



LUND UNIVERSITY

Den motvillige administratören

Om pappersgöra och datorjobb på vårdcentralen

Thelander, Joakim; Jacobsson, Katarina

2016

Document Version:

Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Thelander, J., & Jacobsson, K. (2016). *Den motvillige administratören: Om pappersgöra och datorjobb på vårdcentralen*. (Research Reports in Social Work; Vol. 2016, Nr. 3). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

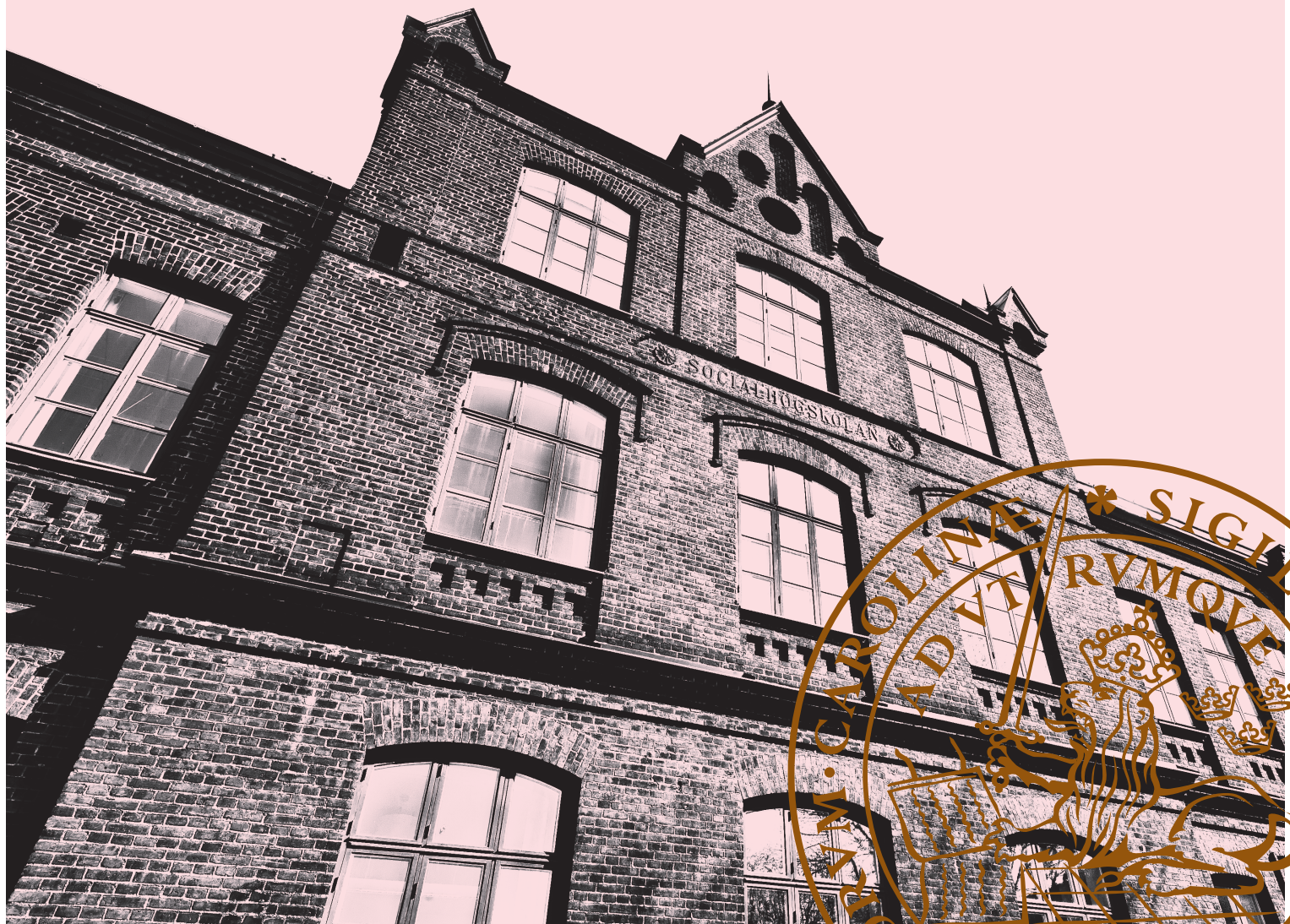
LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Den motvillige administratören

Om pappersgöra och datorjobb på vårdcentralen

JOAKIM THELANDER OCH KATARINA JACOBSSON



Den motvillige administratören

Om pappersgöra och datorjobb på vårdcentralen

Joakim Thelander och Katarina Jacobsson

ISBN: 978-91-7623-788-5

© Socialhögskolan, 2016

Redaktör: Lars Harrysson

Adress: Lunds universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund

Sammanfattning

Syftet med rapporten har varit att analysera dokumenteringspraktiker inom det medicinska fältet med hjälp av kvalitativa metoder: observationer och intervjuer har genomförts vid tre vårdcentraler i Skåne. Vi har undersökt förutsättningarna för, konsekvenserna av och förhållningssätten till expanderande dokumenteringspraktiker. Med en etnografisk och kunskapssociologisk ansats undersöktes två delvis överlappande aspekter: a) de dokumenteringspraktiker som är kopplade till dokumenten samt b) vilken mening och funktion aktörerna tillskriver dessa praktiker.

Vi har lagt särskild vikt vid följande frågeställningar: Hur struktureras det konkreta och vardagliga arbetet med dokumenteringen? Hur interagerar vårdpersonalen med dokumenten och med varandra i anslutning till dokumenteringen? Hur pratar vårdpersonalen om dokumenteringspraktikerna? Vilken mening och funktion tillskrivs dokumenteringen?

Vid fältobservationerna och intervjuerna kunde två grundläggande typer av dokumenteringspraktiker urskiljas: *produktion* av dokumentation (att praktiskt skriva, fylla i, registrera i olika digitala dokument samt pappersdokument) och *konsumtion* av dokumentation (att läsa egen och andras dokumentation). Det förefaller vara så att produktionen av dokument ges större uppmärksamhet och prioritet, medan konsumtionen av desamma liksom bara sker utan någon större reflektion. Men den tid som konsumtionen av dokumentation tar i anspråk är viktig att uppmärksamma. Det som någon skriver eller dikterar ska oftast någon annan ägna tid åt att läsa. Konsumtionen av dokument kan således betraktas som en form av indirekt dokumenteringsarbete. Intrycket från observationerna är att konsumtion av dokument utgör en väsentlig och viktig del av de vardagliga dokumenteringspraktikerna vid vårdcentralerna, dock utan att er hålla särskilt stor uppmärksamhet i jämförelse med vad som är fallet när det gäller själva producerandet.

En stor mängd dokument produceras vid en vårdcentral: journalanteckningar, intyg, remisser, statistik, uppgiftsregistrering, avvikelserapportering och mycket mer. I hög utsträckning ägnar sig personalen åt att dokumentera olika uppgifter i befintliga digitala dokumentationssystem. Personalen skriver helt enkelt in text i datorn och dokumenterar på detta sätt exempelvis telefonsamtal eller patientbesök på vårdcentralen. I stort sett samtliga patientkontakter ska dokumenteras, och det tycks finnas få undantag från denna huvudregel. Dokumentproduktion kan också handla om att skriva brev till patienter eller (för de medicinska sekreterarnas del) utskrifter av dikterade journalanteckningar. När det gäller läkarna så framstår dikteringen av journalanteckningar, remissvar, brev och annat som en central del av dokumenteringsarbetet. Utöver själva skrivandet av text så rör det sig också om att klicka sig fram i olika dialogrutor i datorn, särskilt i det datorbaserade journalsystemet Profdoc Medical

Office Client (PMO). Denna typ av aktiviteter kan beskrivas som den aktiva och direkta delen av dokumenteringspraktikerna. Skrivandet och registrerandet av uppgifter görs vid tidpunkter som är vikta för "administrationstid" såväl som under själva patientbesöken eller exempelvis under telefonsamtal med patienter. I de senare fallen betraktar vi dokumenteringen som en form av "inbäddad aktivitet".

En aspekt som bör nämnas är att det administrativa arbetet handlar såväl om dokument i pappersform som digitaliserade dokument i datorn. Även om det finns datorer på praktiskt taget varje rum och journalhanteringen är digitaliserad så har pappersdokumenten inte försvunnit. Den finns en stor mängd av pappersdokument med allt från journalkopior och remissbekräftelser till post-it-lappar och dessa har alltså en framskjuten placering i det vardagliga arbetet vid vårdcentralerna.

Den kanske mest uppenbara dokumentationen på en vårdcentral är den som rör registrering av information om patienterna, inte minst journalanteckningarna som ska innehålla "uppgifter som är väsentliga för vården av patienten". Det är tydligt att vad som ska betraktas som "väsentliga uppgifter" är en bedömningsfråga och inte något självklart, vilket medför att längden på journalanteckningarna och dess innehåll kan variera – ett ämne som deltagarna i studien ofta hade starka uppfattningar kring.

Ett annat av dokumenteringens syften är att förbättra kvaliteten på de vårdinsatser som görs vid vårdcentralerna. Bland den dokumentering som är tydligt kopplad till kvalitetsarbete är registreringen av patientuppgifter i olika kvalitetsregister, som exempelvis Nationella Diabetesregistret (NDR) eller Luftvägsregistret. Den dokumentering som sker i samband med sådant kvalitetsarbete omnämns som viktigt av personalen, men det konkurrerar samtidigt tidsmässigt med andra arbetsuppgifter. Ytterligare en dimension av kvalitetsarbetet handlar om avvikelserapportering. Eventuella avvikelser från rutinerna, fel eller misstag i vårdarbetet ska dokumenteras med ambitionen att åtgärda bristerna. Även avvikelserapportering medför administrativt merarbete varför studiens deltagare förde resonemang om en rimlig selektion av vad som ska rapporteras.

Något som också bör nämnas är att dokumenteringsarbetet vid vårdcentralerna även har en ekonomisk funktion, där det tydligaste exemplet handlar om att sätta mer eller mindre inkomstbringande diagnoser. Diagnoserna är kopplade till systemet Adjusted Clinical Groups (ACG) som mäter så kallad vårdtyngd. Ju mer vårdkrävande patienten anses vara, desto mer ersättning utgår till verksamheten. På så sätt har diagnosen inte bara en medicinsk funktion utan den har även betydelse för den ekonomiska ersättningen som ges till vårdcentralerna.

Det datorbaserade journalsystemet PMO (Profdoc Medical Office Client) är en viktig del av dokumenteringspraktikerna vid de studerade vårdcentralerna. Systemet beskrivs av många i personalen som komplicerat och krångligt att

använda. För att illustrera problemen erbjuder personalen argument i form av klick- och tidsmått, som när en sjuksköterska utropar att ”En kallelse tar 33 klick!” Ofta framhålls en spänning mellan å ena sidan dokumenteringsarbetet, å andra sidan det ”egentliga” arbetet – i detta fall kontakten med patienterna. Dokumenteringen anses ofta vara (alltför) tidskrävande, en uppfattning som varit särskilt tydlig bland läkarna på de studerade vårdcentralerna. Det ska samtidigt nämnas att kritiken mot dokumenterandet och datorklickandet inte ska ses som en generell aversion mot allt dokumenteringsarbete. Den sortens dokumentation som är föremål för kritiken är den som uppfattas som monoton, onödigt tidskrävande, krånglig eller ibland rentav obegriplig.

Personalen beskriver även en viss osäkerhet i samband med de digitala systemen på grund av att de helt enkelt inte uppfattas vara pålitliga. Därför har man utvecklat en viss beredskap för eventuella datorproblem, vis av erfarenhet från tidigare haverier. Ett exempel på en sådan beredskap är rutinen att vid dagens slut skriva ut besökslistorna för nästa dag, så att verksamheten kan fortlöpa som planerat även om ett eventuellt datorproblem skulle uppstå. Pappersdokumenten kan alltså fungera som ett slags säkerhet när tilliten till de digitala kommunikationsvägarna sviktar. Papper ger därtill överskådlighet och tydlighet i den administrativa hanteringen, och den fysiska påtagligheten gör dem till tydliga påminnelser om vad som finns att göra. Med hjälp av fysiska papper kan man således förutom att bringa personlig ordning även komma runt IT-problemen eftersom det ofta är tidskrävande att vänta ut service eller söka IT-support. Den här kreativiteteten som kommer till uttryck i diverse lokala problemlösningar kan emellertid visa sig motverka en mer långsiktig lösning. Personalens *work arounds* kan leda till att ett system eller program undslipper en genomgripande undersökning av dess brister och problem.

En utmaning är att trots den uttalade administrationskritiken kunna urskilja nödvändig och meningsfull dokumentering. Vad som betraktas som onödig, alltför omfattande eller ibland alltför knapphändig dokumentering är dock inte givet utan varierar med såväl yrkesperspektiv som situation. På så vis är pappersgörat och datorjobbet på vårdcentralerna föremål för kontinuerliga förhandlingar och en källa till såväl engagemang som frustration. Det är alltså inte bara det faktiska dikterandet, skrivandet, klickandet och sorterandet som är tidskrävande – även som samtalsämne är pappersgöra och datorjobb socialt och emotionellt uppslukande.

Förord

Den här rapporten är en delrapport inom forskningsprojektet ”Blanketter, formulär och pappersgöra – expanderande dokumenteringspraktiker i sjukvård och socialtjänst” (Jacobsson & Martinell Barfoed 2012). Projektets syfte är ytterst att jämföra två fält som båda omfattas av ökade redovisningskrav gällande kvalitet, effektivitet och säkerhet – det medicinska och det sociala arbetsfältet – med avseende på förutsättningarna för, konsekvenserna av och förhållningssätten till expanderande dokumenteringspraktiker. På vägen mot detta syfte har vi mer förutsättningslöst analyserat de två olika fälten var för sig. Denna rapport handlar om sjukvården, baserat på material från i huvudsak primärvården.

Tack till "dokumenteringsgruppen" som bidragit till att denna rapport tagit form under kreativa analysessioner: Elisabeth Carlstedt, Signe Grumer, Teres Hjärpe, Elizabeth Martinell Barfoed. Vi är också tacksamma för finansiering från Riksbankens Jubileumsfond som möjliggör projektet.

Avslutningsvis vill vi rikta ett stort tack till den sjukvårdspersonal som låtit oss följa dem i hämlarna, ständigt med en mängd frågor på lager. Ämnet pappersgöra har möjligtvis en trist klang men det har visat sig engagera många av våra deltagare på fältet som beredvilligt delat med sig sina erfarenheter och visat oss hur det går till i praktiken.

Joakim Thelander och Katarina Jacobsson

Innehållsförteckning

1. Introduktion	3
Syfte och frågeställningar	4
2. Tidigare forskning	5
New Public Management och granskningsamhället.....	5
Utvärderingstrenden	7
Den administrativa tillväxten.....	8
Dokumenteringens expansion inom sjukvården	9
3. Teoretiska och analytiska utgångspunkter	11
4. Metod och material	13
Observationer, intervjuer och bilder	13
Vårdcentralerna.....	14
Kort om analys och generaliseringsanspråk	15
Etiska överväganden	16
5. Dokumenteringens karaktär	17
Produktion av dokumentation	17
Konsumtion av dokumentation	19
Dokumentering som inbäddad aktivitet	20
6. Skrivandets praktik och funktion	23
Att skriva det väsentliga.....	23
Dokumentering som skydd.....	25
Avvikelse rapportering som kvalitet.....	27
Diagnosernas ekonomi.....	28
7. Pappersflödet i datorsamhället	33
Dubbel och trippel dokumentering.....	36
8. Digital (o)säkerhet	38
PMO: ”Ett evigt klickande”.....	38
Datorn som en opålitlig samarbetspartner	39
9. ”Patienter eller papper?” En given administrationskritik	43
10. Avslutande diskussion	47
Referenser	50

1. Introduktion

Dokumenteringsarbete inom sjukvården och andra offentliga organisationer som exempelvis socialtjänst, skola och kriminalvård, har under de senaste åren ofta beskrivits som ökande i omfattning (t.ex. Forssell & Ivarsson Westerberg 2014). De offentliga organisationerna har ställts inför allt högre krav på att redovisa och dokumentera sitt arbete. New Public Management är det begrepp som ofta används för att beskriva en form av företagsinspirerad styrning av de offentliga organisationernas arbete. Kännetecknande för sådan styrning är inriktningen mot allt mer detaljerade och standardiserade rutiner och riktlinjer om kvalitetssäkring, effektivitet, och riskeliminering (se t.ex. Power 1997; Hasselblad, Bejerot & Gustafsson 2008; Vedung 2010; Hall 2012). Fenomenet har undersökts företrädesvis med organisationsteoretiska perspektiv och som Hall (2012) påpekar med fokus på managementreformer och beslutsfattande aktörer i organisationernas toppar, på ganska långt avstånd från beslutens genomförare. I den här studien närmar vi oss några av de aktörer som har att utföra reformerna i sitt vardagliga arbete: sjuksköterskor, läkare och annan sjukvårdspersonal. Rapporten handlar således om dokumenteringspraktiker i sjukvården, baserat på fältarbete inom primärvården.

Studier av de praktiska och vardagliga konsekvenserna av nya former för styrning och kontroll har alltså varit relativt sällsynta – konsekvenser som är förhållandevis tydliga och långt ifrån sällsynta. I våra tidigare etnografiska studier på medicinens fält (t.ex. Jacobsson 2013; 2014) har dokumenteringens framskjutna betydelse varit påtaglig. Dokument anslås, anvisar, ger riktlinjer, arbetas med, förbises, irriterar, åberopas osv. Läkaren kan betrakta sjuksköterskors utökade dokumenteringsuppgifter som onödigt tidstjuveri, medan sjuksköterskan istället ser den nya uppgiften som tecken på ökad professionalisering (jfr. Levay & Waks 2009). Sjuksköterskan kan i sin tur irriteras över att läkarna inte fyller i alla patientuppgifter som han eller hon behöver för att mata in uppgifterna i databaser. Nya dokumenteringsrutiner ger upphov till nya eller förändrade arbetsuppgifter vilket i sin tur leder till diskussion, förhandling och ibland konflikt mellan personalgrupper eller personal och ledning.

I förlängningen av konstaterandet att dokumenteringskrav har ökat, har vi för avsikt att empiriskt undersöka vad detta betyder och vilka konsekvenser det får. Dokumenteringens praktiker studeras inom ramen för det vardagliga arbetet, för att belysa hur ökade dokumentationskrav uppfattas och hanteras av personalen i deras arbete. Vad gör personalen med dokumenten? Och vad gör dokumenten med personalen? I denna studie är det alltså dokumenteringens praktik som står i fokus, snarare än dokumentens innehåll. Ambitionen är att åtminstone kunna ge en skiss till svar på frågor om dokumenteringspraktikernas innebörder och betydelser för sjukvårdspersonal.

Syfte och frågeställningar

Syftet med rapporten är att analysera dokumenteringspraktiker inom det medicinska fältet. Fältstudier vid tre vårdcentraler har genomförts med fokus på förutsättningarna för, konsekvenserna av och förhållningssätten till expanderande dokumenteringspraktiker. Med en etnografisk ansats undersöktes två delvis överlappande aspekter: a) de dokumenteringspraktiker som är kopplade till dokumenten samt b) vilken mening och funktion aktörerna tillskriver dessa praktiker.

I linje med det ovanstående undersöktes följande frågeställningar:

- 1) *Dokumenteringspraktiker*: Hur struktureras det konkreta och vardagliga arbetet med dokumenteringen? Hur interagerar vårdpersonalen med dokumenten och med varandra i anslutning till dokumenteringen?
- 2) *Dokumenteringens mening och funktion*: Hur pratar vårdpersonalen om dokumenteringspraktikerna? Vilken mening och funktion tillskrivs dokumenteringen?

2. Tidigare forskning

Med en inblick i ett urval av tidigare forskning avser vi fånga in några perspektiv som är viktiga för att förstå och belysa dokumentering i praktiken. Det är svårt att ge sig i kast med ämnet utan att placera in företeelsen i samtida trender, som New Public Management och det rådande utvärderingsfokus som präglar offentlig verksamhet idag. Urvalet av tidigare forskning har följaktligen vägletts av ambitionen att i relativt koncentrerad form beskriva några relevanta dimensioner för att förstå den ökande dokumenteringen. Vi gör alltså inte anspråk på en heltäckande litteraturgenomgång av dessa dimensioner.

New Public Management och granskningsamhället

Hall (2012) menar att moderna offentliga organisationer präglas av vad han kallar managementbyråkrati, inte minst den typ av reformidéer som brukar samlas under begreppet New Public Management (NPM). Med inspiration från den privata företagssektorn har det funnits ambitioner att införa sådant som beställar- och köparsystem, kostnadseffektiv styrning inriktad mot mål och resultat och rationellt beslutsfattande. Hasselbladh, Bejerot och Gustafsson (2008, s. 9) återger Hoods summering av typiska drag som är kännetecknande för NPM:

- decentraliserat resultat- eller kostnadsansvar
- interna marknader med köp- och säljssystem
- ständig strävan mot ökad kostnadseffektivitet
- bred användning av metoder och modeller hämtade från privata företag
- tydligare chefsansvar
- bedömning av effektivitet utifrån mätbara och explicita mål
- kund- och resultatfokus

Hall (2012) påpekar emellertid att idéer om denna typ av managementstyrning inte är detsamma som att idéerna också alltid genomförs fullt ut i praktiken. Det finns en tröghet inom organisationerna och delvis kan det handla om en managementretorik som inte nödvändigtvis alltid är kopplad till verklig förändring. Organisationer har, menar Hall, en tendens att försöka få reformerna att anpassa sig efter organisationens regler och värderingar snarare än tvärtom.

De nya formerna för offentlig styrning har ofta studerats och analyserats med organisationsteoretiska perspektiv som nyinstitutionell teori med hjälp av begrepp som exempelvis *governmentality* (Rose & Miller 2010), men också utifrån professionsteori (Brante 2014; Svensson & Karlsson 2008). Bejerot et.al. (2008) har exempelvis studerat förändringar inom sjukvården och hur det

påverkar professionerna inom området. De varnar för att den allt större samling av reglerande aktörer (som t.ex. Socialstyrelsen, Medicinska Kvalitetsrådet, Läkemedelsverket etc.) som fungerar som normbildare och kontrollanter på det medicinska området, riskerar att utarma läkarens möjlighet att göra professionella bedömningar baserade på annat än centralt utfärdade riktlinjer. Liknande farhågor framhålls på socialtjänstens område (Bergmark & Lundström 2006; 2011). I England visar forskning att kraven på särskilda mallar i barnavårdens utredningsarbete riskerar att hämma socialarbetarens professionella bedömning (White, Hall & Peckover 2009). Shore och Wright (2000) framhåller brittisk forskning som pekar på att just läkares och socionomers sätt att svara på managementteknologier varit radikalt olika. Medan de förra tagit initiativet genom att utveckla egna "managementkunskaper", har socionomerna mer stillatigande accepterat förändringarna och därmed erfarit ett slags professionell urholkning.

Power (1997) använder begreppet "audit society", det vill säga "granskningsamhället", för att poängtera en ökad uppmärksamhet inte bara på finansiella granskningar och revisioner, utan även beträffande sådana aktiviteter som kvalitetssäkring och olika former av dataregistrering och dokumentering inom organisationer. Tanken är att organisationerna ska uppnå kvalitets- och effektivitetsmålen genom fortlöpande granskning och kontroll av verksamheten. För att svara mot redovisningskraven utvecklas nya administrativa rutiner och system, utvärderings- och bedömningsinstrument utöver den redan befintliga administrationen.

Power (ibid.) beskriver läkare och sjuksköterskor som professioner där man i ökad utsträckning ägnar sig åt sådant arbete som kan sättas i samband med just kontroll och granskning. Exempelvis kan det handla om registrering av patientdata i olika former av kvalitetsregister och databaser. Enligt Power har utvecklingen i riktning mot att göra den medicinska personalen till "medical auditees" (ung. "medicinska granskare") även drivits på av strukturella förändringar inom sjukvården, särskilt marknadsinspirerade reformer med inriktning mot att införa beställar- och köparsystem. I samband med den typen av organisering av sjukvården ökar också kraven på att kunna visa upp den egna verksamhetens resultat varpå frågor som handlar om budget och ekonomi blir framträdande. Men som Power påpekar har den typen av förändringar inte införts utan motstånd och debatt inom sjukvården, där frågor om medicinsk kvalitet vanligtvis tillmäts större betydelse bland de professionella än frågor som har med ekonomi och budgethantering att göra.

Power (2007) kopplar även ökningen av kontrollerande och granskande aktiviteter till riskbegreppet och vad han beskriver som "risk management" inom moderna organisationer. Genom ständiga granskningar och kontroller antas riskerna för misstag och bristande effektivitet kunna elimineras eller åtminstone reduceras och därmed hållas under kontroll. För att granskning och kontroller ska kunna genomföras krävs emellertid data i form av statistik och

andra mätbara resultat från verksamheternas arbete, vilket kan betraktas som en viktig anledning till de expanderande dokumenteringspraktikerna.

Hasselbladh (2008) diskuterar det som kallats "koloniseringstesen" inom NPM. Tesen innebär att offentliga verksamheter i allt högre grad "koloniserar" av företagsliknande praktiker och värderingar. Den nya handlingslogiken antas samtidigt begränsa, eller i värsta fall rentav utarma, professionernas självständighet och centrala roll inom dessa verksamheter till förmån för ett produktionsinriktat managementideal hämtat från den privata företagssektorn. Hasselbladh påpekar dock att även om "koloniseringstesen" inte kan avfärdas så bör dess effekter samtidigt inte heller överdrivas. De offentliga verksamheterna har starka professionella identiteter, vilket gör dem tröga att förändra. Vidare är inte effektivitetskrav och omsorg om "kunden" helt främmande strömningar för organisationer inom det offentliga. Det kan antas att nya styrningsformer, influerade av NPM, ger upphov till spänningsförhållanden gentemot de professionella yrkesgrupperna, men effekterna behöver inte alltid bli så dramatiska som kritiken har antytt. Den skarpaste kritiken mot NPM kan i den bemärkelsen ses som baserad på en romantiserad syn på de offentliga verksamheterna snarare än utgångspunkten att de är moderna och föränderliga arbetsplatser.

Utvärderingstrenden

Vedung (2010) diskuterar det ökande fokus som läggs på utvärderingar inom moderna organisationer. Snart sagt varje form av åtgärd och intervention ska utvärderas och utvecklingen i denna riktning härleder Vedung tillbaka till mitten av 1950-talet. Han beskriver ett antal "vågor" inom utvärderingstrenden och pekar på vikten av att förstå dessa förändringar i synen på offentliga organisationer. Inte minst är det centralt att förstå kravet på offentliga verksamheter att leverera de önskade resultaten till medborgarna. Det traditionella synsättet var att offentliga organisationer fick sin acceptans genom att följa bestämda och i demokratisk ordning beslutade procedurer. Inte sällan hänvisades även till formuleringar om exempelvis människors lika värde, rätten till hälsa, rätten till trygghet eller liknande allmänna principer.

Sedan åtminstone femtio år tillbaka menar Vedung (ibid.) att det inte längre är tillräckligt för organisationer att hänvisa till sådana generella principer. Offentliga organisationer förväntas leverera tydliga resultat. Dessa resultat måste dessutom vara granskningsbara, kostnadseffektiva och erbjuda "value for money", något som Vedung inom offentliga organisationer kopplar specifikt till trenden mot New Public Management. För att återknyta till diskussionen om granskningsområdet så måste därmed också organisationers aktiviteter, åtgärder och interventioner dokumenteras på ett sådant sätt att de blir möjliga att utvärdera.

Enligt Vedung är den senaste "vågen" när det gäller utvärderingar att peka på behovet och nödvändigheten av evidens beträffande åtgärdernas resultat. De

åtgärder och interventioner som genomförs ska vara vetenskapligt studerade och beprövade, med ett väl dokumenterat underlag som grund för de beslut som fattas. Vedung påpekar att evidenskravet innebär ett krav på mer vetenskapligt grundad styrning av offentliga organisationers verksamhet. Det leder till ett ökat fokus på inte bara forskning och vetenskapligt genomförda utvärderingar, utan också dokumentering som är tillräckligt utförlig och noggrant genomförd för att kunna ligga till grund för den typen av forskning.

Ett tydligt exempel inom vårdområdet är ökningen av antalet så kallade nationella kvalitetsregister, som lyfts fram som ett centralt instrument för kvalitetsutveckling och uppföljning inom sjukvården. Genom databaser inom olika medicinska områden samlas uppgifter om patienter med vissa specifika diagnoser. Enligt Hasselbladh et.al. (2008) är det viktigt att uppmärksamma att registren också innebär en form av hierarkisk styrning, där den professionella verksamheten ständigt utvärderas och bedöms genom formaliserade procedurer och standarder.

Den administrativa tillväxten

Tillväxten av administration inom offentliga organisationer, och förklaringarna till varför detta sker, har bland annat studerats av Ivarsson Westerberg (2004). I en avhandling om den ökande administrationen inom polisen menar Ivarsson Westerberg att ökningen kan hänföras särskilt till tre orsaksfaktorer eller "drivkrafter": 1) *möjligheten* att administrera, 2) *viljan* att administrera samt 3) *tvånget* att administrera.

Möjligheten att administrera kopplar Ivarsson Westerberg till den teknologiska utvecklingen och datoriseringen. Hans studieobjekt är polisen, där han lyfter fram en tilltagande datorisering under en följd av år. Det är ett rimligt antagande att en sådan datorisering ägt rum även inom andra offentliga organisationer, inte minst inom sjukvården. Enligt Sellen och Harper (2002) är tanken om det "papperslösa" kontoret snarast att betrakta som en myt, snarare är det så att datoriseringen bidragit till en ökad pappersanvändning. Tekniken för att skriva ut dokument har blivit billigare och mer allmänt tillgänglig, samtidigt som mängden information ökat. Fortfarande anses det också ofta vara mer ansträngande att läsa texter från en datorskärm än från ett papper. Möjligheten att administrera ser Ivarsson Westerberg (2004) även vara knutet till professionalisering av polisen. Det finns goda grunder att anta att sådana professionaliseringssträvanden återfinns även inom andra offentliga organisationer, inte minst inom sjukvården. Det ska tilläggas att sådana strävanden försöker fånga upp en viss typ av professionalisering med stort fokus på lika behandling och lika bedömning. Sådan likhet antas uppnås med hjälp av standardiserade rutiner och arbetsmodeller, vilka i sin tur genererar krav på administration i form av dokumentering, statistik och annan sifferproduktion.

När det gäller viljan att administrera understryker Ivarsson Westerberg den politiska dimensionen. Politiska reformer beträffande sådant som budgetansvar, kostnadseffektivitet och redovisningar genererar även dessa en ökad administration. Här ser Ivarsson Westerberg även en koppling till ideologiska trender, inte minst New Public Management-trenden som beskrivits ovan och som även lett till en uppvärdering och professionalisering av administrativa och ekonomiskt inriktade arbetsuppgifter inom de offentliga organisationerna. Samtidigt är det dock så att den ökande administrationen leder till att administrativt arbete, exempelvis inom hälso- och sjukvården, flyttas från professionella administratörer till andra personalkategorier som läkare och sjuksköterskor (Forssell & Ivarsson Westerberg 2014). I den bemärkelsen kan man tala om en avprofessionalisering av administrationen som istället övertas av professionella yrkesgrupper med ringa administrativ utbildning (om än desto längre utbildning inom andra områden).

Tvånget att administrera handlar om krav på administration som kan vara såväl interna som externa. Det finns en stor mängd direktiv, regler och arbetsmetoder som växer fram inom myndigheten såväl som de som har formen av pålagor från omvärlden. Ivarsson Westerberg beskriver polisens arbete som kringgärdat av regelverk och förordningar. Även beträffande denna dimension är sjukvårdsorganisationen sannolikt inget undantag, möjligen är sjukvården i det avseendet att betrakta som ännu mer reglerad än polisorganisationen. Organisatoriska hierarkier ger upphov till krav på mer administration, menar Ivarsson Westerberg (ibid.), när samarbetet mellan olika delar i stora och komplexa organisationer måste samordnas och regleras. Ökad organisatorisk komplexitet kan därmed driva de offentliga organisationerna i riktning mot en växande administration.

Dokumenteringens expansion inom sjukvården

Forssell och Ivarsson Westerberg (2014) beskriver hälso- och sjukvården som ett område där kritiken mot en expanderande administration varit särskilt stark. Exempelvis är det en fråga som återkommande diskuterats och debatterats av Läkarförbundet. Ett antal studier av läkarnas arbete och tidsanvändning, refererade i Forssell och Ivarsson Westerberg (2014) pekar mot vad som kan beskrivas som en förhållandevis hög andel av administration i jämförelse med den tid som ägnas åt direkt patientarbete. Undersökningar från olika länder, genomförda med delvis skiftande forskningsmetoder kommer ändå fram till relativt likartade slutsatser: cirka en tredjedel (enligt vissa studier mindre) av läkarnas arbetstid ägnas åt det som kan beskrivas som direkt patientarbete. När det sedan gäller den övriga tiden så ägnas en stor del av denna åt administration inte minst i form av just dokumentation.

En närmast självklar del av det administrativa sjukvårdsarbetet handlar om journalskrivning. Journalarbetet utgör en stor del av den administrativa tiden

inom sjukvården, liksom andra former av efterarbete som kan handla om exempelvis ifyllandet av intyg (som till Försäkringskassan) och diagnosklassificering. Den typen av dokumentation kan enligt Forssell och Ivarsson Westerberg (2014) rentav betraktas som en form av "infrastruktur" inom sjukvårdsorganisationen. Den håller ihop verksamheten och möjliggör också att patientärenden kan följas upp och åtgärdas även av vårdpersonal som inte tidigare träffat patienten.

En annan del av dokumenteringsarbetet handlar om olika former av kvalitetsregister. Registren avser att stärka kvaliteten genom att möjliggöra uppföljning av vårdåtgärderna inom de områden som registren omfattar, exempelvis inom diabetesvården eller något annat vårdområde. Sverige ses som ett föregångsland inom denna form av kvalitetsarbete. Forssell och Ivarsson Westerberg refererar till Riksrevisionen och påpekar att det 2013 fanns inte mindre än 106 olika sådana nationella kvalitetsregister, jämfört med 89 sådana register så sent som två år tidigare. Riksrevisionen påpekar också att ett problem med kvalitetsregistren är att de leder till en ökad administrativ börda genom att de kräver en dubbeldokumentering, där samma vårduppgifter behöver matas in i såväl journalsystemet som kvalitetsregistret.

Dokumentationen kan också handla om att uppfylla de krav som ställs av olika ekonomiska ersättningssystem, till exempel att en viss vårdcentral bör utföra ett visst antal av en given vårdinsats. Ytterligare en intressant typ av administration inom hälso- och sjukvården handlar enligt Forssell och Ivarsson Westerberg om den dokumentering som görs med tanke på att ens arbete och åtgärder kan komma att bli föremål för utomstående granskning. Dokumentationen måste därmed "tåla" att bli utsatt för en eventuell granskning vilket kan medföra att personalen med detta i åtanke dokumenterar särskilt noggrant och utförligt. Det kan i sådana fall ses som att läkarna dokumenterar inte enbart för att redovisa de relevanta vårdinsatser som gjorts utan också för att "undgå eventuellt klander om felaktig behandling av ärendet" (Forssell & Ivarsson Westerberg 2014, s. 132).

Sammantaget leder de olika kraven, behoven, viljan, och möjligheten att dokumentera till att hälso- och sjukvården är en administrationsintensiv verksamhet. Arbetet med administration och dokumentation blir därmed också en stor del av det vardagliga arbetet för vårdpersonalen, något som också vi har kunnat iaktta under vårt fältarbete inom sjukvården.

3. Teoretiska och analytiska utgångspunkter

Det grundläggande analytiska perspektivet i studien handlar om interaktion. I detta fall riktas intresset mot den interaktion som förekommer i, om och kring det vardagliga dokumenteringsarbetet. Dokumentens innehåll saknar inte helt betydelse men står inte i centrum för undersökningen. I huvudfokus står snarare hur dokumenten används, åberopas och kommenteras i samband med det vardagliga arbetet på vårdcentralerna. Allmänt sett kan de analytiska utgångspunkterna beskrivas som inspirerade av ett kunskapssociologiskt sätt att betrakta den sociala verkligheten. Det perspektivet, som utvecklats sedan Berger och Luckmanns klassiska *The Social Construction of Reality* (1966), är ett argument för att se dokumenteringspraktiker som ett led i konstruktionen av en viss social verklighet.

Ett annat grundläggande perspektiv är vår syn på dokument som forskningsdata. I linje med Lindsay Prior (2003), tillbakavisar vi den vanliga uppfattningen att dokument är frikopplade från sociala handlingar. Istället för att betrakta dokumenten som tämligen livlösa "textbehållare", intar vi positionen att dokument ofta fungerar som livliga agenter (ibid.): de anger vad folk ska göra, de rör upp konflikter, de väcker känslor. Dokument representerar alltså inte bara verkligheten utan är också medskapare av den (för andra perspektiv på dokument som agenter, se Cooren 2004 och Ferraris 2013). En annan aspekt av dokument som påpekats av Prior (2003) är deras förmåga att göra vaga, abstrakta och svårfångade idéer synliga. "Indeed, the actual organization of care can only be made evident in plans, registers and written protocols", menar Prior (2003, s. 62).

I tillägg till dessa övergripande perspektiv kan vårt intresse för dokumenteringspraktikerna vid vårdcentralerna även beskrivas som etnometodologiskt och etnografiskt inspirerat. Garfinkel (1967) har beskrivit etnometodologin som ett perspektiv med en starkt empirisk och praktisk inriktning mot att studera vardagslivet: "the investigation of [---] ongoing accomplishments of organized artful practices of everyday life" (1967, s. 11). Vårt intresse för dokumenteringen handlar inte minst om att studera handlingar, samtal och texter som en del av konkreta sociala praktiker (jfr. Potter 1996), i detta fall med avseende på det vardagliga dokumenteringsarbetet vid de studerade vårdcentralerna.

Problem med att mäta och definiera dokumentation och administration som andra forskare påpekat (t.ex. Forssell & Ivarsson Westerberg 2014), är icke-problem i en studie av etnometodologisk prägel. Vi avser inte mäta huruvida administrativa sysslor har ökat eller inte; vi strävar inte efter att fastslå en definition av dokumentering. Här intresserar vi oss istället för hur deltagarna på fältet själva definierar och producerar (eller mäter) dokumentation, det

vill säga hur sjukvårdspersonalen talar om pappersgöra, hur de använder och åberopar dokument. Vår ingång till dokumenteringspraktiker har varit vid och inkluderande men under arbetets gång har deltagarnas egna definitioner kommit att stå i förgrunden.

Undersökningen faller också inom det område som ibland betecknas som "mikrosociologi". Den vardagliga interaktionen med och omkring dokumenten och dokumenteringen står i fokus, snarare än organisatoriska strukturer eller övergripande samhällsliga förhållanden och strukturer. Det betyder emellertid inte att dessa strukturer saknar betydelse eller är irrelevanta för förståelsen av studiens empiriska material. Däremot är det viktigt att uppmärksamma att sociala strukturer inte bör betraktas som statiska och determinerande, utan snarare som socialt skapade och emellanåt också omskapade (jfr. Giddens 1986). På så vis kan den typ av undersökningar som brukar kallas "mikro" lära oss avgörande saker om "makro"; nämligen hur sociala strukturer skapas, reproduceras, utmanas.

Slutligen menar vi att de professionellas arbetssituation kan belysas med hjälp av Lipskys (1980) resonemang om gräsrotsbyråkrater eller frontlinjebyråkrater ("street-level bureaucrats"). Dessa möter i vardagen sina patienter, klienter, elever och finns utöver sjukvården exempelvis inom skolan och det sociala arbetsområdet. Gemensamt för de olika fälten är att arbetet sker inom en etablerad institutionell ram där man möter människor och fattar beslut som berör deras vardag. Den bärande tanken är att det är där, i vardagen och ute "på fältet", som en organisations verksamhet faktiskt blir konkret och påtaglig.

Organisationerna har regler, procedurer, modeller, manualer, "lathundar" och policys, men i den praktiska och vardagliga verksamheten inom en organisation är det långtifrån säkert att dessa förverkligas på det sätt som beslutsfattarna har tänkt. Lipsky skriver: "street-level bureaucrats have considerable discretion in determining the nature, amount, and quality of benefits and sanctions provided by their agencies" (1980, s. 13). För att uttrycka det på ett annat sätt kan man säga att gräsrotsbyråkraten således inte bara är en passiv verkställare av organisationens policy och rutiner, utan i sitt vardagliga arbete vid i detta fall vårdcentralerna är han eller hon en aktiv skapare av denna policy. Denna flexibilitet i arbetet anses vara alltmer kringskuren under influenser av New Public Management (se t.ex. Svensson & Ponnert 2015) men ska inte betraktas som determinerande. Trots kontrollinstansernas försök att styra offentliga verksamheters vardagliga praktik är det fortfarande gräsrotsbyråkrater som tolkar nya påbud, regler och standardiserade instrument. "Görandet" är fortfarande i deras händer så att säga. Det är därför som etnografiska studier av pågående sociala praktiker – i detta fall med inriktning mot hur dokumenteringsarbete gestaltar sig i vardagliga situationer – är så betydelsefulla för att få kunskap om människors metoder (*ethno methods*) för att utföra och uppnå saker och ting.

4. Metod och material

När dokument ingår som material i samhällsvetenskaplig forskning är det oftast för dess innehåll – ett innehåll som blir föremål för textanalys (Prior 2003). I detta projekt är vi mer intresserade av hur dokumenteringen går till och hur dokumenten används. Så snarare än en dokumentanalys i traditionell mening, är detta att betrakta som en analys av dokument med hjälp av fältarbete (jfr. Jacobsson 2016).

Vi har tillämpat en vid förståelse av begreppen ”dokumentation” och ”dokumentering”. Det handlar om alla de aktiviteter som på något sätt går ut på att skriva ner, beskriva och registrera det arbete som utförs vid vårdcentralen.

Observationer, intervjuer och bilder

Vi har använt oss av kvalitativa forskningsmetoder, främst deltagande observationer. Dessa har haft formen av vad som brukar kallas ”shadowing” eller ”skuggning” (Czarniawska 2007) då forskaren följer personalens vardagliga aktiviteter och rutiner med möjlighet att ställa frågor. Fältanteckningarna har renskrivits med ambitionen att göra dessa så noggranna och detaljrika som möjligt med fokus på situationer och ”scener” av relevans för projektet (Emerson, Fretz & Shaw 1995). Särskilt handlar detta då om de delar av personalens vardagliga arbete som på något sätt och i vid mening kan förstås som dokumenteringspraktiker. På så sätt har vår närvaro vid de olika vårdcentralerna haft karaktären av så kallad fokuserad etnografi (Knoblauch 2005).

Mest självklart i detta sammanhang är förmodligen utförandet av olika typer av journalanteckningar (diktat samt utskrifter av diktat), men utöver detta finns en lång rad andra aktiviteter som också kan betraktas som dokumenteringspraktiker. Däri ingår till exempel hanterandet av remissvar, remissbekräftelser, labbeställningar, utfärdandet av recept, avvikelserapportering, rapportering till kvalitetsregister, skrivandet och hanterandet av datorskrivna eller handskrivna lappar, brev och post-it-lappar. Det är viktigt att notera att dokumentering i denna mening handlar om såväl produktion som konsumtion av dokumentation, det vill säga inte bara att själv producera dokumentation utan också att ta del av och studera andras (eller egen) dokumentation. Utöver detta har vi även ansett det viktigt att fånga och beskriva inte bara själva arbetet med dokumentering, utan även hur man inom personalen vid de studerade vårdcentralerna på olika sätt beskriver, talar om och själva uppfattar dokumenteringspraktikerna vid vårdcentralerna.

För att erhålla ytterligare och kompletterande material gällande de anställdas förhållningssätt och uppfattningar om dokumenteringspraktikerna har även ljudinspelade intervjuer genomförts. Intervjupersonerna har hämtats från ett

urval av de personer som vi kommit i kontakt med i samband med observationstillfällena och ambitionen har varit att förankra intervjuerna i det ovan beskrivna etnografiska observationsmaterialet. Genom att intervjua personer som vi redan träffat i samband med fältobservationerna har det också funnits möjlighet att be dessa förtydliga och förklara sådant som vi iakttagit vid observationstillfällena. Intervjuerna har varit av samtalskaraktär snarare än en fråga-svar-modell; det rör sig om den form av forskningsintervjuer som kallas ”active interviewing” (Holstein & Gubrium 1995). Det bandinspelade intervjumaterialet har transkriberats ordagrant enligt etablerade konventioner inom kvalitativ metod (se t.ex. Silverman 2011). Medan intervjuer återges ordagrant kan fältanteckningarna knappast återge tal i form av exakta citat. För läsvänlighetens skull är dock även tal i fältanteckningarna angivna som citat. Om inget annat anges är de presenterade utdragen i resultatredovisningen fältanteckningar från observationerna vid vårdcentralerna, när utdraget är hämtat från intervjuerna nämns detta i texten.

Utöver observationer och intervjuer togs även en del fotografier på dokument i samband med observationerna vid de studerade vårdcentralerna (i samråd med personalen). Dessa kan ses som ett komplement till den bild som ges via fältanteckningarna (jfr. Czarniawska 2007, Silverman 2011) och bidrar till att levandegöra, illustrera och konkretisera datamaterialet. Ytterligare en poäng med att fotografera dokumenten i sig är att förvandla något så alldagligt som papper till ett objekt på bild för att synliggöra det självklara (Jacobsson 2016). Därmed kan forskaren söka svar på frågor om dokumentens fysiska form och omfång samt placeringen av desamma. Att fånga dokumenten på plats ger insikter om hur den miljö man observerar kan analyseras och tolkas. En oväntad bonus beträffande bildmaterial var att en av läkarna vid vårdcentralerna hade tagit ett antal skärmsklipp på olika felmeddelanden och datorproblem i syfte att dokumentera dessa. Läkaren lät oss ta del av detta material i den mån det var möjligt med tanke på sekretesskyddet, vilket ger ytterligare inblick i de besvärigheter som kan uppstå när det gäller datoranvändningen vid vårdcentralerna.

Vårdcentralerna

Fältobservationerna gjordes på tre vårdcentraler belägna i Skåne under våren och hösten 2014 och fördelade sig över sex veckor. Vi har kallat vårdcentralerna Solen, Månen och Vinden. Joakim Thelander ansvarade för observationer vid två vårdcentraler (Solen och Månen), Katarina Jacobsson för observationer vid den tredje vårdcentralen (Vinden). De studerade vårdcentralerna är belägna i såväl tätortsområde som det som kan betecknas som landsbygd (dock inte glesbygd). De personalkategorier vars dokumenteringspraktiker följdes och observerades var enhetschefer och verksamhetschefer, läkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och medicinska sekreterare. Thelander genomförde även inter-

vjuer med fem individer inom de olika personalkategorierna (med undantag för kategorin sjukgymnaster).

Kort om analys och generaliseringsanspråk

Ambitionen i denna studie har alltså varit att ha ett inkluderande snarare än exkluderande perspektiv angående vad som kan betraktas och räknas som "dokumentation" och "dokumenteringspraktiker". Vi har tematiserat vårt material på ett empirinära sätt även om vi förstås har varit vägleda av de grundläggande teoretiska hållningar som initialt formulerade projektets frågeställningar. Dessa teman har kunnat urskiljas analytiskt i arbetet med det empiriska materialet, vilket självfallet inte utesluter att det också kan finnas andra dimensioner utöver dessa som kan vara av intresse. Alla former av analys och tematisering innebär en form av reduktion av det insamlade empiriska materialet i syfte att begripliggöra och förstå det (Becker 1998). I det analytiska arbetet har datamaterialet diskuterats gemensamt inom forskningsgruppen som omnämns i förordet och i viss mån jämförts med ytterligare material som samlats in på socialtjänstens område.

Syftet med kvalitativa studier är att undersöka social praktik och redogörelser på nära håll för att upptäcka de särskiljande nyanser som oftast förloras med en kvantitativt hållen design. Syftet är inte att göra empiriska (statistiska) generaliseringar med målet att fastslå påståenden om hur stor andel sjukvårdspersonal som gör eller tycker si eller så. Kvalitativa studier gör andra typer av generaliseringsanspråk; resultaten bör generaliseras teoretiskt eller metodologiskt bortom de karaktäristiskt sett få platser som undersöks (jfr. Atkinson 2015). Resultaten i denna rapport pekar i en liknande riktning med avseende på dokumenteringens expansion och framträdande roll som framkommit vid andra studier inom området (se den tidigare litteraturgenomgången). Men, vill vi hävda, vi kan erbjuda mer empiriskt precisa och detaljerade analyser av hur dagens managementreformer tas emot och hanteras i den lokala praktiken. Våra observationer under tre förhållandevis korta nedslag i primärvårdsverksamhet skiljde sig inte drastiskt från varandra (men hade kanske gjort det om vi stannat längre på varje plats). Praktikerna tycktes vara desamma medan talet om praktikerna snarare varierade med yrkesgrupp än med plats (läkare var t.ex. oftast mer kritiska). Det finns skäl att anta att liknande praktiker, uppfattningar och erfarenheter beträffande de vardagliga dokumenteringspraktikerna kan finnas även i andra regioner och vid andra sjukvårdsinrättningar. Samtidigt var syftet med föreliggande studie i första hand att i detalj undersöka den lokala praktiken utan att per automatik söka stöd för empirisk utbredning.

Etiska överväganden

Projektet har genomgått etikprövning (EPN-Lund, 2013/348) och har genomförts i enlighet med de av Vetenskapsrådet fastställda etiska riktlinjerna för samhällsvetenskaplig forskning. Valet av intervjupersoner och observationssituationer har skett efter tillgänglighet och informerat samtycke. Studiens deltagare har i huvudsak varit personal på de utvalda platserna men i mindre utsträckning har även patienter indirekt involverats (exempelvis i samband med patientbesök på vårdcentralen då vi följt personalens arbete). Vid tillfällen då det uppfattats som att patientbesöken kunde vara känsliga att följa och observera, exempelvis vid besök angående psykiska besvär, har vi i samråd med personalen avstått från att närvara vid dessa besök.

Alla deltagare har informerats om att deras medverkan är frivillig och att de när som helst har rätt att avbryta den. I kvalitativt orienterade studier är intresset riktat mot sociala situationer med intresse för generella sociala fenomen varför detaljerade uppgifter om enskilda individer är av mindre betydelse. Därför har inga detaljerade personuppgifter (som namn, ålder, hemort) samlats in. De namn som används i rapporten är fingerade.

*

Vi inleder vår analys med att reda ut dokumenteringens karaktär för att sedan undersöka skrivandets normer och funktioner. Följande teman behandlar pappersflödet i datorsamhället och den digitala (o)säkerheten som präglar arbetet på en vårdcentral. Avslutningsvis diskuteras den nästan förgivettagna administrationskritik som delas av många anställda.

5. Dokumenteringens karaktär

Många av fältobservationerna kretsar kring den dokumentering som görs i datorn. Med få undantag finns det datorer i alla mottagnings- och undersökningsrum på vårdcentralerna och personalen tillbringar mycket tid framför sina datorer. Framför allt är det två typer av aktiviteter som kan urskiljas i den vardagliga dokumenteringen vid vårdcentralerna. En del av dokumenteringen handlar om *produktion* av dokumentation. Det innefattar aktiviteter som att anteckna, skriva, diktera, registrera, arkivera, kopiera, scanna. Den del som handlar om *konsumtion* av dokumentation inbegriper däremot när någon mottagare tar del av andras eller egen dokumentation. Konsumtion av dokument är alltså nära sammanbundet med produktion av dokument men sker förstås inte som ett resultat av det andra (bara för att någon producerar ett dokument behöver det inte betyda att någon annan läser det). Dokumentkonsumtion omfattar sådant som att läsa journalanteckningar, remisser, brev, ta del av mätvärden, labbresultat och utlåtanden.

Produktion av dokumentation

En rad olika dokument produceras vid en vårdcentral. Det är journalanteckningar, intyg, remisser, statistik, uppgiftsregistrering, avvikelserapportering, och mycket mer. I stor utsträckning ägnar sig personalen åt att dokumentera olika uppgifter i befintliga digitala dokumentationssystem. Sådana system syftar till olika saker och har namn som exempelvis Melior och PMO (journalssystem), Med speech (diktering), Kundrad (röntgensvar), LISSY (listning av patienter), PASiS (patientadministration).

Personalen skriver in text i datorn och dokumenterar på detta sätt innehållet i exempelvis telefonsamtal eller vid patientbesök på vårdcentralen. I stort sett samtliga patientkontakter ska dokumenteras, och det tycks finnas få undantag från denna huvudregel. En del kommunikation kan visserligen undantas från kraven på dokumentation, till exempel om en person ringer vårdcentralen enbart för att fråga om öppettiderna, vägen till vårdcentralen eller liknande. Men så snart ett samtal uppfattas som en form av vårdkontakt ska det dokumenteras.

Dokumentproduktion kan också handla om att skriva brev till patienter eller för de medicinska sekreterarnas del utskrifter av dikterade journalanteckningar. När det gäller läkarna så framstår dikteringen av journalanteckningar, remissvar och brev som en central del av dokumenteringsarbetet. Utöver själva skrivandet av text så rör det sig också om att klicka sig fram i olika dialogrutor i datorn, särskilt i det datorbaserade journalsystemet Profdoc Medical Office Client (PMO). Det kan då handla om att välja rätt typ av diagnos, läkemedel

eller liknande i en "dropplista" i datorn, att beställa prover från laboratoriet eller fylla i mätvärden som blodtryck, temperatur och andra värden. Kortfattat kan denna typ av aktiviteter beskrivas som den aktiva och direkta delen av dokumenteringspraktikerna. Det bör nämnas att skrivandet och registrerandet av uppgifter görs vid tidpunkter som är vikta för "administrationstid" såväl som under själva patientbesöken eller exempelvis under telefonsamtal med patienter. (Se mer om detta i avsnittet "Dokumentering som inbäddad aktivitet".)

Den kanske mest uppenbara dokumentationen på en vårdcentral är den som rör registrering av information om patienterna, så som journalanteckningarna. Det finns flera olika typer av sådan information. Journalföring finns reglerad, bland annat i patientdatalagen, där den övergripande och allmänna formuleringen om vad en patientjournal ska innehålla är "de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten" (Patientdatalag, SFS 2008:355). Mer preciserat ska den information som finns i journalanteckningarna vara sådant som "väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården" och "väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder" (Patientdatalag, SFS 2008:355). Vad som är "väsentligt" är emellertid en bedömningsfråga och det gör att längden på journalanteckningarna och dess innehåll kan variera. Vad som ska finnas med, eller *inte* finnas med, i journalanteckningarna är inte någon självklarhet utan något som det finns olika uppfattningar om (vi återkommer till detta i avsnittet "Att skriva det väsentliga").

Ett av dokumenteringens syften är att bidra till och förbättra kvaliteten på de vårdinsatser som görs vid vårdcentralerna. Bland den dokumentering som är tydligt kopplad till kvalitetsarbete är registreringen i olika kvalitetsregister, som Nationella Diabetesregistret (NDR) eller Luftvägsregistret. I dessa register dokumenteras olika data om patienterna, som provresultat, mätvärden avseende sådant som puls, blodtryck, blodsockervärden. Mängden och typen av uppgifter varierar beroende på vilket register det handlar om. Kvalitetsarbetet och den dokumentering som sker i anslutning till detta omnämns som viktigt av personalen, men det konkurrerar samtidigt tidsmässigt med andra arbetsuppgifter. Vidare finns litet utrymme för att faktiskt använda sig av kvalitetsregistren (dvs. inte bara att mata in uppgifter). En av diabetessköterskorna påpekade exempelvis att även om det finns många möjligheter i NDR, exempelvis att ta fram olika former av statistik, så hade hon sällan tid över för att kunna ägna sig åt detta.

En dimension av kvalitetsarbete är relaterat till så kallade avvikelse rapporter, även om detta i mer strikt mening handlar om riskeliminering och en form av kontroll av hur arbetet fungerar vid vårdcentralerna. När rutinerna vid vårdcentralerna av någon anledning inte följs kan det ses som en avvikelse, som därmed också ska dokumenteras och rapporteras som en sådan. Rapporteringen av avvikelser är därmed ytterligare en del av dokumenteringspraktikerna vid vårdcentralerna. Eventuella avvikelser från rutinerna, fel eller misstag ska dokumenteras med ambitionen att kunna åtgärda dessa brister.

Konsumtion av dokumentation

Med konsumtion av dokumentation avses den tid som personalen ägnar åt att ta del av och studera dokumentation som gjorts vid andra tillfällen än det aktuella (jfr. Hjärpe 2015 om prioritering av vilka dokument som ska läsas inom socialtjänsten). Den mest framträdande varianten är att ta del av tidigare gjorda journalanteckningar. Inför patientkontakter – såväl vid telefonsamtal som personliga besök – tar personalen del av uppgifter om patientens tidigare vårdkontakter. Som Christian Heath (1982) påtalat hjälper det läkaren att öppna patientsamtalet på ett sätt som relaterar till den specifika patientens särskilda belägenhet. Att konsumera dokument kan också handla om genomläsning av egna dikterade journalanteckningar som efter utskrift ska "godkännas och signeras" av ansvarig läkare. Annan typ av dokumentationskonsumtion kan vara läsandet av remisser, remissvar, provsvar, tidigare mätvärden, brev från patienter och Försäkringskassan med mera. Utöver detta finns det också en hel del andra dokument att ta del av – det kan till exempel vara beskrivningar av rutiner vid vårdcentralen, information om läkemedel, mötesprotokoll, interna och externa meddelanden via e-post.

Den tid som konsumtionen av dokumentation tar i anspråk är viktig att uppmärksamma. Det som någon skriver eller dikterar ska oftast någon annan ägna tid åt att läsa (eller producenten själv, som när läkare tar del av egna tidiga journalanteckningar till exempel inför ett patientbesök). När mängden producerade dokument ökar, ökar förstås tiden det tar att konsumera dem:

Erika [enhetschef] säger att mängden journaldokument som skickas mellan olika vårdgivare har ökat oerhört mycket. "Det är remisser och journalkopior för kännedom och vi måste läsa det", säger hon. [...] "Det är en mycket hög belastning in på vårdcentralen av olika dokument", säger Erika och menar att det gäller elektroniska dokument som e-post men också i pappersformat i postfacken. [VC Solen]

Konsumtion av dokument kan ses som en form av indirekt dokumenteringsarbete och intrycket från observationerna är att det utgör en väsentlig och viktig del av de vardagliga dokumenteringspraktikerna vid vårdcentralerna, till exempel när läkare går igenom och sorterar postskörden som han eller hon har erhållit i postfacket och när de läser dokument som ska signeras.

Det förefaller vara så att produktion av dokument ges större uppmärksamhet och prioritet (hur ska det skrivas? etc.) medan konsumtionen av desamma liksom bara antas ske utan att ha ägnats någon mer genomtänkt eftertanke (mer än panik över den växande högen som ska läsas och "hanteras").



Bild 1. Personalens postfack vid en av vårdcentralerna – IT-fri pappersorganisering.

Dokumentering som inbäddad aktivitet

Det samlade intrycket från fältobservationerna är att olika typer av dokumenteringspraktiker utgör en stor del av det vardagliga arbetet vid de studerade vårdcentralerna. Exakt hur stor del av arbetet som handlar om dokumentation går inte att avgöra på basis av fältobservationerna. En tidig ambition i projektet var att mäta den tid som personalen ägnar åt dokumentation. Detta visade sig dock vara svårt att genomföra, då dokumenteringen i många fall utförs integrerat eller ”inbäddat” i samband med de vårdinsatser som utförs vid vårdcentralerna. Medan personalen samtalar med en patient sitter de i många fall samtidigt vid datorn, och ägnar sig samtidigt åt dokumentering: mätvärden skrivs in i patientjournalen (digitalt eller på papper), en ändring av ett recept läggs in. Ibland tar personalen del av tidigare utförd dokumentation under patientsamtalets gång; Vad låg blodtrycket på vid förra besöket? Vad visar provsvaren? Det har alltså ofta varit omöjligt för observatören att urskilja vad som är patientkontakt och vad som är renodlad dokumentering.

Dokumenteringen vid vårdcentralerna kan alltså beskrivas som en form av inbäddad aktivitet, det vill säga en verksamhet som till stor del är integrerad i de övriga vårdaktiviteterna. Inte bara läkarna och sjuksköterskorna utan även de medicinska sekreterarna utför dokumentation som en inbäddad aktivitet. Visserligen är sekreterarna en personalgrupp som i högre grad än andra arbetar enbart och specifikt med dokumentation, till exempel vid utskrift av journalanteckningar och remisser utifrån läkarnas diktat. Ibland arbetar de dock i receptionen och kan då ”bädda in” dokumentationen genom att passa på att skriva vid de tillfällen då inga patienter anmäler sig.

Samtidigt som vårdpersonalen interagerar med patienterna finns datorn med som ytterligare en part i interaktionen. Datorn bidrar med information men kräver också sitt mått av uppmärksamhet från vårdpersonalen. Nedan ett exempel på hur det kan gå till när distriktssköterskan ska bedöma om patienten ska vidare till en doktor:

Doris [distriktssköterska] sätter sig vid datorn och frågar mamman vad de kan hjälpa henne med. Hon berättar och under tiden skriver Doris på datorn: ”Ont i öronen och halsen”. När hon skrivit färdigt säger hon att hon ska ta en titt och tittar flickan i halsen och i öronen, medan flickan sitter i mammans knä. En sjuksköterskelev tar tempen på flickan. Doris säger något om att halsen ser lite röd ut och säger att de ska ta ett prov från halsen på labbet och tillägger: ”Vi låter en doktor titta på det”. [VC Solen]

Ett annat exempel hämtar vi från ett läkarbesök. Inte minst mot slutet av besöket när eventuella mediciner ska skrivas ut, blir datorn ett avgörande verktyg:

”Kan vi bjuda på lite mediciner?” undrar Lars [läkare]. Patienten säger att hon besväras av hosta på nätterna och Lars säger att han ska skriva ut lite hostdämpande till henne. Han går igenom medicinlistan i PMO i datorn och förnyar ett par av recepten. Han skriver in diagnoserna, diabetes och astma, och lägger också in en bokning av nästa årskontroll ett år senare. Sedan är det klart, kvinnan tackar och säger hejdå och går. [VC Månen]

Personalen växlar mellan att ha uppmärksamheten riktad mot patienten och mot datorn. Emellanåt kan det också vara som i fältanteckningen nedan, där även patienten blir engagerad och uppmärksam på vad som står på datorskärmen:

Lars [läkare] tar blodtrycket som är 150/80, men antecknar inte något. Han sätter sig vid datorn. ”Jag ska kolla vad det brukar vara”, säger han och skrollar i kvinnans journal i datorn. Men han hittar inget tidigare blodtrycksvärde. ”Det var konstigt, det brukar ligga på 130/70”, säger kvinnan, reser sig upp och tittar intresserat i sin datorjournal över axeln på Lars medan han letar efter blodtrycksvärdet. Men blodtrycket tycks inte oroa Lars, för de går vidare och talar om hur kvinnan har det i övrigt. [VC Månen]

Även om dokumentationen som i ovanstående exempel från fältobservationerna sker inbäddat i de övriga vårdaktiviteterna, vittnar personalen om sin strävan att minimera skrivandet under patientkontakter. Tanken är att dokumenteringen ska påverka patientkontakterna negativt om alltför mycket uppmärksamhet ägnas datorn under själva patientbesöken. Detta är något som man medvetet tycks försöka undvika. Flera av personalen uttrycker det som att de försöker ta del av dokumentationen före besöket, för att sedan dokumentera huvudsakligen efter besöket:

Klockan har nu hunnit bli nio på morgonen och det är tid för nästa patient. Diana [diabetessköterska] öppnar patientens journal i PMO och läser i

denna om patienten. ”Jag tittar alltid först i datorn innan jag kallar in patienten”, berättar hon, ”så kan jag koncentrera mig på patienten sedan”. Hon säger att hon tror att patienterna uppskattar detta, att hon inte sitter och stirrar i datorn under tiden. Hon säger att det finns patienter som säger att det blir för mycket med datorn: ”Så satt läkaren bara och tittade i datorn hela tiden”, det har hon haft patienter som sagt. [VC Månen]

Vid korta och mer ”rutinartade” besök, som när patienter söker för exempelvis en misstänkt urinvägsinfektion eller halsfluss, blir dokumentationen relativt sett en större del av besöket (till exempel att ordinera labbprover eller utfärda ett recept). Det är särskilt de besök som kräver lite längre tid för att prata med patienterna och deras symptom som man vill undvika datorn som en tredje part. Läkaren Lilian säger också att patientkontakten är viktig och att detta är något som hon brukar lyfta fram när hon handleder läkarkandidater:

Lilian [läkare] antecknar inget under det ganska långa samtalet med patienten. Jag frågar om det är så, att hon inte brukar anteckna? ”Nej, jag brukar inte anteckna. Ibland om det är mycket info så skriver jag ner en del, men oftast inte”, svarar Lilian. Hon fortsätter också med att berätta att när det gäller intyg så är det också ett undantag, för då är det särskilt viktigt med exakta siffror. ”Till exempel om patienten har haft ont i ryggen i tio år, så är det viktigt att det blir rätt siffror”, säger hon. Jag säger något om att fördelen med att inte anteckna så mycket kanske är att det blir mer fokus på patienten. Lilian nickar och säger att det är något som hon brukar prata mycket med sina läkarkandidater om. ”Att inte glömma bort att lyssna, att inte missa patientkontakten”, säger hon. [VC Månen]

6. Skrivandets praktik och funktion

Vad och hur saker och ting ska skrivas i en organisation är ofta föremål för diskussioner. Inom sjukvården förekommer idéer om hur en "bra" journalanteckning ska se ut. Det är framför allt när en journalanteckning misslyckas med att leva upp till förväntningarna som klagomål genereras (jfr. Heath 1982). Det är det knappa, ekonomiska skrivandet som framhålls som önskvärt, vilket också förutsätter en bakgrundskunskap hos läsaren – en delad professionell kunskap (jfr. Hobbs 2004).

Primärvården producerar som sagt inte bara journalanteckningar utan en rad andra dokument utgör en del av vardagen. De tjänar alla olika funktioner – mer eller mindre uttalade – av vilka några ska nämnas här: när dokumentering fungerar som skydd för organisation och anställd, när dokumentering syftar till att uppnå kvalitet i verksamheten och när dokumenteringen inte bara fyller en medicinsk funktion utan även en ekonomisk.

Att skriva det väsentliga

Enligt de formella riktlinjerna för journalföring är det uppgifter om patienten som är väsentliga för patientens vård som ska inkluderas. Men vad detta innebär i varje enskilt fall är en bedömningsfråga. Hur mycket och exakt vad som ska tas med i en journalanteckning är alltså inte givet; det är en färdighet som sjukvårdspersonal socialiseras och utvecklas till att behärska (jfr. Hobbs 2004). Att kunna skriva "bra" journalanteckningar kräver en skicklighet som erövrats i det praktiska skrivandet i det lokala sammanhang som journalanteckningarna förs. Deltagarna i vår studie framhåller att journalanteckningar ser olika ut beroende på vem som gör dem. Samtidigt uttrycks en gemensam norm för vad som är att betrakta som goda journalanteckningar: det koncisa och väsentliga hyllas medan det mångordiga ogillas.

Det finns många exempel i vårt material på när personalen uttrycker synpunkter på hur journalanteckningar bäst bör formuleras. Huvudregeln som framförts från flera personalkategorier tycks vara "kort och koncist" men kan frångås i specifika fall.

Doris [distriktssköterska] nämner att hon försöker skriva ganska kortfattat i journalen, men att hon har kollegor bland sjuksköterskorna som skriver mer. Hon visar mig också detta i samband med en av patienterna, där hennes kollega har skrivit ungefär en 5-6 rader i programmet där hon beskriver patientens besvär. Mitt intryck är att Doris själv tycks nöja sig med ungefär 1-2 textrader (i alla fall under denna förmiddag). Hon säger också att det beror på, att man ibland måste skriva mer och ibland mindre, men att det också är så att olika personer skriver olika mycket. [VC Solen]

Ibland kommenteras det för myckna skrivandet med drastiska jämförelser:

En del sjukgymnaster skriver väldigt mycket”, berättar Sonja [sjukgymnast], ”men jag vill bara skriva det som är viktigt och relevant för det som patienten söker för”. Hon säger att en del kan skriva mycket till exempel om patientens sociala förhållanden, men om det inte är relevant för det som besvärar patienten så tycker hon inte att det behöver finnas med. Hon säger också att det gäller även undersökningen, där hon tycker att hon bara ska koncentrera sig på det som är aktuellt: ”En del börjar med att undersöka tårna när patienten har ont i nacken”, säger hon med en skämtsam ton och ler. [VC Solen]

Det förekommer också att skrivandets karaktär tillskrivs en yrkesgrupp som i denna läkares kommentar om hur sjuksköterskor anses skriva. Yttrandet modifieras samtidigt med det frekventa tillägget om avsteg från huvudregeln och att ”det är olika från person till person”:

Labib [läkare] visar mig en sjuksköterskeanteckning på en patient. ”En del sjuksköterskor skriver för mycket, det behövs inte”, säger han och visar mig en journalanteckning på cirka 8-10 rader på den patient det gäller. Han fortsätter också med att säga att det ibland krävs mer utförliga anteckningar, till exempel vid en årskontroll, och att personer skriver olika. [VC Solen]

För sekreterare som skriver ut läkares diktat får omfattningen av journalanteckningarna direkta konsekvenser för deras arbetsbörda:

I fikarummet är jag och Marie [sekreterare] ensamma och pratar en stund om dikteringen. Hon säger att hon tycker att läkarna här på vårdcentralen dikterar långa anteckningar. Hon har tidigare jobbat i en annan mindre stad och ett diktat som där var 2.50 minuter är här 3.50, menar hon. Däremot så fanns det tidigare en läkare på vårdcentralen, som dikterade väldigt kort. ”Var hans diktat på över en minut så svimmade man”, säger hon och ler. Jag undrar om hans diktat ändå innehöll det som behövdes. Hon säger att hans diktat var lika bra som de andras, tycker hon. ”Han skulle ha kallats in som konsult för dikteringen”, tillägger hon, lite skämtsamt som jag uppfattar det men med ett visst allvar ändå. [VC Solen]

Marie indikerar ovan också att det kan finnas lokala skillnader i skrivandets konventioner mellan vårdcentraler. Hyllningar av det kortfattade antecknandet leder till att de långa anteckningarna behöver förklaras. En sådan förklaring är att hänvisa till att dokumentationen också ska fungera som ett skydd för den ansvariga sjukvårdspersonalen.

Dokumentering som skydd

En annan funktion när det gäller dokumenteringen handlar om att det som skrivs (eller dikteras) tjänar till att skydda sig själv från kritik eller eventuella senare problem. Genom att noggrant dokumentera vilka råd som har givits eller åtgärder som har vidtagits kan man förebygga och skydda sig mot senare kritik, om vården av någon anledning skulle bli föremål för granskning. Detta påpekade en av personalen som särskilt viktigt om patienten av någon anledning skulle avstå från vård, exempelvis genom att tacka nej till en viss inbokad tid eller avböja en viss undersökning. Ofta skriver man också in eventuella uppmaningar som kan ha delgivits patienten, till exempel att höra av sig om tillståndet inte förbättras eller liknande. En annan aspekt är att man som läkare kan diktera ”det ter sig inte som” eller liknande formuleringar för att visa att man har uppmärksammat men avfärdat olika möjliga förklaringar eller alternativa diagnoser. Läkaren Lucy menar att denna funktion hos dokumenteringen kan vara något som hon som ung läkare är mer angelägen om i jämförelse med äldre och mer erfarna läkare:

Lucy [läkare] kommer in på oron över att göra misstag och kanske bli anmäld, något hon menar att man kan känna som ung läkare. ”Jag har märkt att jag dokumenterar också för att visa att jag tänkt på vissa saker: ’det är inte detta, och det är inte detta’. Men kanske slutar man med det när man blir äldre, det blir kanske mer avslappnat”, funderar hon. [VC Månen]

Även Lucys äldre kollega Lilian är inne på liknande resonemang i nedanstående fältanteckning, både när det gäller olika förhållningssätt mellan äldre och yngre läkare och formuleringen ”ter sig inte som” i syfte att visa att man har övervägt alternativa diagnoser:

Vi fortsätter prata om hur man dikterar sina journalanteckningar. Lilian [läkare] säger att yngre läkares anteckningar tenderar att vara mer heltäckande än äldre läkares anteckningar. Jag undrar om det kan vara så att man skriver mer för att skydda sig själv? ”Ja, det har hänt att folk blivit anmälda”, svarar Lilian. [---]Hon berättar att något man kan göra som läkare för att skydda sig är att använda formuleringen ”ter sig inte som”. ”Den typen av negetingar är ett sätt att visa att man tänkt på vissa saker, och som det kan vara viktigt att skriva. ’Det ter sig inte som en blindtarm’ till exempel”, förklarar Lilian. ”Är det bättre om man skrivit ’ter sig inte som’ än inget alls, om det skulle bli någon utredning?” undrar jag. ”Ja, det är det”, svarar hon. Hon säger att det finns många bottnar i det här med dokumentationen och att yngre läkare brukar ta upp mer i sina diktat. ”En sak till är ju att man säger att ’uppmanar patienten att höra av sig om’ i sitt diktat”, säger hon, ”det är också ett sätt att skydda sig och visa att jag informerat patienten och sagt detta”. ”Men egentligen är det en onödig uppgift, som inte behövs för patientens vård”, tillägger Lilian. [VC Månen]

En läkare ger uttryck för att journalanteckningarnas roll idag har förändrats och inte längre bara är läkarnas arbetsredskap. Det är viktigt att ”dokumentera noga” i journalen, och då tycks det inte bara handla om de medicinska omständigheterna.

Linus [läkare]: Ja, jag vet ju inte hur det var förr, eh, men jag upplever ju att journalen den är ju inte bara vårt redskap längre. Det ska den ju vara men när du dokumenterar så, i alla fall i mitt bakhuvud så snurrar jurister och lite annat och även dom som är äldre dom betonar ju mycket noga att... att det är viktigt att dokumentera speciella omständigheter. Säg till exempel om en patient, nu när jag arbetar för [vårdgivaren X] till exempel, vi har ju till och med en särskild blankett där det står att patienten väljer att avstå vård. Så att det räcker inte med att någon säger att ”nej jag förstår att det här kan vara lunginflammation och att det kan vara illa men jag väljer att stanna hemma för att jag gillar inte att vara på sjukhuset” liksom. Eh då räcker det inte med att dom säger det utan då måste man dokumentera väldigt noga i journalen och kanske då till och med som en extra blankett just för [vårdgivaren X]. [Intervju, VC Månen]

En annan dimension av skyddsaspekten handlar om det egna agerandet i förhållande till andra vårdgivare. Man vill helt enkelt visa att man har fullgjort sina uppgifter och gjort det man ska, vilket innebär att många dokument skickas mellan olika vårdgivare och bidrar till att öka mängden dokument i omlopp. Det betyder också att ett antal av de dokument som skickas runt egentligen kan vara onödiga, något som enhetschefen Erika och sekreteraren Mona talar om i fältanteckningarna nedan.

Erika [enhetschef] tror att en hel del av det som skickas runt mellan olika vårdgivare är egentligen onödigt, men att det kan vara så att till exempel avdelningar på sjukhuset skickar för att de tänker ”så har vi gjort vårt”. [VC Solen]

Mona [sekreterare] säger att hon tycker att de får en del onödiga remisser från sjukhuset, till exempel beträffande uppföljningar av patienter som redan är väl kända på vårdcentralen vad gäller deras sjukdomar. ”Vi vet redan att dessa patienter ska följas upp, det behövs ingen remiss. Då måste vi hantera den inkommande remissen, skanna in denna och sedan besvara den. Och sedan måste de på sjukhuset hantera vårt svar”, säger hon. Jag frågar varför hon tror att sjukhuset ändå skickar remisserna. Hon svarar att detta är ett sätt för sjukhuset att gardera sig och ha ”ryggen fri”. [VC Solen]

Avvikelse- och rapportering som kvalitet

Dokumentproduktionen vid en vårdcentral omfattar också så kallad avvikelse- och rapportering med det uttalade syftet att förbättra verksamhetens kvalitet. Med ett väl utbyggt och fungerande rapporteringssystem antas avvikelse- och rapporteringen leda till bättre kvalitet (jfr. Hjärpe 2015:34 för avvikelse- och rapportering inom socialtjänsten). Särskilt misstag som kan äventyra patientsäkerheten framhålls av personalen som viktiga att rapportera. Ett exempel:

Labib [läkare] säger att för patientsäkerheten är det särskilt viktigt att sköta dokumentationen korrekt. [---] Han kan genast ge ett exempel på det han ser som en avvikelse när det gäller rutinerna på vårdcentralen. Han sitter med ett papper i handen och det gäller en kvinna med urinvägsinfektion där han beställt en sådan odling, men där provet aldrig blev skickat. Labib går in i PMO-systemet och visar mig att där syns det att en odling blivit beställd på denna patient och även tagen på labbet på vårdcentralen, men att den sedan tydligen inte blivit skickad vidare för analys. ”Det här är en sådan sak som det måste skrivas en avvikelse på, för det betyder att det är något i rutinerna som inte fungerat”, säger Labib. Han tillägger att denna måste han skriva senare, för just nu har han inte tid, och lägger sedan papperet åt sidan. [VC Solen]

Dels är skrivandet av avvikelse- och rapporter alltså att betrakta som en form av dokumenteringsarbete, dels skapar den stora mängden dokumentation förutsättningar för att följa upp och eventuellt spåra hur, när, var och av vem som ett eventuellt fel har begåtts. Mängden dokumentation innebär på så sätt ökade kontrollmöjligheter i olika avseenden. För varje vårdkontakt går det att se vem som utförde denna, och detta kan användas för att spåra vem som exempelvis tog del av en viss patients journal. Den uttalade och manifesta ambitionen för avvikelse- och rapporteringen är att lyfta fram och åtgärda eventuella brister, samtidigt är det ändå så att det ofrånkomligen kan innebära ett utpekande av den eller de personer som har begått felet. En av sjuksköterskorna menar att avvikelse- och rapporteringen trots ambitionen att förbättra kvaliteten i vården ändå fungerar skuldbeläggande. Dessutom anser hon att den höga sekretessen försvårar hennes möjligheter att utveckla sin kompetens som sjuksköterska.

Avvikelse- och rapporteringen tycker hon inte heller riktigt fungerar. ”På sjukhuset var det ren skuldbeläggning”, säger hon. Systemet ska användas för förbättringar men hon tycker inte att det riktigt fungerar och används på det sättet. ”Det finns många avvikelser kring PMO, till exempel om att Med-Speech inte fungerar” [som inte alltid anmäls], säger hon. [VC Solen]

Enhetschefen Erika betonar dock motsatsen, det vill säga att rapporteringen av avvikelser inte ska ses som skuldbeläggning utan som ett sätt att rätta till systematiska fel i verksamheten.

Erika [enhetschef]: Jag tror det är viktigt att man inte ser det som ett personligt påhopp utan man ser det som ett sätt att förbättra sina rutiner faktiskt. Var ser vi, alltså om det liksom går snett många gånger om samma sak, vad är det som är fel, alltså om det handlar om, klart handlar det om en person som gör fel hundra gånger, då får man nog ta ett snack med den personen. Men då handlar det kanske om att den personen inte vet hur man ska göra, inte har förstått hur man ska göra och så vidare. Men handlar det om någon åtgärd som blir fel av många olika personer, många olika gånger då är det någonting i systemet som är fel. [Intervju, VC Solen]

Personalen omnämner sådana avvikelser som har direkt med patienthanteringen att göra som de mest allvarliga och angelägna att dokumentera och åtgärda. Andra avvikelser ses inte som riktigt lika angelägna att dokumentera, ett exempel på detta är fel som har med det digitala journalsystemet PMO att göra (som att programmet kraschar eller brister i funktionalitet). Det tycks således finnas ett visst handlingsutrymme när det gäller huruvida det ska skrivas någon avvikelserapport eller inte, särskilt när det gäller sådant som uppfattas som mindre allvarliga avvikelser. Men samtidigt finns fastställda mått på rimlig eller "normal" mängd avvikelserapportering, vilket gör att om en vårdcentral avviker stort från dessa mått så drar det till sig uppmärksamhet och misstankar om antingen underrapportering eller överrapportering. En sekreterare beskriver denna ordning för oss:

Malin [sekreterare] berättar att frågan om avvikelserapporteringen var uppe på deras APT-möte senast igår. "Tydligt är det så att vi skriver för få avvikelserapporter", säger Malin. Hon berättar att enligt verksamhetschefen Veronika så borde en vårdcentral av deras storlek ligga på ungefär 90 avvikelserapporter varje år, ett mått som någon inom regionen kommit fram till. Men det senaste året så hade de haft 68 rapporter vid vårdcentralen, något som skulle kunna tyda på en underrapportering. Vid APT-mötet hade de pratat om detta och att de behöver bli bättre på att skriva avvikelserapporter även för sådant som inte direkt handlar om patientrisk. "Rapporter om sådant som innebär risker för patienterna tror jag säkert att man rapporterar. Men annat som till exempel gäller PMO, det tror jag att man ibland struntar i att rapportera", säger Malin. [VC Månen]

Diagnosernas ekonomi

Vid en första anblick kan offentlig sjukvård framstå som en ganska hårt reglerad tillvaro av riktlinjer, policys och krav om dokumentation av allehanda uppgifter. Men som Gubrium, Buckholdt och Lynott (1989) påpekar: transformeringen av verkligheten till formulär och blanketter kräver både kreativitet och anpassning. Personal som har att hantera regleringar och riktlinjer kan knappast betraktas som byråkratiska marionetter. Offentliganställda besitter nämligen varierande grad av retorisk skicklighet med vilken man implicit kan argumen-

tera för eller mot exempelvis att en patient eller klient ska få stanna i vård (jfr. Smith 2003) – något som ofta låter sig göras även i förhållandevis hårt standardiserade blanketter och formulär (t.ex. Emerson 1996). Att ”trixa med uppgifter” av karaktären ”beat the system” (jfr. Shore och Wright, 2000) är ytterligare ett uttryck för ”kreativa blankettifyllare”, till exempel när aktörer systematiskt lämnar uppgifter för statistiska sammanställningar som ökar chanserna för bibehållna eller ökade anslag. På det medicinska fältet finns motsvarande sätt att förhålla sig till chefsdrivna prestationsmått och ekonomiska styrningsförsök (jfr. Pollitt och Bouckaert 2011). Gemensamt för denna typ av management är att det kräver pappersgöra, både från ledningshåll och från personalen.

Dokumenteringsarbetet har sålunda även en ekonomisk funktion. Det tydligaste exemplet handlar om att sätta diagnoser vid vårdcentralerna. Diagnoserna är kopplade till systemet Adjusted Clinical Groups (ACG) som mäter vårdtyngden vid vårdcentralerna – ju mer vårdkrävande, desto mer ersättning utgår till verksamheten. Därmed har diagnosen inte bara en medicinsk funktion utan den har även betydelse för den ekonomiska ersättningen som betalas ut från regionen till vårdcentralerna. Dels handlar det om mängden diagnoser (kvantitet), dels om själva arten och allvaret i diagnoserna (kvalitet). En patientkontakt med diagnosen ”Hypertoni” ger exempelvis mer ersättning än en patientkontakt med diagnosen ”Oro för sjukdom”. Men för att dessa mätningar av vårdtyngden ska fungera krävs att vårdcentralen noggrant dokumenterar och registrerar diagnoserna hos sina patienter.

Lars [läkare] berättar att de haft en del diskussioner kring sättandet av diagnoser vid vårdcentralen. ”Vi måste sätta en diagnos, annars får vi inga pengar för patienten”, säger han. Men han säger sedan att de också fått banor för att de satte för många diagnoser. Han menar att det här med diagnoser är en knepig bedömningsfråga och ger ett exempel: ”Om vi har en patient som tidigare behandlats för lungcancer och sedan söker hos oss fem år senare för ryggsmärtor. Då kan man misstänka att det är metastaser, det vill säga att det har samband med den tidigare cancerdiagnosen. Men då ska ändå bara ’ryggsmärta’ sättas som diagnos”, förklarar han. [VC Mänen]

Det är alltså inte helt givet vilken diagnos som ska tillskrivas en specifik patient. Det är en ”knepig bedömningsfråga” som Lars säger i citatet ovan – en bedömningsfråga som inte bara är av medicinsk karaktär utan måste avvägas i förhållande till vilka (ekonomiska) riktlinjer som utfärdats.

Personalen ger också uttryck för vad som tycks uppfattas som en press att sätta så många diagnoser de kan, eftersom detta i sin tur genererar pengar till vårdcentralen. En annan aspekt är att mätningen av vårdtyngden via ACG-systemet kräver att diagnoserna registreras i journalsystemet PMO genom att välja en specifik förbestämmd diagnoskod i en befintlig lista i PMO. Ett problem med de förbestämda och specificerade diagnoserna är att det kan vara svårt att finna en lämplig diagnos bland dessa. Sjuksköterskan Sofi och distriktssköterskan Doris ger uttryck för detta i de nedanstående fältanteckningarna.

Doris [distriktssköterska] säger att hon tycker det är svårt att hitta i PMO och att hon trivdes bättre med det förra programmet, som kallades BioSys. Hon säger att det kan vara svårt att hitta bland diagnoserna. ”Allt måste ha en diagnos”, säger hon och berättar att hon försöker undvika att sätta diagnoser vars kod börjar på Z ”därför att dessa ger inga pengar”. ”Det gäller att skriva så mycket diagnos man någonsin kan”, säger hon. Men hon säger också att detta inte alltid är möjligt, därför att ”ibland finns det ingen annan diagnos” [än en Z-diagnos]. [VC Solen]

Sofi [sjuksköterska] säger att det var bra med sjukhusets system för att i detta kunde de själva skriva in en diagnos. Här måste de leta diagnoser i en lista och det är inte alltid lätt att hitta rätt. ”Om en patient till exempel söker för andningsbesvär, då kan det vara svårt att hitta ett lämpligt alternativ i listan. Då får man kanske välja andnöd istället”, säger hon och tillägger att hon tycker att diagnossystemet är ”uppåt väggarna”. [---] Sofi säger att ACG finns med hela tiden och det tycker hon inte är bra. ”Istället för att skriva en kort anteckning om receptförnyelse så måste det också vara en diagnos”, säger hon. [VC Solen]

Uppfattningen att ekonomin hamnat för mycket i fokus nämns ibland av personalen, som i citatet nedan där en av läkarna talar om detta och menar att de medicinska värdena hamnat på undantag i förhållande till ekonomin.

Linus [läkare, intervju]: Det pratas ju extremt mycket om ekonomi. På våra läkarmöten när chefen närvarar, så pratas det bara om ekonomi och indirekt om ekonomi i och med att vi pratar om olika målvärden. Vårdcentralen i [X] har alltid varit välfungerande, per automatik innan dom här målbeskrivningarna kom och dom här ekonomiska styrsystemen kom igång så var vi redan maxade på det mesta [---] men nu måste vi göra vad vi är utbildade för men dessutom bevisa det hela tiden och bokföra det hela tiden vilket kostar en jädra massa tid. [VC Månen]

Cheferna vid vårdcentralerna talar också om ekonomins betydelse, dock är intrycket att det görs i mer positiva ordalag än vad den övriga personalen ger uttryck för. Det följande citatet från intervjun med verksamhetschefen Veronika är ett exempel på detta.

Veronika [verksamhetschef]: Vi har ju något som heter SIP, samordnad individuell plan där läkaren tillsammans med kommunens sjuksköterska, patient och anhörig gör en, i hemmet hos patienten, en djupare plan över, hur ska patienten hantera sin sjukdom både medicinskt och omvårdnadsmässigt. Och då har man då valt att stimulera vårdcentralen att ett hembesök ger fem pinnar, produktionspinnar, plus att det ger om du gör den här planen om man dokumenterar den så får man 2 000 kr. Förra året [---] kom man fram till att vi skulle bara göra 20, ett väldigt lågt tal. Vi nådde upp till 16. [---] Och i det här fallet tänker jag inte på pengar, för det här handlar om kvalitet till patienten, det här handlar om att ha en plan så att patienten inte åker in och ut på sjukhuset och så va. Och att anhörig får vara med och känna att

här är en doktor som lyssnar, här är en sjuksköterska i kommunen som lyssnar, det här är jättevärdefullt. En av våra doktorer har fattat detta fullt ut, och jag tror nästan hon gjorde alla 16 själv. Sen är ju hon lite rolig, för då kommer hon här "idag Veronika har vi kassat in pengar!". Ah "Klirr i kassan!" säger hon ja ja och då säger jag "Pling!" [båda skrattar]. [intervju, VC Månen]

Vi har träffat en hel del personal under våra fältarbeten som kommenterar den expanderande ekonomiska rationaliteten inom primärvården. För verksamhetscheferna handlar det om att få in personalen på ett "ekonomiskt tänk". Vid en vårdcentral anslag ledningen månatliga grafer och stapeldiagram på anslagstavlan så att personalen fick en visualisering av "hur väl vi föll ut" denna månad i jämförelse med tidigare månad. Anslagstavlan är placerad just utanför lunchrummet och anmodar om att personalen håller sig uppdaterade kring enhetens resultat.



Bild 2. Siffror, kurvor och staplar (i korridoren nära lunchrummet på en av vårdcentralerna).

7. Pappersflödet i datorsamhället

Lilian [läkare] förklarar att hon har administration som behöver göras och att hon ska jobba över ett par timmar idag för att komma ifatt med pappersarbetet. ”Men före klockan åtta måste jag avbryta i alla fall”, säger hon och ler, ”då har jag ett gympapass som jag ska gå på”. Hon visar mig en ganska rejäl pappershögen med papper som ska åtgärdas och sorteras, den är runt 10 cm tjock. Hon går sedan iväg till postrummet och hämtar några fler papper från sitt postfack. [VC Månen]

Det administrerande arbetet på en vårdcentral sker både i form av dokument i pappersform och digitaliserade dokument i datorn. Även om det finns datorer på praktiskt taget varje rum och journalhanteringen numera hanteras digitalt (i den skånska primärvården via journalprogrammet PMO) så har pappersdokumenten knappast försvunnit. Mängden pappersdokument kan rentav betraktas som påfallande stor, inte minst med tanke på att alltmer dokumentering digitaliseras. Men snarare än "rena skrivbord" har pappersdokument av olika slag – allt från journalkopior och remissbekräftelser till post-it-lappar – fortfarande en framskjuten placering i personalens vardagliga arbete vid vårdcentralerna. Det är i linje med vad Sellen och Harper (2002) har kallat ”myten om det papperslösa samhället”. Datoriseringen har lett till en ökning av antalet pappersdokument inom myndigheter och organisationer, snarare än en minskning. Inte minst kan papper fungera som ett slags säkerhet när tilliten till digitala kommunikationsvägar sviktar. Ett exempel är den medicinska sekreteraren på vårdcentralen Vinden som har beställt en behörighetskod till en av läkarna och när den kommer säger hon: "Jag skickade det till [läkarens] mail i *Outlook* men det är inte alltid de läser det så jag tar det på papper också." För säkerhets skull.

En del i personalen stressas av alla lappar som är i omlopp och försöker undvika dem:

Lucy [läkare] går iväg till sköterskeexpeditionen med en lapp. Det är en anteckning om en patient som ska kallas till ett hörselprov. Hon går in och lämnar lappen på expeditionen och återvänder sedan snabbt till sitt rum. ”Jag går ut snabbt, för annars har de bara en massa lappar till mig”, säger hon skämtsamt till mig i korridoren. Tillbaka på rummet fortsätter hon med sin administration. Hon har inte bara digitala dokument att signera utan även flera pappersdokument i olika högar och dokumentfack på skrivbordet. ”Det är stressande med så mycket papper som skvalpar omkring”, säger hon när hon börjar gå igenom en av pappershögarna. [VC Månen]

Men det fysiska pappret kan också tjäna motsatt funktion, nämligen att organisera sitt arbete på ett synligt sätt:

Lars [läkare] har precis börjat sortera den post han fått de senaste dagarna. Han sorterar posten i två högar. Till vänster lägger han det som han ska pri-

oritera att ta itu med, till höger lägger han det som är lägre prioriterat och kan vänta. Medan han går igenom pappershögen, som väl är en 3-4 centimeter tjock, kommenterar han kort de olika dokumenten: ”Den här kan vänta, den här måste jag däremot ringa upp...”. [VC Månen]

Pappersdokumentering medför fördelen att man kan få överskådlighet och tydlighet i den administrativa hanteringen. Papper är konkreta och fysiskt greppbara, vilket gör dem till tydliga påminnelser om vad som finns att göra (jfr. Sellen & Harper 2002):

Lilian [läkare] plockar ner en ganska stor pappershög, den är åtminstone några centimeter tjock, från en av sina hyllor. ”Här har jag en del papper som jag tycker att det är viktigt att spara, men som inte behöver vara i journalen”, säger hon. Jag undrar vad det är för papper, hon säger att det är sådant som rör försäkringskasseärenden som inte är avslutade, gamla intyg, brev från patienter med mera. Hon säger att hon ibland tycker att det blir mer överskådligt med papperskopior än vad det är i datorn. ”Jag kan lägga ut papperna framför mig och få en överblick”, säger hon. [VC Månen]

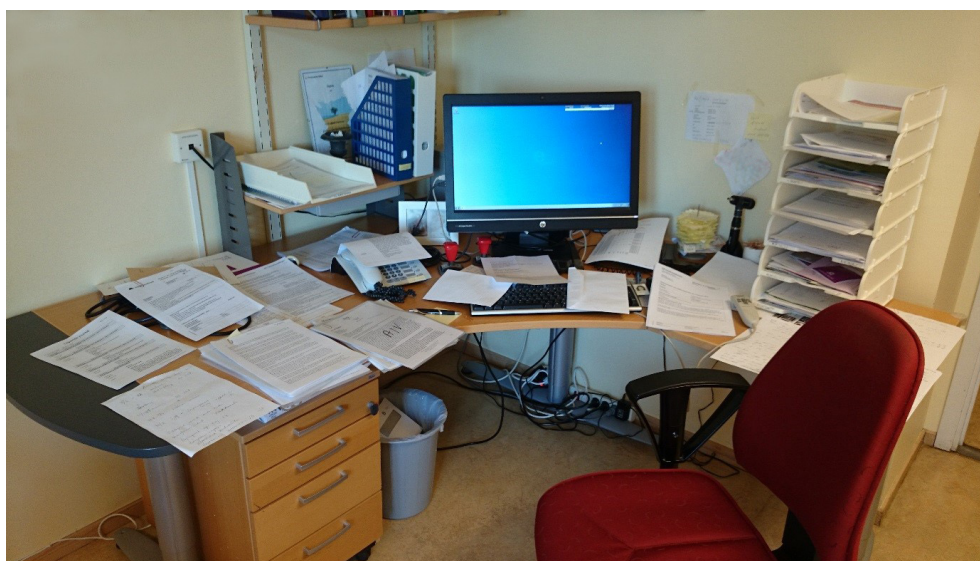


Bild 3. Papperssortering (en läkares skrivbord på en av vårdcentralerna).

Det fysiska pappret är attraktivt för dess *at-a-glance-visibility* och dess egenskap att finnas till hands (Hartswood et al. 2011). Det kan också användas för att påpeka, understryka eller insinuera något i kommunikationen medarbetare emellan. Ett sådant exempel kan vi hämta från en av vårdcentralerna då forskaren passerar väntrummet tillsammans med en sjuksköterska. En av patienterna rusar fram till sjuksköterskan Siri och frågar om hon kan hjälpa henne med ett provsvar på hennes hjärtprov från sjukhuset. Siri tar patientens personnummer och går in på kontoret för att kontrollera svaret. När hon ringer upp den ansva-

riga läkaren visar det sig att läkaren har missat att meddela patienten. Siri lägger på luren, synbart irriterad och missnöjd med läkarens svar. Hon väser "surkärning".

Forskaren: Vad ska du säga till patienten?

Siri: Ibland får man dra lite vita lögner. Inte säga att det varit här så länge. Och så säga att doktorn som skulle ha haft det har varit borta.

Forskaren: Du skrev ut det inskannade remissvaret, vad ska du göra med det?

Siri: Det ska jag sticka under näsan på doktorn!! [VC Vinden]

I Siris fall fungerar det fysiska dokumentet här som ett triumferande inlägg i den diskussion som utspelade sig mellan henne och läkaren.



Bild 4. Pärmar i arkivrummet på en vårdcentral – ett traditionellt papperssystem.

Samtidigt som papper ofta anses konkreta och överskådliga så uppmärksammas också risker med pappershanteringen. Användandet av post-it-lappar ses som en risk, då dessa kan hamna fel och leda till osäkerhet angående vem anteckningen gäller. När pappershögar sätts ihop med gem uppstår också en risk för fel, då ett papper som inte hör hemma i högen också kan fastna i gemet. Själva mängden papper kan också i sig betraktas som problematisk, som när läkaren Lucy ovan påpekade att det var ”stressande med så mycket papper som skvalpar omkring”.

Dubbel och trippel dokumentering

En anledning till den stora mängden dokumentering handlar om att det finns flera exempel på dokumentering i flera led, något som också ofta tas upp och beskrivs av personalen. Den dubbla dokumentationen finns i olika varianter, där den tydligaste helt enkelt handlar om att exakt samma dokument produceras i mer än en version (jfr. Hjärpe 2015:30 om dubbeldokumentering inom socialtjänsten). Ett exempel är hanteringen av röntgensvar, som beskrivs av en av de medicinska sekreterarna.

Malin [sekreterare] säger att systemet Kundrad som används för röntgenremisser och röntgensvar är ett exempel på dubbel dokumentation. ”Egentligen är det helt galet”, säger hon. Hon berättar att Kundrad inte är kopplat till PMO. Så när det kommer in ett röntgensvar digitalt i Kundradsystemet så skriver sekreteraren ut detta på papper. Sedan skannar de in pappersversionen av svaret och lägger in detta i PMO, för att sedan även lägga pappersversionen i läkarens postfack. Hon berättar att röntgensvaret hamnar även digitalt i läkarens signeringslåda i PMO. ”Det är vansinnigt egentligen att de inte löste detta när vi fick PMO”, säger hon. [VC Månen]

Ibland handlar det även om trippel dokumentering vilket kan bero på att olika personalkategorier dokumenterar vårdinsatser på samma patient och vid samma vårdtillfälle. Sjuksköterskan Sofi beskriver denna typ av dokumentering.

Sofi [sjuksköterska]: Det tydligaste är ju om eh det sitter en sköterska i telefon och pratar med patienten och bedömer att den här patienten måste komma ner, då måste hon ju skriva, vilka uppgifter som ges, eh vad det är för symptom, och hur hon har tänkt, att patienten ska följas och sen kommer det ner, till sköterskan på akutmottagningen och då är det samma upprepning av patientens... så när doktorn väl tar emot patienten om det går till ett doktorsbesök så har han ju två fulla dokumenteringar och så gör han en tredje. Och det är bara på ett besök, eller på en dag, och det är överdrivet. [Intervju, VC Solen]

Medan ovanstående dubbel- och trippeldokumentering kan tillskrivas "systemet", rutiner eller förväntade arbetsuppgifter förekommer även en överlappning mellan å ena sidan de digitala systemen, å andra sidan olika varianter av pappersdokument. Läkaren Lucy talar om detta i fältanteckningen nedan.

Lucy [läkare] sitter vid datorn och hon visar mig att hon har många dokument att signera i PMO. ”Det vi måste signera är journalanteckningar men inte bara det utan också andra dokument som kommer in, till exempel remissbekräftelser. Det blir snabbt väldigt många dokument att signera”, säger hon och börjar arbeta med signeringen. Hon säger att det också blir en form av dubbel dokumentation, eftersom hon får dokumenten både digitalt i PMO och i pappersform. Själv föredrar hon att signera de digitala dokumenten, men hon tillägger att det finns kollegor som föredrar att jobba med pappersdokumenten istället. [VC Månen]

Vissa i personalen föredrar att ha dokument i pappersform, eller rentav i både pappersform och digital form. Man är väl medveten om att det innebär en form av dubbel dokumentering men uppfattar det som ett slags fysiskt komihåg-objekt som inte försvinner lika lätt som den digitala datamängden. Pappersdokumenten fungerar som en påminnelse (till exempel om att ett remissvar kommit in) som man inte är beredd att ersätta med de digitala dokumenten.

Jag undrar om Lilian [läkare] föredrar papper framför att få dokumenten digitalt. ”Signeringshögen i PMO kan inte ersätta pappersdokumenten”, svarar hon. Hon säger också att hon vet att läkarna jobbar lite olika, men själv tycker hon att papper om till exempel remissvar är en bra påminnelse och en ”flagga” som gör att hon inte glömmer det. ”När jag får papper så är det sätet som jag vet att det kommit in något, till exempel remissvar eller röntgen-svar”, säger hon. [VC Månen]

Även om det leder till välfyllda postfack så ses pappersdokumenten som en konkret påminnelse eller ”flagga” som man inte vill vara utan. Dubbeldokumentering tycks handla om dels det fysiskt påtagliga papperets fördelar (som även diskuterades ovan), dels viss misstro mot det digitala systemet. En av de medicinska sekreterarna vid Vårdcentralen Vinden förbryllas av misstron mot datorsystemen samtidigt som hon konstaterar: ”Men det är ju för patientsäkerheten.”

När det gäller det upplevda behovet av pappersdokument kan det möjligen finnas en skillnad mellan yngre och äldre bland personalen. I alla fall ger en av de yngre läkarna inte uttryck för samma behov av pappersdokument som exempelvis den äldre läkarkollegan Lilian i det föregående citatet. Dock är intrycket att även de yngre läkarna vid vårdcentralerna har många pappersdokument att hantera och använder dem som just påminnelser.

Ibland är dubbeldokumenteringen ett resultat av egeninitiativ hos personalen. Sjuksköterskan Svea har konstruerat ett malldokument i pappersform där hon för in samma diabetesuppgifter som också ska föras in i datorsystemet PMO:

Svea [diabetessköterska] vänder sig åter mot datorn och visar mig att det finns vad hon kallar ett ”diabetesflöde” i PMO med många flikar som behövs för dokumentationen om diabetes. Svea berättar att hon använder detta för att sätta upp patienter för återbesök och för att fylla i de olika mätvärdena om blodtryck, blodtryck och annat. Hon har även ett pappersdokument där hon fyller i mätvärdena. Det är ett malldokument som hon själv gjort och som hon tycker funkar bra. ”Jag vill gärna ha det i pappersform också, även om det blir dubbelt”, säger hon. [VC Månen]

Ytterligare ett exempel som vi redan har nämnt ovan, utgörs av att den digitala kommunikationen mellan personalen på vårdcentralen inte alltid uppfattas som pålitlig varför ett elektroniskt meddelande kan kompletteras med en utskrift.

8. Digital (o)säkerhet

Några av motiven till alltfler datoriserade system inom offentlig förvaltning lyder effektivisering, patient- och klientsäkerhet, standardisering. Specifikt för sjukvården eftersträvas datoriserade system som är gemensamma för flera vårdinrättningar och som kan utgöra tekniskt säkra lösningar på att exempelvis skriva ut recept och remisser samt att ta del av patientens journal. Många av dessa system kan råda bot på tidigare ineffektivitet och minska risker för medicinska felbehandlingar, men med nya system följer nya problem. Vissa forskare menar att vården måste vara uppmärksam på de fel dessa system skapar och inte bara på de fel de antas förebygga (Koppel et. al. 2005). Ett bestående intryck från våra fältobservationer är den misstro som förekom gentemot digitala systemlösningar: datorprogrammen uppfattades inte bara vara onödigt krångliga utan därtill opålitliga.

PMO: "Ett evigt klickande"

Det datorbaserade journalsystemet PMO (Profdoc Medical Office Client) är en central del av dokumenteringspraktikerna vid vårdcentralerna. Systemet infördes vid vårdcentralerna i april 2013. Det har under fältobservationerna framförts en hel del synpunkter bland personalen angående hur detta system fungerar, eller snarare hur det *inte* fungerar. Missnöjet uttrycks med all önskvärd tydlighet av den läkare som med ett skevt leende hävdade att förkortningen PMO står för *Piss Me Off*. Ytterligare ett uttryck för frustrationen över PMO gav den läkare som erbjöd oss att ta del av alla de skärmdumpar han hade tagit på olika felmeddelanden som genererats av programmen. Det faktum att man på detta sätt "samlar bevis" (till en oklar mottagare) vittnar om ett stort engagemang i problematiken.

PMO-systemet beskrivs och uppfattas alltså av många i personalen som komplicerat och krångligt att använda. För att illustrera PMO:s hopplöshet erbjuder personalen bevis i form av klick- och tidsmått. "En kallelse tar 33 klick!" utropar en sjuksköterska förbluffad. Liknande mått ger en sekreterare:

"Det är ett evigt klickande i PMO", säger Malin [sekreterare]. "Jag räknade en gång och för ett enda papper så var det visst 26 eller 28 klick", tillägger hon angående när ett dokument skannas för att läggas in i PMO. "Det är viktigt att dokumenten läggs in rätt", säger hon, "så att rätt remissvar kopplas ihop med rätt remiss". På de patienter som har många vårdkontakter blir raden av journalanteckningar i PMO lång. "Det kan vara långa rader, och då blir det svårt för doktorn att hitta rätt dokument", säger Malin. [VC Månen]

En läkare menar att hon längtar tillbaka till pappersjournalen och hävdar att hon lägger minst 50 procent av sin "psykiska energi" på datorn. En annan läkare be-rättar att flera labbeställningar är en prövning att utföra.

Linus [läkare]: För varenda kategori av prover måste man gå in och ut ur programmet, det är helt *vansinnigt* [---] Jag tycker att PMO är krångligt att hantera, och då har jag ändå använt datorer sedan jag var fem år gammal", säger han. [Intervju, VC Månen]

För att intyga att vi här inte har att göra med en teknikfientlig person gör Linus poängen att till och med han, som använt datorer sedan barnsben, har svårt att manövrera systemet. Även om flera personalgrupper framför klagomål på PMO verkar det vara en delad uppfattning att systemet är extra krångligt för att utföra en läkares arbetsuppgifter.

Några få uttryckte dock förtjänster med PMO: att det gav överskådlighet, att det var ett gemensamt system inom primärvården. Men klagosången tycks vara tämligen förhärskande vilket är märkbart i en sekreterares yttrande: "Jag tycker PMO är bra men det vågar man knappt säga!" Eller sjuksköterskan som menar att hon är "nog den enda som gillar PMO":

Diana [sjuksköterska] går in i PMO på datorn och börjar fylla i labbresultaten i programmet. Först måste en labbeställning fyllas i, sedan labbresultat och då kommer resultaten in i en tidsserie som man kan följa i programmet. "Jag vet att många på vårdcentralen gnäller, men jag tycker att det går bra med PMO", säger hon. Hon lägger sedan till: "Jag är nog den ende som gillar PMO", säger hon och ler. [VC Månen]

Datorn som en opålitlig samarbetspartner

Jag kommer till vårdcentralen ungefär tjugo i åtta och märker genast att något är på gång. I korridoren står några i personalen och diskuterar. En av sekreterarna får syn på mig och säger: "Vi kommer inte in i datorerna. Det är ett stort fel och man har ringt support för att lösa det". "Skriv ner detta!" uppmanas jag av en sjuksköterska och jag säger att det ska jag göra. Personalen ger intryck av att vara en aning upprörda men det är knappast någon katastrofstämning. Man tillåter sig att skämta om situationen. "I skolan var det så att efter en kvart fick man gå hem", säger en av sekreterarna och alla skrattar. [VC Månen]

Situationen som beskrivs ovan är ingen engångsföreteelse även om det inte inträffar för jämnan. Men för det dagliga arbetet vid en vårdcentral får datorhaveri allvarliga konsekvenser. Inte minst adderas till känslan av att inte våga lita på datorn. Program kan krascha och "låsa" sig och vissa funktioner går ibland inte att utföra. Istället lämnas man med ett felmeddelande.



Bild 5. Skärmdump av felmeddelande i det digitala journalsystemet PMO.

Dikteringsprogrammet MedSpeech som läkarna använder när de dikterar, är inte alltid följsamt. När forskaren följer läkaren Labib i hans arbete inträffar följande:

Labib [läkare] öppnar dikteringsprogrammet som finns i PMO och kallas MedSpeech. Han hinner trycka på inspelningsknappen och dikterar ett par rader om patienten, men sedan kraschar programmet och det öppnas en rad dialogrutor över hela datorskärmen. ”Du ser, det är sånt här som händer. Jag har ingen som kan hjälpa mig med detta, det skapar stress”, säger han och rycker uppgivet på axlarna. ”Nästa patient har kommit, men jag måste göra detta först”, säger han. Han startar om PMO-programmet och nästa gång fungerar MedSpeech. [VC Solen]

Just denna typ av krasch – när en rad dialogrutor öppnas över hela skärmen likt en utbredd kortlek – har en läkare ironiskt benämnt ”patientsfelet”.

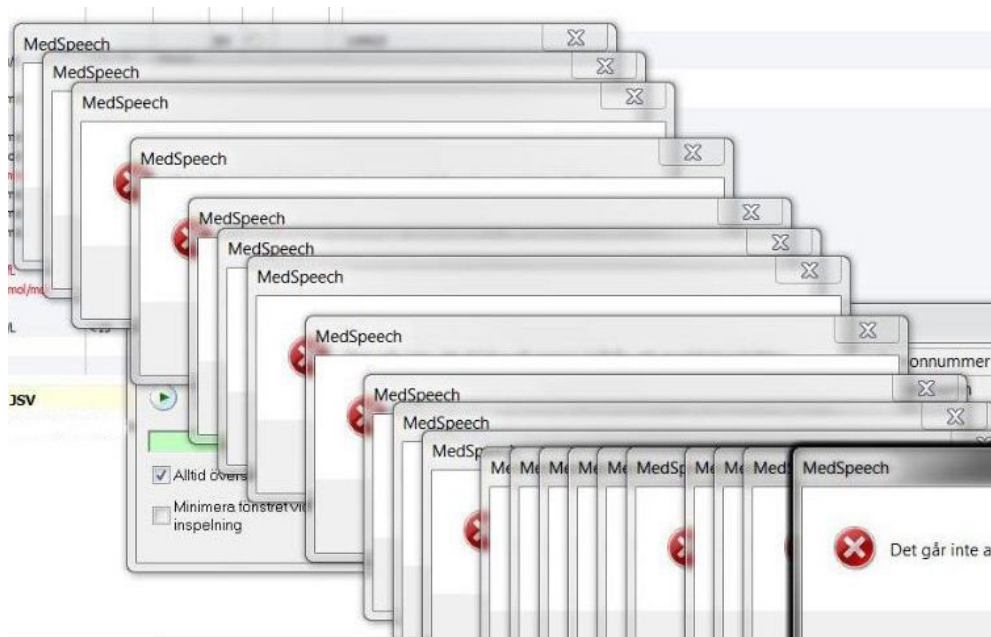


Bild 6. Skärmdump av "patiensfelet" i dikteringsprogrammet MedSpeech.

En läkare beskriver i en intervju konsekvenserna av krascher i MedSpeech:

Linus [läkare]: Då kanske du är under tidspress och har lagt lång tid på ett diktat, det kan till exempel vara någon som är, som är multisjuk kroniker, som har varit på flera olika vårdcentraler som har varit på väldigt många vårdinrättningar som ska eh... byta till din vårdcentral och som inkommit med sina journalkopior. [---] Om jag inte är här så ska andra kunna titta exakt vad som gäller så kanske man lägger, jag kan lägga en kvart på ett diktat. Och om då MedSpeech klipper i tolfte minuten, ja då sitter du där, och tolv minuter det är en evighet i vår värld. Det går liksom inte att reparera. [intervju, VC Månen]

I en hårt tidsstyrd verksamhet som den vid vårdcentralerna blir toleransen för datorkrångel låg. Vidden av en fördröjning på tolv minuter blir begriplig om man tar hänsyn till de tätt inbokade patienterna, ibland med bara femton minuters mellanrum. Därför finns det sällan tid att vänta ut en krånglande dator eller ta hjälp av IT-supporten (där man ofta hamnar i kö). Istället får man lösa situationen bäst det går:

Efter fikapausen träffar vi återigen på Labib i en av vårdcentralens korridorer. Han tar oss med till ett av undersökningsrummen och visar oss datorn, som återigen ställer till med problem. Datorn håller på med uppdateringar och på skärmen står det: "Uppdatering 10 av 30 installerade. Stäng inte av datorn". Erika säger till Labib att han kan ta in patienter på undersökningsrummet och tills datorn fungerar igen så får han dokumentera på sitt rum istället. [VC Solen]

Det kan också vara så att personalen i vissa lägen har en viss beredskap för eventuella datorproblem. Till exempel är det så att man vid de studerade vårdcentralerna vid slutet av dagen skriver ut besökslistorna för nästa dag, så att dessa ska finnas tillgängliga i händelse av att det skulle inträffa någon form av datorproblem på morgonen nästa dag. En amerikansk forskargrupp som studerat användningen av ett elektroniskt system för förskrivning av recept noterade just personalens benägenhet att kontinuerligt lösa problem som orsakades av systemet istället för att anmäla felet till systemutvecklare (Koppel et. al. 2005). Den typen av *work arounds* kan leda till att ett system eller program undslipper en genomgripande undersökning av brister och problem.

9. ”Patienter eller papper?”

En given administrationskritik

Efter ett par dagars observationer av arbetet vid en av vårdcentralerna frågade en läkare: ”Jaha, vad tycker du? Är det mer patienter eller är det mer papper?” Frågan var retorisk – det var tydligt att hon ansåg att pappersarbetet tog (alltför) mycket patienttid i anspråk. [VC Solen]

Vid de studerade vårdcentralerna ges en samstämmig bild av att arbetet med dokumentation har ökat, både i digital form och i pappersform. Vad gäller denna aspekt finns det således inga avvikande uppfattningar i det empiriska materialet. Personal ur alla yrkeskategorier på vårdcentralen delger en rad exempel på utökade dokumenteringsrutiner: olika former av intyg till försäkringskassa och skolverksamhet, journalanteckningar vid återbesök, hemtjänstremisser, blodtryckstagning. Det finns ingen bland den personal vi har träffat och observerat eller intervjuat som sagt att dokumentationen skulle ha minskat, eller att den skulle vara oförändrad jämfört med tidigare. Tvärtom är personalen ofta angelägen om att förmedla bilden av en stark ökning av dokumenteringen under senare år, till exempel genom formuleringar som ”det har eskalerat” och liknande. Inte sällan framför personalen detta till oss med emfas, man vill förvissa sig om att denna dimension kommer fram:

I fikarummet träffar jag läkaren Lars, som också tar en snabb fikarast. Han undrar hur det går med min forskning och om jag kommit fram till några lämpliga resultat. ”Du menar resultat som min uppdragsgivare vill ha?” säger jag skämtsamt. ”Nej, jag menar de resultat som *jag* vill ha, nämligen att dokumentationen går ut över verksamheten”, säger han. Vi ler båda åt kommentaren och fortsätter prata en kort stund. Lars uppfattning är att dokumentationen är så tidskrävande att den påverkar arbetet med patienterna. [VC Månen]

Dokumentering kan handla om sådant arbete som är tämligen typiskt för vad som skulle kunna kallas för en form av ”byråkratisk administration”. Post sorteras, mätvärden och provsvar registreras i rutor avsedda för dessa ändamål, fakturor läggs in för betalning, diverse dokument kopieras och sätts in i pärmar för förvaring, röntgensvar skannas in i journalsystemet. Det ovanstående ses då ofta som något som ibland stjäl tid från det direkta patientarbetet. Den läkare som är borta några dagar på grund av semester, sjukdom eller andra åtaganden har en stor hög post att sortera, något som måste hinnas med vid sidan av att ta hand om de patienter som är inbokade för besök. Läkarna har en del av sin arbetstid avsatt för administration men ofta klagar man över att denna inte räcker till för att hinna tillgodose de utökade dokumentationskraven. Det är belysande att vid en av vårdcentralerna hade man på anslagstavlan i personal-

rummet satt upp två urklipp från tidningsartiklar där läkarnas ökande arbete med administration debatterades och kritiserades.

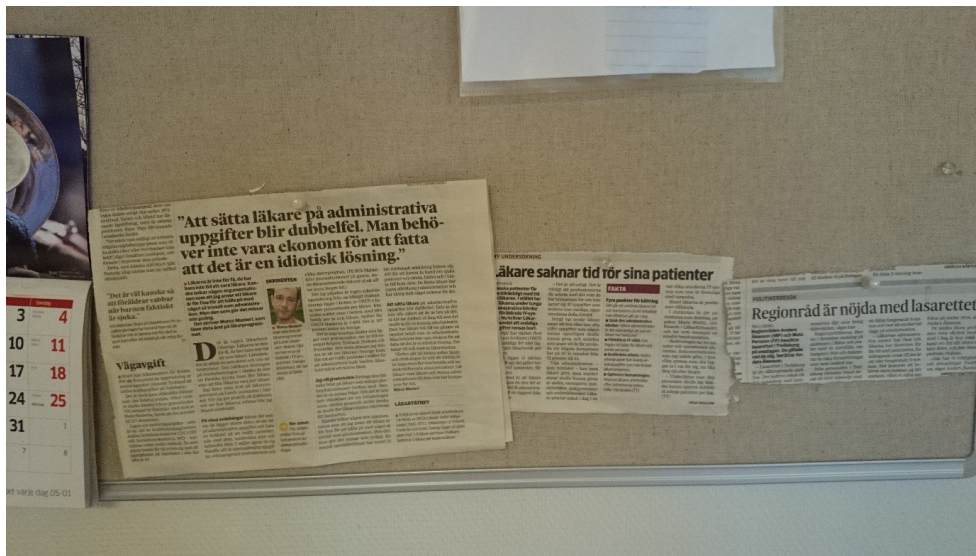


Bild 7. Administrationskritik – anslagstavla i personalrummet vid en vårdcentral.

Det är inte all dokumentering som ifrågasätts. Läkare lyfter fram förtjänster med de moderna systemen som möjliggör stor tillgång till information om patienterna och att dokumentationskraven stärker patientsäkerheten. Kritiken mot pappersgöra skjuter in sig på "onödig" administration som exempelvis dubbeldokumentering och inte minst det faktum att datorsystemen sällan är användarvänliga. En läkare beskriver de digitala systemen som krångliga och bristfälliga i sin funktion.

Linus [läkare, intervju]: Man är olika från person till person, vissa klarar bättre av än andra att stå ut med det systemet som vi har. Jag är dålig på det, det är kanske därför som jag sitter här också [i en intervju], eh men jag stör mig på det. Jag försöker verkligen att inte störa mig på det och se det positiva med det, men när jag måste bekräfta för sjukintygsmodulen fyra gånger att jag verkligen vill skriva ut sjukintyget, då kliar det i hela mig, jag blir jättestressad, och jag stör mig på det ofantligt mycket. Och väldigt mycket tanke-... och väldigt mycket energi av min energi går ut på att störa mig på det här. [Intervju, VC Månen]

För de medicinska sekreterarna är dokumentationen en självklar del av deras arbete, och det finns därför av naturliga skäl inte samma typ av motsättningar eller "ambivalens" som beträffande de övriga personalgrupperna när det gäller dokumenteringen och det administrativa arbetet. För läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster förefaller dokumenteringen ofta uppfattas som något som tar eller rentav "stjäl" tid från deras huvudsakliga arbete. Det ses inte som en central del av dessa professioners verksamhet utan snarare kanske rentav en mer

eller mindre önskad del av arbetet. Men för de medicinska sekreterarna är ju dokumentationen och administrationen snarare deras huvudsakliga arbete. Detta kan också förklara varför sekreterarna är de som tycks ha mest synpunkter på hur andra dokumenterar, till exempel att en del läkare talar in onödigt omfattande diktat eller att den övriga personalen slarvar med dokumenteringsrutinerna.

Vad som betraktas som onödig, för omfattande eller för knapphändig dokumentering och administration är inte givet utan varierar med såväl yrkesperspektiv som situation. På så vis är pappersgöret på vårdcentralerna föremål för kontinuerliga förhandlingar och en källa till engagemang och frustration. Det är alltså inte bara det faktiska dikterandet, skrivandet, klickandet och sorterandet som är tidskrävande – även som samtalsämne är pappersgöra socialt och emotionellt uppslukande.

10. Avslutande diskussion

Dokumenteringspraktikerna vid de studerade vårdcentralerna har flera dimensioner och funktioner. När dokumentering av vårdpersonalen beskrivs som nödvändig och viktig åberopas aspekter som patientsäkerhet, kvalitetsarbete eller vikten av att ha ”ryggen fri” genom att visa vilka åtgärder som gjorts vid en viss vårdinsats. När dokumentering istället beskrivs som onödig och ibland löjeväckande avses oftast detaljerad (ekonomisk) styrning och administrativa rutiner som genererar både dubbel- och trippeldokumentering. Vidare framhålls olika datorsystem och mjukvara som såväl underlättande som hindrande för effektiv dokumentering – oftast med tonvikt på det senare: svårmanövrerade system och upprepade datorfel. Sammantaget kan konstateras att dokumenteringen som en aspekt av det moderna sjukvårdsarbetet präglas av en viss motvillighet från dess utövare. Dokumenteringspraktikerna är något som tar mycket tid i anspråk, och det är en tid som särskilt läkarna verkar uppfatta som överdrivet stor i förhållande till den tid som ägnas åt mer direkta och konkreta vårdkontakter med patienterna.

Dokumenteringen kräver mycket tid dels vid datorn, dels för att sortera och hantera alla de pappersdokument som också finns i omlopp parallellt med de digitala dokumenten. Det tycks finnas en ovilja att överge ”gamla” pappersbaserade sätt att hantera dokumentation till förmån för nya digitala system – användarna lyfter fram en rad exempel på datorhaverier som ger fog för denna ovilja. En annan orsak till dubbel- och trippeldokumentation är att skrivande sker i flera led: flera personalkategorier dokumenterar samma patient vid samma vårdtillfälle. Därtill finns flera konkurrerande digitala system, vilket i sin tur genererar ytterligare dokumentering.

Spänningen mellan å ena sidan dokumenteringsarbetet, å andra sidan det ”egentliga” arbetet – kontakter med patienter – återfinns även inom andra offentliga verksamheter, som polisen, skolan och inom socialtjänsten. Det är en spänning som återkommer i benämningar som granskningssamhället (Power 1997) och administrationssamhället (Forssell & Ivarsson Westerberg 2014). Det handlar om större och mer övergripande organisatoriska trender i riktning mot utvärdering, kvalitetssäkring och effektivisering (se t.ex. Vedung 2010). Vidare präglas det offentliga av så kallad New Public Management – styrningsreformer hämtade från, eller i varje fall inspirerade av den privata sektorn. Våra observationer från vårdcentralerna tyder på att det skett en expansion inte bara av den digitala dokumentationen som sker med datorns hjälp, utan också en tillväxt vad gäller flödet av pappersdokument vid vårdcentralerna. Resultaten från vår studie ligger väl i linje med det Sellen och Harper (2002) har funnit vara ”myten om det papperslösa kontoret”. Det är alltså inte bara den digitala dokumenteringen som upplevs ha ökat vid vårdcentralerna utan också flödet och hanterandet av olika former av pappersdokument.

I likhet med Ivarsson Westerbergs (2004) analys av polisens växande administration så kan även de studerade vårdcentralerna ses som organisationer där det finns såväl möjlighet att administrera (bl.a. genom en omfattande datorisering), en vilja att administrera (bl.a. genom en strävan mot kvalitetssäkring, effektivitet och evidens) samt ett tvång att administrera (för att uppfylla de direktiv, policys och riktlinjer som finns för verksamheten). Det placerar de offentliga organisationerna, och i detta fall de studerade vårdcentralerna, i en situation där de växande kraven på dokumentering löper en risk att hamna i konflikt med de övergripande målen för arbetet.

Frågor om tidspill och tidspress har följaktligen varit återkommande vid de studerade vårdcentralerna, utifrån flera relaterade dimensioner: 1) praktiskt ifyllande, registrering och annan dokumentering av både digitala- och pappersdokument tar tid (produktion av dokumentation), 2) läsning av egen och andras dokumentation tar tid (konsumtion av dokumentation) samt 3) de digitala system som används för dokumentationen (inte minst för journalhantering) uppfattas som både krångliga att använda och behäftade med diverse fel och brister som gör att de emellanåt inte fungerar som de ska.

Den motvilja till (viss) dokumentering som vi har försökt precisera i vår studie, finns också kartlagd i en enkätundersökning där 75 procent av läkarna ställde sig negativa till ”en ökande byråkratisering” inom sjukvården (Brante 2014:347). Lika säkert som att administration ökar, lika säkert tycks det vara att professionen ställer sig skeptiska till utvecklingen. Som vi lyft fram i denna rapport verkar den gängse hållningen vara kritisk (i synnerhet bland läkarna), medan en försiktigt positiv inställning i det närmaste måste ursäktas. Betyder detta förhållande att förändringar är i sikte? Om vi söker utanför de omedelbara platserna för vår studie finns strömningar som tyder på en (ideologisk) mottrend. I Danmark har man exempelvis avtalat om en ”tillitsreform” som ska öka tilltron till professionernas kompetens och markera ett slut på detaljstyrningen (eller åtminstone minimera ”onödig byråkrati”) inom den offentliga sektorn.¹ Huruvida reformen får genomslagskraft eller enbart uppträder som en motvikt till hårdför styrning à la New Public Management återstår att se. I Sverige startade en debatt om huruvida sjukvården förvandlats till en osund ”sjukhusmarknad” med Zarembas artikelserie i Dagens Nyheter som startskott (Zaremba 2013). Kritiken sägs ha fångats upp i 2015 års budgetproposition där regeringen vill utveckla nya styrmodeller ”bortom New Public Management” där professionerna inom offentlig sektor ska ha större frihet att utöva sitt kunnande.² Ett slags svensk motsvarighet till den danska så kallade tillitsreformen alltså.

¹ Se t.ex. Läkartidningen (nr. 39/2015).

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/09/Tillitsreform-ska-minska-detaljstyrningen/> Hämtad 2016-03-02.

² <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2014/10/ny-styrning-bortom-new-public-management/> (hämtad 2016-03-02)

Vad dessa breda svängningar i styrnings- och organiseringsformer får för betydelse för dokumenteringsarbetet inom sjukvården framöver kräver ny forskning för att besvara. Våra studier på området så här långt indikerar att sannolikheten för en minskad mängd pappersgöra och datorjobb är ringa. Snarare är det troligt att diskussionerna kommer att kretsa kring vem som ska dokumentera vad, hur dokumentationen ska utföras och att nya administrativa tjänster skapas som svar på professionellas kritik om alltför tung administrationsbörda. En utmaning för framtiden är att till toner av den massiva kritiken mot New Public Management (som kommit att uppfattas som roten till det onda) lyckas urskilja medicinskt och kollegialt meningsfull dokumentering. Det borde inte vara särskilt kontroversiellt att föreslå att det rimligtvis är professionerna som tillskrivs expertis på detta område.

Referenser

- Becker, Howard S (1998) *Tricks of the trade. How to think about your research while you're doing it*. Chicago: University of Chicago Press.
- Berger, P L & Luckmann, T (1966) *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Bergmark, A och T Lundström (2006) "Mot en evidensbaserad praktik? – Om färdriktningen i socialt arbete." *Socialvetenskaplig tidskrift*, 13 (2): 99-113.
- Bergmark, A och T Lundström (2011) "Evidensbaserad praktik i svenskt socialt arbete. Om ett programs mottagande, förändring och möjligheter i en ny omgivning" i Ingemar Bohlin och Morten Sager (red.) *Evidensens många ansikten*. Lund: Arkiv förlag.
- Brante, Thomas (2014) *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Stockholm: Liber.
- Cooren, François (2004). "Textual agency: How texts do things in organizational settings." *Organization*, 11(3): 373-393.
- Czarniawska, B (2007) *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Malmö: Liber.
- Emerson, R M, Fretz, R I & Shaw, L L (1995) *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Emerson, R M (1996) "Konstruktionen av grovt våld och våldsoffer – att framställa ett besöksförbud" i Åkerström, M. (red.) *Kriminalitet, kultur, kontroll*. Stockholm: Carlssons.
- Ferraris, Maurizio (2012). *Documentality. Why it is necessary to leave traces*. New York: Fordham University Press.
- Forsell, A & Ivarsson Westerberg, A (2014) *Administrationsamhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Garfinkel, H (1967) *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Giddens, A (1986) *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Gubrium, J F, D R Buckholdt, R J Lynott (1989) "The Descriptive Tyranny of Forms." *Perspectives on Social Problems*, 1: 195-214.
- Hall, P (2012) *Managementbyråkrati – organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. Malmö: Liber.
- Hartwood, Mark; Rouncefield, Mark; Slack, Roger; and Carlin, Andrew (2011) "Documents." I M. Rouncefield and P. Tolmie (Eds) *Ethnomethodology at work*. Farnham: Ashgate Publishing.
- Hasselbladh, H, Bejerot, E & Gustafsson, R Å (2008) *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta.
- Heath, Christian (1982) "Preserving the consultation: medical record cards and professional conduct." *Sociology of Health and Illness*, 4(1): 56-74.

- Hjärpe, Teres (2015) "På tal om dokumentering. Socialtjänstens chefer på kurs." *Research Report in Social Work* 2015:4. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Hobbs, Pamela (2004) "The role of progress notes in the professional socialization of medical residents." *Journal of Pragmatics*, 36: 1579-1607.
- Holstein, J A & Gubrium J F (1995) *The Active Interview*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ivarsson Westerberg, A (2004) *Papperspolisen. Den ökande administrationen i moderna organisationer*. Stockholm: Handelshögskolan.
- Jacobsson, Katarina och Elizabeth Martinell Barfoed (2012). *Blanketter, formulär och pappersgöra. Expanderande dokumenteringspraktiker i sjukvård och socialtjänst*. Opubl. Projektansökan till Riksbankens Jubileumsfond.
- Jacobsson, Katarina (2013) "En förtjänt patient? Moraliska bedömningar i sjukvården." *Socialmedicinsk tidskrift*, 1: 179-188.
- Jacobsson, Katarina (2014). "Categories by heart. Short-cut reasoning in a cardiology clinic." *Professions and Professionalism*. 4(3): 1-15.
<http://dx.doi.org/10.7577/pp.763>.
- Jacobsson, Katarina (2016) "Analyzing documents through fieldwork" i *Qualitative Research*, 4th ed, David Silverman (Ed.). London: Sage.
- Knoblauch, Hubert (2005) "Focused Ethnography. Forum:" *Qualitative Social Research*, 6(3), Art. 44.
- Koppel, Ross; Joshua P Metlay; Abigail Cohen et.al. (2005) "Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors." *Journal of American Medical Association*, 293(10): 1197-1203.
- Lipsky, M (1980) *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Ponnert, Lina and Kerstin Svensson (2015). "Standardisation – the end of professional discretion? *European Journal of Social Work*.
DOI:10.1080/13691457.2015.1074551
- Prior, L (2003) *Using Documents in Social Research*. London: Sage.
- Pollitt, C och G Bouckaert (2011) *Public Management Reform. A comparative analysis New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Third ed. New York: Oxford University Press.
- Potter, Jonathan (1996) *Representing reality. Discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage.
- Power, Michael (1997) *The audit society. Rituals of verification*. Oxford: Oxford University Press.
- Power, Michael (2007) *Organized uncertainty. Designing a world of risk management*. Oxford: Oxford University Press.
- Rose, N och P Miller (2010) "Political power beyond the State: problematics of government." *The British Journal of Sociology*, 2010: 271-303.
- Sellen, A J & Harper, R H R (2002) *The myth of the paperless office*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

- Shore, C och S Wright (2000) "Coercive accountability. The rise of audit culture in higher education." i *Audit Cultures. Anthropological studies in accountability, ethics and the academy*. Marily Strathern (ed). London: Routledge.
- Silverman, D (2011) *Interpreting Qualitative Data*. London: Sage.
- Smith, D (2003) "Making sense of what people do: A sociological perspective." *Journal of Occupational Science*, 10:1, 61-64.
- Svensk författningssamling (SFS) Patientdatalag (2008:355)
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/?bet=2008:355#K3 [hämtad 2015-05-21].
- Svensson, L G och A Karlsson (2008) "Profesjoner, kontroll og ansvar" i *Profesjonsstudier*. Anders Molander och Lars Inge Terum (red.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vedung, E (2010) "Four Waves of Evaluation Diffusion." *Evaluation* 16(3): 263-277.
- White, S, C Hall and S Peckover (2009) "The Descriptive Tyranny of the Common Assessment Framework: Technologies of Categorization and Professional Practice in Child Welfare." *British Journal of Social Work*, 39: 1197-1217.
- Zaremba, Maciej (2013) *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Stockholm: Weyler Förlag.



LUNDS
UNIVERSITET

www.soch.lu.se

LUNDS UNIVERSITET

Box 117
221 00 Lund
Tel 046-222 00 00
www.lu.se