I denna plan kan flera yrkeskategorier såsom dietist och logoped samtidigt dokumentera, vilket upplevs som positivt då denna dokumentation bidrar till välfungerande teamarbete. Däremot beskriver sjuksköterskorna frustration över att till exempel inte dietister får dokumentera i “plan för nutrition”, vilket skapat osäkerhet kring hur dokumentationssystemet fungerar då det är variationer i vem som får dokumentera var i patientens vårdplan. Sjuksköterskorna anser också att medarbetare i teamet använder vårdplaner i begränsad utsträckning.

“I de bästa av världar skulle alla kategorier dra sitt lass, till exempel arbetsterapeuter och fysioterapeuter ska skriva sin del och undersköterskor skulle skriva sin del men det är vi sjuksköterskor som drar det stora lasset att skriva och dokumentera och informera för samtliga yrkeskategorier... våran tid räcker inte till och då brister oftast dokumentationen som man prioriterat lite lägre under en arbetsdag.” (Sjuksköterska 1)

Att skapa struktur i vårdplanen

Att skapa förutsättningar för ett personcentrerat arbetssätt handlar övergripande om att skapa och bibehålla goda rutiner för vem som får dokumentera vad och var i vårdplanen.

Sjuksköterskorna anser att det dokumenteras för få planer och att dessa inte innehåller den information som behövs, med andra ord, inte används på ett interprofessionellt sätt. Vidare betonar de vikten av att en vårdplan upprättas och dokumenteras i så tidigt skede som möjligt i relation till uppmärksammat omvårdnadsproblem. En vårdplan, till skillnad från omvårdnadsanteckningar/omvårdnadsstatus, skapar en struktur vid dokumentering och gör det

enklare för samtliga involverade att hitta och ta del av relevant information för att åstadkomma bästa möjliga vård och behandling. Sjuksköterskorna anser att vårdplanerna ska hållas aktuell och beskriva vad patienten varit med om under vårdtiden. Därför behöver personalen bli bättre på att kontinuerligt revidera och uppdatera vårdplaner på avdelningen.

“Det är viktigt att alla öppnar planerna, att alla följer dem och skriver i dem. Det kan ju ta en stund innan man själv upptäcker saker själv... Till exempel då att patienten får andnöd vid ryggläge. Då kanske jag får panik och tänker att ‘oj han kan inte andas!’. Men om jag hade läst planen och sett att det här händer varje kväll eller natt så slipper jag... alltså hade man läst så hade man vetat att ‘ja när det händer, då gör vi såhär.’” (Sjuksköterska 6)

Vanligast förekommande vårdplaner på avdelningen är de som baseras på olika riskbedömningar som sjuksköterskan gör. Dessa vårdplaner upplevs som relativt enkla att upprätta och följa då de tydligt berör patientens fysiska besvär såsom plan för nutrition, elimination, sår etc. Sjuksköterskorna beskriver att vårdplaner som bygger på genomförda riskbedömningar är mindre tidskrävande, varför de används mer frekvent. Planer som upprättas mer sällan beskrivs ofta som svåra att formulera då de ofta berör patientens psykiska besvär såsom oro eller ångest.

Vidare beskriver informanterna att sjuksköterskekollegors erfarenhet och kunskap påverkar hur vårdplaner dokumenteras. De menar att nyutbildade sjuksköterskor är osäkra kring hur och när vårdplaner ska genomföras och upprättas, varför tydligare introduktion kring sjuksköterskans dokumentationsplikt efterfrågas såväl under sjuksköterskeutbildning som vid nyanställning. Sjuksköterskorna beskriver att dokumentationsansvarig sjuksköterska på avdelningen har begränsade möjligheter att tillhandahålla stöd för att diskutera och/eller utbilda personal i dokumentationssystemet på grund av hög arbetsbörda.

“... man måste kunna verksamheten för att kunna göra en plan, eller kunna erbjuda en plan. Det är först nu jag kan erbjuda en lite bättre vårdplan på grund av erfarenheter jag skaffat mig inom området, nu börjar jag tänka och fråga patienten hur denne vill eller informera om möjligheter och se om denne vill vara med.” (Sjuksköterska 2)

Sjuksköterskorna beskriver att patientens röst i nuläget är mer eller mindre osynlig i vårdplanerna då aktuell dokumentation utgår från ett personalperspektiv. En sjuksköterska förklarar att omvårdnadsdiagnoser och vårdplaner framförallt används av vårdpersonal för att se utveckling och kunna utvärdera effekter av omvårdnaden. De ser därför positivt på införande av personcentrerade vårdplaner då dessa ger förutsättningar att involvera patienten i den egna vården, det vill säga en förhoppning om att framtida personcentrerad vårdplan kommer att leda till bättre omvårdnad. Informanterna betonar vikten av att föra dialog med patient och anhöriga för att uppdatera samtliga i den dagliga omvårdnaden vilket ställer krav på att personalen och teamet skapar och delar information redan vid ankomsten till sjukhuset. Sjuksköterskorna uttrycker oro för att införandet av personcentrerade vårdplaner kommer att vara tidskrävande innan den nya rutinen sitter, vilket kommer att kräva förbättringar för att utveckla ett personcentrerat arbetssätt.

Sjuksköterskorna poängterar vikten av att göra patienten delaktig och att göra vårdplaner tillsammans med patienten. Patientens involvering ska synliggöras i målformuleringen, men om personalen inte alltid kommunicerar med patienten finns risk för missuppfattningar, det vill säga att personalen tror att mål överensstämmer med patientens mål. Dessutom finns uppfattningar bland sjuksköterskor att alla vårdplaner alltid är personcentrerade, det vill säga

att detta inte är något nytt utan något som avdelningen alltid har arbetat med, då patientens behov styr. De menar att vårdplanen är en del av ett personcentrerat arbetssätt, ett verktyg för att arbeta med hela patienten.

“Vårdtiderna krymper ju hela tiden så vi måste ju vara effektiva - så pratar vi inte med patienterna om hur de mår och vad deras problem är så kommer vi ju bara förlora en massa tid som inte gynnar vare sig oss eller patienten.” (Sjuksköterska 4)

Avslutningsvis beskriver sjuksköterskorna tänkbara problem som kan uppstå när patient och sjuksköterska inte har samma syn på vilka besvär och/eller behov patienten har, hur de uppkommit samt hur dessa kan behandlas alternativt avhjälpas. De menar att patienter är mycket olika. Vissa patienter vill vara inkluderade i sin vård medan andra kanske saknar förmåga eller på annat sätt inte kan eller vill vara aktivt delaktiga i den egna vården. Vidare beskriver sjuksköterskorna att språket som används i vårdplaner ska vara så objektivt, enhetligt och lättförståeligt som möjligt för att patienten ska förstå utan att ge avkall att dokumentationen är medicinskt korrekt. Därför efterfrågar de tekniska hjälpmedel såsom mallar, IT-stöd, mobila enheter till exempel skrivplattor att ta med sig in till patienten för att kunna dokumentera på ett smidigt och effektivt sätt. Likväl önskar de att olika dokumentationssystem ska synkroniseras för att minska dubbeldokumentering till förmån för enklare dokumentationsfunktioner (exempelvis “klicka i en ruta” för att minimera löpande text). En sjuksköterska betonar att teknologin redan finns och att den borde implementeras även inom vården för att underlätta personalens arbete.

Diskussion

Metoddiskussion

Design

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats valdes enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) för att svara på syftet, att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med vårdplaner. En empirisk metod valdes för att öka författarnas befintliga kunskaper inom ämnet där den induktiva innehållsanalysen bidrog till öppenhet och följsamhet till data (Henricson & Billhult, 2017). En möjlighet och fördel som induktiv ansats bidrog till var att i möjligaste mån försöka undvika styrd dataanalys i relation till författarnas förförståelse. Då detta var första gången som författarna genomförde en kvalitativ studie var det svårt att hantera förförståelsen fullt ut. Ett sätt att bearbeta förförståelse var att dataanalysen hela tiden diskuterades mellan de båda författarna likväl med handledning av senior forskare.

En nackdel med kvalitativa studier kan vara att erfarenheter missades på grund av de få deltagare (n=6) som inkluderades (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). En observationsstudie på avdelningen alternativt utökad antal deltagare hade bidragit med mer data för att besvara syftet. Mot bakgrund av examensarbetet begränsade tidsram på 10 veckor var det inte möjligt att utöka datainsamlingen, varför vidare forskning inom området behövs.

Urval

Samtliga sex informanter som tackade ja till att delta i studien handplockades av vårdenhetschefen på aktuell medicinavdelning. Det faktum att författarna själva inte var delaktiga i urvalsprocessen kan ha påverkat resultatets tillförlitlighet då deltagarna kan ha valts ut till förmån för avdelningens behov och önskemål. Författarna bedömde att så inte var fallet då erfarenheterna som deltagarna beskrev, inte alltid var till avdelningens fördel. Deltagarna uppfattades som att de frivilligt och utifrån ett genuint intresse deltog i studien. Önskvärt hade varit ett annat urvalsförfarande utan beroende av vårdenhetschefens hjälp. Dock fanns ingen möjlighet att ändra eller förlänga datainsamlings perioden då aktuellt examensarbetet hade en mycket strikt 10 veckors arbetsperiod att disponera. För att hantera eventuell negativ aspekt av ett ensidigt och begränsat urval från arbetsgivare har författarna lagt vikt vid ett induktivt arbetssätt där öppna frågor användes som inbjöd till personliga berättelser utan ledande svar för att minimera eventuellt chefsinflytande. Författarna diskuterade även ytterligare inklusion av fler deltagare i relation till ensidigt och begränsat arbetsgivareurval, vilket författarna i samråd med handledare inte bedömde vara fallet i relation till genomförd dataanalys.

Urvalet kan anses begränsande ($n=6$) på grund av förutbestämd tid (10 veckor) att genomföra och färdigställa aktuell studie. Men då datainsamlingen resulterade i ett informationsrikt material för vidare analys ansåg författare i samråd med handledare tillika senior forskare att antalet sjuksköterskor var tillräckligt för att besvara syftet (Danielson, 2017). Att använda sig av ett större antal deltagare hade bidragit med ytterligare data och stärkt studien ytterligare, men kunde inte beaktas på grund av examensarbetet begränsade tidsram. Dessutom kan författarnas bristande erfarenhet av att planera och genomföra empiriska studier (första gången) bidragit till motsatt effekt, alltför omfattande data för att kunna bearbetas och slutföras motsvarande 10 veckors studietid inom sjuksköterskeprogrammet. Resultatets trovärdighet och tillförlitlighet samt överförbarhet på grund av ett begränsat urval ($n=6$) har troligtvis påverkats. Författarna hanterade ovanstående begränsning genom handledning av erfaren senior forskare samt försiktighet när det gäller överförbarhet av resultat och slutsatser (Danielsson, 2017; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017), vilka kan anses gälla i aktuell kontext utav medicinavdelning och sjuksköterskor som målgrupp.

Vidare kan urvalet anses tillfredsställande i relation till kvalitativ metod då informanterna hade varierande bakgrund och arbetslivserfarenhet inom vård samt ålder. Däremot var samtliga informanter kvinnor (fanns inga manliga sjuksköterskor på aktuell avdelning) vilket kan ha påverkat resultatet, varför resultatet trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet när det gäller genus behöver beaktas.

Datainsamling

En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer (Trost, 2010) valdes som lämplig metod för att beskriva sjuksköterskor erfarenheter. Syftet var att använda en intervjuguide som ger möjlighet till styrning genom att använda olika frågeområden samt till personligt innehåll för att möjliggöra för informanter att berätta istället för direkt styrning av specifika strukturerade frågor. Användning av semistrukturerade frågor kunde öka risken för oerfarna intervjuare att fastna i ledande frågor. För att försöka hantera direktstyrning användes en öppen inledande fråga som sedan följdes upp med följdfrågor av öppen karaktär anpassade efter informantens

svar. Intervjuguiden och dess frågeområden gav utrymme för struktur i samtalen för både intervjuare och informant, vilket var av särskild betydelse för författarna som var oerfarna i intervjusituationen. Det semistrukturerade arbetssättet bidrog till att informanterna fick möjlighet att fritt formulera sina svar utifrån egen erfarenhet. För att hantera författarnas förförståelse, skapades frågeområden i intervjuguiden med utgångspunkt från bakgrundsfakta som diskuterades med senior handledare för att besvara syftet (Danielson, 2017).

Ingen provintervju genomfördes vilket hade varit ett bra hjälpmedel för att synliggöra eventuell användning av ledande frågor. Vidare hade en provintervju även kunnat bidra till kontroll av intervjuguidens användbarhet i förhållande till syftet, ett bra hjälpmedel för att öka kvalitet i datainsamlingen då justering av frågeområde/följdfrågor hade kunnat ske. Den primära anledningen till att provintervju inte genomfördes var studiens begränsade tidsram. En tydligare fråga hade till exempel kunnat vara "hur använder du dig som sjuksköterska av vårdplaner" vilket mer direkt besvarar syftet. Även om denna förbättring av intervjuguiden observerades under de första intervjuerna, ändrades inte frågorna för att få en så enhetlig datainsamling som möjligt med utrymme för deltagarnas erfarenheter. I två av sex intervjuer deltog båda författarna vilket kan ha bidragit till en känsla av underlägsenhet hos deltagaren, vilket beaktades varför resterande intervjuer genomfördes enskilt (Danielson, 2017; Trost, 2010).

Platsen för intervjuerna valdes noggrant då miljön kan ha betydelse både för intervjuare och deltagare i kvalitativa studier (Trost, 2010). En känsla av trygghet hos informanterna eftersträvades varför författarna valde att genomföra intervjuerna i ett lugnt, avskilt rum utanför avdelningen. Platsen var lättillgänglig för sjuksköterskorna samt dess närhet till arbetsplatsen underlättade deras deltagande då intervjuerna skedde i början eller slutet av arbetspasset. För att sjuksköterskorna inte skulle känna tidspress avsattes en timme för varje intervju som beräknades till cirka 30-45 minuter, för att inte behöva stressa igenom information, presentation, frågor och svar, med andra ord ha utrymme för att skapa en trygg intervjumiljö.

Dataanalys

Resultatets trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet bör ställas i relation till författarnas ringa erfarenhet av kvalitativ metod, begränsad tillgänglighet till data och studiens förutbestämda tidsram (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Resultatet analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys för att kunna identifiera skillnader och likheter i materialet. Analysmetoden är lämplig för författare med begränsad erfarenhet av att analysera data som kan påverka analysarbetet och resultatet. Genom att arbeta så textnära som möjligt i dataanalysen och välja en systematisk analysmetod (manifest kvalitativ innehållsanalys) med tydlig struktur försökte författarna minimera förförståelse och egna tolkningar. Vidare kunde användning av koder i analysprocessen bidra till att delar av innehållet missuppfattades. För att undvika tolkning, påverkan av respektive författarens förförståelse och/eller missuppfattning genomfördes såväl individuell som gemensam dataanalys som regelbundet diskuterades under handledning av erfaren senior forskare. Ovanstående dataanalys får anses som tillförlitlig för en textnära och trovärdig analys. En viss tolkning av data behövs när det gäller kvalitativ metod för att resultatet ska bli förståeligt varför kategorier skapades efter mönster som framkommit i studiens resultat. Många av

koderna passade in på flera subkategorier varför det var en utmaning att bestämma vilken kategori som hade bäst överensstämmelse. Så småningom kom författarna överens om en kategori och tre underkategorier, vilka blev grunden för resultatet. För att återspegla det som sagts i intervjuerna har författarna valt att presentera avidentifierade och utan inbördes ordning numrerade citat under varje kategori.

Etik

Kvalitativ empirisk forskning kräver ett etiskt förhållningssätt för att bedrivas på ett korrekt sätt där deltagarnas konfidentialitet beaktas (Vetenskapsrådet, 2017). Deltagandet var inte anonymt då vårdenhetschefen gav förslag till urval av deltagare, vilket författarna har hanterat genom att resultatet beskrivs på gruppnivå där inga enskilda informanter kan härledas och inga informanter namngivits. Vidare inhämtades såväl muntligt som skriftligt samtycke vilket förstärker god forskningsetik byggd på frivillighet. Inspelade intervjuer överfördes direkt efter genomförande till en lösenordsskyddad dator som endast författarna hade tillgång till. De inspelade intervjuerna raderades därefter från mobiltelefonerna. Allt skriftligt material förvarades oåtkomligt för utomstående personer. För att undvika eventuell identifiering av specifik medicinavdelning namngavs inte densamma (Codex 2018). Sammanfattningsvis avidentifierades all data. Efter att examensarbetet godkänts kommer ljudfiler och textfiler på dator samt utskrifter att förstöras, vilket kan ses borga för att god forskningssed tillämpades i aktuell studie.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande arbete var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med vårdplaner på en medicinavdelning, vilket får anses som uppnått. I resultatdiskussionen diskuteras de huvudfynd som har framkommit under intervjuerna.

Sjuksköterskans kompetensbeskrivning tillsammans med de sex kärnkompetenserna är till för att vägleda sjuksköterskan i yrket (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Utifrån dessa kärnkompetenser har också sjuksköterskorna ett etiskt ansvar att bemöta patienten på ett respektfullt och empatisk sätt vilket är en av grundprinciperna i personcentrerad vård (International Council of Nurses, 2012). Resultatet av studien visade att sjuksköterskorna att arbetstid och teamsamarbete var grundläggande för att arbetet med vårdplaner ska kunna utvecklas samt att det behövs verktyg för att skapa bättre förutsättningar att involvera patienten i vårdplanen, vilket kan ske genom enklare språk och bättre struktur i journaltexten som informanterna eftersökte vilket harmoniserar med forskning som påtalar IT-stöd samt ökat teamarbete (Penoyer et al., 2014 ; Johnson et al., 2018).

I en pressad vårdverksamhet ställs höga krav på sjuksköterskans arbete varför sjuksköterskans kompetensbeskrivning kan vara en hjälp till vidare diskussion angående sjuksköterskans dokumentationsplikt som kommer till uttryck i vårdplaner i patientjournalen. Sjuksköterskan utövar omvårdnad med stöd av ett etiskt förhållningssätt som ligger till grund för personcentrerad vård (Ekman et al., 2011, Ekman et al., 2014; Ekman et al., 2015). Resultatet av genomförd studie visar att sjuksköterskan behöver bemöta alla patienter som individuella personer som har både fysiska och psykiska, sociala, andliga behov som bland annat

Edvardsson (2010) poängterar. Men samtidigt har sjuksköterskan fått andra tidskrävande och viktiga arbetsuppgifter till exempel riskbedömningar med hjälp av kvalitetsregister, det vill säga utökad administrativt arbete vilket leder till stress hos sjuksköterskan då tiden inte räcker till. Forskning (Gaudine & Thorne, 2012) visar på vikten av att skapa arbetsmiljöer som harmoniserar med såväl arbetsplatsen som sjuksköterskors värderingar för att minimera etisk stress, frånvaro och personalomsättning. Sjuksköterskors etiska stress anses minska när de förstår orsak till handling och beslut som genomförs på arbetsplatsen. Aktuell kunskap kan användas genom att mötesarenor skapas på avdelningen där teammedlemmar diskuterar vård och behandling med patient och anhöriga. Ett sätt är att skapa tillgängliga samtalsrum på avdelningen som bjuder in till interprofessionella möten, ett annat är att förändra rutiner för rond- respektive rapporteringssystemet (personalbyten) där patientberättelsen prioriteras istället för fokus på professionsperspektiv. Ett lyckat exempel är enligt Baker (2010) en bedsiderapportering, delad informationshantering mellan personal och patient som bygger på fakta som struktureras med hjälp av nyckelord som SBAR (situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendationer) för att minimera känslig information (konfidentialitet, individuell hantering) och personliga värderingar hos sjuksköterskan och vårdpersonal.

Att arbeta med vårdplaner är en betydelsefull del av omvårdnaden i linje med personcentrerad vård för att samskapa bästa möjliga vårdssituation till patient, anhöriga och vårdpersonal (Ekman et al., 2011, Ekman et al., 2014; Ekman et al., 2015). Resultatet i genomförd studie visar att kvaliteten av vårdplanen bland annat påverkas av hur väl dokumentationen görs, hur planen följs samt huruvida revidering sker. Vidare visar resultatet hinder i arbetet med vårdplaner såsom tidsbrist, behov av bättre interprofessionellt samarbete i dokumentationen och bristande struktur i dokumentationsarbete. Liknande resultat beskrivs av Thoroddsen et al. (2012) att bristande samarbete mellan yrkeskategorier, när det gäller dokumentation av patientens hälsotillstånd, behov och insatser, leder till hinder i det praktiska vårdarbetet. Vidare behöver patientens medverkan synliggöras vilket förstärks av såväl lagstiftning (SFS 2014:821; SFS 2017:30) som forskning (Broderick & Coffey, 2013; Edvardsson, 2010; Ekman et al., 2011, Ekman et al., 2015) som menar att personcentrerade vårdplaner är ett redskap för att förbättra samskapande av vård och behandling (Butterworth, 2012). Patientlagen (SFS 2014:821) är ännu inte tydlig i hur information bör delas med patienten utan fokuserar på vikten av att göra patienten delaktig i den egna vård och behandlingen. Dessutom utgår samma lag från att patienten ses utifrån sjukdom och vårdbehov, inte som en unik person, vilket bekräftar behovet av förändrade rutiner som lyfter fram implementering av personcentrerad vård och omställning av morgondagens hälso- och sjukvård (Vårdanalys, 2018:8).

Arbete pågår runt om i landet enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2018) med att arbeta personcentrerat och att utveckla personcentrerade vårdplaner vilket kan vara till stöd för sjuksköterskorna på avdelningen genom att titta på andras verksamheters exempel. Sjuksköterskorna som deltog i studien beskriver en stark vilja att involvera patienten och närstående i högre grad i omvårdnaden vilket är en förutsättning för att upprätthålla och förbättra omvårdnaden genom att bland annat synliggöra patientens röst i vårdplanen (Broderick & Coffey, 2013; Butterworth, 2012; Ekman et al., 2011, Ekman et al., 2015). Sjuksköterskorna i studien planerar och dokumenterar utifrån ett patientfokus där medicin/sjukdom betonas istället för friskhetsfaktorer eller hälsoresurser som samskapas i partnerskap. Resultatet tydliggör att patienternas involvering vid skapande av vårdplaner mer eller mindre saknas, varför personcentrerade vårdplaner kan vara ett bra redskap för att

förbättra kvalitet på omvårdnaden (Butterworth, 2012). Enligt Broderick och Coffey (2013) bidrar dokumentation som är inriktad på "personen" till ett mer meningsfullt förhållande mellan sjuksköterskor och patienter, vilket harmoniserar med önskemål från deltagande sjuksköterskor i vår studie.

För att kunna dokumentera en personcentrerad vårdplan i omvårdnaden behövs en relation mellan sjuksköterskan och patienten där denne ses som en likvärdig samarbetspartner. Genom en bra och respektfull kommunikation med patienten skaffar sig sjuksköterskor information om patientens känslor, engagemang och preferenser som är avgörande för att implementera personcentrerade vårdplaner. En sådan typ av partnerskap med patienter skapar goda förutsättningar för patienten att delta i den egna omvårdnaden som kommer till uttryck i vårdplanen. Genom att patient och sjuksköterska gemensamt skapar mål för omvårdnaden minimeras risk för att åtgärder baseras på rutin som kan leda till att relevanta åtgärder förbises. Sharp, Mcallister och Broadbent (2017) menar att sjuksköterskor som organiserar sitt arbete efter hur brådskande uppgiften är påverkar dennes omvårdnadshandlingar, vilket kan leda till att framåtskridande omvårdnadsarbete bortprioriteras. Organisationer och individer som strävar efter att införa personcentrerad vård behöver därför öka medvetenheten när det gäller sociala och politiska krafter som i grund och botten formar och begränsar sjuksköterskans arbete. Faktorer som begränsar sjuksköterskans möjlighet att arbeta mer personcentrerat är framförallt för många och krävande arbetsuppgifter såväl som krångliga och tidskrävande dokumentationssystem som leder till tidsbrist att lära känna patienten. Sammanfattningsvis uppfattas personcentrerade vårdplaner som något positivt som kan bidra till att förbättra omvårdnad som poängteras i forskning av bland annat McCormack, Dewing och McCance (2011).

Resultatet i studien visar att tidsbristen är ett hinder för att upprätta vårdplaner, vilket grundas i ett flertal ansvarstygda arbetsuppgifter, ostrukturerade dokumentationsrutiner och bristande samarbete mellan yrkeskategorier. Aktuell tidsbrist bidrar till sjuksköterskors upplevelse av otillräcklighet och stress i arbetet med vårdplaner. Vidare beskriver informanterna en känsla av osäkerhet hur de ska vidareutveckla arbetet med personcentrerade vårdplaner när de redan har problem att hinna med arbetet med befintliga vårdplaner. Ett sätt är att nyttja den forskning som finns kring hur personcentrerad vård fungerar. Butterworth (2012) visar att en personcentrerad vårdplan kan ersätta standardiserad dokumentering av vårdplaner vilka fokuserar på systemets behov och rutiner. En slutsats är därför att personcentrerade vårdplaner kan vara det redskap som sjuksköterskorna eftersöker för att undvika tidsödslande dubbelarbete och dubbeldokumentation då olika yrkeskategorier dokumenterar på olika ställen i patientjournalen. Dessutom är delar av dokumentationen "låst" till aktuell yrkeskategori vilket innebär att till exempel sjuksköterskor inte kan ta del av fysioterapeuters dokumentation och vice versa, vilket ger upphov till dubbeldokumentation samt risk för missuppfattningar mellan olika yrkeskategorier.

Studien visar både på skillnader och likheter hos sjuksköterskorna när det gäller erfarenheter av att arbeta med vårdplaner. Vissa sjuksköterskor upplevde arbetet med att formulera vårdplaner lättare än andra vilket kan ha sin grund i sjuksköterskors intresse av att dokumentera. Nyutbildade sjuksköterskor beskrivs ha begränsade kunskaper med sig från utbildningen när det gäller att formulera och dokumentera vårdplaner i patientjournalen. Det är problematiskt då samtliga patienter ska ha en vårdplan för att åstadkomma god omvårdnad. Vidare är det ett tidskrävande arbete för erfarna sjuksköterskor att lära upp nyutbildade sjuksköterskor när det gäller dokumentation, varför innehållet i

sjuksköterskeutbildningen behöver förbättra innehållet att dokumentera vårdplaner (Butterworth, 2012; SFS 2017:30). Ett förslag är att lägga in såväl undervisning som examinationsgrundande moment som fokuserar på dokumentation av vårdplaner för att utveckla vården vilket kommer till uttryck i Högskoleförordningen (SFS 2018:1993) avseende sjuksköterskeutbildning när det gäller färdighet och förmåga; att visa förmåga att muntligt och skriftligt redogöra för och diskutera åtgärder och behandlingsresultat med berörda parter samt i enlighet med relevanta författningar dokumentera dessa.

McCormack, Karlsson, Dewing och Lerdal (2010) beskriver att sjuksköterskor kämpar för att tillämpa personcentrerad vård för att ge bästa möjliga vård och omsorg till patienterna. Liknande resultat framkommer i föreliggande studie och kan benämnas etisk stress, det vill säga att sjuksköterskorna strävar efter att se till patientens bästa men upplever olika hinder under arbetsdagen som gör det svårt för dem att hinna med att planera, dokumentera och uppdatera vårdplaner i den mån de skulle vilja. Omvårdnadsåtgärder måste enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) dokumenteras för att kunna granskas och utvärderas. Sjuksköterskorna berättar om begränsningar i dokumentationssystemet som beskrivs som föråldrad i relation till dagens teknikutveckling. De förespråkar ett kreativt och funktionellt IT-stöd som förenklar och underlättar sjuksköterskans dokumentationsplikt då dagens administrativa arbete upplevs som tidsödslande men betydelsefullt moment för att på ett patientsäkert sätt utveckla vårdens kvalitet. Sjuksköterskorna efterfrågar tekniska hjälpmedel för att underlätta dokumentationen och ger förslag på mobila enheter, såsom skrivplattor att ta med sig in till patienten såväl som att olika dokumentationssystem ska synkroniseras för att minska dubbel dokumentering till förmån för enklare dokumentationsfunktioner som "klicka i en ruta" för att minimera löpande text.

Ökat antal sköra äldre med komplexa vårdbehov leder till överbeläggningar inom hälso- och sjukvården, vilket leder till hög arbetsbelastning för tjänstgörande sjuksköterskor varför kontinuerliga förbättringar behöver genomföras. Ett exempel bottnar i sjuksköterskornas oro kring arbetets struktur (innehåll, uppgifter) i relation till samarbete med involverade yrkeskategorier vid implementering av personcentrerad vårdplan. Sjuksköterskorna är eniga om att en välinformerad patient och/eller anhöriga redan vid inläggning på vårdavdelningen minskar oro och oklarheter kring vårdens innehåll och struktur vilket inverkar positivt på sjuksköterskans arbetsmiljö. En delaktig och välinformerad patient bidrar till en tillitsfull relation mellan patient och sjuksköterska vilket minimerar oro som tar tid och kraft från omvårdnadsarbetet. Partnerskap när det gäller planerad behandling, förväntat resultat och mål bidra till effektivare vård, förkortade vårdtider samt bättre kvalitet i omvårdnaden då involverade parter är överens om innehållet i aktuell vård och behandling. Genom att sjuksköterskan övar på att synliggöra patienten som en partner och resurs i omvårdnadsarbetet underlättas strävan efter bästa möjliga vård (International Council of Nurses, 2012).

Sjuksköterskorna påpekar under intervjuerna att de ansvarar för att organisera omvårdnaden tillsammans med patienten och teamet, vilket dokumenteras i en vårdplan. De uttrycker en önskan om att undersköterskor tar ett större ansvar för dokumentationen i vårdplanerna för att skapa jämnare arbetsfördelning. Sjuksköterskorna menar att en gemensam vårdplan i enlighet med personcentrerad vårdplan bidrar till att stärka teamkänslan och bättre samarbete då missuppfattningarna borde minska vilket i sin tur ökar patientsäkerheten. Enligt Rosengren (2014) har olika personer olika kompetenser i ett team, vilket gör att teamet utvecklas med hjälp av varandra. Genom att olika yrkeskategorier dokumenterar i samma vårdplan skapas

bättre möjlighet att använda olika professioners kunskap expertis. Olika yrkeskategorier träffar patienten i olika sammanhang och får således information från olika håll som ökar kunskapen om vad som fungerar bäst för just denna patient.

För en lyckad implementering av personcentrerade vårdplaner krävs arbete på flera nivåer i verksamheten för att skapa tydlig och enkel dokumentationsstruktur genom förbättrat samarbete mellan olika yrkeskategorier för förbättrad omvårdnad (McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010). Abrahamson et al. (2017) förklarar att implementering av personcentrerad sjukvård kräver förändrade vårdprocesser för att bättre kunna hantera individuella mål samt underlätta kommunikation mellan patienter och personal. Även Khuan och Juni (2017) poängterar behov av förändringar i patientens engagemang hos såväl vårdpersonal som hos den enskilda patienten i samband med implementering av personcentrerad vård. Det kräver att sjukhus och andra vårdgivare likväl som universitet och högskolor som bedriver sjuksköterskeutbildning reformerar verksamheten för att främja personcentrerat arbetssätt, är en förutsättning för ett fungerande partnerskap där patienten erbjuds möjligheter att samskapa vård och omsorg.

Slutsats

Sjuksköterskorna arbetar dagligen med att dokumentera omvårdnaden med hjälp av vårdplaner. Resultatet visar att kvaliteten på vårdplanen påverkas av hur dokumentationen genomförs och följs, till exempel huruvida regelbunden revidering sker eller inte. För att kunna implementera personcentrerade vårdplaner krävs ytterligare arbete med att utveckla vårdplanernas struktur och innehåll. Därav finns behov av organisatorisk samverkan för att utveckla rutiner för gemensam dokumentation som syftar till bättre hushållning av vårdens begränsade resurser där patientens röst synliggörs. Det räcker således inte med att sjuksköterskor arbetar med att tydliggöra helhetsbilden av patientens hälsotillstånd i vårdplanen som beskrivs som utmanande i dokumentationen, utan det interprofessionella teamet behöver utveckla rutiner tillsammans med patienterna för att undvika upprepning och/eller missförstånd i en gemensam dokumentationstext.

Slutsatsen är att personcentrerad vård förutsätter tre delar; partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Att implementera personcentrerade vårdplaner kräver därför arbete på flera nivåer i verksamheten (avdelning, ledning, samarbetspartners), inte bara på avdelningen i form av interprofessionellt engagemang, vilja och intresse att arbeta personcentrerat. Vidare finns behov av förbättringar inom vårdutbildning (dokumentation, personcentrerad vård) för att underlätta och förenkla sjuksköterskornas dagliga omvårdnadsarbetet, att samskapa (personal-patienter) för bästa möjliga vård.

Då studien har begränsad data (n=6) behövs vidare forskning kring sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med vårdplaner för att bidra till bästa möjliga omvårdnad i linje med sjuksköterskans sex kärnkompetenser.

Referenslista

- Abrahamson, K., Myers, J. & Nazir, A. (2017). Implementation of a Person-Centered Medical Care Model in a Skilled Nursing Facility: A Pilot Evaluation. *Journal of American Medical Directors Association*. 18(6):539-543. doi:10.1016/j.jamda.
- Baker, S. (2010). Bedside shift report improves patient safety and nurse accountability. *Journal of Emergency Nursing*. 36(4): 355-358. doi.org/10.1016/j.jen.2010.03.009
- Birkler, J. (2011). *Etiskt hantverk*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Björvell, C., Wredling, R. & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Improving Documentation Using a Nursing Model. *Journal of Advanced Nursing*. 43(4):402-410. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02751.x
- Broderick, M.C., & Coffey, A. (2013). Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing*. 28(4):309-18. doi:10.1111/opn.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Butterworth, C. (2012). How to achieve a person-centred writing style in care plans. *Nursing Older People*. 24(8): 21-26. doi:10.7748/nop.
- CODEX. (2018). *Regler och riktlinjer för forskning*. Hämtat 2018-11-28 från: <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- Collins, S.A., Gazarian, P., Stade, D., McNally, K., Morrison, C., Ohashi, K., Lehmann, L., Dalal, A., Bates, D.W. & Dykes, P.C. (2014). Clinical Workflow Observations to Identify Opportunities for Nurse, Physicians and Patients to Share a Patient-centered Plan of Care. *AMIA Annual Symposium Proceedings*. 414–423. PMC4419989 PMID: 25954345.
- Danielson, E. (2017) Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod* (s. 143-154). Lund: Studentlitteratur AB.
- Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken: välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Hedman, H., Swedberg, K. & Wallengren, C. (2015). Commentary: Swedish initiative on person-centred care. *BMJ*, 350:h160. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h160>
- Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I Ekman, I. (red). *Personcentrering inom hälso-och sjukvård*. (s. 69-91). Stockholm: Studentlitteratur.

- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J. Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I.L, Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L.E., Rosén, H., Rydmark, M. & Sunnerhagen, K.S. (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *10*(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
- Gaudine, A., & Thorne, L. (2012). Nurses' ethical conflict with hospitals: a longitudinal study of outcomes. *Nursing Ethics*. *19*(6), 727-737. doi:10.1177/0969733011421626
- Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs Universitet, GPCC. (2018). *Personcentrerad vård*. Hämtat 2019-01-18 från: <https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>
- Graneheim, U.H., Lindgren, B.M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*. *56*, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Horrell, J., Lloyd, H., Sugavanam, T., Close, J. & Byng, R. (2018). Creating and facilitating change for Person-Centred Coordinated Care (P3C): The development of the Organisational Change Tool (P3C-OCT). *Health Expectations*. *21*(2): 448-456. doi: 10.1111/hex.12631
- Heather Herdman, T. & Kamitsuru, S. (Red.). (2015). *Omvårdnadsdiagnoser: definitioner och klassifikation 2015-2017*. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I Henricson, M. (red). *Vetenskaplig teori och metod* (s. 111-120) Lund: Studentlitteratur AB.
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. Hämtad 2018-11-28 från: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
- Jansson, I. & Forsberg, A. (2016). How do nurses and ward managers perceive that evidence-based sources are obtained to inform relevant nursing interventions? – an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*. *25*(5-6):769-76. doi:10.1111/jocn.13095.
- Johnson, C.E., Peralta, J., Lawrence, L., Issai, A., Weaver, F.A & Ham, S.W. (2018). Focused Resident Education and Engagement in Quality Improvement Enhances Documentation, Shortens Hospital Length of Stay, and Creates a Culture of Continuous Improvement. *Journal of surgical education*. S1931-7204(18)30190-9. doi:10.1016/j.jsurg.
- Khuan, L. & Juni, M.H. (2017). Nurses' Opinions of Patient Involvement in Relation to Patient-centered Care During Bedside Handovers. *Asian Nursing Research*. *11*(3):216-222. doi:10.1016/j.anr.
- Liu, F., BS. & Johnston, J.M. (2015). Systematic Review of Qualitative Study in Multidisciplinary Teamwork in Healthcare. *International Journal of Epidemiology*. *44*(1): i235-i236. doi.org/10.1093/ije/dyv096.419

- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Hoglund Nielsen, B. (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219-234). Lund: Studentlitteratur AB.
- McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: Addressing contextual challenges through practice development. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1. doi:10.3912/OJIN.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J. & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 620-634. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x
- Penoyer, D., Cortelyou-Ward, K., Noblin, A., Bullard, T., Talbert, S., Wilson, J., Schafhauser, B. & Briscoe, J.G. (2014). Use of electronic health record documentation by healthcare workers in an acute care hospital system. *Journal of Healthcare Management*. 59(2), 130-144. PMID: 24783371 NLM UID: 9803529
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rosen, M., DiazGranados, D., Dietz, A., Benishek, L., Thompson, D., Pronovost, P. J. & Weaver, S. (2018). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-quality care. *American Psychologist*. 73(4): 433-450. doi:10.1037/amp0000298.
- Rosengren, K. (2014). *Vårdledarskap- att utveckla och förbättra framtidens vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur AB.
- SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2018:1883 (1993:100). *Högskoleförordningen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Sharp, S., Mcallister, M. & Broadbent, M. (2017). The tension between person centred and task focused care in an acute surgical setting: A critical ethnography. *Collegian* 25. Hämtad 2018-11-28 från: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.002>
- Svensk Sjuksköterskeförening, SSF. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2018-11-28 från: <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/publikationer/publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Svensk Sjuksköterskeförening, SSF. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2018-11-28 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

- Sveriges kommuner och landsting, SKL (2018). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2018-11-28 från:
<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/personcentreradvard.16029.html>
- Thoroddsen, A., Ehrenberg, A., Sermeus, W. & Saranto, K. (2012). A survey of nursing documentation and standards in European countries. *Nursing Informatics Journal*, 406. PMID: 24199130 PMCID: PMC3799179
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad 2018-11-28 från:
<https://www.vr.se/analys-och-uppdrag/vi-analyserar-och-utvarderar/alla-publikationer/publikationer/2017-08-29-god-forskningssed.html>
- Vgregion. (2018). *Om sjukhuset*. Hämtad 2018-11-28 från:
<https://www2.sahlgrenska.se/sv%2FSU%2FOm-sjukhuset%2F>
- Vårdanalys. (2018). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. Stockholm: Vårdanalys.
- Wiman, E. & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Issues in Clinical Nursing*, 13, 422-429. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x
- Willman, A. (1996). *Hälsa är att leva. En teoretisk och empirisk analys av begreppet hälsa med exempel från geriatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M. & Britten, N. (2017). The realities of partnership in person-centred care: A qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ Open*, 7(7), e016491. doi:10.1136/bmjopen-2017-016491

Bilaga 1. Informationsbrev

Information om deltagande i forskningsstudie

Vi är två studenter som går sjuksköterskeprogrammet termin 5 vid Göteborgs Universitet. I samarbete med din vårdenhetschef XXXX, kommer vårt examensarbete att genomföras på din arbetsplats.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att skriva vårdplaner på en medicinavdelning i västra Sverige. Informanterna som efterfrågas i studien är sjuksköterskor på en medicinavdelning inom SU med erfarenhet av vårdplaner. Du får denna information och förfrågan om att medverka i intervju under vecka 43. Att delta i studien är frivilligt och du kan när som helst avsäga din medverkan utan att ange skäl eller svara på följdfrågor. Dina eventuella svar kommer då att raderas från studien.

Datansamlingsmetoden är individuell intervju med frågor som berör vårdplaner ur ett personcentrerat förhållningssätt. Intervjun kommer att ske på arbetstid i ett enskilt rum på avdelningen på en tid som är förenligt med aktuellt arbetsschema, vidare kommer intervjun att spelas in med hjälp av ljudfil för att möjliggöra analys av aktuellt innehåll. Vi (Danijela & Helena) tar ansvar för att obehöriga inte får tillgång till data (lämnade svar) vilka kommer att sparas på en lösenordsskyddad dator. Forskningsetiska principer kommer att följas där du som deltagare garanteras konfidentialitet genom att insamlad data inte kommer att kopplas till dig som enskild person.

Studien kommer att redovisas som ett examensarbete och kan komma att publiceras i vetenskaplig tidskrift. Aktuellt examensarbete beräknas inte bidra till några potentiella intressekonflikter utan avser att förbättra personcentrerade vårdplaner för avdelningen.

Är du intresserad av att medverka eller vill veta mer kan du höra av dig via mail antingen till Danijela eller Helena.

Med vänliga hälsningar

Danijela Handanovic, sjuksköterskestudent. xxxxx@student.gu.se

Helena Larsson, sjuksköterskestudent. xxxxx@student.gu.se

Handledare: Kristina Rosengren, docent, universitetslektor. xxxxx@gu.se
Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Bilaga 2. Samtyckesformulär



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Huvudansvariga

Helena Larsson, studerande vid Sjuksköterskeprogrammet
Danijela Handanovic, studerande vid Sjuksköterskeprogrammet
Kristina Rosengren, Docent i vårdvetenskap och handledare i studien

Läs igenom detta noggrant och ge därefter eventuellt ditt medgivande genom att skriva under med din namnteckning längst ned.

Samtycke

Jag vill delta i studien om sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med vårdplaner på en medicinavdelning i västra Sverige.

De uppgifter som samlas in är dina erfarenheter av att arbeta med vårdplaner, vilka kommer att inhämtas under en intervju och därefter avidentifieras och behandlas konfidentiellt.

Deltagandet i studien kommer inte härledas till dig som person då inga personuppgifter kommer vara synliga i studien samt att kommande resultat kommer att presenteras på gruppnivå utan att du som enskild person beskrivs. Då citat används är dessa avkodade utan personuppgifter.

Ditt deltagande i studien är frivilligt och du har enligt 12 § Personuppgiftslagen (1998:204) rätt att när som helst återkalla ditt samtycke och därmed avbryta deltagandet, utan att behöva uppge anledning.

Ditt medgivande innebär att den information som samlas in under intervjun får lagras och bearbetas i forskningssyfte förutsatt att inga andra än de forskare som är knutna till studien tar del av insamlat material.

Nedan ger jag mitt samtycke till att delta och är införstådd med ovanstående information.

.....
Ort och datum

.....
Underskrift

Bilaga 3. Intervjuguide



SAHLGRENSKA AKADEMIN INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Intervjuguide

Bakgrundsfakta:

Ålder:

Utbildning:

Vårderfarenhet (generellt) samt specifikt som sjuksköterska:

Inledande fråga:

1. Om jag säger vårdplan, vad tänker du på då? 2. Kan du berätta om ditt arbete med att formulera vårdplan?

(följdfrågor om sökord, struktur, språkbruk, tidsaspekt)

3. Vilka rutiner har ni på avdelningen kring dokumentation i Melior?

(följdfrågor om vem gör vad, olika yrkeskategorier dokumentation, sjuksköterskans del av dokumentering, tidsaspekten)

4. Hur kan arbetet med vårdplaner utvecklas med stöd av personcentrerat arbetssätt?

(följdfrågor kring erfarenheter av att arbeta personcentrerat, teamarbete i relation till övergripande vårdplan - berättelsen, vem gör vad, när ska den genomföras, hur ofta ska den revideras)

5. Hur synliggörs patientens involvering i vårdplaner?

Öppen fråga

Nu har jag inga fler frågor till dig, är det något annat som du vill berätta när det gäller vårdplaner?

Ordningsföljd av frågorna varierar beroende på informantens svar på den inledande frågan.

Svarsalternativ: öppna.

Fördelar/nackdelar med att använda vårdplaner

Kvalitativ innehållsanalys.