



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **DOKUMENTATION I KOMMUNAL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD**

Hur sjuksköterskor synliggör den äldre patientens  
upplevelse och delaktighet i  
omvårdnadsdokumentationen

**Lylan Rashed**

**Cassandra Strömsnäs**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre
Program och/eller kurs:	äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt2022
Handledare:	Eva Angelini
Examinator:	Hanna Falk Erhag

Titel (svensk):	Dokumentation i kommunal hälso- och sjukvård.
Titel (engelsk):	Documentation in community nursing.
Uppsats/Examensarbete:	15 hp Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot vård av äldre
Program och/eller kurs:	äldre
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt2022
Handledare:	Eva Angelini
Examinator:	Hanna Falk Erhag
Nyckelord:	Personcentrerad vård, dokumentation, delaktighet, kommunal hälso- och sjukvård

---

## Sammanfattning:

**BAKGRUND:** I de nordöstra delarna av Göteborg talas många olika språk och språkbarriärer har i forskning länkats samman med försämrad vårdkvalitet. Personcentrerad vård är ett förhållningssätt som visats ge flera positiva effekter på hälsa och välbefinnande. Patientens berättelse om upplevelsen av hälsa och sjukdom samt preferenser är en viktig förutsättning för delaktighet. Att synliggöra personcentrerad vård i dokumentationen kan vara en utmaning.

**SYFTE** Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård i nordöstra Göteborg i omvårdnadsdokumentationen synliggör den äldre patientens upplevelser och delaktighet.

**METOD** Studien är en kvalitativ intervjustudie. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sju sjuksköterskor från nordöstra Göteborg. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

**RESULTAT** Resultatet visar att sjuksköterskor samlar in patientens berättelse genom att fråga patienten själv eller via närstående och andra professioner. Den insamlade berättelsen återges i journalen i olika grad. Delaktigheten främjas genom praktiska moment och även genom samtal. Detta dokumenterar sjuksköterskorna också i olika grad. Hinder för att kunna ta del av patientens berättelse och göra dem delaktiga är tids- och språkbrist.

**SLUTSATS:** Utan att få ta del av patientens berättelse och preferenser finns små möjligheter till personcentrerad vård. Vi föreslår därför förtydligande av rutiner kring användandet av tolk samt mer utbildning i att dokumentera patientens beskrivning och delaktighet för att förbättra möjligheterna för att erbjuda en jämlik vård av äldre baserat på personcentrerad vård.

Nyckelord: Personcentrerad vård, dokumentation, delaktighet, kommunal hälso- och sjukvård

## Abstract

**BACKGROUND:** In the north-eastern parts of Gothenburg many different languages are spoken which is linked to lower quality of care. Person-centred care has been proven to increase health and wellbeing. The patient's story of their experience and preferences is vital for the shared decision-making. To achieve a person-centred approach within nursing documentation can be a challenge.

**AIM** The aim of this study was to describe how nurses in community care in north-eastern Gothenburg make the elder patient's story and participation visible in nursing documentation.

**METHOD** This study is a qualitative interview study. Semi structured interviews were conducted with seven nurses from north-eastern Gothenburg. The interviews were analyzed with qualitative content analysis.

**RESULTS** The results of this study show that nurses ask for the patient's story directly from the patient but also through close contacts and other professionals. The story is documented in varying degrees. Participation is secured through active participation in daily activities but also through conversation. Patient participation is, like the patient's story, documented in varying degrees. All nurses described that this depended on lack of time and language barriers.

**CONCLUSION:** Without knowing the patient's story and preferences the possibilities of offering person-centred care are slim. Therefore, we suggest a clarification of routines regarding the use of interpreters and more education about how to document the patient's story and participation in the nursing documentation in order to improve the possibility of offering equal care based on person-centred care to all elders.

Keywords: community nursing, nursing documentation, person-centred care, partnership, patient participation

# Innehållsförteckning

Sammanfattning:.....	2
Abstract.....	3
Inledning.....	1
Bakgrund .....	2
Den äldre patienten inom kommunal hälso- och sjukvård .....	2
Språkets betydelse för personcentrerad vård .....	2
Journalssystem och förutsättningar för dokumentation .....	3
Tidigare forskning om sjuksköterskors erfarenhet av dokumentation .....	4
Personcentrerad vård .....	5
Delaktighet.....	6
Problemformulering .....	7
Syfte .....	8
Metod .....	9
Studiedesign.....	9
Urval .....	9
Datainsamling.....	9
Dataanalys .....	10
Etiska överväganden.....	11
Resultat.....	13
Källa till information .....	14
Frågar patienten .....	14
Extern information .....	15
Grad av dokumentation av berättelsen .....	16
Grundläggande beskrivning .....	16
Kortfattad beskrivning .....	17
Målande beskrivning.....	18
Främja delaktighet .....	18
I praktisk handling .....	19
Genom samtal .....	19
Grad av dokumenterad delaktighet.....	20
Utebliven dokumentation.....	20
Grundläggande dokumentation.....	21
Detaljerad dokumentation.....	22

Metoddiskussion.....	24
Resultatdiskussion.....	28
Klinisk relevans .....	30
Referenslista .....	32
Bilagor .....	36
Bilaga 1 .....	36

## Inledning

Januari 2021 omorganiserades Göteborgs Stad där stadsdelsnämnderna som tidigare varit uppdelade i tio geografiska områden slogs ihop från tio till fyra områden och omorganiserades om från stadsdelsnämnder till fackförvaltningar. Hälso- och sjukvårdsenheten ingår i äldre - samt vård och omsorgsförvaltningen. Syftet med omorganisationen var att underlätta för en jämlik service oberoende av geografiskt område. Ett mål för äldre- samt vård- och omsorgsförvaltningen är att förbättra arbetet med personcentrerad vård.

I ett mångkulturellt område som de nordöstra delarna av Göteborg ställs än högre krav på sjuksköterskans kompetens att bedriva personcentrerad vård (Ahmed m.fl., 2018). I dessa områden förekommer ibland att sjuksköterskan och patienten inte talar samma språk och språkbarriärer kan påverka omvårdnaden negativt. Det är viktigt med förståelse för andra kulturer för att skapa förutsättningar för kommunikation oavsett språk (Ahmed m.fl., 2018).

Personcentrering innebär ett förhållningssätt där individens egna mål och önskningar identifieras och att vården utformas för att vara i linje med dessa. Arbetssättet utgår från patientens berättelse och delaktighet och sparar resurser för både patient och personal genom gemensam planering efter vad som är viktigt för patienten i dennes situation (American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016). Det behövs mer kunskap i verksamheterna om hinder och möjligheter för sjuksköterskor att dokumentera patientens berättelse och delaktighet.

## Bakgrund

### Den äldre patienten inom kommunal hälso- och sjukvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska kommunen erbjuda en god hälso- och sjukvård till alla invånare som bor på ett särskilt boende, korttidsboende eller daglig verksamhet. Kommunen har även möjlighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende, dvs hemsjukvård, efter överenskommelse med regionen (SFS 2017:30). Hemsjukvård i ordinärt boende erbjuds i Göteborgs Stad efter bedömning av remiss från annan vårdgivare eller via egenvårdsremiss.

År 2019 var 364 000 personer inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården i Sverige, de flesta äldre, och behovet av kommunal hälso- och sjukvård bedöms öka till följd av en åldrande befolkning. Av dessa 364 000 hade 78 000 personer fått biståndsbeslut om plats på vård- och omsorgsboende i slutet av 2020, en något lägre siffra än tidigare år på grund av covid19-pandemin (Socialstyrelsen, 2021). De vanligaste diagnoserna bland äldre personer med kommunal hälso- och sjukvård är hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och KOL och en av de vanligaste bidiagnoserna för personer 80 år och äldre anges vara kognitiv svikt, dvs demens (Socialstyrelsen, 2018).

### Språkets betydelse för personcentrerad vård

Enligt Socialstyrelsen (2021) beräknas antalet äldre med kognitiv svikt och utländsk bakgrund öka kraftigt fram till år 2050. Personer med utländsk bakgrund söker mer sällan kommunens hälso- och sjukvårdstjänster jämfört med svenskfödda på grund av bland annat bristande kulturella och språkliga kunskaper hos vårdgivaren och även bristande information kring utbudet av tjänster. I de globala målen för hållbar utveckling som antogs av Förenta nationerna genom Agenda 2030 ingår en god hälsa och välbefinnande för alla i alla åldrar (United Nations Development Program, 2021). För god hälsa krävs att patient och vårdpersonal kan kommunicera och förstå varandra. Bland personer som inte kan det lokala språket upplever 67% svårigheter i att söka vård medan 20% drar sig för att söka vård alls av rädsla för att inte förstå vårdgivaren. Språkbarriärer har en stor negativ effekt på vårdkvalitet och på patientens nöjdhet med vården och en viktig åtgärd för detta är att använda en professionell tolk (Al Shamsi, 2020). Alla regioner i Sverige har någon eller några tolkförmedlingar upphandlade men tillgången till tolk med rätt språk, dialekt och kompetens varierar. I stället använder sjukvårdspersonalen ofta språkkunskaper som redan fanns inom arbetsgruppen eller närstående trots en medvetenhet om att det sällan är lämpligt



(Socialstyrelsen, 2016). Professionell tolk används i mån av tid. Vid akuta situationer på sjukhus eller i ambulans används ofta närstående som tolk medan på vårdavdelningar används professionell tolk i större utsträckning (Lundin m.fl., 2018), och liknande mönster syns också inom den kommunala hälso- och sjukvården. Inom äldreomsorgen bokas tolk endast i förväg vid till exempel läkarbesök eller vårdplanering under kontorstid, i övrigt används närstående eller kollegor som kan språket (Hadziabdic m.fl., 2015).

## Journalssystem och förutsättningar för dokumentation

All legitimerad vårdpersonal är enligt patientdatalagen skyldiga att föra patientjournal om orsak och bakgrund till patientens vårdinsats, vilken diagnos eller situation som kräver insatser och vilka insatser som gjorts eller planeras genomföras. Journalen är i första hand ämnad att bidra till en god och säker vård men är även en informationskälla för patienten och ska därför enligt patientdatalagen vara skriven på ett sätt så att patienten enkelt kan förstå innehållet (SFS 2008:355). Heckemann m.fl. (2020) hävdar att dokumentationen inom hälso- och sjukvården trots detta fortsätter innehålla förkortningar och ett fackspråk som försvårar för patienterna att läsa och förstå sin egen journal.

Omvårdnadsdokumentation bör vara tydligt strukturerad enligt omvårdnadsprocessen och innehålla både patientens berättelse och sjuksköterskans genomförda insatser (De Groot m.fl., 2021; Ekman m.fl., 2011). Flera studier visar dock att omvårdnadsdokumentationen fortsätter vara fokuserad på genomförda insatser och biomedicinska data trots en ökad kännedom om fördelarna med personcentrerad vård (Turjamaa m.fl., 2015; Ekman m.fl., 2011). En orsak till att dokumentationen fortsätter fokusera på åtgärder kan bero på journalsystemens uppbyggnad. Många journalssystem är strukturerade efter kroppsliga funktioner och biomedicinska data vilket försvårar dokumentationen av patientens berättelse, preferenser och resurser (Turjamaa m.fl., 2015; Britten m.fl., 2017). En biomedicinskt inriktad journal definieras enligt Heckemann m.fl. (2020) som en journalföring som fokuserar på symtomhantering och en fungerande vardag, medan personcentrerad vård betonar en meningsfull vardag. Att journalsystemen leder hälso- och sjukvårdspersonal att dokumentera med symtomhantering och biomedicinska data i fokus leder till att dokumentationen brister när det kommer till att lyfta den äldres resurser, önskningar och behov och därmed försvåras också ett delat beslutsfattande och delaktighet i vården (Heckemann m.fl., 2020). De Groot m.fl. (2021) beskriver att om journalsystemen istället är uppbyggda efter

omvårdnadsprocessen och att dokumentationen görs tillsammans med patienten ökar patientens förståelse av texten och underlättar samtidigt sjuksköterskans dokumentation. Att dokumentera tillsammans med patienten upplevs dock hindra samtalet och försvåras av både teknik, miljö och andra närvarande än patienten – till exempel närstående (De Groot m.fl., 2021).

Inom Göteborgs Stads hälso- och sjukvård används sedan 2020 journalsystemet PMO. PMO är uppbyggt efter moduler som kan variera mellan olika vårdgivare. I Göteborgs stad används en journalmodul och kalender. Journalen som helhet är strukturerad efter mappar som innehåller olika typer av information. En mapp innehåller till exempel mätvärden, en annan mapp heter anteckningar och ytterligare en mapp kallas åtgärder. Det finns olika anteckningsmallar med färdiga förslag till sökord, till exempel anteckningsmallen "hälsotillstånd" innehåller främst sökord kopplade till kroppsfunktioner för enkel strukturering av patientens hälsotillstånd medan anteckningsmallen "inkommande ärenden" är uppbyggd med sökord som motsvarar SBAR. SBAR står för situation, bakgrund, aktuell bedömning, rekommendation och är en rapportstruktur som används för säker informationsöverföring (Vårdhandboken, 2020). Extra sökord kan läggas till i mallen efter behov, till exempel sökorden "delaktighet" eller "patientens beskrivning" som är den främsta sätten i PMO att dokumentera delaktighet och upplevelse. Det sjuksköterskan gör hos patienten antecknas som en KVÅ-kod under fliken åtgärder. KVÅ står för klassifikation av vårdåtgärder och rapporteras in till Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2022).

### Tidigare forskning om sjuksköterskors erfarenhet av dokumentation

De Groot m.fl. (2022) uppger att sjuksköterskors dokumentation tar mycket tid, nästan 8h per vecka, vilket höjer sjuksköterskornas upplevda arbetsbelastning inom den kommunala hälso- och sjukvården. Belastningen upplevs dock inte negativ så länge den är relevant för patienten och dennes vård. Andra studier visar att den rapporterade tiden sjuksköterskor lägger på dokumentation skiljer sig från den tid som kan observeras läggas på dokumentationen. Hur mycket tid som faktiskt används för dokumentationen är ca 28% av arbetstiden på sjukhus men sjuksköterskor upplever ofta att dokumentationen tar mer tid än så. Skillnaden mellan upplevd belastning och faktiska tidskrav uppgavs bero på frustration över onödigt dubbeldokumentation (Cooper m.fl., 2021). De Groot (2022) beskriver en nederländsk undersökning som visade att sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård lägger mer

tid på dokumentation jämfört med sjuksköterskor inom andra verksamheter. Sjuksköterskor upplever ofta att den tid som dokumentationen tar påverkar den vård som patienten får och leder till missnöje bland sjuksköterskor (Cooper m.fl., 2021). En svensk studie fann att sjuksköterskor bara till viss del upplever sig ha tillräcklig kunskap i hur de ska dokumentera och att tid och organisatoriska faktorer har en negativ påverkan på möjligheten att dokumentera (Björvell m.fl., 2003).

## Personcentrerad vård

Personcentrerad vård omfattar tre områden; patientberättelsen om upplevelsen av hälsoproblem och dess påverkan på patientens vardag, partnerskapet som kännetecknas av relationen och det delade beslutsfattandet och slutligen överenskommelsen som är en dokumentation av vårdplanen med fokus på patientens upplevelse, mål, preferenser och möjlighet till egenvård (Ekman m.fl., 2011; Wolf m.fl., 2017; Ekman m.fl., 2021). För att jobba personcentrerat behöver alltså sjuksköterskan ta del av patientens berättelse och dennes mål, värderingar och preferenser och utifrån denna kunskap tillsammans med patienten (och eventuella närstående) planera åtgärder som stärker hälsan (Sefcik m.fl., 2021). Partnerskapet har två delar enligt Wolf m.fl. (2017), en informell aspekt som växer fram genom interaktionen mellan patient och vårdpersonal, och en formell aspekt som omfattar det delade beslutsfattandet och den gemensamma planeringen av vården. Detta ska dokumenteras i en överenskommelse på ett sätt så att patienten kan förstå informationen, det vill säga utan förkortningar eller fackspråk (Heckemann m.fl., 2020).

Enligt Socialstyrelsens beräkningar har ungefär 130 000 personer i Sverige en kognitiv svikt idag och antalet beräknas dubblas fram till 2050. I gruppen ingår också ett stort antal personer som är födda utomlands (Socialstyrelsen, 2021). En metastudie genomförd av Kim och Park (2017) fann att personcentrerad vård för personer med kognitiv svikt som demens minskar oro och depression och höjer upplevd livskvaliteten för dessa personer. Liknande fynd syns även i en litteraturoversikt om personcentrerad vård inom vården av äldre (Brownie & Nancarrow, 2013). Man har även sett att patienter som får personcentrerad vård och där dokumentationen speglar detta känner sig tryggare och mer informerade (Heckmann m.fl., 2020). Forskning visar även att arbetssättet kan kopplas till bättre hälsa för vårdpersonalen med mindre stress, lägre risk för utbrändhet och ökad arbetstillfredsställelse (Kim & Park, 2017).

## Delaktighet

Delaktighet är en grundläggande del av partnerskapet och centralt för att få till en överenskommelse kring vårdplan. Delaktighet är ett brett begrepp vars uppfattade betydelse kan skilja sig mellan patienter och vårdpersonal. Medan vårdpersonal definierar delaktighet som patienters medverkan i beslutsprocessen är patienternas definition ofta bredare och inkluderar delat beslutsfattande, att delge upplevelser, uttrycka sina preferenser och också egenvård (Eldh m.fl. 2020). Begreppets betydelse inom forskningen har också förändrats mycket över tid, en litteraturstudie gjord av Menichetti m.fl. (2014) såg att betydelsen av begreppet delaktighet i forskning förändrades från att betona följsamhet eller compliance år 2002 till att 2013 i stället betona empowerment. Man såg även att trots vissa trender syntes inom forskningen används de flesta begreppen (följsamhet, compliance, patientmedverkan, aktivering, empowerment, delaktighet) samtidigt och till viss del synonymt. Denna otydlighet menar Menichetti m.fl. bidrar till svårigheter att förändra verksamheterna mot en mer aktiv patientmedverkan (2014). Utöver en oklarhet kring betydelsen av begreppet delaktighet finns även individuella skillnader hos patienterna kring vilken nivå av delaktighet man önskar (De Groot m.fl., 2021; Eldh m.fl., 2020). Zizzo m.fl. (2016) menar att önskad nivå av delaktighet beror på tre olika faktorer: vilket beslut som ska fattas, i vilken kontext och vilken relation patienten har till läkaren eller vårdpersonalen som beslutet ska fattas tillsammans med. Nivån av delaktighet bör alltså alltid anpassas efter individuella preferenser. Alla vill inte vara delaktiga på samma vis och i samma omfattning.

## Problemformulering

I och med en omorganisation inom Göteborgs Stad ska en nysatsning på personcentrerad vård genomföras inom verksamheten. Satsningen omfattar bland annat studiecirklar och utbildningar inom personcentrerad vård samt nya hjälptexter och utbildningar i det gemensamma journalsystemet för att stödja legitimerad personal att dokumentera personcentrerade insatser.

Inför denna nysatsning behövs mer kunskap om verksamhetens hinder och möjligheter för dokumentation av personcentrerade insatser eftersom forskning visar att dessa dokumenteras i mindre utsträckning än biomedicinska data. Därför ämnar vi studera hur sjuksköterskor inom hälso- och sjukvårdsenheten i nordöstra Göteborg i dokumentationen synliggör patientens upplevelse av sin situation och delaktighet för att identifiera områden som behöver förbättras för att stärka dokumentationen och det personcentrerade arbetssättet.

## **Syfte**

Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård i Nordöstra Göteborg synliggör den äldre patientens upplevelser och delaktighet i omvårdnadsdokumentationen.

# Metod

## Studiedesign

Studien har en kvalitativ design med induktiv ansats där semistrukturerade intervjuer öppnar upp möjligheten för studiedeltagarna att delvis styra samtalet och därmed också kunna ge mer information än den planerade intervjuguiden (bilaga 1) (Alvehus, 2019).

Studien genomfördes inom hälso- och sjukvårdsenheten nordost i Göteborgs stad eftersom området är mångkulturellt vilket kan ge studien ett bredare perspektiv på sjuksköterskors utmaningar och möjligheter med att främja den äldre patientens delaktighet.

## Urval

Efter godkännande från programmets etikråd kontaktades verksamhetschef för hälso- och sjukvårdsenheten nordost i Göteborgs stad om tillåtelse att genomföra studien.

Verksamhetschefen fick då information om studiens syfte och planerade genomförande, godkännande av studien gavs muntligt och skriftligt. När verksamhetschef godkände att studien kunde genomföras informerades enhetscheferna för sjuksköterskorna och samordnare i nordost kontaktades för hjälp med att hitta lämpliga personer att tillfråga om deltagande. Tretton sjuksköterskor med patientnära arbete tillfrågades via mejl om deltagande i studien. Mejlet innehöll även information om studiens syfte och genomförande. Om mejlet inte besvarats inom fem dagar så ringde författarna upp sjuksköterskan för att säkerställa att de sett mejlet. Uteblivet svar inom en vecka likställdes med ett nej. Muntlig information om studien gavs i samband med intervjun. Samtycke av deltagarna gavs muntligt och skriftligt.

Sammanlagt tretton sjuksköterskor tillfrågades om deltagande i studien och åtta tackade ja. En sjuksköterska avbröt sitt deltagande innan intervju.

## Datainsamling

Individuella intervjuer med sjuksköterskor genomfördes med fokus på hur sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård i dokumentationen synliggör patientens upplevelse och delaktighet. Intervjuerna genomfördes i anslutning till deltagarnas arbetsplatser under arbetstid och i närvaro av endast deltagaren och en av författarna. Deltagarna var under tiden intervjun pågick frikopplade från sina ordinarie uppgifter. I början av intervjun informerades deltagaren igen om syftet med studien, att deltagande var frivilligt och att möjlighet fanns att

avbryta sitt deltagande när som helst. Författarnas tystnadsplikt betonades. Intervjun var semistrukturerad och utgick från en intervjuguide (bilaga 1) där fem frågor definierats.

Intervjuerna genomfördes mellan december 2021 och januari 2022. Intervjuerna spelades in och varade i genomsnitt i 20 minuter.

## Dataanalys

Intervjuerna transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Intervjuerna lästes igenom av båda författarna flera gånger och helheten diskuterades gemensamt.

Ur de transkriberade intervjuerna identifierades meningsbärande enheter som kunde kopplas till studiens syfte. De meningsbärande enheterna kondenserades, dvs förkortades utan att förlora sitt innehåll. De meningsbärande enheterna kodades, det vill säga etiketter sattes som motsvarade betydelsen av de meningsbärande enheterna. Fokus låg på det manifesta innehållet, det som sades i intervjun. Kodningen utförde författarna tillsammans för att gemensamt diskutera och tolka de meningsbärande enheterna. Koderna sorterades efter innehåll och skapade kategorier och underkategorier, denna nerifrån och upp-strategi, från meningsbärande enhet till kod till kategori, är vad som kännetecknar den induktiva ansatsen (Polit & Beck, 2020). De olika stegen i analysprocessen exemplifieras i nedanstående tabell (tabell 1).

Tabell 1. Exempel på enheter, kodning och kategorisering.

<b>Meningsbärande enhet</b>	<b>Kondensering</b>	<b>Kod</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Kategori</b>
Det är ett problem, oftast, i dom flesta fall så brukar dom inte kunna språket så går man via anhöriga. Hur dom tolkar situationen och då försöker man fånga patientens upplevelse.	När patienten inte kan språket frågar man anhöriga om patientens upplevelse.	Närståendes tolkning	Extern information	Källa till information
Smärtan till exempel om man lägger om sår, hur patienten upplever det om det är stickande eller om det är om patienten upplever stark smärta under omläggning, det är	Smärta vid såromläggning dokumenteras utifrån upplevelse	Beskrivning	Målande	Grad av beskrivning av upplevelsen



svårt att säga... och... vissa är väldigt känsliga.				
för jag går alltid in och berättar vad jag ska göra oavsett hur mentalt status är hos en patient, det är klart man måste berätta vad man ska göra.	Berättar alltid vad jag ska göra oavsett mentalt status	Information	Genom samtal	Främja delaktighet
... men att få ner det har inte alltid varit så där självklart. utan man har liksom det här har jag gjort, det här tänkte jag göra, det gjorde jag och så... aa, och blev det bra eller inte.	Beskriver åtgärder och planering	Prioritering	Utebliven beskrivning	Grad av beskrivning av delaktighet

## Etiska överväganden

Flera etiska överväganden gjordes inför och under studien. Enligt Sandman och Kjellström (2018) behöver etiska överväganden göras under hela studiens gång, även efter godkännande av etiska kommittéer eller nämnder. Studiens huvudområde är nära kopplat till verksamhetens mål och kan därför vara känsligt för studiedeltagarna att prata om. Därför valdes individuella intervjuer framför fokusgrupper. Extra fokus lades också på att informera deltagarna om att författarna har tystnadsplikt och att ingen information kommer att nå andra, till exempel chefer eller kollegor, varken gällande deltagande eller innehåll i intervjun.

Vi tog också ställning till både intervjusituation och tillvägagångssätt för förfrågan om deltagande. Vi valde att mejla våra intervjupersoner eftersom det kan vara lättare att neka ett deltagande via text än via samtal, men vi valde också att ringa om inget svar kommit på mejlet inom fem dagar. I telefonsamtalet ställdes endast frågan om personerna sett mejlet eller inte eftersom arbetsgruppen som helhet inte alltid hinner läsa sina mejl dagligen. Ingen påtryckning om ställningstagande till deltagandet i studien gjordes under telefonsamtalen. För att jämna ut maktbalansen i intervjusituationen var endast en av författarna involverade i intervjun. Författaren som deltog var den som hade minst kontakt med deltagaren och minst insyn i dennes arbetsätt.

Hänsyn har även tagits till EU:s dataskyddsförordning (GDPR) och inga uppgifter som definieras som känsliga uppgifter enligt GDPR bedömdes vara av betydelse för studiens resultat och har därför inte samlats in från deltagarna. Känsliga uppgifter enligt GDPR omfattar bland annat etnicitet, politiska åsikter, religiös övertygelse, uppgifter om hälsa eller medlemskap i fackförening (Sandman & Kjellström, 2018).

## Resultat

Samtliga deltagare hade patientnära arbete inom hemsjukvård (HSV) i ordinärt boende, alltså där vården utförs i den äldres hem, eller på vård-och omsorgsboende (VoB). Deltagarna fick sin sjuksköterskelegitimation mellan 1997 och 2018, fem var grundutbildade sjuksköterskor och två var specialistsjuksköterskor med inriktning vård av äldre. Könsfördelningen bland deltagarna var en man och sex kvinnor.

Resultatet utgörs av fyra kategorier och tio underkategorier som beskriver hur sjuksköterskor inom hälso- och sjukvårdsenheten i nordöstra Göteborg synliggör den äldre patientens upplevelse och delaktighet i omvårdnadsdokumentationen. Kategorierna som framkom under analysen var: källa till information, graden av dokumentation av berättelsen, främja delaktighet samt grad av dokumenterad delaktighet. Kategorier och underkategorier redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och tillhörande underkategorier.

Kategori	Underkategori
<b>Källa till information</b>	Frågar patienten
	Extern information
<b>Grad av dokumentation av berättelsen</b>	Grundläggande beskrivning
	Kortfattad beskrivning
	Målande beskrivning
<b>Främja delaktighet</b>	I praktisk handling
	Genom samtal
<b>Grad av dokumenterad delaktighet</b>	Utebliven dokumentation
	Grundläggande dokumentation
	Detaljerad dokumentation

## Källa till information

Sjuksköterskorna i hälso- och sjukvårdsenheten i nordöstra Göteborg samlar information om den äldre patientens upplevelse av sin situation, dvs patientens berättelse, både direkt av patienten och indirekt, dvs av andra så som närstående eller andra professioner. Majoriteten av den insamlade informationen kring patientens upplevelse samlas in direkt från patienten.

## Frågar patienten

I första hand ställs frågan till den äldre patienten om deras upplevelser av sin situation, och en viktig aspekt som lyftes för att kunna få ta del av patientens berättelse var relationen. Att skapa en förtroendefull relation som underlättar för patienten att anförtro sina upplevelser ställer dock krav på regelbundna möten och extra tid för samtal utanför de planerade insatserna, vilket en specialistsjuksköterska inom HSV uttryckte:

*“Jag känner man får mer och mer, ju längre relation man har som PAS [Patientansvarig Sjuksköterska] till exempel då, det tycker jag gör att de öppnar sig mer och mer patienten. Så man lär känna de mer och mer och man får ett förtroende på nått sätt och då känns det som att det är lättare att prata om sina symtom eller problem eller vad det är då ... //... men det är ju mycket att man är hos de och samtalar och tar sig extra tid och inte bara gör det man ska göra.”*

Samtalen kring patientens situation är ofta strukturerade. Sjuksköterskorna använder ofta olika checklistor och skattningsskalor i samband med ankomstsamtal, en sjuksköterska beskrev att:

*“När jag utför en datainsamling så utgår jag från patienten som primärkälla, ehm, det är där jag hämtar, det är där jag tar anamnes i första hand med hjälp av skattningsskalor och bedömningsinstrument och olika checklistor som vi har i journalsystemet.”*

Ibland behöver sjuksköterskan utgå från externa uppgifter som journalanteckningar eller uppgifter från omvårdnadspersonal och ställa kompletterande eller fördjupande frågor till patienten om upplevelserna kring dessa områden. En sjuksköterska från VoB beskriver det som:

*“eh, för visst, man tar ju till sig personalens oro eller vad dom lyfter med dig, men sen måste du ju fortfarande gå och prata med patienten och många gånger visar det sig vara nått helt annat när man väl fått den direkta informationen av patienten.”*

Sjuksköterskor uppger också flera försvårande omständigheter för att fånga patientens egen beskrivning av sin situation, framför allt vid kognitiv svikt och språkbarriärer. Risken för missförstånd är stor när patienten och vårdpersonalen talar olika språk. En sjuksköterska beskriver hur fel medicin gavs till patienten på grund av ett missförstånd relaterat till språkbarriär. Två sjuksköterskor uttrycker att de i dessa fall kompletterar och omtolkar patientens upplevelse utifrån kroppsspråk. En sjuksköterska från VoB säger:

*“...och kan dom inte säga själv så försöker jag ju titta och bedöma hur ter sig patienten, men då blir det ju inte patientens upplevelse så mycket som min egen. Men så är det ju.”*

### **Extern information**

I andra hand söks patientens upplevelse av sin situation via extern information utan att prata direkt med patienten. Flera sjuksköterskor angav specifikt kognitiv svikt och språkbarriär som situationer där sjuksköterskorna ofta använder sig av närstående, journalanteckningar eller av annan vårdpersonal som varit i kontakt med patienten för att uppfatta patientens situation och upplevelse. En specialistsjuksköterska från VoB säger:

*“Det är ett problem, oftast, i dom flesta fall så brukar dom inte kunna språket så går man via anhöriga. Hur dom tolkar situationen och då försöker man fånga patientens upplevelse.”*

En annan sjuksköterska i HSV beskriver en liknande uppfattning:

*“Om inte patienten är förmögen att ge sin bild eller sin upplevelse på egen hand så använder jag mig i första hand av journalanteckningar, tidigare utförda men också anhöriga.”*

Vid kognitiv svikt upplevde sjuksköterskorna att patienten kunde delge lite mer av sin situation när närstående deltog i samtalet, och en sjuksköterska inom VoB beskriver hur närstående också kan skriva brev där de beskriver sin förälder och deras personlighet genom livet vilket underlättade för sjuksköterskan att kunna förstå patienten.

*“Och ibland är det ju så fiffigt att anhöriga är jätteduktiga och skriver brev och berättar om sina föräldrar eller sin mamma eller pappa. Och det är ju väldigt bra, för då vet man .... //... det här har hon gillat, det här har hon inte gillat, så här har hon varit till sin person - bestämd eller... ja. Allt vad det nu kan vara. Och det är ju väldigt uppskattat.”*

## Grad av dokumentation av berättelsen

Hur patientens upplevelse synliggörs i dokumentationen delas upp i tre underkategorier.

En grundläggande beskrivning belyser objektivt problem och insatser men ingen dokumenterad berättelse om patientens upplevelse. Vid kortfattad beskrivning har patientens berättelse omtolkats i skattningsskalor och checklistor eller så har berättelsen inte prioriterats i dokumentationen medan vid en målande beskrivning återfinns patientens egna ord och fulla beskrivning av sin situation.

### Grundläggande beskrivning

Ett fåtal av sjuksköterskorna i studien svarade att de inte dokumenterade patientens upplevelse. Sjuksköterskornas dokumentation riktas då in på medicinska bedömningar och åtgärder. En specialistsjuksköterska inom VoB beskriver:

*“Dokumentationen är väldigt bristfällig många gånger, man liksom koncentrerar inte sig på patienternas upplevelse om det inte är väldigt väldigt akut, till exempel i palliativ vård eller nåt sånt. Då måste man dokumentera och då försöker man, men inte annars.”*

Sjuksköterskor fokuserar ofta på en objektiv beskrivning av problemet och den planerade insatsen i vårdplanen, hur och när och på vilket sätt problemet ska åtgärdas, men patientens upplevelse dokumenteras inte. En sjuksköterska inom HSV noterar bristen att vårdplanerna ibland är kortfattade och det fattas en beskrivning av patientens hela situation:

*“vissa patienter kanske bara har en vårdplan men inget omvårdnadsstatus, så jag vet ju inte vem den här patienten är förutom att den här patienten är inskriven för till exempel sårvård eller en kateterskötsel eller provtagning en gång i månaden.”*

Ett annat exempel på situationer där sjuksköterskan fokuserar på den medicinska bedömningen över patientens upplevelse beskrivs av en sjuksköterska inom VoB angående bedömningar efter fall:

*“Där har man ju inte gjort någon anteckning om vad patienten... patientens delaktighet överhuvudtaget, utan där har man ju bara antecknat bedömningen som sköterskan har gjort. Men där har man ju inte dokumenterat till exempel “patienten upplever ingen smärta” eller patienten... alltså det förmedlas liksom inte... lika tydligt.”*

### **Kortfattad beskrivning**

Den kortfattade dokumentationen av patientens upplevelse kännetecknas av att patientens upplevelse står dokumenterad men omtolkas och beskrivs i få ord eller via skattningsskalor och observationer. En sjuksköterska inom HSV beskriver sin dokumentation så här:

*“sen kan jag också flika in vad jag ser och observerar utifrån sådant som är evidensbaserat som man kan ta med i, eh, skattningsskalor som till exempel Abbey pain scale eller VAS.”*

En specialistsjuksköterska inom VoB problematiserar dokumentationen av patientens upplevelse och noterar:

*“Jag vet inte om vi kan kalla det patienternas upplevelse eller om det är våra egna upplevelser, hur vi upplever patientens symtom.”*

Sjuksköterskorna beskriver också en prioriteringsprocess där bara en del av det patienten berättar om sin situation dokumenteras i journalen. En specialistsjuksköterska inom HSV beskriver

*“Ja jag måste nog erkänna det att man, heh, man skriver väl en del av deras upplevelse och sådär va men det är mycket som sägs du vet, när man väl är där som kanske ändå inte riktigt dokumenteras på grund av olika omständigheter höll jag på att säga men eh..”*

Medan en annan sjuksköterska i HSV som noterat denna typ av bortfall tyckte att dokumentationen kunde förbättras.

*“Men där skulle man kunna vara lite mer tydlig att man beskrev lite vad det är man har pratat om och hur, till exempel det här såret påverkar patientens vardag eller nånting sånt här.”*

### **Målande beskrivning**

De flesta sjuksköterskorna ger en mer detaljerad beskrivning av patientens upplevelse när de dokumenterar, till exempel genom att använda patientens egna ord i dokumentationen som en sjuksköterska inom VoB beskriver:

*“och då brukar jag dokumentera “patienten uppger att” eller under patientens beskrivning så kan jag skriva att patienten säger dadada... vad det nu kan va. “*

Att detaljerat dokumentera patientens beskrivning av sin upplevelse uppfattas av en del sjuksköterskor som en fördel då man får en tydligare bild av patientens upplevelse och motivation till egenvård. En sjuksköterska inom HSV uttrycker:

*“Det kan ju va väldigt olika hur man väljer att uttrycka sig, en del kollegor skriver väldigt målande, väldigt tydligt och detaljerat, eeh, kanske vad patienten har sagt eller ja, på ett, ett väldigt tydligt sätt. ... man får ju en bättre bild av om det är en anteckning som är lite mer beskrivande, målande så, det tycker jag. “*

Att sjuksköterskan dokumenterar tillsammans med patienten ger också en tydligare bild av patientens upplevelse. Några sjuksköterskor uttryckte en önskan att dokumentera tillsammans med patienten på plats då detta gav mindre risk att man tappar information och att man fångar mer av den subjektiva upplevelsen och patientens beskrivning genom att dokumentera hos patienten. En specialistsjuksköterska i HSV svarar så här på frågan hur hen formulerar patientens upplevelse i dokumentationen:

*“Man... framför allt hur man kom fram tror jag, asså jag måste erkänna det ibland så kanske är man lite dålig ändå på exakta ord, du vet det kan ju vara att man gör ju det, man sitter ju där och har intervjun så kommer man tillbaks då kan man ha tappat lite.”*

### **Främja delaktighet**

När sjuksköterskorna inom hälso- och sjukvårdsenheten i nordöstra Göteborg beskriver hur de arbetar för att göra patienten delaktig i sin vård och i planeringen av sin vård beskriver de olika metoder, insatser och även hinder och möjligheter för patientens delaktighet. Den ena



underkategorin med metoder handlar om praktisk handling, den andra underkategorin handlar om samtal.

### **I praktisk handling**

Som praktisk handling beskrivs främst hur delaktigheten främjas för patienter med minnessvikt när patienten inte kan ta ställning till olika behandlingsalternativ vid till exempel vårdplanering. En sjuksköterska inom VoB beskriver till exempel hur hen gör patienten delaktig vid besöken i stället för i planeringen av vården så här:

*“och han hjälper till faktiskt, han är väldigt behjälplig... // ... Så han får liksom hålla knäet, justera vinklarna, hålla tejpén och såna där saker. Så han är med. Han är delaktig i själva insatsen så att säga.”*

### **Genom samtal**

Sjuksköterskor försöker genomföra planeringen tillsammans med patienten, att prata med patienten om dennes förväntningar på hjälpen i hemmet och att samtala kring preferenser och önskningsar av hur och när vården kan genomföras eller vad patienten kan göra själv. En specialistsjuksköterska inom HSV sammanfattade dessa åtgärder som:

*“Så det gäller att vara tydlig med att det här kommer vi att hjälpa dig med i hemmet. Och så sen får de också säga sin syn på det hela liksom ... och hur kan de vara delaktiga och så där tänker jag väl att man försöker att få de så delaktiga i processen som det går då...”*

Flera sjuksköterskor lyfte också hur de försöker ge patienten utrymme att välja så mycket den kan själv, men en sjuksköterska i HSV noterar samtidigt att:

*“Men det är inte alltid att de är kapabla heller o välja heller, för oftast så litar dom på oss och våran bedömning men min skyldighet är ju fortfarande att göra, att ge dem möjlighet att vara delaktiga.”*

Bristande kommunikation och tidsbrist noteras av samtliga sjuksköterskor som hinder för att främja patienternas delaktighet, man uttrycker en vilja att ha mer tid för samtal med patienterna för att få ta del av deras situationer och involvera dem i planeringen av vården. En sjuksköterska inom HSV beskriver:

*“Vi ska ju sträva efter att dom ska stå i centrum, att dom ska va med och upprätta sin planerade vård, eh, men det utförs lite olika och jag tror det handlar mycket om resurser.”*

Medan en annan sjuksköterska inom VoB uttrycker:

*”Man vill gärna sitta och skriva vårdplaner med alla patienter men det är inte, vi hinner inte det.”*

Angående kommunikationen nämns främst språk som ett hinder för delaktighet. En del sjuksköterskor tycker att det är bra att boka tolk för samtal med patienten och eventuella närstående för att säkerställa förståelsen och kommunikationen. Men en del sjuksköterskor upplever att tolk ändå inte främjar delaktighet, en sjuksköterska i HSV beskriver användandet av tolk så här:

*“Det här med tolk tycker jag är väldigt svårt, jag har inte använt mig av tolk så här jättemånga gånger men när ...//... jag har gjort det så tycker jag ibland att det ändå är svårt att nå fram. Det är inte som att prata med personen själv, det är det inte.”*

Förutom gemensam planering används också en mer ensidig kommunikation för att göra patienten delaktig, sjuksköterskorna informerar eller undervisar patienten muntligt kring kost och läkemedel men delar även information kring utvärderingar, till exempel angående sårstatus.

## Grad av dokumenterad delaktighet

Olika nivåer av att beskriva patientens delaktighet i dokumentationen kunde synliggöras i tre underkategorier. Utebliven ur dokumentationen, grundläggande dokumentation där delaktigheten fanns dokumenterad men kortfattat och slutligen detaljerad dokumentation som kännetecknades av en detaljerad beskrivning av hur och på vilket sätt patienten varit delaktig i insatsen eller upprättandet av vårdplanen.

### **Utebliven dokumentation**

I vårdplaner är sjuksköterskorna generellt bra på att dokumentera patientens delaktighet men det framkommer inte alltid på vilket sätt patienten varit delaktig. Ofta vid dagliga insatser eller omvårdnadsåtgärder dokumenteras inte patientens delaktighet. Det gäller även vid uppföljningar och bedömningar. Sjuksköterskorna reflekterade kring att dokumentationen kan vara uppgiftscentrerad. En sjuksköterska inom HSV uttryckte:

*”... men att få ner det har inte alltid varit så där självklart. Utan man har liksom det här har jag gjort, det här tänkte jag göra, det gjorde jag och så... a, och blev det bra eller inte.”*

Journalssystemet underlättar inte för sjuksköterskan att dokumentera delaktighet då sökordet ”delaktighet” inte automatiskt ingår i alla dokumentationsmallar. Det finns också en osäkerhet om var i journalen patientens delaktighet skall dokumenteras vilket en sjuksköterska inom HSV uttrycker:

*“Det kan man ju sakna ibland. Det kanske man inte ser så tydligt och jag vet inte var den skulle stå egentligen. Egentligen borde det ju stå mer i den här raden där som avser delaktighet, då borde det kanske vara mer beskrivet just där, hur delaktigheten är.”*

Utebliven dokumentation av delaktighet uttrycktes också kunna bero på att sjuksköterskor glömmer att dokumentera eller inte prioriterar delaktigheten. En sjuksköterska inom VoB belyser detta:

*“Jag tror faktiskt inte jag dokumenterar, det slarvas. Att just det här med delaktighet tänker du, att patienten informeras om att såret är förbättrat - det gör jag inte.”*

### **Grundläggande dokumentation**

I kategorin grundläggande dokumentation framkommer kortfattade sätt att dokumentera patientens delaktighet. Sjuksköterskorna upprättar vårdplaner tillsammans med patienten, men det framkommer inte i journalen på vilket sätt patienten varit delaktig eller vilka preferenser eller ställningstaganden patienten fått ge uttryck för. Sjuksköterskan kan till exempel ha dokumenterat “ja” eller “nej” under sökordet delaktighet. En sjuksköterska inom VoB ger exempel på denna typ av kortfattade dokumentation:

*”Där sonen var med och patienten är delaktig eftersom han själv säger så skriver jag  
“delaktighet ja, med patienten och anhöriga.”*

I kategorin grundläggande dokumentation syns även hur dokumentationen påverkas av sjuksköterskans osäkerhet om hur mycket och var i journalen patientens delaktighet kan dokumenteras. En sjuksköterska från HSV beskriver hur hen dokumenterar delaktigheten med KVÅ-koden “Konferens med patient” under åtgärd vilket resulterar i att delaktigheten inte syns i vårdplanen:

*“Emm...många gånger så kanske jag skriver i det här konferens med patienten inte i själva vårdplanen utan kanske där. att, att jag kommer överens med patienten eller att vi enas om nånting...”*

Sjuksköterskorna har olika uppfattning om vad delaktighet innebär och därmed också olika uppfattning om hur delaktigheten skall dokumenteras. Flera sjuksköterskor betonar vikten av att använda sökordet delaktighet i alla anteckningar i journalen och inte bara i vårdplaner. Delaktighet vid upprättandet av vårdplan anses vara viktigt men att dokumentera delaktigheten i de vardagliga besöken noteras inte i samma utsträckning som en sjuksköterska inom VoB säger:

*”jag tänker, när man tänker på delaktighet, tänker man lite större grejer alltså, jag dokumenterar inte att jag lämnat ut mediciner och informerat patienten när jag är i rummet.”*

Det framkommer i intervjuerna att vissa sjuksköterskor använder sig av något som påminner om standardvårdplaner, det vill säga sjuksköterskan använder samma mall för vårdplan hos flera patienter och utformar inte vårdplanen utifrån just den specifika patientens preferenser eller situation. En specialistsjuksköterska inom HSV noterade detta:

*“ehhh om man, aa, har ett läkemedelsövertag till exempel du vet då, då kanske du skriver att de är delaktiga då i den här processen men sen klart sen så blir det nästan lite grann samma hela tiden fast det kan ju ändå förändras på nått sätt kanske, deras upplevelse och så här då.”*

### **Detaljerad dokumentation**

Sjuksköterskorna anpassar nivån av information utifrån patientens kognitiva status och dokumenterar patientens delaktighet även om hen har kognitiv svikt. En sjuksköterska inom VoB beskriver:

*“jag brukar dokumentera att de accepterar det som jag tänker göra, för det gör dom. ... att de liksom godtar att jag gör det här för dom. brukar jag skriva att patienten accepterar åtgärden, planerad åtgärd, men har inte varit så delaktig relaterat till demenssjukdom.”*

En sjuksköterska lyfter också gemensam utvärdering som arbetssätt kring delaktighet och belyser detta i sin dokumentation. Till exempel en sjuksköterska inom VoB beskriver hur hen efterfrågar patientens upplevelse och bedömning av sina symtom och dokumenterar detta som delaktighet:

*”Är det så att patienten själv kan se såret och ja men det ser ju bättre ut, det ser ju finare ut än förra gången, det tar man ju också in i dokumentationen.”*

I dokumentationen tar sjuksköterskorna också hänsyn till patientens preferenser. Specifika önskemål dokumenteras i patientens journal. Det kan handla om tider och dagar för besök, valt såromläggningsmaterial eller hur och av vem vårdinsatsen skall utföras vilket till exempel en sjuksköterska inom HSV beskriver:

*”patienten kanske önskar att vi kommer på tisdagar för att på måndagar ska patienten göra någonting annat till exempel. eller att,...//... patienten kanske är motiverad till o jobba tillsammans för att det här såret ...//... ska läka, för att patienten har någon, någon aktivitet som den vill göra.”*

## Metoddiskussion

Att genomföra kvalitativa, individuella intervjuer bedömdes vara den bästa metoden för att kunna belysa hur sjuksköterskor dokumenterar patientens upplevelse och delaktighet. En intervjustudie möjliggör för forskare att fråga personer direkt kring vad och hur de tänker angående ett fenomen (Polit & Beck, 2020). Valet stod därför mellan att genomföra individuella intervjuer eller fokusgruppsintervjuer. Att genomföra en fokusgruppsintervju bedömdes dock inte lämpligt av etiska skäl. Att diskutera de val sjuksköterskan gör kring att involvera patienten och dokumentera berättelsen och delaktighet, eller valet att inte involvera patienten, bedömdes som för känsligt för att diskutera i storgrupp. Polit och Beck (2020) beskriver hur gruppdynamiken kan påverka deltagarna att inte yttra avvikande åsikter vilket i denna studie kunde ha påverkat resultatet om en fokusgruppsintervju hade genomförts. Tystnadsplikten hade också kunnat äventyras i en fokusgrupp med fler deltagare vilket hade kunnat påverka sjuksköterskornas villighet att ärligt berätta om sina arbetssätt.

Den semistrukturerade intervjumetoden valdes för att ge intervjupersonerna möjlighet att delvis själva styra samtalet och därmed också kunna ge mer information än de författarna planerat att fråga efter (Alvehus, 2019). Genom att använda den semistrukturerade intervjumetoden uppmärksammades ett nytt viktigt område och intervjuguiden ändrades efter den första intervjun till att också inkludera kulturens och språkets påverkan på sjuksköterskans möjlighet att inhämta patientens upplevelse och främja delaktighet. Studien påverkades inte av beslutet att justera frågeguiden då ämnet diskuterades spontant i den första intervjun. Polit och Beck (2020) beskriver hur strukturen bör se ut vid upprättandet av en intervjuguide/ämnesguide vid semistrukturerade intervjuer. Frågorna bör vara logiskt ordnade och breda för att uppmuntra till detaljrika svar (Polit & Beck, 2020). Att börja fråga om hur arbetssättet ser ut och därefter om dokumentationen ledde till ett naturligt flöde i intervjun. När  $\frac{2}{3}$  av intervjuerna var genomförda och transkriberade syntes ett område som hade kunnat förtydligas i intervjuguiden, nämligen hur sjuksköterskorna själva definierar delaktighet, eller hur sjuksköterskan anser att en optimal patientdelaktighet ser ut. Att formulera frågan lite snävare, eller att ställa en extra fråga om att göra patienten delaktig hade kunnat ge ett tydligare svar på hur sjuksköterskorna främjar delaktighet. I enlighet med praxis för kvalitativ forskning och emergent design hade frågorna kunnat läggas till i intervjuguiden (Polit & Beck, 2020) men med hänsyn till den tid som fanns till förfogande för att slutföra studien

kunde inte arbetet breddas och fördjupas på det vis en extra frågeställning hade inneburit. På grund av en plötsligt ökad arbetsbelastning till följd av covid19-pandemin kunde inte heller nya intervjuer genomföras och kompletterande intervjuer bedömdes inte vara etiskt rimligt att begära av deltagarna. Antagandet gjordes att personer som redan deltagit i intervjun kunde ha känt en ökad press på att avsätta mer tid i en situation där arbetsbelastningen redan ökat och vinsten hade kanske inte blivit stor. Resultatet blev att frågan kring hur sjuksköterskor gör patienten delaktig inte blev mättat och försvårade kategoriseringen av koderna. Också frågan kring att efterfråga patientens upplevelse förblev omättat och fler intervjuer hade behövt genomföras eller frågan omformuleras, men författarna uppfattade att mättnaden var närmare inom det frågeområdet.

Överförbarhet är en faktor för trovärdighet inom kvalitativ forskning och innebär hur väl resultatet kan överföras på andra områden, verksamheter eller grupper. Överförbarhet kräver därför en tydlig beskrivning av kontext, urval, datainsamling och analysprocess för att läsaren ska kunna bedöma om resultatet kan överföras till deras område (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2020). Fokus i denna studie var att beskriva hur arbetssättet ser ut inom verksamheten i kommunal hälso- och sjukvård i nordöstra Göteborg och därför gjordes urvalet med fokus på spridning mellan verksamheter, utbildningsnivå och år i yrket då detta antogs kunna visa olika arbetssätt och förutsättningar för arbetet. Antal deltagare i studien var planerat till ca tio sjuksköterskor. Antalet deltagare blev oväntat lågt och därför uteblev en jämn fördelning mellan områdena i nordost. Resultatet av bortfallet blev att slutsatser inte kan dras om arbetssätt kring delaktighet och patientberättelsen inom hela hälso- och sjukvårdsenheten i nordost. Svaret ger dock en indikation på arbetssätt och hinder för personcentrerad vård och dokumentation. Att ha en spridning mellan erfarenheter i urvalet påverkar trovärdigheten i en kvalitativ studie enligt Graneheim och Lundman (2004). Med erfarenheter menas t.ex. kön, ålder och erfarenheter. Könsfördelningen är inte jämn bland deltagarna i studien men var inte ett kriterium eller ett mål vid urval. Den intervjun som genomfördes med en man sammanföll i innehåll till stor del med övriga intervjuer och påverkade därmed inte resultatet, men hade fler män inkluderats i studien hade resultatet kunnat ge en annan bredd. Författarna har ingen kunskap om hur representativt könsfördelningen i studien är jämfört med fördelningen i arbetsgruppen i Nordost. En bättre spridning syns däremot gällande erfarenhet i yrket vilket ansågs viktigt i planeringsstadiet för att kunna fånga hur erfarenhet inom yrket påverkar arbetssätt kring personcentrerad vård.

Platsen och tiden för intervjuer behöver väljas noga utifrån behovet att få sitta ostört och med möjlighet för inspelning av intervjun (Polit & Beck, 2020). Deltagarna valde själva tidpunkt och plats för när intervjuerna skulle genomföras, detta för att underlätta deltagande genom att främja trygghet och minska stress. Intervjuerna genomfördes i vilorum, sjuksköterskans kontor eller konferensrum och deltagarna upplevdes bekväma i samtalet. Deltagarna fick av verksamheten möjlighet att bli frikopplade från sina ordinarie uppgifter samt möjlighet att lämna arbetstelefoner till kollega. Vid en intervju kunde sjuksköterskan inte lämna sin telefon till kollega på grund av låg bemanning relaterat till sjukdom, och detta resulterade i att intervjun fick avbrytas två gånger för telefonsamtal. Detta påverkade intervjun genom att sjuksköterskan och författare tappade koncentrationen och tråden i samtalet vilket kan ha påverkat resultatet.

Båda författarna jobbar inom VoB i nordost och har därmed viss förkunskap om arbetsgruppen och arbetssätt där. En av författarna, CS, har tidigare jobbat som pool-sjuksköterska vilket innebär att hon jobbat inom både HSV och VoB, därför genomfördes de flesta av intervjuerna av LR, som har mindre kännedom om deltagarnas arbetssätt. Ingen av författarna hade någon tidigare erfarenhet av att leda intervjuer vilket kan ha påverkat kvalitén på intervjuerna. Vid transkriberingen uppfattades flera områden som väckte författarnas intresse men där följdfrågor inte ställdes under intervjun. Hade författarna haft en större vana av att leda intervjuer hade kanske fler sådana tillfällen identifierats under intervjun och följdfrågor kunnat ställas.

Transkriberingen gjordes efter intervjuerna i så nära anslutning till intervjutillfället som möjligt men vid enstaka tillfällen drog transkriberingen ut på tiden. Detta skedde främst i början när intervjuerna var bokade tätt i tid och bidrog till att behovet av förtydligande frågor inte uppmärksammades i tid för att justera frågeguiden.

Graneheim och Lundman (2004) menar att alla texter innehåller flera olika betydelser och kräver en viss grad av tolkning. Den kvalitativa innehållsanalysen är ett strukturerat sätt att tolka och försöka beskriva de olika betydelserna inom en text och bedömdes vara den mest lämpliga metoden för denna studie. Analysen genomfördes av bägge författarna för att gemensamt diskutera de olika meningsenheterna, detta gav fler infallsvinklar och fler upplägg för möjliga betydelser av det manifesta innehållet. Enligt Polit och Beck (2020) finns det olika uppfattning om kodningen ska göras enskilt eller gemensamt men att det alltid



rekommenderas att kodning görs gemensamt med två eller fler personer i början av processen för att stärka trovärdigheten. Genom kodningsprocessen behövde en del koder och meningsbärande enheter ändras eller slås ihop då nya betydelser uppfattades vartefter kodningen fortskred. Detta beskriver också Polit och Beck (2020) ofta händer vid analys av transkriberade intervjuer då samma meningsbärande enhet kan innehålla upp till tre - fyra olika koder. Giltighet innebär att bevisa att data och analysprocessen stämmer överens (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2020) detta har synliggjorts i arbetet genom tabeller och citat med tydlig hänvisning till deltagare.

## Resultatdiskussion

Studiens resultat visar att sjuksköterskorna dokumenterar patientberättelsen och delaktighet på olika sätt. Upplevelsen dokumenteras i större utsträckning än delaktighet. Delaktighet noteras oftast mycket kortfattat i vårdplaner medan upplevelsen ofta uteblir. Vid journalanteckningar kring åtgärder noteras patientens upplevelse i större utsträckning, oftast i form av smärtanamnes eller upplevelse av oro, medan delaktigheten uteblir. Menichetti m.fl (2016) kunde visa att innebörden av begreppet delaktighet har förändrats mycket de senaste 20 åren vilket kan vara en orsak till osäkerhet vilket kan bidra till att delaktigheten dokumenteras kortfattat eller uteblir helt ur dokumentationen.

Sjuksköterskorna beskriver också en osäkerhet kring hur och var man ska dokumentera delaktigheten och patientens upplevelse, man vill hålla balansen mellan kortfattat och tydligt eller detaljerat men otydligt. Upplevelsen av att en detaljerad beskrivning blir lång och försvårar för sjuksköterskan att hitta relevant information menar Turjamaa m.fl. (2014) beror på att journalsystem för det mesta leder personalen att dokumentera på ett fragmenterat sätt fokuserat på funktion vilket också PMO gör. Även osäkerheten kring hur dokumentationen ska genomföras är i linje med tidigare studier och mer kunskap rekommenderas av forskare (Björvell, 2003).

Att Göteborgs Stads journalsystem PMO innehåller KVÅ-koder till skillnad från tidigare journalsystem kan förklara osäkerheten kring var och hur delaktighet och upplevelse ska dokumenteras och uppmuntra sjuksköterskorna att fokusera på åtgärder i stället. Men Turjamaa m.fl. (2014) upptäckte även i den finska hemsjukvårdens journaler att dokumentationen för det mesta (i 93% av all dokumentation) fokuserade på åtgärder och ej lyfte utvärderingar med patientens upplevelse eller delaktighet noterad. Turjamaa beskrev vidare att denna typ av ofullständig dokumentation kan vara en patientsäkerhetsrisk då vården av äldre ofta är komplex och inte kan beskrivas endast via dokumentation av åtgärder (2014). Även när Sefcik m.fl. (2020) undersökte hur väl vårdplaner för BPSD-symtom (beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) dokumenterades med personcentrerade insatser fann de att 79% av vårdplanerna inte innehöll någon personcentrerad insats alls. Samtidigt lyfter Heckemann m.fl. (2020) hur patienter som får personcentrerad vård och där detta speglas i dokumentationen upplever sig tryggare och mer informerade kring sin vård.

Att dokumentera tillsammans med patienten var något sjuksköterskorna uppgav att de gärna ville göra men inte hann. En studie beskriver att trots att möjlighet och vana att dokumentera tillsammans med patienten finns väljer sjuksköterskor ändå för det mesta att dokumentera utan patienten och diskutera innehållet i dokumentationen tillsammans med patienten i efterhand (De Groot m.fl., 2021). En aspekt av att dokumentera tillsammans som inte framgick ur intervjuerna men som forskningen framhäver är fördelen med att ge patienten möjlighet att förbereda sig inför att formulera vårdplaner tillsammans genom att få möjlighet att fundera igenom egna tankar, frågor och idéer (Wolf m.fl., 2017). En försvårande faktor för patienten att kunna förbereda inför sin vårdplanering är kognitiv svikt vilket Socialstyrelsen (2021) uppger som en av de vanligaste biddiagnoserna för personer inom kommunal hälso- och sjukvård.

Frustration uppfattades av sjuksköterskorna då mer tid upplevdes behövas för att skapa förutsättningar för goda relationer och i förlängningen för att kunna få ta del av patientens berättelse, göra dem delaktiga och kunna sätta ord på denna kunskap i dokumentationen. En studie genomförd av Wolf m.fl. (2017) belyste hur patienterna värdesätter den extra tid sjuksköterskan har för att sätta sig ner och prata och att detta förbättrar den informella delen av partnerskapet. Det skapar tillit och förtroende och en möjlighet för patienten att beskriva sin situation och ställa frågor om sitt tillstånd och sin behandling (Wolf, m.fl., 2017), vilket också betonades av deltagarna i vår studie. Sjuksköterskornas upplevelse av tidsbrist bekräftas också av Moore m.fl. (2016). Det tar tid att lära in nya kommunikationstekniker för att bilda partnerskapet, speciellt vid förekomst av kommunikationshinder och särskilt när behov finns av att använda tolk (Moore m.fl., 2016).

Ett stort hinder för sjuksköterskorna i nordöstra Göteborg att arbeta med patientens upplevelse och delaktighet är det stora antal språk som talas inom stadsdelen. Samtliga sjuksköterskor i denna studie uppger att språkskillnader försvårar arbetet kring att få ta del av patientens upplevelse och användandet av tolk varierar. En del sjuksköterskor har aldrig använt tolk, och andra bokar tolk ibland. Några sjuksköterskor använder i första hand närstående eller personal för att tolka för patienten. Lundin m.fl. (2018) beskriver att ambulanspersonalen också använder närstående i första hand, detta beroende på tidsaspekten. Det är inte praktiskt genomförbart att i en akut situation boka tolk. Inom kommunal hälso- och sjukvård blir det också ibland svårt att förbereda för vilka besök som kräver tolk och inte, och det är en

anledning till att närstående eller kollegor ombeds översätta i större utsträckning (Hadziabdich m.fl., 2016). Men även när professionell tolk används inom kommunal hälso- och sjukvård varierar uppfattningen om nyttan bland sjuksköterskorna. En del upplever att det inte underlättar särskilt mycket medan en annan grupp upplever att resultatet blir bra när tolk närvarar. Flera sjuksköterskor har dock upplevt att missförstånd har uppstått när professionell tolk inte använts. En studie av Al Shamsi m.fl. (2020) förstärker detta och beskriver en stor risk vid språkbarriärer inom vården. Studien beskriver att bland patienter som inte kunde det lokala språket hade 49% svårt att förstå sin medicinska situation, 34,7% förstod inte hur de skulle ta sin medicin och 15,8% reagerade negativt på sin medicin eftersom de inte förstod förskrivarens instruktioner. Ahmed m.fl. (2018) hänvisar till denna ojämlikhet gällande vården för personer med annan kulturell bakgrund än vårdpersonalens och pekar på att personcentrerad vård också behöver anpassas efter kulturskillnader och att detta bör ske i partnerskap med patienten där vårdgivaren har ett förhållningssätt som kännetecknas av självreflektion, medvetenhet om maktskillnader och en vilja att lära av patienten.

Syftet med Göteborgs Stads omorganisation var att underlätta för en jämlik service och hälso- och sjukvård oberoende av geografiskt område. Ett personcentrerat förhållningssätt betonas inom den kommunala hälso- och sjukvården men i studien kan vi se att det ännu ej är uppnått fullt ut. I de nordöstra delarna av Göteborg talas många olika språk och vår studie har visat språkbarriärens påverkan på sjuksköterskans möjlighet att ta del av patientens berättelse och dokumentera denna. Också tidsbrist framkom som ett hinder för att nå patientens upplevelse, främja delaktighet och dokumentera detta på ett sätt som synliggör personcentrerad vård. Studiens resultat indikerar även att ytterligare forskning krävs om hur behovet och användandet av tolk påverkar den personcentrerade vården för personer med utländsk bakgrund.

## Klinisk relevans

Studien har visat hur sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården i nordöstra Göteborg samlar in patientberättelsen, främjar delaktighet och synliggör detta i dokumentationen i varierande grad. Denna kunskap om hur sjuksköterskorna gör idag och de hinder som finns för att synliggöra ett personcentrerat arbetssätt i dokumentationen är en viktig grund för förbättringsarbete för att nå en jämlik vård av äldre baserad på personcentrerad vård inom Göteborgs Stad. Förtydligande av rutiner kring bokning av tolk

kan vara av värde och mer utbildning krävs kring hur sjuksköterskan kan dokumentera för att få fram den äldre patientens upplevelse och delaktighet i sin vård.

## Referenslista

- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Al Kalbani, T. (2020). Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman medical journal*, 35(2), e122. <https://doi.org/10.5001/omj.2020.40>
- Ahmed, S., Siad, F. M., Manalili, K., Lorenzetti, D. L., Barbosa, T., Lantion, V., Lu, M., Quan, H., & Santana, M. J. (2018). How to measure cultural competence when evaluating patient-centred care: a scoping review. *BMJ open*, 8(7), e021525. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021525>
- Alvehus, J. (2019) Skriva uppsats med kvalitativ metod. En handbok. (2. uppl.) Liber.
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>
- Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. *Journal of clinical nursing*, 12(2), 206–214. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00723.x>
- Britten, N., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, O., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Elaboration of the Gothenburg model of person-centred care. *Health Expectations*, 20(3), 407–418. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/hex.12468>
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in aging*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Eccles, S. P., Cooper, N., & Albrecht, M. A. (2021). Is nursing and midwifery clinical documentation a burden? An empirical study of perception versus reality. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11–12), 1645–1652. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jocn.15718>
- De Groot, K., Sneep, E. B., Paans, W., & Francke, A. L. (2021). Patient participation in electronic nursing documentation: an interview study among community

nurses. *BMC Nursing*, 20(1), 1–10. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/s12912-021-00590-7>

De Groot, K., De Veer, A. J. E., Munster, A. M., Francke, A. L., & Paans, W. (2022). Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed-methods study among community nurses. *BMC Nursing*, 21(1), 1–12. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/s12912-022-00811-7>

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 : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Ekman, I., Ebrahimi, Z. & Olaya Contreras, P., (2021) Person-centred care: looking back, looking forward, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(2), February 2021, Pages 93–95, <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa025>

Eldh, A. C., Holmefur, M., Luhr, K., & Wenemark, M. (2020). Assessing and reporting patient participation by means of patient preferences and experiences. *BMC health services research*, 20(1), 702. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05574-y>

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Hadziabdic, E., Lundin, C. & Hjelm, K. (2015). Boundaries and conditions of interpretation in multilingual and multicultural elderly healthcare. *BMC Health Serv Res* **15**, 458 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1124-5>

Heckemann, B., Chaaya, M., Jakobsson Ung, E., Olsson, D. S., & Jakobsson, S. (2020). Finding the Person in Electronic Health Records. A Mixed-methods Analysis of Person-centered Content and Language. *Health Communication*, 1–7. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/10410236.2020.1846275>

Kim, S. K., & Park, M. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical interventions in aging*, 12, 381–397. <https://doi.org/10.2147/CIA.S117637>

Lundin, C., Hadziabdic, E. & Hjelm, K. Language interpretation conditions and boundaries in multilingual and multicultural emergency healthcare. *BMC Int Health Hum Rights* 18, 23 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0157-3>

Menichetti, J., Libreri, C., Lozza, E., & Graffigna, G. (2016). Giving patients a starring role in their own care: a bibliometric analysis of the on-going literature debate. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 19(3), 516–526. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/hex.12299>

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 662–673. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12376>

Polit, D.F., Beck, C.T. (2020), *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (11th ed.)*. Walters Kluwer Health

Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken. Etik för vårdande yrken*. Studentlitteratur. SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 2022-03-17 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

SFS 2008:355. *Patientdatalag*. Hämtad 2022-03-17 från [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355\\_sfs-2008-355](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355)

Sefcik, J., Madrigal, C., Heid, A., Molony, S., Van Haitsma, K., Best, I., Resnick, B., Galik, E., Boltz, M. & Kolanowski, A. (2021). Person-centered care plans for nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 46(10), DOI: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.3928/00989134-20201012-03>

Socialstyrelsen (2016). *Tolkar för hälso- och sjukvården och tandvården. Kartläggning våren 2016*. Hämtad 2022-03-01 från



<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2016-5-7.pdf>

Socialstyrelsen (2018). *Kvalitetsregister i kommunal hälso- och sjukvård. Täckningsgradsjämförelser och resultat av sambearbetningar med Socialstyrelsens register.* Hämtad 2022-03-01 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-17.pdf>

Socialstyrelsen (2021). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021.* Hämtad 2022-02-18 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7249.pdf>

Socialstyrelsen (2022). *Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).* Hämtad 2022-03-01 från <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva/>

Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M., & Pietilä, A.-M. (2015). Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 317–324. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/scs.12165>

United Nations Development Program (2021). *Globala Målen.* Hämtad 2022-02-18 från: <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

Vårdhandboken, 2020. *Situation, Bakgrund, Aktuell bedömning, Rekommendation - SBAR.* Hämtad 2022-03-01 från <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/samverkan-och-kommunikation/teamarbete-och-kommunikation/situation-bakgrund-aktuell-bedomning-rekommendation---sbar/>

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* 2017;7:e016491. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016491

Zizzo, N., Bell, E., Lafontaine, A.L. & Racine, E. (2017). Examining chronic care patient preferences for involvement in health-care decision making: the case of Parkinson's disease patients in a patient-centred clinic. *Health expectations*, 20(4), 655-664. <https://doi.org/10.1111/hex.12497>

# Bilagor

## Bilaga 1

Intervjuguide:

- Hur inhämtar du patientens upplevelse av sina symtom/sin situation?
  - hur gör du patientens upplevelse tydlig i dokumentationen?
  - Hur gör du patienten delaktig i vården eller planeringen av vården?
  - hur dokumenterar du delaktighet?
- 
- Hur har det mångkulturella området nordost och mängden språk här påverkat hur du får ta del av patientens upplevelse eller hur du gör patienten delaktig i sin vård?