



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Sjuksköterskors fördelning av arbetstid på en onkologisk vårdavdelning

En observationsstudie

Maja Eklund & Sandra Söderberg

2013

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Examensarbete inom omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Maria Lindberg
Examinator: Annica Ernesäter

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka hur sjuksköterskors arbetstid fördelas mellan olika arbetsuppgifter på en onkologisk vårdavdelning. Studien genomfördes genom icke deltagande strukturerade observationer efter ett fastställt kategoriseringsschema på en onkologisk vårdavdelning på ett sjukhus i Mellansverige. Fjorton arbetsskift observerades, varav sju dagskift och sju kvällsskift. Huvudresultatet visade att sjuksköterskorna spenderade 33,5% av arbetstiden med direkt patientvård, 44,0% med indirekt patientvård samt 22,5% med andra göromål under samtliga observerade skift. Under dagskift spenderade sjuksköterskorna 33,0% av arbetstiden med direkt patientvård, 41,5% med indirekt patientvård samt 25,5% med andra göromål. Under kvällsskift spenderade sjuksköterskorna 34,0% av arbetstiden med direkt patientvård, 46,5% med indirekt patientvård samt 19,5% med andra göromål. Resultatet visade att ca en tredjedel av arbetstiden spenderades med direkt patientvård. Resultatet indikerade också på att en förbättringspotential fanns, mycket av den indirekta patientvården skulle kunna utföras i närmare anslutning till patienten om en annan arbetsmodell anammades. Då sjuksköterskorna har tid över skulle mindre tid kunna läggas på andra göromål och därmed också öka tiden till direkt eller indirekt patientvård.

Nyckelord: tidfördelning, onkologisk vårdavdelning, observationer, sjuksköterska

Abstract

The purpose of this study was to examine how nurses' allocated working time to different tasks on an oncology ward. The study was conducted through non-participant structured observations using a specified categorization scheme and was carried out on an oncology ward at a hospital in central Sweden. Fourteen shifts were observed, seven day shifts and seven evening shifts. The main result showed that nurses spent 33.5% of their time with direct patient care, 44,0% with indirect patient care and 22,5% with other duties during all observed shifts. During the day shifts nurses spent 33,0% of their time with direct patient care, 41.5% with indirect patient care and 25,5% with other duties. During the evening shift nurses spent 34,0% of their time with direct patient care, 46.5% with indirect patient care and 19,5% with other duties. The result showed that nurses spent about one-third of their time with direct patient care, but that there was potential for improvement. Much of the indirect patient care could be performed in closer proximity to the patient if another working model was applied. When nurses have spare time less time could be spent on other duties and thereby further increase the time to direct or indirect patient care.

Keywords: Time management, oncology ward, observations, nurse

Innehållsförteckning

1. Introduktion	1
1.1. Sjuksköterskans arbetsuppgifter	1
1.2. Erfarenheter från yrkesmässig vård	2
1.3. Modellen patientnärmre vård	3
1.4. Tidigare forskning med avseende på sjuksköterskors fördelning av arbetstid	4
1.5. Problemformulering	4
1.6. Syfte och frågeställningar	5
2. Metod	5
2.1. Design	5
2.2. Urvalsmetod och undersökningsgrupp	5
2.3. Beskrivning av den onkologiska vårdavdelningen	6
2.4. Databasinsamlingsmetod	6
2.5. Tillvägagångssätt	7
2.6. Dataanalys	8
2.7. Forskningsetiska överväganden	9
3. Resultat	9
3.1 Sjuksköterskors fördelning av arbetstid på samtliga skift	10
3.2 Sjuksköterskors fördelning av arbetstid på dagskift	10
3.3 Sjuksköterskors fördelning av arbetstid på kvällsskift	12
4. Diskussion	13
4.1. Huvudresultat	13
4.2. Resultatdiskussion	13
4.3. Metod diskussion	16
4.4. Allmän diskussion	17
4.5. Slutsats	18
5. Tack	19
6. Referenser	20

1. Introduktion

När en människa behöver yrkesmässig vård blir denna patient och hamnar därmed i beroendeställning till vårdarna. Patienten behöver bland annat stöd och guidning men också ofta aktiv hjälp med något. I omvårdnadsarbetet krävs förutom goda evidensbaserade kunskaper även kunskaper om patientens egna individuella önskemål¹. Det är även viktigt med en tillitsfull och mellanmänsklig relation mellan sjuksköterskan och patienten, detta betonas bland annat av Joyce Travelbee i hennes omvårdnadsteori. Hon menar att sjuksköterskan ska använda sig själv terapeutiskt i interaktionen med patienten i omvårdnaden och genom det hjälpa patienten att hantera sin sjukdom och finna hopp. Sjuksköterskan ska fokusera på kommunikation och empati för att utveckla en ömsesidig relation med förståelse och kontakt². Brist på resurser inom sjukvården gör att det är brist på tid till omsorg för den enskilda patienten och sjuksköterskor i den kliniska verksamheten har inte alltid tid till individuell patientbehandling och omsorg³.

1.1. Sjuksköterskans arbetsuppgifter

I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska⁴ anges att sjuksköterskans arbete alltid ska präglas av helhetssyn och etiskt förhållningssätt och baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet oavsett vart och hur sjuksköterskan arbetar. I kompetensbeskrivningen⁴ finns även tre huvudsakliga arbetsområden för sjuksköterskan angivna: 1. omvårdnadens teori och praktik, 2. forskning, utveckling och utbildning samt 3. ledarskap.

I en svensk intervjustudie⁵ där sjuksköterskors reflektioner kring sitt arbete studerades uttrycktes en svårighet i att beskriva sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskorna hade svårt att förmedla vad som ingick i deras arbete och vad de faktiskt gjorde under en arbetsdag. De hävdade dock att deras huvudsakliga uppgift var att ta hand om patienterna och allt arbete de utför är direkt eller indirekt för patienterna.

På onkologiska kliniker utför man icke-kirurgisk behandling som strålbehandling, läkemedelsbehandling, diagnostik och uppföljningar. Sjuksköterskan på den onkologiska avdelningen har en övergripande roll och ska arbeta med patienten i fokus. Arbetet innefattar såväl en administrativ, stödjande som övervakande funktion. Sjuksköterskan är också den som ska bedöma, utifrån patientens behov, vilka olika professioner som behöver involveras i vården⁶.

I en dagboksstudie⁷ från en onkologisk avdelning identifierades tre huvudaktiviteter för sjuksköterskan som i stor utsträckning innefattas i det mesta av vårdarbetet. Dessa aktiviteter var: verbala konversationer, känslor och reflektioner samt fysiska förflyttningar.

1.2. Erfarenheter från yrkesmässig vård

I Svenska intervjustudier har det framkommit att sjuksköterskor tycker sig ha för lite tid till att vara med patienterna^{5,8}. De ansåg att detta var ett hinder i jobbet eftersom de inte hann få någon klar bild över patienten. De ansåg därför att vårdkvaliteten blev lägre när patientkontakten var låg och att mer tid till patienterna skulle leda till en bättre vård.

Anledningen till att tiden med patienterna var så låg var enligt sjuksköterskorna det ständiga flödet av patienter samt all dokumentation de var tvungna att utföra⁸. En annan anledning som uppgavs var att det administrativa arbetet ökat avsevärt och sjuksköterskor måste ofta utföra arbetsuppgifter som egentligen sekreterare eller läkare borde utföra. Eftersom patientkontakten var så knapp kunde det för sjuksköterskorna bli nödvändigt att ta omvårdnadsbeslut utifrån andrahands eller tredjehands information⁵.

I en annan intervjustudie⁹ kom man fram till ett liknande resultat. Sjuksköterskor arbetande på en kirurgisk avdelning ansåg att alla måsten som ska utföras varje dag, t.ex. läkemedels hantering, den grundläggande omvårdnaden och rutinkontroller av vitala parametrar, hindrade sjuksköterskorna ifrån att ge den bästa och mest kvalitativa vården. Sjuksköterskorna menade att den bästa vården gavs när patientens fysiska såväl som emotionella behov tillfredsställdes. Sjuksköterskorna önskade att de hade haft mer tid till att i större utsträckning kunna tillfredsställa patienternas emotionella behov. Men allt rutinarbete kring den fysiska omvårdnaden tog för mycket tid och arbetstiden räckte inte till för att etablera en tillräckligt effektiv kommunikation och tillfredsställande relation till patienten för att kunna tillgodose även de emotionella behoven.

Även sjuksköterskestudenter ifrån Sverige har i en studie¹⁰ uttryckt att de anser att för lite tid läggs på den direkta patientvården, bland annat på grund av att administrativa sysslor och hantering av högteknologisk utrustning tar för mycket av sjuksköterskans tid. Studenterna uttryckte även en önskan att i framtiden få jobba patientnära med ett begränsat antal patienter att vårda för att möjliggöra ett etablerande av en personlig relation.

I en svensk studie¹¹ har det framkommit att ineliggande patienter på en medicinsk vårdavdelning tycker att deras sjukhusvistelse innebar en stor del väntande och i många fall

lång tids väntan på den hjälp de bett om. Patienterna kunde känna av personalens arbetsbörda och i vissa fall undvek de att be om hjälp för att inte belasta personalen ytterligare. Patienterna uttryckte en önskan om att kunna be om och få mera hjälp, bland annat till att ta promenader. Patienterna upplevde även att informationen de fick av personalen var otillräcklig eftersom personalen inte hade tillräckligt med tid till att prata. Personalens tidsbrist gjorde att patienterna kände sig irriterade och frustrerade.

I en annan svensk intervjustudie¹² med patienter fann man att patienter framförallt hade tre behov som de vill få tillgodosedda; Samtalstid, kontinuitet i vården och kontroll. Det var viktigt att få tid till att samtala med vårdpersonalen om sin situation, behandling och sjukdom, det gav en känsla av delaktighet och att någon förstod. Patienterna kände sig tryggare om det fanns en kontinuitet i vården och de ville känna att de hade kontroll på vad som skulle göras och när åtgärder skulle göras kring den egna vården. Patienterna upplevde att personalen ofta hade tidsbrist och det blev ett hinder för att få dessa behov tillgodosedda. Vårdpersonalen hann inte med att samtala ordentligt, saker glömdes bort eller information som patienterna uppgett kom inte fram till rätt person.

1.3. Modellen patientnärmre vård

Vårdmodellen patientnärmre vård utvecklades på Henry Ford hospital i Detroit och går ut på att hitta arbetssätt och lösningar som ska innebära att så mycket som möjligt av arbetstiden spenderas i närhet till patienten. I praktiken innebär detta bland annat att det administrativa arbetet överförs till en person speciellt anställd för detta och sjuksköterskeexpeditionen ersätts av patientnära arbetsstationer¹³. Modellen har prövats på olika vårdavdelningar runt om i Sverige och resulterat i bland annat att betydligt mer arbetstid har spenderats nära patienter, en lägre stressnivå bland personalen, att patienter har känt sig tryggare och mer delaktiga i vården samt en ökad patientsäkerhet med mindre fallolyckor^{14,15}.

I en intervjustudie¹⁶ utförd på ett sjukhus i Sverige framkom ett övergripande positivt resultat utav införande av modellen. De allra flesta av de intervjuade sjuksköterskorna ansåg att de fått en bättre bild av patienterna efter införandet av modellen och att vårdkvalitén blivit bättre med mer patientfokuserad och individualiserad vård. Många kände att de nu var mer involverade i den direkta patientvården och de hade mer tid för patienterna när de inte längre behövde utföra så mycket administrativt arbete och svara i telefonen. En del ansåg att arbetsbördan blev högre eftersom de fortfarande utförde det medicinska arbetet utöver patientvården.

Studenter har intervjuat patienter inläggande på en avdelning där personalen arbetar utifrån modellen patientnärmare vård. De allra flesta patienterna uttryckte att de kände sig trygga och trivdes på avdelningen samt att de kände sig delaktiga i sin vård. Samtliga tyckte att personalen var lättillgänglig, de behövde sällan ringa efter personalen eftersom de ofta var i närheten ändå och när de väl ringde kom personalen nästan genast. Ingen av patienterna upplevde personalen som stressad och flertalet av de patienter som tidigare vårdats på andra avdelningar hade mer positiva upplevelser av att vårdas på nuvarande avdelning¹⁷.

1.4. Tidigare forskning med avseende på sjuksköterskors fördelning av arbetstid

I en svensk studie¹⁸ observerades sjuksköterskor på en medicin-kirurgisk avdelning före och efter en förändring i organisationen. Förändringen innebar att det endast skulle arbeta sjuksköterskor på avdelningen. Observationerna gjordes med två års intervall och en ickedeltagande observationsteknik användes. Studien visade att efter förändringen spenderade sjuksköterskorna mer tid på direkt patientvård (37%) och något mindre tid på indirekt patientvård och andra uppgifter. Före förändringen ägnades 33% av arbetstiden åt direkt patientvård. En studie gjord i England¹⁹ visade även den att sjuksköterskorna spenderade 37% av arbetstiden åt direkt patientvård. Studien visade även att 37% av arbetstiden spenderades på det som i studien identifierats som indirekt patientvård. Även denna studie använde sig av en ickedeltagande observationsteknik och den utfördes på en neurologisk avdelning. Tre studier gjorda i Australien²⁰⁻²² visade också liknande resultat, 28,5 – 37% av sjuksköterskors arbetstid spenderades på direkt patientvård.

1.5. Problemformulering

I svenska studier har det framkommit att både sjuksköterskor och patienter upplever att sjuksköterskor inte har tillräckligt med tid att spendera tillsammans med patienterna och att den totala arbetsbördan för sjuksköterskorna är hög. Inom båda grupperna har det uttryckts att detta har en negativ inverkan på omvårdnaden. Författarna anser att det är viktigt att undersöka hur mycket tid svenska sjuksköterskor spenderar med patienterna, detta för att få en bild av hur verkligheten ser ut och om eventuella förändringar behövs inom organisationen/omvårdnaden. På en onkologisk vårdavdelning vårdas patienter med allvarliga sjukdomstillstånd och emotionellt stöd ifrån sjuksköterskan kan vara extra viktigt på en sådan vårdavdelning, författarna har heller inte kunnat finna några studier som undersöker sjuksköterskors fördelning av arbetstid på en onkologisk vårdavdelning varför det var

lämpligt att utföra studien där.

1.6. Syfte och frågeställningar

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskors arbetstid fördelas mellan olika arbetsuppgifter på en onkologisk vårdavdelning.

Frågeställningar:

- Hur stor del av arbetstiden spenderar sjuksköterskor på en onkologisk vårdavdelning med direkt patientvård, indirekt patientvård respektive andra göromål?
- Hur stor del av arbetstiden spenderar sjuksköterskor på en onkologisk vårdavdelning med direkt patientvård, indirekt patientvård respektive andra göromål på dagskift?
- Hur stor del av arbetstiden spenderar sjuksköterskor på en onkologisk vårdavdelning med direkt patientvård, indirekt patientvård respektive andra göromål på kvällsskift?

2. Metod

2.1. Design

Studien har en icke-experimentell deskriptiv design med kvantitativ ansats²³.

2.2. Urvalsmetod och undersökningsgrupp

Urvalet gjordes som ett bekvämlighetsurval då detta enligt Polit & Beck²³ passar bra när urval görs från en specifik avdelning. Inklusionskriterierna för denna studie var legitimerad sjuksköterska som arbetat minst fyra månader på avdelningen och arbetar patientnära. Exklusionskriterierna var sjuksköterska under introduktion, sjuksköterska som handledde student, timvikarier eller tillfällig personal. Dessa kriterier sattes upp för att deltagarna skulle vara väl inarbetade i avdelningens rutiner och arbetssätt för att få ett så korrekt resultat som möjligt. Sju sjuksköterskor som uppfyllde kriterierna tillfrågades om deltagande i studien. Dessa sju valdes utifrån arbetsschemat baserat på att de skulle arbeta minst ett dagskift och ett kvällsskift vardera under de två veckor observationerna utfördes. Eftersom observationerna utfördes av endast två personer föll vissa sjuksköterskor bort på grund av att bara två kunde observeras under samma skift. Vid två tillfällen tillfrågades en annan sjuksköterska som arbetade samma skift som den från början tillfrågade sjuksköterskan om deltagande i studien p.g.a. att ordinarie sjuksköterska var sjuk respektive hade bytt arbetsskift. Totalt observerades

nio sjuksköterskor. De nio sjuksköterskorna hade arbetat på avdelningen från 1 till 10 år (medelvärde 5,72 år) och varit legitimerade sjuksköterskor från 1 till 35 år (medelvärde 8,72år).

2.3. Beskrivning av den onkologiska vårdavdelningen

Den onkologiska vårdavdelningen hade vid tiden för observationerna 20 vårdplatser plus två överbeläggningsplatser och omkring 30 sjuksköterskor arbetade på avdelningen.

Grundbemanningen under dagskiftet var åtta sjuksköterskor och en undersköterska. Sex sjuksköterskor arbetade parvis patientnära jämt fördelat på de inneliggande patienterna, två sjuksköterskor arbetade administrativt och undersköterskan hade kökstjänst.

Grundbemanningen under kvällsskiftet var fyra sjuksköterskor som arbetade patientnära jämt fördelat på de inneliggande patienterna. Ordinarie arbetstider var 06:45 – 15:30 på dagskift och 13:30 – 22:00 på kvällsskift. Tid för rast är inberäknat i arbetstiderna med 45 minuter på dagskift och 30 minuter på kvällsskift.

2.4. Datainsamlingsmetod

Data samlades in genom icke deltagande strukturerade observationer²³.

Observationerna utfördes vid sju dagskift samt sju kvällsskift, endast under vardagar.

Två identiska tidtagarur som mäter minuter och sekunder användes för att mäta tidsfördelningen. En egenmodifierad version av kategoriseringsschemat Work Observation Method By Activity Timing (WOMBAT)^{24,25} användes. Kategoriseringsschemat modifierades för att passa vald avdelning och på bästa sätt kunna svara på syftet. Kategoriseringsschemat innehöll sju kategorier fördelade under huvudrubrikerna direkt patientvård, indirekt patientvård samt andra göromål. Varje klockad tid har antecknats under respektive kategori i kategoriseringsschemat (se definitioner nedan och tabell 1) som också innehöll en ”vad-kolumn” där en kort beskrivning av arbetsuppgiften antecknats, detta för att i efterhand kunna kontrollera att tiden skrivits under rätt kategori. Nedan följer en beskrivning av vilka arbetsuppgifter som ingår i varje kategori.

Definitioner av kategorier

- ❖ Direkt patientvård – Innefattar all tid som sjuksköterskorna spenderade tillsammans med patienter, vilket innebär att all tid som spenderades i samma rum som patient redovisas under

denna kategori. Här redovisas även den tid sjuksköterskorna spenderade med omhändertagande av avliden patient.

- ❖ Indirekt patientvård – Innefattar den indirekta patientvården, fyra kategorier ingår i denna huvudkategori:
 - Patientrelaterade arbetsuppgifter - Arbetsuppgifter redovisade under denna kategori innefattar hantering av läkemedel, disk, tvätt och städning, iordningställande av mat åt patienterna, förberedelser och efterarbete i samband med omvårdnadsåtgärder samt samtal med anhöriga.
 - Dokumentation – Innefattar all tid sjuksköterskorna spenderat med att skriva i data- och pappersjournaler.
 - Professionell kommunikation – Innefattar all tid sjuksköterskorna spenderat med att prata med andra sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, dietister m.m. om patienter, inklusive rapportering och rond.
 - Administrativt – Innefattar all tid sjuksköterskorna spenderat på administrativa uppgifter som är patientrelaterade, t.ex. telefonsamtal, blanketter, pappersarbete, läsande i journal m.m.
- ❖ Andra göromål – Innefattar tre kategorier som inte är direkt eller indirekt patientvård.
 - Privat – Innefattar matraster, fikaraster, toalettbesök, privata samtal med t.ex. kollegor samt privat internet/telefonanvändning.
 - Icke patientrelaterat administrativt – Innefattar den tid sjuksköterskorna spenderat på administrativa uppgifter som inte är patientrelaterade men ändå jobbrelaterade t.ex. lägga scheman och göra schemaändringar samt utbildningsrelaterat arbete.
 - Övrig tid: Den tid som inte klockats, det vill säga tid som sjuksköterskorna spenderat med att förflytta sig mellan arbetsuppgifter. Tid spenderad på att vänta, t.ex. då sjuksköterskorna väntat på att få hjälp, att få komma till tals m.m. har heller inte klockats.

2.5. Tillvägagångssätt

Inför studien inhämtades skriftligt tillstånd från verksamhetschefen vid den aktuella avdelningen, även vårdenhetschefen kontaktades som gav sitt godkännande för genomförande av studien. De utifrån arbetschemat lämpliga sju sjuksköterskor för observation informerades angående studien via vårdenhetschefen. Sjuksköterskorna fick sedan skriftlig information och förfrågan om deltagande av författarna i nära anslutning till första observationen med respektive sjuksköterska.

Två sjuksköterskor observerades endast under ett dagskift och två endast under ett kvällsskift på grund av bortfall. Resterande fem sjuksköterskor observerades under ett dagskift och ett kvällsskift vardera.

Observationerna utfördes under vecka 5 och 6, år 2013. Vid första observationstillfället observerade båda författarna samma sjuksköterska under skiftets fyra första timmar, detta för att validera att klockningen utfördes på samma sätt av båda författarna. Därefter observerades skiftet fullt ut utav en av författarna. Resterande observationstillfällen observerade författarna separat, totalt sju skift vardera. Observationerna genomfördes under hela arbetsskift, kom sjuksköterskan sent eller gick tidigare drogs denna tid av från skiftet. Övertid har inte observerats vilket innebär att observationen avslutades vid skiftets ordinarie sluttid. Tidsåtgång till olika arbetsuppgifter har klockats från det att sjuksköterskan påbörjat en aktivitet tills dess hon avslutat den. Tid då sjuksköterskan har förflyttat sig mellan olika rum/arbetsuppgifter har inte klockats. Däremot har förflyttningar som varit en del av en arbetsuppgift t.ex. då sjuksköterskan burit och därmed förflyttat utrustning eller kläder åt patient klockats och kategoriserats som patientrelaterade arbetsuppgifter. Dubbelarbete har inte klockats, då sjuksköterskan gjorde två saker samtidigt t.ex. då professionell kommunikation skedde samtidigt som iordningsställande av läkemedel klockades detta utifrån huvudaktiviteten som i detta exempel var läkemedelshantering. Författarna höll avstånd ifrån sjuksköterskorna så långt det var möjligt under observationerna och uppmuntrade inte till konversationer observatör och sjuksköterska emellan, detta för att inte störa och därmed påverka resultatet.

2.6. Dataanalys

Författarna har efter varje arbetsskift läst igenom de under skiftet skrivna kategoriseringsschemana och kontrollerat att alla utförda arbetsuppgifter stod under rätt kategori. Alla tider som klockats och antecknats i kategoriseringsschemat fördes in i enskilda exceldokument, ett dokument per skift och summerades i minuter och sekunder per skift under respektive kategori. Därefter summerades tiden ifrån samtliga dagskift, total observerad tid samt total tid under varje kategori. Fördelning av tid på varje kategori har sedan beräknats procentuellt samt att medelvärden räknats ut. Samma sak gjordes med kvällsskiftet. Av både dag- och kvällsskift sammanställningarna har även procent räknats ut utifrån de tre huvudkategorierna – direktpatientvård, indirekt patientvård samt andra göromål. Den totala observerade tiden på samtliga 14 skift har även den summerats och beräknats procentuellt

utifrån de tre huvudkategorierna.

Alla uträkningar har skett manuellt med hjälp av kalkylator. Alla enskilda skift samt de totala uträkningarna har kontrollerats av båda författarna var för sig minst två gånger vardera, de uträkningarna där samma resultat inte alltid uppnåts under kontrollräkningarna har kontrollerats ytterligare.

2.7. Forskningsetiska överväganden

Författarna har i denna studie följt de etiska riktlinjerna för omvårdnadsforskning i Norden²⁶. Informerat samtycke, både muntligt och skriftligt, införskaffades från samtliga sjuksköterskor som observerats och de kunde utan motivering neka till deltagande. Deltagandet i studien var helt frivilligt för sjuksköterskorna.

Inför observationerna diskuterades och bestämdes det författarna emellan exakt hur observationerna skulle utföras för att få ett så likvärdigt resultat som möjligt. Alla uppgifter har hanterats konfidentiellt, de skrivna kategoriseringsschemana har kodats för att enskilda sjuksköterskor inte ska kunna identifieras.

Så långt det var möjligt höll observatörerna avstånd från mötena mellan sjuksköterskan och patienten för att visa respekt till patientens och sjuksköterskans integritet. Observatörerna följde därför inte med sjuksköterskorna in till patienterna i patientsalarna.

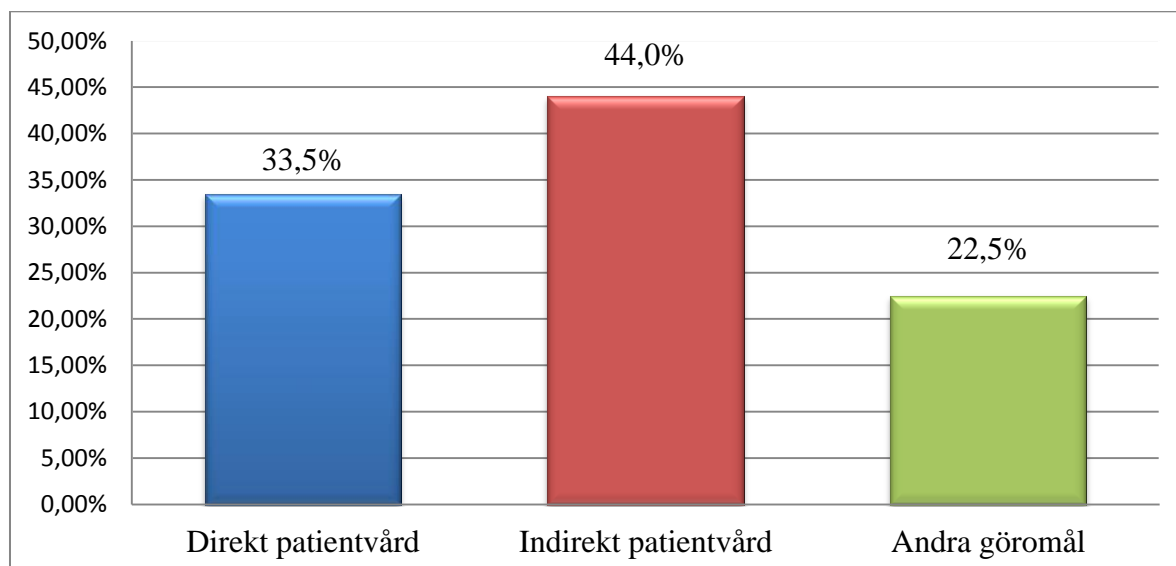
I samråd med handledare och examinator beslutades att ingen forskningsetisk ansökan behövde göras för att utföra studien eftersom författarna inte involverat patienter i studien eller insamlat några känsliga uppgifter om de deltagande sjuksköterskorna²⁷.

3. Resultat

Studiens resultat presenteras utifrån syfte och frågeställningar i löpande text, tabeller och figurer. Tid spenderad på huvudkategorierna direkt patientvård, indirekt patientvård och andra göromål presenteras procentuellt i figurer. Tid spenderad på de sju olika kategorierna i kategoriseringsschemat redovisas i tabeller, dag och kvällsskift var för sig där antal minuter spenderat på varje kategori presenteras. Alla minut-värden är avrundade till närmsta hel minut och alla procentvärden är avrundade till närmsta hel eller halv procent, därför uppnås inte alltid etthundra procent.

3.1 Sjuksköterskors fördelning av arbetstid på samtliga skift

Observationer utfördes under totalt 6935 minuter (ca 116 h) fördelat på 14 arbetsskift där även rasten inkluderats. Detta ger ett medelvärde på 495 minuter per arbetsskift. Av den totala observerade arbetstiden spenderades 2320 minuter (ca 39 h) med direkt patientvård, 3055 minuter (ca 51 h) med indirekt patientvård och 1560 minuter (26 h) med andra göromål. Detta presenteras procentuellt i figur 1.

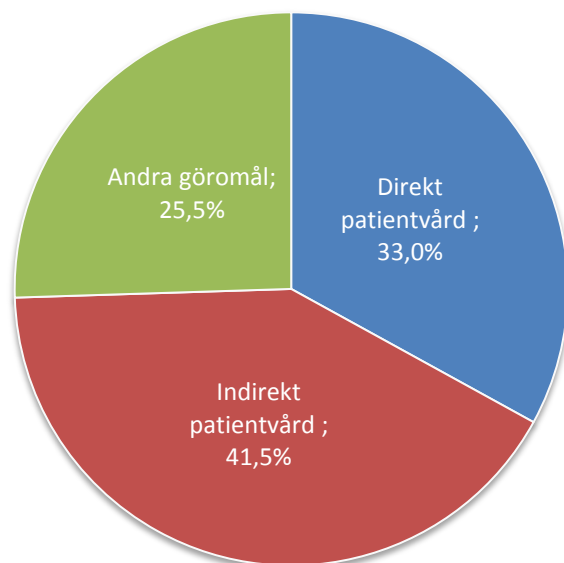


Figur 1. Procentuell fördelning av direkt patientvård, indirekt patientvård och andra göromål på samtliga observerade skift.

3.2 Sjuksköterskors fördelning av arbetstid på dagskift

Observationer på dagskift utfördes under totalt 3510 minuter (ca 59 h) fördelat på 7 dagskift där även raster ingår. Detta ger ett medelvärde på 501 minuter per arbetsskift.

Av den totala observerade arbetstiden på dagskift spenderades 1164 minuter (ca 19 h) med direkt patientvård, 1455 minuter (ca 24 h) med indirekt patientvård samt 891 minuter (ca 15 h) med andra göromål. Detta presenteras procentuellt i figur 2.



Figur 2. Procentuell fördelning av direkt patientvård, indirekt patientvård och andra göromål på samtliga observerade dagskift.

Utifrån de sju kategorierna i kategoriseringsschemat spenderade sjuksköterskorna störst del av dagskiftens arbetstid med direkt patientvård (33,0%), följt av professionell kommunikation (16,0%). Stor del av arbetstiden spenderades också med privat (15,5%), i dessa procent ingår även den ordinarie rasten (9,0%). Mycket tid upptogs också av patientrelaterade arbetsuppgifter (13,5%). Något mindre tid spenderades med dokumentation (7,0%), administrativt (4,5%) och icke patientrelaterat administrativt (1,5%). Den övriga tiden uppgick under dagskiftet till 8,5% av arbetstiden.

Tabell 1. Antal minuter observerade inom respektive kategori under dagskiftet, totalt, som minst, som mest samt i medel/arbetsskift.

Kategori	Totalt minuter	Maximum minuter*	Minimum minuter*	Medel minuter
Direkt patientvård	1164	199	126	166
Indirekt patientvård				
Patientrelaterade arbetsuppgifter	477	84	53	68
Dokumentation	244	58	15	35
Professionell kommunikation	572	105	55	82
Administrativt	162	50	3	23
Andra göromål				
Privat**	543	137	39	78
Icke patientrelaterat administrativt	48	31	0	7
Övrig tid	300	61	29	43

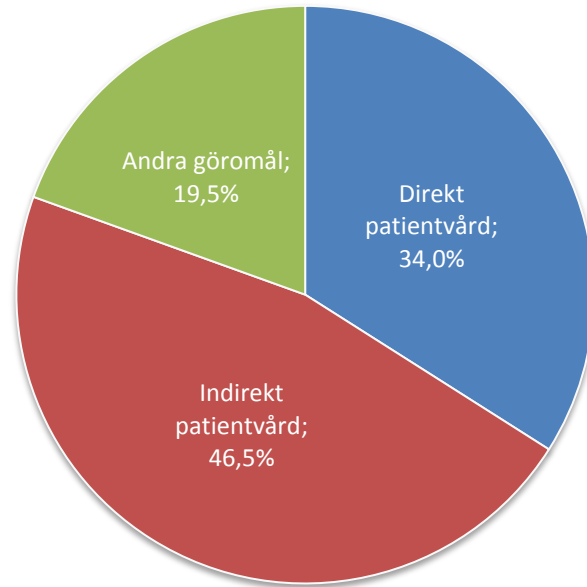
* = de tider som anges är ifrån de enskilda dagskift där mest/minst antal minuter totalt registrerats under respektive kategori.

**= den ordinarie rasttiden att ta ut under ett dagskift var 45 min, vilket blir totalt 315 min för sju dagskift

3.3 Sjuksköterskors fördelning av arbetstid på kvällsskift

Observationer på kvällsskift utfördes under totalt 3425 minuter (ca 57 h) fördelat på 7 kvällsskift. Detta ger ett medelvärde på 489 minuter per arbetsskift.

Av den totala observerade arbetstiden på kvällsskift spenderades 1156 minuter (ca 19 h) med direkt patientvård, 1600 minuter (ca 27 h) med indirekt patientvård samt 669 minuter (ca 11 h) med andra göromål. Detta presenteras procentuellt i figur 3.



Figur 3. Procentuell fördelning av direkt patientvård, indirekt patientvård och andra göromål på samtliga observerade kvällsskift.

Under de observerade kvällsskiften spenderade sjuksköterskorna störst del av arbetstiden med direkt patientvård (34,0%), följt av patientrelaterade arbetsuppgifter (20,0%). Stor del av arbetstiden spenderades också med professionell kommunikation (15,0%). Privat tid uppgick till 10,0% där den ordinarie rasten ingår (6,0%). Något mindre tid spenderades med dokumentation (6,0%), administrativt (5,5%) och icke patientrelaterat administrativt (0,5%). Den övriga tiden uppgick under kvällsskiften till 9,0% av arbetstiden.

Tabell 2. Antal minuter observerade inom respektive kategori under kvällsskiftet, totalt, som mest, som minst samt medel/arbets-skift.

Kategori	Totalt minuter	Maximum minuter*	Minimum minuter*	Medel minuter
Direkt patientvård	1156	185	106	165
Indirekt patientvård				
Patientrelaterade arbetsuppgifter	693	131	65	99
Dokumentation	199	74	7	28
Professionell kommunikation	521	93	58	74
Administrativt	187	43	8	27
Andra göromål				
Privat**	353	70	23	50
Icke patientrelaterat administrativt	15	15	0	2
Övrig tid	301	64	31	43

*= de tider som anges är ifrån de enskilda kvällsskift där mest/minst antal minuter totalt registrerats under respektive kategori.

**= den ordinarie rasttiden att ta ut under kvällsskiftet var 30 minuter per skift, vilket blir totalt 210 minuter för sju kvällsskift.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet av observationerna visade att sjuksköterskorna spenderade 33,5% av arbetstiden med direkt patientvård, 44,0% med indirekt patientvård samt 22,5% med andra göromål under samtliga observerade skift. Under dagskift spenderade sjuksköterskorna 33,0% av arbetstiden med direkt patientvård, 41,5% med indirekt patientvård samt 25,5% med andra göromål.

Under kvällsskift spenderade sjuksköterskorna 34,0% av arbetstiden med direkt patientvård, 46,5% med indirekt patientvård samt 19,5% med andra göromål.

4.2 Resultatdiskussion

Svårigheter finns med att jämföra denna studies resultat mot andra studier, dels beroende på använt kategoriseringsschema men också eftersom metoderna skiljer sig åt samt att författarna inte kunnat hitta liknande studier utförda på en onkologisk vårdavdelning.

Resultatet är mest jämförbart med Lundgren och Segestens studie¹⁸ som visade att när både sjuksköterskor och undersköterskor arbetade på en avdelning uppgick sjuksköterskornas direkta patientvårds tid till 33,0%. Detta är nästintill identiskt med resultatet ifrån denna studie där sjuksköterskorna spenderade 33,5% av arbetstiden med direkt patientvård, detta trots att endast sjuksköterskor arbetade med patienter under denna studie. Då Lundgren och Segesten¹⁸ observerade samma avdelning igen men denna gång med endast

sjuksköterskebemanning uppgick dock den direkta patientvårdstiden till 37,0% vilket är högre än för denna studie.

Enligt Travelbee är relationen mellan sjuksköterskan och patienten en viktig del i omvårdnadsarbetet och hon menar att ett huvudsakligt redskap till att skapa en relation är kommunikation². Författarna anser att för att kunna etablera en så bra relation som möjligt krävs att sjuksköterskan och patienten träffas regelbundet och kontinuerligt.

Den direkta patientvården uppgick under både dagskiftet och kvällsskiftet till ungefär en tredjedel av arbetstiden. Man bör dock ha i åtanke att den direkta patientvårdstiden fördelar sig över ett flertal patienter, vilket innebär att direkt patientvård för enskilda patienter inte nödvändigtvis var så omfattande. Kommunikation och personliga relationer mellan sjuksköterskor och patienter har även uttryckts som en viktig del i vårdarbetet av både patienter, sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter⁹⁻¹². Författarna anser att på den undersökta avdelningen skulle mer tid kunna läggas på att samtala med patienterna och därmed tillgodose dessa önskemål om detta prioriterats högre. Under den direkta patientvårdstiden ingår alla omvårdnads åtgärder gjorda i patientens närhet, bara för att sjuksköterskorna spenderat 33,5% av arbetstiden i patientens närhet betyder det inte i sig att kommunikation och relationsbyggande samtal har skett, eller ifall det skett, i vilket utsträckning. Att arbetstiden inte räcker till mycket mer än den grundläggande fysiska omvårdnaden har framkommit⁹, och även patienter känner att personalens arbetsbörda är hög¹¹⁻¹². Mer resurser inom sjukvården skulle kunna bidra till att sjuksköterskorna kan fokusera mer på den emotionella omvårdnaden och individuell patientbehandling utöver den grundläggande fysiska omvårdnaden³. Ett huvudsakligt arbete för sjuksköterskan är enligt socialstyrelsens kompetensbeskrivning⁴ omvårdnadens teori och praktik vilket denna studie har fokuserat på. En delkompetens inom området innebär bland annat att sjuksköterskan även ska fokusera på patientens psykiska, sociala, andliga och kulturella omvårdnadsbehov utöver den grundläggande fysiska omvårdnaden.

Den största delen av arbetstiden spenderades på indirekt patientvård vilket inte författarna ser som något negativt i sig men mycket av denna tid skulle kunna spenderats mer patientnära. Skulle modellen patientnärmre vård anammas i större utsträckning skulle mycket av tiden som spenderades på t.ex. läkemedelshantering och procedurförberedande arbete kunna ske i direkt anslutning till patienten¹³⁻¹⁵. På den undersökta avdelningen fanns ett fåtal åtgärder gjorda med inspiration ifrån modellen. Att det mesta av det administrativa arbetet utfördes av sjuksköterskor speciellt anställda för detta arbete bör ha minskat tiden till indirekt patientvård.

Noterbart är den lilla andel tid som spenderats med dokumentation och administrativt arbete. Under ett enskilt skift registrerades endast 7 minuter under kategorin dokumentation vilket författarna anser är i minsta laget då det enligt patientdatalagen är sjuksköterskans skyldighet att dokumentera relevanta omvårdnadshandlingar²⁸. De skift där dokumentationstiden är högre beror sannerligen på att sjuksköterskan skrev in eller ut patient under det aktuella skiftet. Författarna kunde även se att mindre erfarna sjuksköterskor i regel spenderade betydligt mer tid på dokumentationen än vad de mer erfarna sjuksköterskorna gjorde. Det administrativa arbetet tog också en liten del av arbetstiden, 4,5% på dagskiftet respektive 5,5% på kvällsskiftet. Att den administrativa tiden var låg beror antagligen till stor del på att varje dagskift arbetade två sjuksköterskor endast med administrativt arbete för att avlasta de sjuksköterskor som arbetade patientnära. Dessa resultat säger emot att dokumentation och administrativt arbete skulle ta mycket av arbetstiden och förhindra patientnära arbete som tidigare studier har visat^{5,8,10}. Pelletier med flera³⁰ menar också att den generella bilden hos sjuksköterskor är att dokumentationen tar mycket av arbetstiden vilket inte alltid stämmer. Även denna studies resultat visar att dokumentation inte tar stor del av arbetstiden (6-7%).

Mycket tid spenderades på kategorin professionell kommunikation, både under dagskiftet (16,0%) och under kvällsskiftet (15,0%). Den höga andel tid till professionell kommunikation beror till stor del på att avdelningens rutin innebar att rapport skedde endast muntligt. Även dagboksstudien från en onkologisk vårdavdelning visade att kommunikationen var en central del i vårdarbetet⁷. Detta ser inte författarna som något negativt utan snarare som något positivt. Studenter tycker att mer tid ska läggas på den professionella kommunikationen mellan olika professioner eftersom alla yrkeskategorier har olika kompetens och denna borde utnyttjas på ett effektivare och bättre sätt¹⁰. Forskning har även visat att under muntlig rapportering förmedlar sjuksköterskan i regel mer information från andra källor än sig själv vilket ger en bättre helhetsbild av patienten. Information angående patientens inskrivning, sjukdomshistoria samt vidare vårdplanering ges också mer frekvent under muntlig rapportering²⁹. Enligt Pelletier med flera³⁰ föredrar sjuksköterskorna själva att överföra information angående patienter muntligt och den professionella kommunikationen tar mycket av arbetstiden.

Ett annat intressant resultat är den höga andel privat tid som har observerats. Under ett skift uppgick den privata tiden till hela 137 minuter, detta är 92 minuter mer än den i arbetstiden inräknade rasttiden som var 45 min för dagskift. Men inte bara under detta skift observerades

stor andel privat tid, totalt observerades 371 minuter extra privat tid utöver den ordinarie rasttiden. Medelvärde på privat tid under dagskiftet var 78 minuter och under kvällsskiftet 50 minuter. Även detta motsäger den forskning som menar att sjuksköterskor har för lite tid att lägga på direkt patientvård^{5,8,9,11}. Även om privat tid såsom raster och toalettbesök är viktigt för en säker och bra arbetsmiljö²⁵ borde den privata tiden inte uppta så mycket av sjuksköterskans arbetstid.

4.3 Metoddiskussion

Att utföra strukturerade observationer har sina begränsningar. Då de observerade personerna är medvetna om att de blir observerade finns en uppenbar risk för att de ”ansträngt sig” och resultatet kan ha påverkats av detta. Det arbetssätt som visats upp under observationerna kan vara en modifierad bild av verkligheten^{23,31,32}. Författarna bedömde att på grund av sjuksköterskornas alla uppgifter som måste utföras under varje skift fanns inte tillräckligt med tidsutrymme för sjuksköterskorna att modifiera resultatet betydande. Men att utföra observationer med närvarande oberoende observatörer har visat sig vara den bästa och mest tillförlitliga metoden för denna typ av studie³³⁻³⁵.

Urvalsmetoden kan ha påverkat resultatet, de i studien ingående sjuksköterskorna kan ha varit atypiska för sjuksköterskorna på avdelningen²³. Men då resurser inte fanns till att inkludera alla sjuksköterskor som arbetade på avdelningen samt att bekvämlighetsurval enligt Polit och Beck²³ lämpar sig bra vid denna typ av studie valdes denna urvalsmetod.

P.g.a. bortfall var det inte möjligt att som från början var planerat observera endast sju sjuksköterskor under två skift vardera, men författarna anser att det faktum att detta inte gjordes inte borde ha påverkat resultatet. Bortfallet genererade att fler sjuksköterskor blev observerade än som från början var planerat vilket borde ha gett ett för avdelningen mer generellt resultat.

Kategoriseringsschemat som använts har både styrkor och svagheter. En styrka var att kategoriseringsschemat var väl anpassat till att svara på studiens syfte och till avdelningens arbetsstruktur. Endast ett fåtal gånger hade författarna svårigheter med att placera en enskild klockad arbetsuppgift under rätt kategori. Svagheter med kategoriseringsschemat är att det inte har prövats innan i denna version. Eftersom kategoriseringsschemat för denna studie är en egenmodifierad version och därmed unikt finns svårigheter med att jämföra denna studies resultat med andra eftersom kategorierna identifieras något olika beroende på använt kategoriseringsschema.

Observationerna utfördes av båda författarna, var för sig, detta kan ha påverkat resultatets interbedömarreliabilitet²³. För att minimera den risken gjordes första observationens början av båda författarna för att klargöra hur olika uppgifter skulle bedömas, klara förbestämda identifieringar av kategorierna fanns samt att bedömningssvårigheter diskuterades författarna emellan under eller efter observationsskiften.

Då dubbelarbete inte klockats föll viss tid spenderad på olika kategorier bort, detta gäller framförallt kategorin professionell kommunikation eftersom kommunikationen ofta skedde spontant och under redan pågående arbetsuppgift.

Observatörerna följde inte med in i patientsalarna och vet därför inte alltid vad sjuksköterskorna gjorde där, men detta har ingen direkt betydelse för resultatet då all tid spenderad i närhet till patient definierats som direkt patientvård.

Eftersom endast vardagar observerats får man ingen bild av hur helgarbetet ser ut vilket hade varit intressant då vården fortgår även dessa dagar. Men på grund av att observationsperioden var tidsbegränsad och helgskiften i regel ser annorlunda ut, dels med annorlunda bemanning och färre vårdplatser valdes att bara observera vardagar.

Att uträkningarna har skett manuellt ser författarna som en styrka då detta har skett omfattande och noggrant samt att alla uträkningar gjorts av båda författarna vid olika tidpunkter.

Då observationer endast utförts på en enskild onkologisk vårdavdelning ska generalisering av resultatet till andra liknande avdelningar göras med försiktighet eftersom lokala rutiner kan skilja sig åt.

4.4 Allmän diskussion

Resultatet ifrån denna studie kan vara ett underlag för diskussion, framförallt inom den undersökta avdelningen, men också för andra avdelningar. Att få en indikation till hur verklighetens arbetstidsfördelning ser ut kan ge ett bra första underlag till utveckling och förbättring av vårdarbetet inom organisationen. Resultatet kan också fungera som en tankeställare hos den enskilda sjuksköterskan, eventuella uppfattningar om vilka arbetsuppgifter som tar mycket/liten tid kan komma att ändras.

Mer forskning behöver göras i Sverige för att få en bild över hur sjuksköterskors arbetstidsfördelning ser ut nationellt då denna enskilda studie inte ger något generellt resultat. Intressant vore också att genomföra liknande studier utförda på avdelningar med olika arbetssätt, t.ex. en avdelning där modellen patientnärmre vård anammats fullt ut, för att kunna

jämföra hur arbetstidsfördelning ser ut under olika arbetsmodeller. Intressant vore även att undersöka hur sjuksköterskorna själva uppfattar sitt arbete och sin fördelning av arbetstid för att få ytterligare indikationer på om en förändring inom organisationen behövs eller inte.

4.5 Slutsats

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskors arbetstid fördelas mellan olika arbetsuppgifter på en onkologisk vårdavdelning. Fokus lades på arbetstidsfördelningen mellan direkt patientvård, indirekt patientvård samt andra göromål. Resultatet visade att ca en tredjedel av arbetstiden spenderades med direkt patientvård. Resultatet indikerar också på att en förbättringspotential finns, mycket av den indirekta patientvården skulle kunna utföras i närmare anslutning till patienten om en annan arbetsmodell anammades. Då sjuksköterskorna har tid över skulle mindre tid kunna läggas på andra göromål och därmed också öka tiden till direkt eller indirekt patientvård.

5. Tack

Vi vill först och främst tack avdelningen, vårdenhetschefen och sjuksköterskorna som arbetar där för att vi fick var där och utföra studien. Tack för er positiva inställning och det trevliga bemötande vi fick!

Vi vill också tacka vår handledare Maria Lindberg för hennes engagemang och allt stöd vi fått igenom hela den här processen, från PM skrivandet till färdig uppsats.

Utan er hade denna studie inte varit möjlig att genomföra!

6. Referenser

1. Svensk sjuksköterskeförening. Omvårdnad och god vård. Juni 2009. Tillgänglig: [http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Nr%20109,%201%20sept,%20OM%20Omv%C3%A5rdnad%20\(4\).pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/Nr%20109,%201%20sept,%20OM%20Omv%C3%A5rdnad%20(4).pdf) Hämtad 2013-03-11
2. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grundläggande omvårdnad del 4. Stockholm: Liber AB; 2006.
3. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grundläggande omvårdnad del 1. Stockholm: Liber AB; 2005.
4. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. 2005. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf hämtad: 2013-03-13
5. Furåker C. Registered Nurses' views on their professional role. J Nurs Manag 2008;16:933–41.
6. Hellbom M, Thomé B. Perspektiv på onkologisk vård. Lund: Studentlitteratur; 2011.
7. Skott C, Ericsson A. Clinical caring - the diary of a nurse. J Clin Nurs 2005;14:916-21.
8. Hallin K, Danielsson E. Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. Int J Nurs Stud 2007;44:1221–30.
9. Molazem Z, Ahmadi F, Mohammadi E, Bolandparvaz S. Improvement in the nursing care quality in general surgery wards: Iranian nurses' perceptions. Scand J Caring Sci 2011;25:350-56.
10. Holmström I, Larsson J. A tension between genuine care and other duties: Swedish nursing students' views of their future work. Nurse Educ Today 2005;25:148–55.
11. Andersson L, Burman M, Skär L. Experiences of caretime during hospitalization in a medical ward: older patients' perspective. Scand J Caring Sci 2011;25:646–52
12. Kiessling T, Kjellgren KI. Patienters upplevelser av delaktighet i vården. Vård i Norden 2004;24:31-35.
13. Inde M. Vad innebär patientnärmre vård? 2011. Tillgänglig: <http://www.liv.se/Snabblankar/Samarbete/Patientnarmre-var/Vad-innebar-PNV/> Hämtad: 2013-03-11
14. Häman AE, Edström A. Patientnärmre vård – Framtidens vård. En rapport från Memeologen om ett systematiskt förändringsarbete med fokus på mötet. 2009. Tillgänglig:

- <http://www.vll.se/Sve/Centralt/Standardsidor/OmLandstinget/Memeologen/Nedladdningsboxar/Filer/Patientn%c3%a4rmrev%c3%a5rd.pdf> hämtad: 2013-03-11
15. Lindgren R. "Patientnärmre vård bidrar till bättre arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet". *Chefer & Ledare i vården*. 2011;2:16-19
 16. Kjörnsberg A, Karlsson L, Babra A, Wadesten B. Registered nurses' opinions about patient focused care. *Aust J Adv Nurs* 2010;28:35-44.
 17. Henson E, Riessen F. Patientens upplevelse av patientnärmre vård. En intervjustudie. Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad; 2009.
 18. Lundgren S, Segesten K. Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing. *J Nurs Manag* 2001;9:13-20.
 19. Williams H, Harris R, Turner-Stokes L. Work sampling: a quantitative analysis of nursing activity in a neuro-rehabilitation setting. *J Adv Nurs* 2009;65:2097-107.
 20. Westbrook J, Duffield C, Li L, Creswick JN. How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses, patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Serv Res* 2011;11:319
 21. Gardner G, Gardner A, Middleton S, Della P, Kain V, Doubrovsky A. The work of nurse practitioners. *J Adv Nurs* 2010;66:2160–69.
 22. Duffield C, Wise W. Tell me what we do? Using work sampling to find the answer. *Aust J Adv Nurs* 2003;20:19–23.
 23. Polit DF, Beck CT. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
 24. Ballermann MA, Shaw TN, Mayes CD, Gibney RTN, Westbrook JI. Validation of the Work Observation Method By Activity Timing (WOMBAT) method of conducting time-motion observations in critical care settings: an observational study. *BMC Med Inform Decis Mak* 2011;11:32.
 25. Westbrook J, Ampt A. Design, application and testing of the Work Observation Method by Activity Timing (WOMBAT) to measure clinicians' patterns of work and communication. *Int J Med Inform* 2009;78S:S25–S33.
 26. Sykepleiernes samarbeid i norden. Etiske retningslinjer for omvårdnadsforskning i norden. 2003. Tillgänglig: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf> hämtad: 2013-03-11.

27. Svensk författningssamling (SFS). Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.htm> hämtad: 2013-03-13
28. Svensk författningssamling (SFS). Patientdatalag (2008:355). Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20080355.HTM> hämtad: 2013-03-13
29. Jefferies D, Johnson M, Nichollis D. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemp Nurse* 2012;42:129–38.
30. Pelletier D, Duffield C, Donoghue J. Documentation and the transfer of clinical information in two aged care settings. *Aust J Adv Nurs* 2005;22:40-45.
31. Pelletier D, Duffield C. Work sampling: valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nurs Health Sci* 2003;5:31–38.
32. McCarney R, Warner J, Iliffe S, van Haselen R, Griffin M, Fisher P. The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:30
33. Hoffman LA, Tasota FJ, Scharfenberg C, Zullo TG, Donahoe MP. Management of Patients in the Intensive Care Unit: Comparison Via Work Sampling Analysis of an Acute Care Nurse Practitioner and Physicians in Training. *Am J Crit Care* 2003;12:436-43
34. Gardner G, Gardner A, Middleton S, Gibb M, Della P, Duffield C. Development and validation of a novel approach to work sampling: a study of nurse practitioner work patterns. *Aust J Adv Nurs* 2010;27:4-12.
35. Ampt A, Westbrook J, Creswick N, Mallock N. A comparison of self-reported and observational worksampling techniques for measuring time in nursing tasks. *J Health Serv Res Policy* 2007;12:18–24.