

***Planerad processororienterad omvårdnad
- nytta och implementering***

Inger Jansson



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Göteborg 2010

COPYRIGHT © Inger Jansson
ISBN 978-91-628-8043-9

Printed in Sweden by Intellecta Infolog AB Göteborg

Till Maria och Lisa

ABSTRACT

Planned process-oriented nursing care - benefits and implementation

Inger Jansson

Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy,
University of Gothenburg, Sweden

To ensure the provision of good and safe nursing care in the ward, the nursing needs of each patient should be established and clearly documented in the form of care plans in his/her medical record. There is a lack of scientific evidence of the benefits of this method of working as well as why this part of the nursing process is not always successful. The main aim of this thesis was to describe the assessment and decision-making process pertaining to nursing needs performed by nurses, to evaluate the consequences of planned, process oriented nursing care and to identify the factors and conditions that have had an impact on the implementation of individual care plans (ICP) and standardized care plans (SCP).

In studies I and III, qualitative methods were used. In study I, data collection and analysis were carried out by means of Grounded theory. Study III was conducted by means of directed content analysis and guided by “The Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework”. In studies II and IV, quantitative methods were employed.

The benefits of a planned, process oriented method of working involving documentation of care plans have been investigated from the perspective of both the patient and the nurse. Nurses who applied the process oriented method adopted a nursing perspective in the assessment of and decision making pertaining to the patient’s nursing needs, which was not the case with nurses who did not work in this way and who instead exhibited a more medical approach (I). Patients cared for in wards where care plans were documented reported being more involved and that the care was more tailored to their individual needs compared to those not cared for in this manner (II). Leadership that prioritises the development of nursing care is essential for the implementation and continued use of ICPs and SCPs. Another important factor was the presence of internal facilitators in the ward in the form of nurses with a clear mandate to work with these issues. The nurses reported that they did not discuss scientific evidence as a basis for performing planned process oriented nursing care and that they did not listen to patient experiences to any great extent (III, IV).

The conclusion is that structured, process oriented nursing care based on written care plans probably promotes the nursing perspective and enables patient participation. Leadership as well as facilitators with a clear role and mandate are important factors in the implementation of this method of working and scientific evidence is of less importance.

Keywords: Nursing process, assessment, judgment, individual care plans, standardized care plans, implementation, PARIHS framework

ISBN: 978-91-628-8043-9

Göteborg 2010

ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen baseras på följande delstudier:

- I. Jansson, I., Pilhammar, E., & Forsberg, A. (2009). Obtaining a Foundation for Nursing Care at the time of Patient Admission: A Grounded Theory Study. *The Open Nursing journal*, 3, 56-64.
- II. Jansson, I., Pilhammar, E., & Forsberg, A. (2009). Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing sensitive outcome indicators. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10, 1-8. [Epub ahead of print] doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01233.
- III. Jansson, I., Pilhammar, E., & Forsberg, A. (2010). Factors and conditions that have an impact in relation to a successful implementation and maintaining of individual care plans. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. In press.
- IV. Jansson, I., Bahtsevani, C., Pilhammar, E., & Forsberg, A. (2010). An evaluation of factors and conditions that influence the implementation of standardized nursing care plans. *Submitted*.

INNEHÅLL

INLEDING	11
BAKGRUND	12
Styrdokument	12
Omvårdnadsperspektiv	13
Omvårdnadsprocessen	14
Bedömning och beslutsfattande	15
Vårdplanering	16
Omvårdnadsdokumentation	17
Evidensbaserad omvårdnad	18
Omvårdnads känsliga resultatindikatorer	19
Implementering	19
Tidigare forskning	21
Bedömning och beslutsfattande	21
Omvårdnadsdokumentation	22
Implementering	23
Nytta för patienterna	24
SYFTE	26
Syfte för respektive delstudie	26
METOD	27
Perspektiv och utgångspunkter	27
Involverade vårdavdelningar och deltagare	29
Datainsamling	30
Kvalitativa studier (I och III)	30
Delstudie I	30
Delstudie III	30
Kvantitativa studier (II och IV)	31
Delstudie II	31
Delstudie IV	32
Dataanalys	32
Grundad teori (I)	32
Innehållsanalys (III)	33
Statistisk analys (II och IV)	34
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	35
RESULTAT	36
Bedömning och beslutsfattande (I)	36
Resultat av given omvårdnad (II)	37
Implementering av individuella vårdplaner (III)	38
Implementering av standardiserade vårdplaner (IV)	40

DISKUSSION	42
Metoddiskussion	42
Kvalitativa studier (I, III)	42
Kvantitativa studier (II, IV)	43
Resultatdiskussion	44
Omvårdnadsperspektiv	45
Bedömnings- och beslutsfattande	46
Nyttan av planerad omvårdnad ur patientens perspektiv	47
Implementering av vårdplaner	48
Evidens	48
Sammanhang	49
Underlättande funktioner	49
SLUTSATSER	51
KLINISK ANVÄNDBARHET	52
FORTSATT FORSKNING	53
FRAMTIDSPERSPEKTIV	54
ENGLISH SUMMARY	55
TACK	59
REFERENSER	60
STUDIE I-IV	

I AVHANDLINGEN ÅTERKOMMANDE FÖRKORTNINGAR

CP	Clinical pathway
EQ-5D	Euroquol five dimensions
GT	Grundad teori (eng. grounded theory)
IVP	Individuell vårdplan
KUPP	Kvalitet ur patientens perspektiv
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NSOI	Nursing sensitive outcome indicators
OVD	Omvårdnadsdiagnos
PARIHS	The Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework
SVP	Standardvårdplan

INLEDNING

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar ingår att bedöma patienters omvårdnadsbehov, planera och genomföra omvårdnad samt att utgå från evidensbaserad kunskap. Sjuksköterskan har en lagstadgad skyldighet att dokumentera omvårdnaden. För att bedriva en god och säker omvårdnad på vårdavdelningen ska varje patients omvårdnadsbehov fastställas och synliggöras i form av vårdplaner i patientens journal. Detta kan sjuksköterskan göra både i form av individuella vårdplaner (IVP), där nya planer fastställs utifrån specifika omvårdnadsproblem, och genom att arbeta utifrån standardiserade vårdplaner (SVP), vilka har arbetats fram utifrån omvårdnadsproblem som är förekommande på avdelningen. Trots att grundutbildningen till sjuksköterska betonar att sjuksköterskans har omvårdnadsansvar och att vården ska vila på vetenskaplig grund tillämpas detta arbetssätt inte alltid i vårdverksamheten. Att gapet är så stort mellan hur sjuksköterskan i kliniskt arbete genomför och dokumenterar omvårdnad utifrån omvårdnadsprocessen jämfört med vad som är fastställt i styrdokument och vad som ingår i undervisningen på lärosätena kan tyda på att arbetet med att implementera stegen i omvårdnadsprocessen i verksamheten har brutit.

Idag saknas tillräcklig vetenskaplig kunskap om nyttan av detta arbetssätt samt orsaken till att implementeringen av dessa steg i omvårdnadsprocessen, trots lagstiftning och utbildning, inte fungerat tillfredställande. Det övergripande syftet med avhandlingen är att beskriva hur sjuksköterskan genomför bedömning och beslutsfattande för att finna patientens omvårdnadsbehov, samt om detta påverkas av om hon/han arbetar i en kultur där ett planerat processorienterat arbetssätt genomförs i form av att vårdplaner fastställs. Avhandlingen avser också att besvara om arbetet med att fastställa vårdplaner påverkar resultatet av den omvårdnad patienten erhållit. Slutligen har försök gjorts att kartlägga vilka faktorer och förutsättningar som har påverkat implementering av ett planerat, processorienterat arbetssätt, där såväl IVP som SVP har införts. I denna avhandling har fokus varit på om sjuksköterskor använder IVP och/eller SVP i sitt kliniska arbete, eller inte. Ett grundantagande har varit att där SVP och IVP används finns ett planerat processorienterat arbete etablerat. Det är dock inte klarlagt eller studerat om detta arbetssätt också finns etablerat på enheter som inte arbetar med IVP eller SVP.

BAKGRUND

För att motsvara de krav som ställs på sjuksköterskan att bedriva en planerad processororienterad omvårdnad har studier och utredningar visat att kunskaper och kompetens inom följande områden är betydelsefulla:

- att ha kännedom om styrdokument som reglerar planerad, processororienterad omvårdnad
- att utgå ifrån ett omvårdnadsperspektiv
- att arbeta utifrån omvårdnadsprocessens steg samt
- att bedriva evidensbaserad omvårdnad

För att följa upp hur given omvårdnad har påverkat patienten krävs också ett kvalitetsarbete där omvårdnadskänsliga kvalitetsindikatorer mäts kontinuerligt. Ovanstående områden kommer att behandlas utförligare nedan, där också implementering av ett arbetssätt som innefattar dokumentation av vårdplaner kommer att diskuteras. Avslutningsvis görs en genomgång av tidigare forskning med relevans för avhandlingens innehåll.

Styrdokument

För att uppnå en god vårdkvalitet skall enligt Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivas för att säkerställa kraven på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet. Sex kvalitetsområden har definierats som krav på god vård, vilka säger att hälso- och sjukvården ska vara:

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- säker
- patientfokuserad
- effektiv
- jämlik samt
- ges i rimlig tid (Socialstyrelsen, 2006a)

Dessa områden återfinns också i Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763). För att utveckla kvaliteten på vården bör enligt Socialstyrelsen (2006a) de nationella kunskapsöversikter som finns tillgängliga användas. Exempel på kunskapsöversikter är Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2010a) och rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2010). Utifrån dessa bör lokala vårdprogram utarbetas där ansvar, mål, riktlinjer, rutiner samt behandlingsprocesser beskrivs. Som ett sista steg ska också vården av varje patient kunna följas i dokumentationen (Socialstyrelsen, 2006a). Enligt Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, ska sjuksköterskan:

självständigt tillämpa omvårdnadsprocessen genom observation, bedömning (omvårdnadsanamnes, status, mål), omvårdnadsdiagnostik, omvårdnadsordination, planering, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad samt kritiskt granska egen dokumentation vad gäller innehåll, saklighet, struktur och språkbruk (Socialstyrelsen, 2005, s.11).

Enligt Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) krävs att det finns informationssystem och rutiner som säkerställer att alla åtgärder som rör en viss patient ska kunna identifieras och spåras i dokumentationen.

Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531) fastställer att den som har legitimation eller särskilt förordnande att utföra visst yrke är skyldig att föra journal. Hur denna journal ska föras är fastställt i Patientdatalagen (SFS 2008:355) och beskrivs utförligare i Socialstyrelsens föreskrifter om informationshandtering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14). Dessa föreskrifter tar inte upp specifikt vad varje profession ska dokumentera, utan anger istället att journalen bland annat ska innehålla aktuellt hälsotillstånd, uppgifter om vårdplanering, ordinationer och olika behandlingar, undersökningsresultat samt sammanfattningar av genomförd vård vilket innebär att alla delarna i omvårdnadsprocessen ska dokumenteras. Denna författning tar även upp att vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för hur patientens uppgifter ska dokumenteras, samt att nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk ska användas så långt som möjligt.

Omvårdnadsperspektiv

Grunden för att kunna bedriva omvårdnad är att sjuksköterskan har ett omvårdnads-perspektiv. Detta är speciellt viktigt då sjuksköterskan arbetar i team där varje profession utgår från sitt perspektiv. Skillnaden mellan omvårdnad och medicin är enligt Pesut (2007) att sjuksköterskor formulerar problem som utgår ifrån patientens subjektiva upplevelse av ohälsa, medan läkare formulerar problem i termer av sjukdom och patofysiologi. Foucault (2003) har i sin bok "The birth of the clinic" beskrivit hur synen på sjukdom och ohälsa ändrades i västvärlden under slutet av 1800-talet. När sjukhusen utvecklades var det viktigt att få bort synen på sjukdom som något ont. Ett helt nytt kunskapsområde skulle bildas och för detta område behövdes en objektiv grund som var synlig och kunde beskrivas. Därför framhölls ett synsätt, där sjukdom endast diskuterades i termer av anatomiska förändringar, och patienten sågs som ett objekt. Konstruktionen av medicinska diagnoser behövdes för att kunna dela in patienterna i kollektiva, homogena grupper. Tecken (eng. signs) på sjukdom blev viktiga. Detta var också till nytta för individerna i samhället, vilka kunde se på sjukdom och död som något vetenskapligt förklarat anatomiskt problem som individen inte själv bar ansvaret för. I denna utveckling fick den medicinska vetenskapen stor makt inom sjukvården (Foucault, 2003).

Henderson (1994) har utifrån Foucaults (2003) analys av vårdens utveckling försökt förstå sjuksköterskans kliniska arbete. Hon kommer fram till att det synsätt som Foucault beskriver och som är rådande i vården påverkar sjuksköterskan vars viktigaste

uppgift blir att samla in information om patientens fysiologiska status. Då denna biologiska kunskapssyn har en sådan kraftfull position i vården, finns det inte utrymme för sjuksköterskan att utveckla omvårdnadskunskapen utifrån ett hermeneutiskt (tolkande) synsätt, där sjuksköterskan utgår från patientens subjektiva upplevelse av sin ohälsa. Det innebär en risk för att kvalitén på interaktionen mellan patient och sjuksköterska blir låg, då den inte prioriteras (Henderson, 1994). Enligt Good och Good (1981) tolkar vårdpersonalen patientens symtom utifrån skilda synsätt. Detta kan innebära att patientens förståelse av sin sjukdom blir helt beroende av vilket synsätt vårdpersonalen utgår ifrån. Ett naturvetenskapligt synsätt hos vårdpersonalen kan enligt Good och Good endast förklara patientens tillstånd medan ett hermeneutiskt synsätt som bygger på humanvetenskap handlar om att tolka patientens upplevelse av ohälsa. Good och Good (1981) har jämfört hur det kliniska arbetet påverkas utifrån om personalen utgår från naturvetenskap eller humanvetenskap. Nedan har detta åskådliggjorts (tabell 1) för att visa på vad som är specifikt för ett omvårdnadsperspektiv, som bygger på humanvetenskap, jämfört med ett medicinskt perspektiv, vilket har sin bas i naturvetenskapen.

Tabell 1. Jämförelse mellan naturvetenskapligt respektive humanvetenskapligt synsätt i kliniskt arbete, utvecklat utifrån Good och Goods modell (1981)

Medicinskt perspektiv med utgångspunkt i naturvetenskap	Omvårdnadsperspektiv med utgångspunkt i humanvetenskap
Identifiera och registrera tecken på kroppsliga funktionsnedsättningar.	Identifiera patientens upplevelse och orsaker till varför hon/han sökt vård.
Genomföra objektiva mätningar såsom undersökningar och laborietester.	Utvärdera patientens förklaring till och förståelse av sina symtom.
Förklara relation mellan tecken och somatisk sjukdom.	Förstå relation mellan symtom och det sammanhang patienten lever i.
Fastställa medicinsk diagnos.	Förståelse för orsak till ohälsa.
Behandla den somatiska sjukdomen.	Hjälpa patienten att förstå varför symtomen uppstår samt hur hon/han kan lindra upplevelsen av dessa.

Då läkare och sjuksköterskor arbetar i team är risken att även sjuksköterskan utgår från det medicinska perspektivet på grund av dess starka position i framförallt den slutna somatiska vården, vilket kan leda till att patientens behov av omvårdnad förbises.

Omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsprocessen kan ses som en beskrivning av sjuksköterskans ansvarsområde (Kirkevold, 1992), där processen kan fungera som en problemlösningsmodell för sjuksköterskan och utgöra ett ramverk för kritiskt tänkande, då den överrensstämmer med forskningsprocessens steg (Fesler-Birch, 2005; Finch, 1979). Trots att flera om-

vårdnadsteoretiker har utvecklat beskrivningar av omvårdnadsprocessen består alla av liknande faser. Dessa kan enligt Yura och Walsh (1988) beskrivas i fyra faser:

1. Bedömning: omvårdnadshistoria, hälsobedömning och omvårdnadsdiagnos.
2. Planering: måldefinition, prioritering, omvårdnadsstrategier och vårdplan.
3. Genomförande: åtgärder som har definierats i vårdplanen och som genomförs i syfte att uppnå definierade mål och optimalt kunna möta patientens behov.
4. Utvärdering: en värdering av förändringen som patienten upplever i relation till uppsatta mål och som ett resultat av sjuksköterskans åtgärder.

I denna avhandling beskrivs och diskuteras omvårdnadsprocessen som en modell över hur sjuksköterskan ska planera, genomföra och utvärdera omvårdnad. De steg som främst kommer att behandlas är bedömning och planering.

Bedömning och beslutsfattande

Bedömning (eng. nursing assessment), är den första fasen i omvårdnadsprocessen, och innebär både bedömning av patientens hälsotillstånd samt beslutsfattande om patientens behov av omvårdnad, vilket kan fastställas i form av omvårdnadsdiagnoser (OVD).

Denna fas definieras som:

An identification by a nurse of the needs, preferences, and abilities of a patient. Assessment follows an interview with and observation of a patient by the nurse and considers the signs and symptoms of the condition, the patients' verbal and nonverbal communication, medical and social history, and any other information available. It is the first step of the nursing process (Cinahl subject heading).

Sammanfattningsvis ska alltså en bedömning göras av patientens hälsohistoria, symptom och tecken, risker, behov, önskemål och resurser. Skillnaden mellan symptom och tecken kan definieras som att:

sign is defined as an objective manifestation of disease that can be determined by a physician: a symptom is subjective evidence of a disease reported by the patient (Encyklopedia Britannica, 2006).

När omvårdnadens perspektiv diskuterades ovan beskrevs att omvårdnaden utgår från patientens subjektiva upplevelse, det vill säga symtomen, men för att kunna bedöma patientens behov behöver sjuksköterskan också undersöka tecken på ohälsa. I samband med patientens ankomst till vårdenheten gör sjuksköterskan en bedömning av patientens omvårdnadsbehov genom att intervjua och observera patienten. Målet med ankomstsamtal är att etablera en vårdrelation, bedöma patientens omvårdnadsbehov samt ge information (Moene, 2005). Björvell (2001) argumenterar för att uttrycket "ankomstsamtal", vilket är vedertaget i Sverige, bör ändras till ankomstbedömning

för att mer lägga fokus på att sjuksköterskan ska genomföra en bedömning i form av såväl intervju som observation. Bedömningsfasen avslutas med att sjuksköterskan fastställer en eller flera omvårdnadsdiagnoser, vilket kan definieras som:

a statement of conclusion resulting from recognition of the pattern derived from a nursing investigation of the patient (Thomas & Coombs, 1979, s. 73).

Omvårdnadsdiagnos har också definierats av North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) som:

a clinical judgement about an individual, a family or a community's responses to actual and potential health problems/life processes. Nursing diagnoses provide the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse is accountable (NANDA International, 2003, s 219).

För att fatta beslut om patientens omvårdnadsbehov måste sjuksköterskan ha fångat vad som ingår i professionens ansvarsområde och tillägnat sig kunskap i kritiskt tänkande och reflektion (Pesut, 2007; Björvell, Wredling & Thorell-Ekstrand, 2003).

Beslutsfattandet kan utgå från tre olika perspektiv enligt en litteraturgenomgång av Banning (2008). Den första, vilken kan översättas med ”modell för bearbetning av information” (eng. the information-processing model) utgår från ett naturvetenskapligt perspektiv med rötter i medicinskt beslutsfattande och har använts för att beskriva hur sjuksköterskans beslut leder fram till en hypotes. Denna hypotes testas sedan för att antingen fastställas eller avfärdas, genom ett så kallat hypotetiskt -deduktivt kvantitativt förhållningssätt. Det andra perspektivet, den ”intuitiva humanistiska modellen” (eng. the intuitive-humanistic model) fokuserar på att igenkännande av situationer underlättar beslutsfattandet. Intuition innebär att sjuksköterskan baserat på sin erfarenhet förstår vilka problem och behov patienten har utan att rationellt kunna beskriva vilket underlag bedömningen har skett utifrån. Det tredje perspektivet, den ”kliniska beslutsmodellen” (eng. the clinical-decision model) utgår både från ett hypotetiskt-deduktivt förhållningssätt och från ett igenkännande av situationer. De centrala delarna i denna modell är att sjuksköterskan utgår från befintliga data om patienten, att hon/han kan förutse och hantera risker utifrån både situationen och patienten, och att detta resulterar i en hypotes som leder till åtgärder (Banning, 2008). Även Benner (1993) har beskrivit sjuksköterskans utveckling. I början av sin yrkesutveckling ses hon/han som novis som använder ett hypotetiskt -deduktivt förhållningssätt och främst ser tecken, för att genom erfarenhet nå fram till att bli en expert, som utgår mer från intuition.

Vårdplanering

Andra fasen i omvårdnadsprocessen, planering, inkluderar måldefinition, prioritering, omvårdnadsstrategier och avslutas med att en vårdplan utvecklas för patienten (Yura & Walsh, 1988). Begreppet ”vårdplan” (eng. care plan) används i denna avhandling synonymt med begreppet ”omvårdnadsplan” (eng: nursing care plan) och avser en

nedskriven planering där patientens omvårdnadsdiagnos(er) har fastställts, mål har definierats och åtgärder har ordinerats. En vårdplan kan vara individuell (IVP), där en specifik plan utformas utifrån varje patients omvårdnadsproblem. Vårdplanen kan också vara standardiserad och riktad mot en grupp patienter med likartade problem. Begreppet standardvårdplan (SVP) har i Sverige definierats som:

Standardvårdplanen (SVP) är en generell handlingsplan formulerad i enlighet med omvårdnadsprocessen. Den anger en basnivå för sjuksköterskans omvårdnadsinsats och kan användas för patienter med samma medicinska diagnos, för patienter som går igenom likartad behandling eller för patienter med likartad omvårdnadsproblematik. Planen ska ge utrymme för viss individualitet, men ska om den visar sig otillräcklig kompletteras med en individuell vårdplan (IVP) (Forsberg & Edlund, 2003, s. 19).

Användande av såväl IVP som SVP bör ha föregåtts av en bedömning samt beslutsfattande kring patientens omvårdnadsbehov följt av planerade åtgärder.

Omvårdnadsdokumentation

En tydlig omvårdnadsdokumentation krävs för att kunna följa bedömningar och beslut fattade kring patienten, samt även för att följa upp resultat av given omvårdnad. Ehnfors och Ehrenberg (2007) tar upp tre förutsättningar för att dokumentera omvårdnad:

1. att sjuksköterskan har kunskap om aktuella föreskrifter som reglerar dokumentationen,
2. att sjuksköterskan är tränad i att arbeta enligt omvårdnadsprocessen, samt
3. att vårdorganisation och rutiner stödjer detta arbete

Fram till början av 1990-talet var sjuksköterskans dokumentation av omvårdnadsåtgärder i Sverige mycket bristfällig. Dokumentationen sparades i regel endast som journalhandling om den innehöll information om givna läkemedel och dess effekt eller andra åtgärder som sjuksköterskan hade utfört på ordination av läkare. I början av 1990-talet utvecklades i Sverige en evidensbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen, den så kallade VIPS -modellen. Förkortningen VIPS står för: Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet. Modellen avser att bidra till strukturerad dokumentation med hjälp av sökord (Ehrenberg, Ehnfors & Thorell-Ekstrand, 2000). Sökorden beskriver relevanta termer för bedömning (t.ex. kommunikation, nutrition, smärta) och åtgärder (t. ex. skötsel, träning, stöd). VIPS -modellen, som fick stort genomslag i landet, implementerades i samband med att det kom styrdokument (SOSFS 1993:17; SOSFS 1993:20) som fastställde att sjuksköterskan ska dokumentera alla steg i omvårdnadsprocessen. Dessa styrdokument försvann i samband med ny lagstiftning i form av Patientdatalagen (SFS 2008:355) som också fastställer att alla steg av patientens väg genom vården ska dokumenteras av alla professioner som innehar legitimation. Hittills har VIPS -modellens indelning och sökord varit den ledande strukturen för dokumentation av omvårdnad i Sverige. Modellen

fastställer dock inte hur OVD ska formuleras vilket kan ske på två sätt. Det sätt som vanligtvis har använts i Sverige innebär att sjuksköterskan med egna ord beskriver patientens problem eller behov, vad de är relaterade till samt dess konsekvenser. Allra helst, används patientens ord. Detta sker utifrån en struktur som kallas "PES", vilket står för: Problem, Etiologi och Symtom. Motivet bakom modellen som har utvecklats av Carnevali (1996) är att omvårdnaden ska bli mer individualiserad. Ett annat sätt som idag är under stark utveckling är att använda fastställda OVD utifrån en klassifikation av omvårdnadsdiagnoser. Exempel på en sådan klassifikation är NANDA, vilken idag används i många länder tillsammans med klassifikationer av omvårdnadsåtgärder, Nursing Intervention Classification (NIC), samt av resultat, Nursing Intervention Outcome, (NOC) (Johnson, 2006).

Evidensbaserad omvårdnad

För att kunna ge patienten bästa möjliga omvårdnad behöver sjuksköterskan utveckla ett arbetssätt där hon/han använder sig av evidensbaserad kunskap, vilket kan definieras som:

An ongoing process by which evidence, nursing theory and the practitioners' clinical expertise are critically evaluated and considered, in conjunction with patient involvement, to provide delivery of optimum nursing care for the individual (Scott & McSherry, 2009, s. 1089).

Enligt Scott och McSherry (2009) är det specifika med evidensbaserad omvårdnad att sjuksköterskan gör bedömningar och fattar beslut baserade på forskning, teori och erfarenhet om bästa möjliga omvårdnad vilket även innefattar patientens erfarenheter. Processen fortsätter med en utvärdering, vilken följs av nya beslut baserade på resultatet av utvärderingen. Denna process har åskådliggjorts i en modell bestående av fyra nivåer.

1. Forskningsbevis i form av nationella riktlinjer och andra sammanställningar samt accepterad empirisk forskning.
2. Lokala riktlinjer, praktisk erfarenhet och omvårdnadsteori.
3. Beslut av sjuksköterskan, där expertkunnandet och erfarenheten från nivå 1 och 2 har vägts samman och kritiskt värderas.
4. Patienten görs delaktig i beslutsfattandet och bidrar till genomförandet. Utvärdering pågår genom hela processen.

Därefter återgår processen till nivå 1 och så vidare (Scott & McSherry, 2009). En semantisk analys av begreppet evidens har visat att det har störst bindning till begreppen uppenbar, påtaglig, obestridlig, tydlig och klar (Eriksson, Norman & Myllymäki, 1999). Evidensbaserad vård kan ses både som en process för att systematiskt sammanställa, kvalitetsgranska, värdera, tolka och tillämpa befintliga forskningsresultat, och ett förhållningssätt, där sjuksköterskan har en vilja att tillämpa bästa möjliga tillgängliga vetenskapliga bevis som underlag för vårdbeslut (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Omvårdnads känsliga resultatindikatorer

Dokumentation av alla steg i omvårdnadsprocessen kan ses som en kvalitetsindikator på processen eftersom syftet med detta är att dokumentationen ska vara ett redskap för hög kvalitet på vården och garantera kontinuitet och säkerhet under vårdtiden, samt underlätta användandet av evidensbaserad vård. Begreppet kvalitetsindikator kan beskrivas som ett kvantitativt mått, där vårdens genomförande och resultat kan följas och mätas (Ehnfors & Ehrenberg, 2007). För att mäta kvaliteten på given omvårdnad, kan omvårdnads känsliga resultatindikatorer användas. I engelsk litteratur benämns dessa Nursing Sensitive Outcome Indicators (NSOI). Dessa indikatorer fokuserar på:

how patients, and their conditions, are affected by their interaction with nursing staff (American Nurses Association 1995, s. viii).

Enligt en litteraturgranskning av Doran (2003) kan omvårdnads känsliga resultatindikatorer indelas i följande grupper:

- Funktionella; där fysiska och psykosociala funktioner kopplade till möjlighet till egenvård kan knytas,
- Kliniska; vilket inkluderar symtomkontroll och skötsel,
- Perceptuella; vilket innebär nöjdhet med omvårdnaden och med resultatet av den, samt
- Säkerhet; där förekomst av incidenter och komplikationer såsom tromboser, fall, blödning och infektioner ingår.

Senare har International Council of Nurses [ICN] (2010) också lagt till gruppen, nyttjande av hälso- och sjukvård, vilken innehåller vårdtid på grund av ökad sjuklighet, oplanerade akutsjukvårdsbesök och återinläggning på sjukhus. En litteraturöversikt av Blegen (2006), visade att den patientsäkerhet som kunde relateras till omvårdnad, var mest synlig på vårdavdelningar inom sjukhusvård. De vanligaste resultatindikatorerna som kunde relateras till omvårdnad var lunginflammation, misslyckad återupplivning, urinvägsinfektioner, och dödlighet, men även fall och skador såsom trycksår. Andra indikatorer som hade samband med omvårdnad var vårdtid, postoperativa infektioner och tromboser.

Implementering

Ett planerat, processorienterat arbetssätt för att bedriva omvårdnad har visat sig vara mycket svårt att implementera i det praktiska vårdarbetet, vilket har yttrat sig i att OVD och vårdplaner sällan har dokumenterats (Törnvall, Wahren & Wilhelmsson, 2007; Muller-Staub, Lavin, Needman & Achterberg, 2006; Ehrenberg & Birgersson, 2003). För att lyckas implementera ett nytt arbetssätt och behålla detta, är ofta flera faktorer avgörande såsom kunskap, känslor, attityder, rutiner, sociala influenser, organisation och resurser (Achterberg, Schoonhoven & Grol, 2008). Detta kan innebära att olika professioner behöver olika strategier för implementering inom sina område.

Det finns ett teoretiskt ramverk som har utvecklats specifikt för omvårdnad om hur ett evidensbaserat förändringsarbete kan genomföras, ”The Promoting Action on Research Implementation in Health Services” (PARIHS) (Rycroft-Malone, 2004a). Ramverket beskriver faktorer och förutsättningar av betydelse för användning av forskningsresultat och förändringar av praktiskt arbetssätt i det kliniska arbetet. En faktor kan till exempel vara evidens medan en förutsättning kan vara ett stödjande ledarskap. Detta ramverk utvecklades ursprungligen 1998 på The Royal College of Nursing Institute i Storbritannien, och har sedan fortsatt att utvecklas (Rycroft-Malone, 2004a, Rycroft-Malone, Harvey, Seers, Kitson, McCormack & Titchen, 2004b). Ramverket har också översatts till svenska av Svensk sjuksköterskeförening [SSF] (2008). Enligt PARIHS sker en framgångsrik förändring genom en samverkande relation mellan evidens, sammanhang och underlättande funktioner. Dessa tre områden kan var och en placeras på ett kontinuum från låg nivå till hög nivå, där den mest lyckade implementeringen sker när förutsättningarna är goda vilket innebär att alla tre områdena är placerade på hög nivå på kontinuumet. Inom PARIHS definieras evidens som forskning, klinisk erfarenhet, patientens erfarenhet och lokala riktlinjer. Sammanhang refererar till miljön, där förändringen ska implementeras, och delas in i tre teman: kultur, ledarskap och utvärdering. Underlättande funktioner refererar till processen att möjliggöra implementeringen och utförs av en underlättare som är en person med en specifik roll att hjälpa övriga medarbetare genom införandeprocessen. Underlättande funktioner indelas i syfte, roll, färdigheter och utmärkande drag (tabell 2) (Rycroft-Malone, 2004a; Harvey, Loftus-Hills, Rycroft-Malone, Titchen, Kitson, et al., 2002). En empirisk studie för att utveckla PARIHS visade att evidens, sammanhang och underlättande funktioner är nyckeldelar, men att innehåll, syfte och dynamik i ramverket behöver utvecklas vidare (Rycroft-Malone et al. 2004b).

Tabell 2. PARIHS ramverk; faktorer och förutsättningar av betydelse för användning av forskningsresultat och förändringar av praktiskt arbetssätt i det kliniska arbetet (Rycroft-Malone, 2004a; Harvey et al., 2002)

Områden	Delar	Kontinuum	
		Låg nivå	Hög nivå
Evidens	<ul style="list-style-type: none"> • Forskning, • Klinisk erfarenhet, • Patientens erfarenhet, • Lokala riktlinjer 	Ex: Forskning ses som den enda formen av evidens eller värderas inte alls. Klinisk erfarenhet och patientens erfarenhet värderas inte.	Ex: Konsensus råder kring forskning och klinisk erfarenhet. Patientens erfarenhet ses som en värdefull källa. Innehåll i lokala riktlinjer är systematiskt insamlat och värderat.
Sammanhang	<ul style="list-style-type: none"> • Kultur, • Ledarskap, • Utvärdering 	Ex: Kultur innefattar oklara värderingar och är uppgiftscentrerad. Ledarskapet är kontrollerande med frånvaro av återkoppling.	Ex: Arbeta såväl individuellt som i lag värderas i kulturen. En lärande organisation prioriteras, till vilken resurser avsätts. Ledarskapet strävar efter klara roller och en demokratisk beslutsprocess. Flera olika metoder och källor används för utvärdering.
Underlättande funktioner	<ul style="list-style-type: none"> • Syfte, • Roll, • Färdigheter och utmärkande drag. 	Ex: Arbetet utförs i främst i form av uppgiftscentrerade aktiviteter.	Ex: Arbetet sker i form av en holistisk process, där det möjliggörs för individer, team och organisationer att förändras.

Tidigare forskning

Tidigare forskning inom det område som denna avhandling omfattar kan sägas vara inriktat på fyra stora områden:

1. Bedömning och beslutsfattande avseende omvårdnad – innefattande tillvägagångssätt och patientens delaktighet.
2. Sjuksköterskans dokumentation och implementering av framför allt ett standardiserat språk för journalföring.
3. Form av evidens som sjuksköterskor utgår från i sitt arbete.
4. Nyttan av sjuksköterskans bedömning och olika former av planerad omvårdnad.

Nedan ges en tematisk beskrivning av de senaste sju årens forskning inom dessa fyra områden.

Bedömning och beslutsfattande

Det finns ännu inte någon evidens för hur den distinkta processen går till som sjuksköterskan använder vid diagnostisering av patientens omvårdnadsbehov (Banning 2008; Lee, Alfred & Phillips, 2006). Denna process anses svår, då det bland annat har visat sig att när 80 erfarna sjuksköterskor fick information om samma patient, resulterade det i 46 olika tolkningar (Lunney, 2003). Vidare tycks sjuksköterskor i praktiken endast använda en liten del av vad som ingår i i deras grundutbildning om bedömning (Secrest, Norwood & Dumont, 2005).

Det kliniska beslutsfattandet tycks styras av hur sjuksköterskan ser på sin roll, sjuksköterskans ålder och bakgrund, sammanhanget där hon/han befinner sig i, samt relationen till patienten (Tanner, 2006; Hoffman, Donoghue & Duffield, 2004). Faktorer i omgivningen som har visat sig påverka sjuksköterskan i hennes beslutsfattande är främst att hon blir störd av annan personal eller patienter (Hedberg & Sätterlund-Larsson, 2004). Anledningarna till att sjuksköterskan upplevde sig störd i det hon höll på med var för utbyte av information, att ge instruktioner eller att be om hjälp. Beslutsfattandet påverkades också av fördelningen av arbetet, vilket ofta blev fragmentariskt då flera personer var inblandade. Tidspress och ett krav att alltid finnas till hands påverkade också beslutsfattandet negativt.

Endast en studie behandlar hur sjuksköterskan genomför bedömning och beslutsfattande. Denna studie visade att sjuksköterskor använde observation av patienternas verbala och icke-verbala beteenden för att samla information för bedömning. Andra sätt var att samtala med och undersöka patienten samt att läsa i journalen. Ofta blev sjuksköterskorna inte medvetna om patientens situation förrän ett problem uppstod. Det som oftast observerades var relaterat till biomedicinsk kunskap och hörde ihop med sjukdomen, dess orsak och behandling. Detta verkade viktigare än psykosocialt relaterade problem (Hedberg & Sätterlund-Larsson, 2003). Att delar som är kopplade till biomedicin prioriteras av sjuksköterskan har även visats i en annan studie där både

patienter, sjuksköterskor och övrig vårdpersonal ansåg att utförande av läkarens ordinationer och observation samt rapport om effekten av dessa var de viktigaste delarna av vården (Hancock, Chang, Chenoweth, Clarke, Carroll et al., 2003).

Sjuksköterskor tycks genomföra bedömningar på olika sätt beroende på erfarenhet. Vid bedömningen samlade expertsjuksköterskan in information kring nästan dubbelt så många olika symtom och tecken som vad den novisa sjuksköterskan gjorde (Hoffman, Aitken & Duffield, 2009). Expertsjuksköterskan kunde också se samband mellan fler olika symtom och tecken i beslutsfattandet. Sjuksköterskor som inte hade tillräcklig kunskap eller erfarenhet av omvårdnad upplevde ofta osäkerhet i beslutsfattandet och frågade ofta sina kollegor för att få hjälp att fatta beslut (Cranley, Doran, Tourangeau, Kushniruk & Nagle, 2009). Sjuksköterskor som hade tillgång till ett flertal SVP utgick i sin bedömning från patientens medicinska diagnos eller den rapport de fick angående patienten, och ställde omvårdnadsdiagnos baserat på vilka SVP som fanns tillgängliga. Fanns ingen lämplig SVP relaterad till den omvårdnadsdiagnos de ställde, så försökte de istället använda sig av en annan omvårdnadsdiagnos där SVP fanns tillgänglig (Lee, 2005).

Tidigare studier indikerar att patienter och sjuksköterskor värderar patientens problem på olika sätt. Vad gällde förekomst av problem samt hur allvarligt och viktigt detta var stämde inte sjuksköterskornas och patienternas upplevelser överens (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2005a; Hancock et al., 2003). Patienter kände sig inte heller delaktiga i sin vård, men valde att inta en passiv roll (Doherty 2005, Florin et al., 2005a). Det har också visat sig att patienterna önskade inta en mer passiv roll än vad sjuksköterskorna trodde att de ville (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2005b). De flesta patienterna ville att sjuksköterskan skulle fatta beslut, antingen helt själv eller efter att ha lyssnat till patientens önskemål. Hur mycket patienten ville delta i beslutsfattandet påverkades inte av ålder, vårdtid, eller tidigare vårderfarenhet. Däremot påverkades det av patientens kön, där kvinnor ville ta större del i beslutsfattandet. Patienter som var ensamstående ville ta större del än de som levde tillsammans med någon. Vidare ville patienter med högre utbildning delta mer än de med lägre utbildning. Äldre patienter önskade också i högre grad delta i beslutsfattandet jämfört med de som var yrkesarbetande, var arbetslösa eller som studerade (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2008). Sjuksköterskor som arbetade med patienter som hade drabbats av stroke ansåg att patienterna efter insjuknandet behövde återta sin helt eller delvis förlorade självständighet. Detta krävde en miljö där beslutsfattandet under en tid övertogs av personal och anhöriga, för att successivt tas tillbaka av patienten (Proot, Abu-Saad, Van Oorsouws & Stevens, 2002).

Omvårdnadsdokumentation

Att ha omvårdnadsdiagnoser som grund för omvårdnaden tycks påverka sjuksköterskans arbete i positiv riktning. Sjuksköterskor motiverades till att fastställa och dokumentera OVD då de upplevde att omvårdnadsdiagnosen hjälpte dem att se patienten i ett helhetsperspektiv, ökade deras medvetenhet om omvårdnad och stärkte dem i deras professionella roll. Detta gjorde att sjuksköterskorna kunde genomföra en djupare analys av patientens omvårdnadsbehov (Axelson, Björvell, Mattiasson & Randers, 2006)

Ett vanligt ämne för forskning inom omvårdnadsdokumentation har varit genomförandet av dokumentationen i sig. Vanligaste sättet att utvärdera omvårdnadsdokumentation enligt en översiktsartikel av Saranto och Kunninen (2008), var att med hjälp av olika mätinstrument bedöma och jämföra kvalitet och kvantitet av det som hade dokumenterats. Data samlades oftast in genom uppgifter från sjuksköterskor, och det var ovanligt att patienter eller närstående var delaktiga.

I en granskning av artiklar publicerade fram till 2004, visade 14 studier på kvalitativa förbättringar när det gällde dokumentation av bedömning av omvårdnadsproblem i samband med omvårdnadsdiagnostisering. Begränsad noggrannhet vid omvårdnadsdiagnostisering, rapportering av symptom och tecken samt orsak till omvårdnadsproblemet rapporterades i samtliga studier (Muller-Staub et al., 2006). Efter denna granskning som avsåg studier genomförda före 2004, har studier visat på såväl bättre kvalitet som ökad kvantitet avseende dokumentation av de olika faserna i omvårdnadsprocessen efter utbildning, där även ett standardiserat språk hade implementerats (Muller-Staub, Needham, Odenbretit, Lavin & van Achterberg, 2008; Von Krogh & Nåden, 2008; Muller-Staub, Needham, Odenbretit, Lavin & van Achterberg, 2007; Thoroddsen & Ehnfors, 2007; Rosendal-Darmer, Ankersen, Geissler Nielsen, Landberger, Lippert et al., 2006; Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2005c; Rosendal-Darmer, Ankersen, Geissler Nielsen, Landberger et al., 2004). Baserat på granskning av studier har såväl Muller-Staub (2009) som Saranto och Kunninen (2008) kommit fram till att ett standardiserat språk i dokumentationen ger betydligt fler positiva än negativa effekter.

I en rapport från the The Cochrane Library som inkluderade nio studier, undersöktes hur sjuksköterskans kliniska arbete och resultat av given omvårdnad påverkades av implementering av dokumentationssystem. Författarna fann begränsad evidens för att förändringar i dokumentationssystemet hade konsekvenser på arbetet. Slutsatsen var därför att mer kvalitativ forskning krävs för att förstå relationen mellan vårdarbete och användning av informatik (Urquhart, Curell, Grant & Hardiker, 2009).

Implementering

Studier avseende implementering har varit inriktade på faktorer av betydelse för införandet av förbättrad dokumentation. Vid införande av dokumentation av omvårdnadsprocessens olika faser används ofta externa utbildare för att undervisa sjuksköterskorna (Muller-Staub et al. 2008; Muller-Staub et al., 2007; Florin et al., 2005c). Vid en jämförelse av olika undervisningsmetoder visade det sig att kliniskt resonemang som var väglett av en handledare var en mer effektiv undervisningsmetod än klassiska falldiskussioner (Muller-Staub et al., 2008). Även underlättare som fanns tillgängliga på avdelningen användes vid implementering och visade sig ha positiv betydelse (Thoroddsen & Ehnfors, 2007; Rosendal Darmer et al., 2006; Rosendal Darmer et al. 2004; Björvell et al., 2002). I en studie involverades ledare på olika nivåer för att implementera standardiserat språk i dokumentationen (Thoroddsen & Ehnfors, 2007). Endast en studie har använt en teoretisk modell, ”The diffusion of innovation”, för att vägleda implementeringsprocessen. Utifrån denna modell fokuserades på aktiva underlättare på avdelningarna och bildandet av dokumentationsgrupper (Von Krogh et al., 2008).

För att arbeta evidensbaserat bör sjuksköterskan använda sig kunskaper från aktuell forskning, personalens erfarenhet samt patientens erfarenhet vilket har beskrivits tidigare enligt PARIHS (Rycroft-Malone, 2004a). Det har dock visat sig att detta inte fungerar i praktiken, då det finns många barriärer för att framför allt nå ut med forskningsresultat (Carlson & Plonczynski, 2008). Vid utvecklande av så kallade Clinical Pathways (CP) hade sjuksköterskorna en uppfattning om att de måste diskutera utifrån sin kliniska erfarenhet då de upplevde att det inte fanns forskningsresultat att tillgå (Hutchinson & Johnston, 2008). En CP är en tvärprofessionell och fastställd beskrivning av patientens väg genom en definierad vårdprocess. Även svenska kartläggningar, där ett stort antal SVP undersöktes, visade en tydlig avsaknad av forskning som kunskapsbas för den standardiserade dokumentationen (Olsson, Peterson, Willman & Gardulf, 2009; Socialstyrelsen, 2006b). För att lyckas överföra forskning till praktisk verksamhet krävs att underlättare får bra förutsättningar, att dessa genom att hela tiden visa på och diskutera relevanta forskningsresultat ökar efterfrågan samt att det tydligt kan visas hur forskningen kan ge praktisk nytta i det dagliga arbetet (McWilliam, Kothari, Ward-Griffin, Forbes & Leipter, 2009).

Avdelningar där forskningsresultat användes i störst utsträckning bestod av sjuksköterskor som använde sig av kritiskt tänkande. Kulturen på avdelningen genomsyrades av effektivitet, kreativitet och ifrågasättande. Arbetet var också komplext på de avdelningar där sjuksköterskorna hade en positiv attityd till forskning. På avdelningar där arbetsbelastningen var hög och stödet till sjuksköterskorna upplevdes som lågt användes forskningsresultat i arbetet i ringa utsträckning (Estabrooks, Scott, Squires, Stevens, O'Brien-Pallas et al., 2008). Sjuksköterskor som arbetade i en miljö där kultur, ledarskap och utvärdering av arbetet upplevdes som positivt använde sig av mer forskningsresultat i det praktiska arbetet. De upplevde bättre utveckling i sitt arbete, mindre stress och bättre samarbete mellan sjuksköterskorna. Det uppstod även färre komplikationer hos patienterna än där arbetet utfördes i ett mindre positivt sammanhang (Cummings, Estabrooks, Midodzi, Wallin & Hayduk, 2007). Vid implementering av CP har det också visat sig att både patientens delaktighet och utvärdering av effekter har en mycket begränsad betydelse för att implementeringen ska bli framgångsrik (Hunter & Segrott, 2008).

Nytta för patienterna

Tidigare studier har också omfattat nyttan och betydelsen av noggrann bedömning och omvårdnadsdokumentation för patienterna. Om sjuksköterskor fick specifik utbildning och träning i att upptäcka risk för trycksår minskade förekomsten av sår hos patienterna. Det blev dock ingen skillnad i resultat om sjuksköterskorna använde ett bedömningsinstrument anpassat för ändamålet eller inte. Deras kliniska beslutsfattande var avgörande för förekomst av trycksår (Saleh, Anthony & Parboteeah, 2009). Samma resultat har visats vad gällde bedömningsinstrument för fallrisk, där ingen skillnad i antalet fall kunde mätas beroende på om sjuksköterskorna använde ett instrument eller inte. Samtliga sjuksköterskor hade fått information om fallprevention innan studien startade (Meyer, Köpke, Haastert & Muhlhauser, 2009).

En studie inom öppenvård visade att om sjuksköterskan bedömer patientens problem och behov regelbundet samt gör upp en vårdplan baserad på dessa bedömningar, så

leder det till att patienten upplever att hon/han fått bättre utbildning och resurser att bedriva egenvård. Patienterna upplevde även mindre symtom jämfört med en kontrollgrupp som enbart erhöll medicinsk behandling (Aiken, Butner, Lockhart, Volk-Craft, Hamilton et al., 2006). Flera studier där effekt av CP har undersökts visar också på kortare vårdtid och därmed minskade vårdkostnader (Ho & Huo, 2007; Brunenber, van Steyn, Sluimer, Bekebrede, Bulstra et al., 2005), minskad dödlighet (Cooper, Jauch & Flaberty, 2007), samt minskad tidsåtgång för sjuksköterskan och färre postoperativa komplikationer för patienten (Müller, Dedes, Dindo, Steiner, Hahnloser, et al., 2009). Ett stort problem då resultatindikatorer av omvårdnad ska mätas, är dock att sjuksköterskorna inte dokumenterar de olika indikatorerna korrekt (Blegen, 2006; Aydin, Bolton, Donaldsson, Brown, Buffum et al., 2004).

SYFTE

Det övergripande syftet med denna avhandling var att beskriva bedömnings- och beslutsprocessen avseende omvårdnadsbehov utförd av sjuksköterskor, utvärdera konsekvenser av planerad processorienterad omvårdnad samt undersöka vilka faktorer och förutsättningar som har påverkat implementeringen av IVP och SVP.

Syfte för respektive delstudie

Delstudie I: Att beskriva bedömnings- och beslutsprocessen utförd av sjuksköterskor som arbetade respektive inte arbetade utifrån vårdplaner när en patient lades in på avdelningen för vård.

Delstudie II: Att utvärdera om dokumenterade omvårdnadsplaner påverkar resultatet av omvårdnaden för patienten genom att använda omvårdnads känsliga indikatorer.

Delstudie III: Att undersöka attityder och erfarenheter bland sjuksköterskor och ledare för att fånga vilka faktorer och förutsättningar som var av betydelse för en framgångsrik implementering av individuella vårdplaner inom slutenvård, samt de strategier som hade använts för att säkra en fortsatt användning.

Delstudie IV: Att med hjälp av PARIHS ramverk undersöka faktorer och förutsättningar som påverkat implementering av SVP på vårdavdelningar.

METOD

Perspektiv och utgångspunkter

Forskarens bakgrund och position påverkar vad hon väljer att undersöka, ur vilken vinkel detta görs samt vilka metoder hon anser vara bäst utifrån syftet med studien. Det påverkar också vilka resultat som anses mest riktiga och träffande och vilka slutsatser som dras utifrån dessa (Malterud, 2001). Författaren av denna avhandling har under många år arbetat som sjuksköterska inom medicinsk akutsjukvård. Under denna tid skedde en kraftig utveckling av sjuksköterskans journalföring och författaren var aktiv i denna utveckling på sin klinik. Under denna tid upptäcktes också svårigheterna med att implementera vårdplaner i det dagliga arbetet. De sista tio åren har författaren varit verksam inom utbildningsområdet, först som vårdlärare inom omvårdningsprogrammet på gymnasiet och senare som adjunkt på sjuksköterskeprogrammet inom högskolan. Hela denna tid har författaren utbildat studenter om omvårdningsprocessens steg och hur dessa kan dokumenteras.

Utgångspunkten i avhandlingens samtliga studier har sin grund i omvårdningsdisciplinens humanvetenskapliga perspektiv. Ett grundantagande inom omvårdningsdisciplinen är att omvårdnad sker på personnivå, där människan ska mötas utifrån sina unika förutsättningar och på sina villkor (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). I arbetet med att upprätta vetenskaplig kunskap har avsikten varit att både söka det unika i enskilda fall (I och III) och att söka skillnader och samband (II och IV). Sätten att samla in data har därför varierat där såväl induktiv som deduktiv ansats har använts.

Olika förfaringssätt för att samla in data har använts i form av intervju, observation och enkät. Den induktiva ansatsen i delstudie I motiveras av att området i fokus inte varit studerat i någon högre grad och att det saknas kunskap specifikt om bedömningsfasen. Motivet till den deduktiva ansatsen i delstudie III var att ett ramverk (PARISH) ((Rycroft-Malone, 2004a) tidigare hade utvecklats som kunde användas för analysen av data i denna specifika kontext. I delstudie II och IV har numeriska data insamlats för att kunna jämföra och möjliggöra statistiskt säkerställda relationer. De mätinstrument och frågeformulär som har använts har dels mätt eller kartlagt sjuksköterskors eller patienters upplevelser och dels påverkan av given omvårdnad. I tabell 3 ses en översikt över avhandlingens fyra delstudier.

Tabell 3. Översikt av avhandlingens delstudier

Studie	Syfte	Deltagande avdelningar	Deltagare	N	Design	Data insamlingsmetod	Analysmetod
I	Att beskriva bedömnings- och beslutsprocessen utförd av sjuksköterskor som arbetade respektive inte arbetade utifrån vårdplaner när en patient lades in på avdelningen för vård.	Somatiska vårdavdelningar vid tre sjukhus i västra Sverige.	Sjuksköterskor	19	Kvalitativ	Observation, intervju	Grundad teori
II	Att utvärdera om dokumenterade omvårdnadsplaner påverkar resultatet av omvårdnaden för patienten genom att använda omvårdnads känsliga indikatorer.	Två strokeenheter, varav den ena använder vårdplaner.	Patienter	87	Kvantitativ	Nationellt register, frågeformulär	Deskriptiv samt jämförande statistik
III	Att undersöka attityder och erfarenheter bland sjuksköterskor och ledare för att fånga vilka faktorer och förutsättningar som var av betydelse för en framgångsrik implementering av individuella vårdplaner inom slutenvård, samt de strategier som hade använts för att säkra en fortsatt användning.	Somatiska vårdavdelningar där IVP används.	Sjuksköterskor samt ledare på olika nivåer	15	Kvalitativ	Intervju	Styrd innehålls-analys
IV	Att med hjälp av PARIHS ramverk undersöka faktorer och förutsättningar som påverkat implementering av SVP på vårdavdelningar.	Avdelningar vid ett länssjukhus samt ett universitets-sjukhus där SVP används.	Sjuksköterskor	137	Kvantitativ	Frågeformulär	Deskriptiv samt jämförande statistik

Involverade vårdavdelningar och deltagare

Genomgående i avhandlingen har deltagare valts ut genom ett så kallat strategiskt urval. I det strategiska urvalet avgör forskaren själv, utifrån vissa kriterier, vilka analysenheter som ska ingå i undersökningen. Ett antal variabler eller karaktäristika identifieras vilka är av betydelse för studien (Polit & Beck, 2006). De inkluderade avdelningarna valdes således medvetet för att de arbetade respektive inte arbetade med vårdplaner. I delstudie III valdes informanterna ut för att de utifrån sina olika yrkesfunktioner och på olika organisationsnivåer antogs ha kännedom om fenomenet IVP.

Inför delstudie I gjordes ett strategiskt urval av somatiska vårdavdelningar inom medicin, kirurgi och rehabilitering vid tre olika sjukhus (länsdelssjukhus, länsjukhus samt universitetssjukhus) i västra Sverige för att fånga variation av vårdnivå, avdelningar och arbetssätt. Informanterna bestod av 19 sjuksköterskor varav nio arbetade på avdelningar där vårdplaner inte dokumenterades, medan tio arbetade på avdelningar där dokumentation av vårdplaner var en daglig rutin. Inklusionskriterie var att sjuksköterskan skulle ha minst två års erfarenhet som sjuksköterska. Avdelningschefen på respektive avdelning tillfrågade sjuksköterskor om intresse av att delta i studien.

I delstudie II inkluderades konsekutivt från studiens start, 87 patienter som vårdades på strokeenheter vid två olika sjukhus i västra Sverige. På interventionsavdelningen, där 35 patienter inkluderades, dokumenterades vårdplaner. På kontrollavdelningen, där 52 patienter inkluderades dokumenterades inte vårdplaner. Inklusionskriterie var att patienten skulle vara inskriven på strokeenheten med diagnosen stroke. Exklusionskriterier var: patient <16 år, <24 timmars sjukhusvistelse, svårighet att förstå svenska, hälsotillstånd som inte medgav deltagande såsom kognitiva besvär, samt död under sjukhusvistelsen. Vid andra datainsamlingstillfället, två-tre veckor efter hemgång, deltog 29 patienter vilka hade vårdats på interventionsavdelningen och 36 patienter vilka hade vårdats på kontrollavdelningen. En kontaktperson på respektive avdelning tillfrågade samtliga patienter som uppfyllde kriterierna för deltagande i studien, samt förmedlade information kring patienter som uttryckte att de ville delta i studien till forskaren.

För delstudie III gjordes ett strategiskt urval av vårdavdelningar på ett sjukhus i västra Sverige där det var allmän känt att IVP länge hade använts av sjuksköterskorna i det dagliga arbetet. Informanterna bestod av 15 sjuksköterskor, avdelningschefer samt klinikchefer kopplade till vårdavdelningarna. Samtliga avdelningschefer och klinikchefer tillhörande de utvalde avdelningarna deltog i studien, och respektive avdelningschef tillfrågade två sjuksköterskor på avdelningen om deras intresse av att delta.

I delstudie IV gjordes ett strategiskt urval för att uppnå en variation av avdelningar avseende typ av sjukvård, grad av forskningsanknytning samt olika lång erfarenhet av att arbeta med SVP. Fyra avdelningar på länsjukhus och sju avdelningar på ett universitetssjukhus inkluderades. Samtliga sjuksköterskor som arbetade på dessa avdelningar tillfrågades om deltagande. Sammanlagt deltog 137 sjuksköterskor på de elva vårdavdelningarna i studien, varav 54 sjuksköterskor deltog från länsjukhuset och 83 deltog från universitetssjukhuset. Lista över samtliga sjuksköterskor anställda

på deltagande vårdavdelningar erhöles från respektive avdelningschef för att via brev tillfråga om deltagande.

Datainsamling

Kvalitativa studier (I och III)

Delstudie I:

För att beskriva bedömnings- och beslutsprocessen utförd av sjuksköterskor när en patient lades in på avdelningen för vård, valdes grundad teori (GT) (eng. grounded theory). GT är en induktiv och teorigenererande metod som ursprungligen presenterades av Glaser och Strauss (1967). GT är speciellt lämplig att använda när man vill studera sociala processer på områden där teorier saknas eller är sparsamt förekommande.

Data insamlades genom att initialt observera (öppen deltagande observation) sjuksköterskan vid ankomstsamtalet med fokus på miljön kring samtalet, hur relationen med patienten skapades samt vilka strategier som användes för bedömning och beslutsfattande. Direkt efter observationen intervjuades sjuksköterskan angående hur hon tänkt under bedömnings- och beslutsprocessen. Intervjun inleddes med en öppen fråga: *vill du beskriva vad som hände vid ankomstsamtalet?* Därefter följde frågor utifrån observationen, till exempel: *hur tänkte du när... varför?*

”Allt är data” enligt Glaser (1978), men vanligen används deltagande observation, intervjuer och dokument. Då datainsamling och analys sker samtidigt i GT, genererades successivt nya frågor från analys av tidigare insamlad data. Dessa frågor kunde belysas både genom att data som tidigare samlats in analyserades med nytt fokus och att data samlades in från nya informanter, vilket benämns teoretiskt urval (theoretical sampling). Teoretiskt urval är ett betydelsefullt steg i den teoretiska abstraktionen och syftar till att maximera informationen om en viss kategori snarare än att öka antalet informanter. Målet är att så kallad mättnad ska uppstå, vilket innebär att ny data inte tillför någon ny information. Datainsamlingen avslutades efter 19 observationer och intervjuer då min bedömning var att mättnad hade uppnåtts. Ankomstsamtalen, som observerades genom att jag närvarade under hela samtalet, varade mellan 15 och 30 minuter och den uppföljande intervjun med sjuksköterskan pågick omkring 30-45 minuter. Fältanteckningar gjordes under observationerna och intervjuerna bandinspelades och transkriberades ordagrant. Datainsamlingen skedde under åren 2006-2007.

Delstudie III

I delstudie III intervjuades sjuksköterskor och chefer på olika nivåer på en klinik där IVP användes. Intervjun fokuserade på vad de upplevde var att betydelse för implementering av IVP. Ett teoretiskt ramverk, PARIHS (Rycroft-Malone, 2004a), som beskriver faktorer av betydelse för användning av forskningsresultat och förändringar av praktiskt arbetssätt i det kliniska arbetet, styrde innehållet i intervjufrågorna.

Intervjuerna startade med en öppen fråga: *vill du beskriva vilka faktorer och förutsättningar som du anser ha påverkat införandet och upprätthållandet av arbete med IVP*

på avdelningen? När inget mer framkom genom den öppna frågan följde frågor baserade på olika delar av PARIHS ramverk. Dessa frågor innefattade frågor om evidens i användandet av IVP, kulturen på avdelningen avseende förändringar, hur ledarskapet genomfördes, strategier för utvärdering av IVP samt strategier för att införa och bibehålla arbetssättet. Intervjuerna varade 30-40 minuter och bandinspelades och transkriberades ordagrant. Datainsamlingen genomfördes december 2008-februari 2009.

Kvantitativa studier (II och IV)

Datainsamling i delstudie II och IV har skett med hjälp av såväl frågeformulär som instrument. I litteraturen finns beskrivet vilka kvalitetskrav som ska vara uppfyllda för att ett frågeformulär ska kunna utgöra ett mätinstrument (Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust, 2002). Egenskaper som instrumentet ska ha för att kunna användas vid olika utvärderingar är att operationalisering av begrepp och mätområden finns. Instrumentet ska vara testat avseende reliabilitet och validitet samt när det gäller instrumentets känslighet för förändringar. Vidare ska tolkningsbarhet samt bördan i form av arbetsbelastningen för såväl respondenter som användare vara diskuterad. Slutligen krävs en beskrivning av alternativa användningsformer samt anpassning avseende kultur och språk. Andra författare har definierat kraven på liknande sätt, men inte lika omfattande kvalitetskrav (Andresen, 2000; Fitzpatrick, Davey, Buxton & Jones, 1998). Det som framstår som grundläggande krav är, förutom validitet och reliabilitet, en klar beskrivning av syftet med mätningarna (utvärdering, prediktion etc.), målgrupp, teoretiskt ramverk, val av frågor, reducering av frågor samt hur ansträngande det är för den som ska svara (Terwee, Bot, De Boer, van der Windt, Knol et al., 2007). I denna avhandling användas instrumenten Euroqual five dimensions (EQ-5D) (Euroqol, 2010) samt Kvalitet ur patientens perspektiv (KUPP) (Wilde Larsson, Larsson B, Larsson M & Starrin, 2001) vilka uppfyller merparten av de ovan nämnda kvalitetskraven och därför har betraktats som mätinstrument. Frågeformuläret utifrån PARIHS (Bathsevani, Khalaf, Willman & Österman, 2008) uppfyller inte ovanstående kriterier och betraktas därför som ett frågeformulär. Detsamma gäller Nationellt stroke- register (Riks-stroke, 2010). Samtliga instrument och frågeformulär beskrivs utförligare nedan.

Delstudie II

I delstudie II gjordes ett försök att mäta nyttan av strukturerad processororienterad omvårdnad. Från början gjordes valet att mäta så många omvårdnads känsliga resultatindikatorer (eng. NSOI) som möjligt utifrån vad som återfanns i litteratur inom ämnet (International Council of Nurses, 2010; Doran, 2003). Datainsamlingen skedde i två steg. I första steget användes delar av Nationellt stroke-register (Riks-stroke, 2010), vilket används i Sverige för att registrera alla patienter som har vårdats för diagnosen stroke. Ur detta register valdes de delar som beskrev respondentens hälsotillstånd vid inläggning komplikationer under vårdtiden i form av pneumoni, trombos och frakturer, vårdtid samt till vilken boendeform patients skrevs ut. Denna information insamlades av ansvarig sjuksköterska och överlämnades till forskaren. I andra steget, vilket inföll två-tre veckor efter utskrivning, skickades ett frågeformulär via post till patientens hemadress. Detta frågeformulär innehöll hela eller delar av följande frågeformulär respektive instrument:

KUPP (Wilde Larsson et al., 2001) är ett instrument som avser mäta vårdkvalitet. Instrumentet är utvecklat i en empirisk studie om patienters upplevelse av vad de anser vara vårdkvalitet. Instrumentet innehåller 19 frågor angående patientens upplevelse om vårdkvalitet. Tretton av dessa frågor avsåg att mäta hur nöjd patienten var med omvårdnaden given av sjuksköterskor samt undersköterskor på sjukhuset avseende specifika delar av omvårdnaden. Dessa delar var smärtbehandling, atmosfär på avdelningen, undervisning och information, möjlighet till delaktighet i omvårdnaden, om vården var individanpassad, om fysiska behov blev tillfredsställda samt mötet med sjuksköterskan. Instrumentet innehöll även sex frågor kring hur nöjda patienterna var avseende vården de erhållit från arbetsterapeut, sjukgymnast samt läkare.

EQ-5D (Euroqol, 2010) är ett instrument som avser ge en beskrivande profil av en persons hälsorelaterade livskvalitet. Instrumentet består av 5 frågor som tar upp fem dimensioner av hälsa: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. Varje dimension består av tre nivåer: små, måttliga eller stora problem. Dessa dimensioner ger en beskrivning av patientens subjektiva upplevelse av sin hälsa, vilket stämmer väl med målet med god omvårdnad. EQ-5D är ett validerat, standardiserat instrument som används i många studier för klinisk and ekonomisk utvärdering av vård (Euroqual, 2010). Slutligen innehöll frågeformuläret också några frågor kring akuta och planerade återbesök efter utskrivning. Data samlades in under oktober 2007- februari 2008.

Delstudie IV

I delstudie IV var syftet att finna vilka faktorer och förutsättningar som kan ha betydelse vid implementering av SVP. Bathsevani et al. (2008) har utvecklat ett frågeformulär med syfte att kartlägga faktorer och förutsättningar för implementering av kliniska riktlinjer. Frågeformuläret utgick från PARIHS ramverk (Rycroft-Malone, 2004a). Då en SVP kan jämföras med en klinisk riktlinje valdes att använda detta frågeformulär i reviderad form. I svaren utgick informanten från en SVP som användes på hennes/hans avdelning. Frågorna gällde vilket underlag SVP:n baserades på, dess styrkor, hur den hade implementerats, och hur den hade utvärderats. Vidare fanns också frågor kring hur respondenten upplevde att det förhöll sig på avdelningen avseende klinisk erfarenhet, patienters erfarenheter samt vårdmiljö och underlättande funktioner.

Muntlig information om studien gavs av forskarna vid avdelningsmöten, varefter sjuksköterskorna gavs kuvert innehållande skriftlig information, frågeformulär och svarskuvert, allt numrerat med en kod för att underlätta hanteringen av data. Svarskuvertet återlämnades i en stängd låda på avdelningen. Lådan tömdes av forskarna. En påminnelse utgick till dem som inte hade besvarat enkäten inom två veckor. Data samlades in under våren 2009.

Dataanalys

Grundad teori (I)

Teoribildning, eller en teoretisk abstraktion av den empiriska världen, innebär att nya begrepp utvecklas med grund i empiriska data (Glaser & Strauss, 1967). Denna teo-

rigenerering innebär enligt Hallberg (2006) en systematisk abstraktion och ”conceptualisering” av empirisk data. Slutprodukten kan bli en hypotes, vilket kan ses som ett antagande om samband mellan några begrepp, en modell eller en substantiv teori. GT utgår från symbolisk interaktionism, som förenklat uttryckt innebär att mening/ innebörd skapas i interaktioner mellan människor och människors handlingar är sedan styrda av den mening som olika skeenden och händelser har för dem. Denna mening kan således modifieras genom interaktioner med andra (Blumer, 1969; Mead, 1964). Skillnader i ontologiska och epistemologiska antaganden, även om dessa antaganden inte är explicit uttryckta, ligger bakom utvecklingen av GT över tid; från den så kallade klassiska till den konstruktivistiska inriktningen (Hallberg, 2006).

Delstudie I utgår huvudsakligen från klassisk GT (Glaser & Strauss, 1967) när det gäller riktlinjer för samtidig insamling och analys av data samt analysförfarandet, men är också influerad av det konstruktivistiska perspektivet (Charmaz, 2006). Glaser och Strauss utgår från att teori framträder ur empiriska data för en neutral forskare (discovery of grounded theory) medan Charmaz menar att vad forskaren ser och hör styrs av hans/hennes tolkning och intresse. En kärnkategori eller social process, som är central i datamaterialet identifieras och relationer mellan denna och övriga kategorier/begrepp klargörs (Charmaz, 2006; Glaser & Strauss 1967).

Insamling och analys av data pågick parallellt. Initialt genomfördes en öppen kodning (open coding), vilket innebär att texten lästes rad-för-rad och substansen (innebörd/mening) i data identifierades och namngavs på en konkret nivå. Koder med liknande innehåll sammanfördes till övergripande och mer abstrakta kategorier, som också namngavs. Varje kategori utvecklades vidare genom att dess egenskaper och dimensioner (subkategorier) identifierades. Teoretisk sampling, d.v.s. teorigen urval (theoretical sampling), är en viktig del i denna process liksom konstanta jämförelser (constant comparative method) mellan olika delar av data. En ständigt pågående jämförelse avseende likheter och olikheter gjordes mellan subkategorier och kategorier med hjälp av teoretiska utkast (memos) där idéer, antaganden och teoretiska konstruktionsritningar var växte fram skrevs ned. Analysarbetet ledde slutligen fram till en modell som beskrev processen, samt en kärnkategori vilken binder ihop de olika delarna till en helhet.

Innehållsanalys (III)

I delstudie III har innehållsanalys använts, vilket är en metod för att analysera innehållet i berättande data för att identifiera framträdande teman och mönster (Polit & Beck, 2006). Denna analys har sitt ursprung i en kvantitativ tidskriftsanalys och har utvecklats till att betraktas som innehållsanalys som forskningsmetod (Krippendorf, 2004). Den kvalitativa innehållsanalysen kan enligt Hsieh och Shannon (2005) beskrivas utifrån tre ansatser: *konventionell*, vilket är en induktiv metod där kategorier utvecklas; *styr*d deduktiv metod som utgår från existerande teori samt *summativ* där speciella ord eller innehåll i texten identifieras och kvantifieras. I denna studie gjordes valet att utgå från ett befintligt ramverk, PARIHS, och genomföra en styrd innehållsanalys.

Analysprocessen startade med att meningsbärande enheter identifierades från samtliga intervjuer. Dessa meningsbärande enheter analyserades sedan utifrån de kategorier

och subkategorier som identifierades utifrån PARIHS områden och delar (tabell 2) och placerades in under den subkategori som stämde med innehållet i den meningsbärande enheten. Därefter bearbetades de meningsbärande enheter som hamnat under respektive subkategori till faktorer som tolkades till låg respektive hög nivå utifrån PARIHS kontinuum. Då samtliga meningsbärande enheter kunde sorteras in under någon av de identifierade subkategorierna tillkom inga nya kategorier eller subkategorier, vilket annars hade varit möjligt.

Statistisk analys (II och IV)

Både i delstudie II och IV användes huvudsakligen deskriptiv statistik och/eller icke-parametriska analysmetoder. Motiven för dessa val var att data var på ordinal eller nominal skalnivå, att det var ett litet stickprov eller att data inte kunde anses vara normalfördelade.

För att analysera skillnader i svar mellan två oberoende grupper, markerade på en skala användes Mann-Whitney U-test. För att jämföra data på nominal nivå, såsom dikotoma svarsalternativ (ja/nej) eller kön, användes Chi två test. I delstudie IV användes oberoende t-test för att jämföra kontinuerliga variabler såsom ålder och antal år i yrket. För att undersöka relationen mellan olika faktorer i delstudie IV, har Spearmans rangkorrelation använts. Signifikansnivån bestämdes till 5% ($p < .05$). Dataprogrammet "Statistical software Packages for Social Sciences" (SPSS) version 15.0 samt 16.0 användes för att analysera data.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2003) samt Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) har beaktats inför samtliga delstudier. För delstudie I och II söktes tillstånd från Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg, varvid rådgivande yttrande gavs (reg. nr 583-05 samt reg. nr 436-07). Dessa tillstånd söktes inte för delstudie III samt IV, då det inte krävs för studier där data insamlas från personal (SFS 2003:460). För samtliga delstudier inhämtades tillstånd från respektive verksamhetschef där studierna skulle genomföras. För delstudie II inhämtades också tillstånd från verksamhetscheferna att hämta uppgifter från Nationellt stroke-register. Tillstånd har också inhämtats från organisationen Euroqual som har utvecklat instrumentet EQ-5D, från Bodil Wilde-Larsson som har utvecklat KUPP instrumentet samt företaget Improve IT som har rättigheterna till KUPP.

För delstudie I och III har forskaren efter muntlig och skriftlig information, inhämtat informerat samtycke från varje informant, samt i delstudie I även av deltagande patient. I delstudie II har detta samtycke inhämtats av utvald sjuksköterska på avdelningen. Informanterna i delstudie IV fick muntlig information i samband med sjuksköterskemöte på avdelningen, samt även skriftlig information som bifogades enkäten. Deras samtycke antogs vara givet då de besvarat och återsänt frågeformuläret. All informanter informerades om att de deltog frivilligt och kunde avbryta deltagandet när de ville, samt att enskilda individer inte kommer att kunna urskiljas vid publicering. Ingen ekonomisk ersättning utgick. Vid databearbetning ersattes informantens identitet med en kod så att en enskild individ inte kunde urskiljas. Endast ansvariga för studien hade tillgång till kodnyckeln. All insamlad data förvarades inlåst.

Av hänsyn till patienterna i delstudie II, som p.g.a. nyligen genomgången stroke bedömdes kunna uppleva studien som påfrestande, valde sjuksköterskan på avdelningen ut de patienter som ansågs att fysiskt och psykiskt orka delta i studien. Av samma skäl skickades endast en påminnelse hem till patienten. Informanterna i övriga delstudier bestod av sjuksköterskor och inga känsliga uppgifter samlades in. Utifrån den analys som genomfördes avseende risk kontra nytta bedömdes att risken för skada var synnerligen liten och att nyttan med studien klart övervägde den eventuella påfrestning som kunde uppstå på sjuksköterskorna när de besvarade frågeformuläret.

RESULTAT

Bedömning och beslutsfattande (I)

En modell genererades som beskriver och ökar förståelsen för hur sjuksköterskor bedömer och beslutar om patientens omvårdnadsbehov vid ankomst till en vårdavdelning. Modellen genererades kring en kärnkategori, "Att skapa en grund för omvårdnad," som är sjuksköterskornas huvudsyfte (main concern). Tre kategorier, relaterade till kärnkategorin visade sjuksköterskornas strategier för att skapa en grund för omvårdnad, nämligen "skapa förförståelse", "skapa en vårdande miljö", "samla information om symtom och tecken" samt "analys från olika perspektiv". Varje kategori indelades i subkategorier, där innehållet ibland skiljde sig mellan sjuksköterskor som använde vårdplaner i sitt dagliga arbete jämfört med de sjuksköterskor som inte arbetade på detta sätt (figur 1).



Figur 1. Modell som beskriver sjuksköterskans bedömnings- och beslutsprocess vid patientens ankomst till somatisk vårdavdelning.

Genom att "skapa förförståelse", skaffade sig sjuksköterskorna information innan de träffade patienten via *muntlig rapport*, genom att läsa i *medicinsk journal* samt genom analys av *testresultat* om det fanns tillgängligt. De sjuksköterskor som använde sig av vårdplaner i sitt arbete, läste också omvårdnadsanteckningar i form av omvårdnadsepikris eller dokument från hemsjukvård eller liknande. Genom att "skapa en vårdande miljö", var alla sjuksköterskorna medvetna om hur viktigt det var att skapa en god relation till patienten under samtalet, och de hade insikt om att *den vårdande relationen är asymmetrisk*. Sjuksköterskor som inte använde sig av vårdplaner *tillät sig ofta att bli störda* av annan vårdpersonal och medpatienter. Trots detta skapade de en relation till patienten, där de skaffade sig information om patientens upplevelse av välbefinnande. För de flesta sjuksköterskor som använde vårdplaner var det en självklarhet att *inte bli störda* under ankomstsamtalet. Detta sågs som en nödvändig förutsättning för samtalet och respekterades då av kollegor.

Att "samla information om symptom och tecken" innebar att alla sjuksköterskor lyssnade till patientens *berättelse*, samt att de använde sig av *observation*, vilket beskrevs i termer av "klinisk blick", "intuition" eller liknande och *undersökning*, vilket var mer specifikt och konkret för att finna tecken. *Generella mätinstrument* användes av alla sjuksköterskor, medan *omvårdnads-specifika instrument* såsom fallriskbedömning, nutritionsstatus o.s.v. användes i varierande grad endast av de sjuksköterskor som använde vårdplaner. Dessa sjuksköterskor bedömde också patientens kunskapsnivå vad gällde t.ex. vad som hänt i den akuta situationen eller vilken information patienten fått och tagit till sig. Under samtalet använde många av sjuksköterskorna en lista med *VIPS modellens sökord* för omvårdnadsanamnes och omvårdnadsstatus för att inte missa något. Detta var vanligast bland sjuksköterskorna som inte använde vårdplaner i sitt arbete. I fjärde kategorin "analys från olika perspektiv" analyserades patientens hälsoproblem och behov av omvårdnad. För de sjuksköterskor som inte använde vårdplaner, var patientens *medicinska skäl* för inläggning på avdelningen det viktigaste under hela bedömningen. Om patienten hade behov av *social planering* var det också en uppgift som snabbt skulle ordnas för att vara klart inför hemgång. Sjuksköterskan upptäckte även behov av *paramedicinska kontakter*, där de planerade att ta kontakt med andra professioner såsom sjukgymnast och arbetsterapeut. Beslut fattades också om *omedelbara omvårdnadsåtgärder*. Sjuksköterskorna, vars ambition var att formulera omvårdnadsdiagnoser och skriva vårdplaner, använde en annan strategi. De diskuterade sina beslut i form av *omvårdnadsproblem, behov och risker*. Dessa sjuksköterskor verkade ha ett tydligare omvårdnadsperspektiv där de jämförde patientens beskrivning av sina symptom med de tecken som visat sig. Riskdiagnoser baserades ofta på resultat som mätts med specifika instrument. De omvårdnadsdiagnoser som ställdes fokuserade mest på problem relaterade till nutrition, andning, cirkulation, aktivitet och smärta. Brist på kunskap var också ett vanligt problem liksom hemsituation och social planering. Oavsett om sjuksköterskan hade som mål att formulera omvårdnadsdiagnoser och skriva vårdplaner eller inte, fokuserade de på fysiska och sociala områden av omvårdnaden.

Resultat av given omvårdnad (II)

Avsikten med delstudie II var att besvara frågan om resultatet av given omvårdnad påverkades av om sjuksköterskan använde sig av vårdplaner i sitt dagliga arbete eller inte. De flesta patienterna som involverades i studien var vid fullt medvetande när de blev inlagda på strokeenheten. Före insjuknandet i stroke var det ingen skillnad mellan grupperna (enhet A, respektive enhet B) beträffande ålder, kön eller fysisk förmåga. Vad gällde hälsorelaterad livskvalitet var det ingen skillnad mellan de två enheternas patienter två-tre veckor efter hemgång. De flesta patienterna rapporterade inga problem avseende rörlighet eller att sköta sin hygien. Däremot upplevde flera patienter måttliga problem med aktiviteter såsom arbete, hushållsarbete, familj och fritidsaktiviteter. Måttliga problem rapporterades också vad gällde smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. På båda enheterna var patienterna nöjda med omvårdnaden utifrån en fyrgradig skala från 1 (instämmer inte alls) till 4 (instämmer helt). Patienterna på enhet B (där vårdplaner användes i det dagliga arbetet) uppgav att de var mer nöjda vad gällde att de hade bra möjlighet att delta i beslut om sin vård ($p=.007$) och att vården styrdes av deras behov snarare än av personalens rutiner ($p=.030$) jämfört med enhet A.

Antalet oväntade komplikationer under sjukhusvistelsen av frakturer, trombosor och lunginflammation mättes också. Antalet komplikationer på enhet A var en fraktur och ett fall av lunginflammation, medan inga komplikationer rapporterades på enhet B. Den låga nivån av komplikationer innebar att inga skillnader kunde mätas mellan enheterna. Vårdtiden skiljde sig åt mellan enheterna, där enhet B, där vårdplaner användes hade signifikant kortare vårdtid än enhet A ($p=.004$). Antalet återbesök inom öppenvård och/eller sjukhusvård inom två-tre veckor efter hemgång skilde sig inte åt mellan enheterna vare sig avseende planerade eller akuta besök.

Implementering av individuella vårdplaner (III)

I delstudie III studerades implementering av individuella vårdplaner och resultaten presenteras utifrån de tre områdena som presenterats i PARIHS ramverk: evidens, sammanhang och underlättande funktioner. Dessa områden bildar därmed kategorier. Delarna inom varje område i PARIHS ramverk bildar subkategorier vilka markerats med *fet/kursiv* stil i texten. Inom varje subkategori har det under studiens gång utvecklats faktorer vilka visar resultatet av denna studie. Dessa faktorer har också värderats till "låg nivå" respektive "hög nivå" av forskaren utifrån det kontinuum som används i PARIHS. Faktorerna har markerats med *kursiv* stil i texten. Enligt PARIHS föreligger störst möjlighet för en lyckad implementering när alla faktorer ligger på hög nivå (figur 2).

Från "PARIHS" ramverk:		Resultat från denna studie:	
kategori	sub kategori	faktor värderad till "låg nivå"	faktor värderad till "hög nivå"
evidens	forskning	• <i>ingen kunskap</i>	• <i>kontinuitet</i> • <i>tillgänglighet</i> • <i>säkerhet</i>
	klinisk erfarenhet		
	patienternas erfarenhet	• <i>patienterna inte delaktiga</i>	
	lokal data /information		• <i>instruktioner från dokumentationsgrupp</i>
sammanhang	kultur	• <i>styrda av datorprogram</i>	• <i>samsyn angående IVP</i> • <i>stolthet, • mottagliga för förändringar</i> • <i>utvecklingsarbete premierades</i> • <i>VIPS modellen gav struktur</i>
	ledarskap		• <i>klara roller</i>
	utvärdering		• <i>feed-back från kollegor</i> • <i>kände uppskattning</i> • <i>regelbunden journalgranskning</i>
underlättare	syfte		• <i>följa lagstiftning</i> • <i>följa beslut från ledning</i> • <i>synliggöra omvårdnaden</i>
	roll		• <i>dokumentationsansvarig på avd: samverka, handleda, motivera kollegor, utveckla dokumentationen</i> • <i>vårdutvecklare organisera dokumentationsgrupp, engagera externa föreläsare</i> • <i>lära från varandra</i> • <i>ha ett långsiktigt perspektiv</i>
	färdigheter och utmärkande drag		• <i>dokumentationsansvarig på avdelning som är drivande, kunnig, intresserad</i> • <i>samverkan mellan avdelningarna</i> • <i>klara kommunikationsdagar</i>

Figur 2. Faktorer av betydelse vid implementering av IVP inom sluten somatisk vård enligt sjuksköterskors och ledares uppfattningar.

Kategori 1, evidens: Informanterna hade *ingen kunskap* om **forskning** som påvisade nyttan med IVP. Däremot hade det på avdelningarna, allteftersom arbetet med att skriva IVP fortgått, uppstått en **klinisk erfarenhet** som sjuksköterskorna såg som värdefull. Informanterna upplevde att IVP underlättade *kontinuitet* i vårdarbetet genom att de tydligare uppmärksammade patientens behov och kunde följa planerad och given omvårdnad och att alla arbetade mot samma mål. Sjuksköterskorna upplevde också ökad *tillgänglighet* av den information de sökte i journalen. Att dokumentera en IVP handlade också om *säkerhet* genom färre missförstånd, att olika delar av omvårdnaden inte glömdes bort, samt att det gav möjlighet att följa upp eventuella avvikelser. Att ta tillvara **patientens erfarenhet** var något som ofta diskuterades bland personalen, och de var mycket medvetna om att *patienterna ofta inte var delaktiga* i planeringen av sin omvårdnad. Patienten blev istället informerad om de beslut som hade fattats rörande omvårdnadsåtgärder av sjuksköterskan, men utan att informeras om att det fanns en IVP. **Lokal data/information** fick sjuksköterskorna genom fortlöpande *instruktioner från dokumentationsgruppen*. Denna information hade blivit systematiskt insamlad och utvärderad av dokumentationsgruppen.

Kategori 2, sammanhang: **Kulturen** på de studerade vårdavdelningarna beskrevs i termer av *samsyn angående IVP*, där personalen kände *stolthet* över sitt arbete. Alla informanter påtalade också att personalen var *mottagliga för förändringar*, och att hela tiden olika utvecklingsarbeten pågick på avdelningen. *Utvecklingsarbete premierades* också av ledningen, där avdelningscheferna strävade efter att alla sjuksköterskor på avdelningen skulle arbeta med potentiella utvecklingsområden. En annan viktig resurs, som påverkat utvecklingen var att man upplevde att *VIPS modellen gav struktur* till hur IVP skulle dokumenteras med hjälp av sökord. Däremot såg sjuksköterskorna sig *styrda av datorprogram*. Datoriserad journal hade nyligen införts på sjukhuset vilket enligt sjuksköterskorna hade påverkat arbetet i negativ riktning. **Ledarskapet** genomsyrades av *klara roller*, där det för omvårdnadsdokumentationen fanns en dokumentationsgrupp, som leddes av vårdutvecklare på sjukhuset. Två sjuksköterskor från varje vårdavdelning ingick i gruppen, och här fattades gemensamma beslut för hur dokumentationen skulle utvecklas på de avdelningar som ingick. Denna struktur hade funnits under många år, och informanterna ansåg att den var väl inarbetad och tydlig. **Utvärdering** av arbetet med IVP skedde i form av *feed-back från kollegor*. De dokumentationsansvariga uttryckte att de även *kände uppskattning* från avdelningschefer. Utvärdering av hur väl sjuksköterskorna dokumenterade omvårdnaden skedde genom *regelbunden journalgranskning*.

Kategori 3, underlättande funktioner: **Syftet** med att skriva IVP var från början enligt sjuksköterskorna att *följa lagstiftning* samt att *följa beslut från ledning*, vilket hamnar på "hög nivå" på skalan, då det var ändamålsenligt för just denna implementering. Informanterna angav också att syftet till en början var ett *synliggöra omvårdnaden* då sjuksköterskorna ansåg att de behövde stärka sin profession. **Rollen** som underlättare i form av dokumentationsansvariga på avdelningarna innebar att *samverka* dels med dokumentationsansvariga på andra avdelningar, dels med personalen på den egna avdelningen. De arbetade också med att *handleda* och *motivera* sina kollegor. En stor uppgift för dokumentationsgruppen var att *utveckla* dokumentationen av vårdplaner och övrig journalföring. En vårdutvecklare hade som uppgift att *organisera doku-*

mentationsgrupper samt att vid behov engagera *externa utbildare* om inslag där utbildning behövdes. Sjuksköterskorna angav att de hade lärt sig att skriva vårdplaner, dels från början i sin grundutbildning, dels av externa utbildare, men i huvudsak att de kontinuerligt *lär av varandra*.

Att ha ett *långsiktigt perspektiv* i dokumentationsgruppen angavs som viktigt för att driva arbetet framåt. De **färdigheter och utmärkande drag** som angavs av både sjuksköterskor och chefer som karaktäriserande för de dokumentationsansvariga sjuksköterskorna var att de var *drivande* på avdelningarna för att utveckla dokumentationen, de var *kunniga* och *intresserade* av ämnet och av att ansvara för utvecklingen. *Samverkan mellan avdelningarna* ansågs viktigt då man kunde inspirera och stötta varandra inom dokumentationsgruppen, samt att det fanns *klara kommunikationsvägar* mellan dokumentationsgrupp, avdelningschefer och övriga sjuksköterskor.

Implementering av standardiserade vårdplaner (IV)

Resultatet i delstudie IV behandlar implementering av SVP, vilka utarbetats för ett specifikt omvårdnadsbehov. Här redovisas också resultat avseende vad innehållet i SVP: n baseras på, för att få kunskap om vilka källor som har använts. Den totala svarsfrekvensen efter en påminnelse var 50% (137 personer), varav 88% kvinnor och 12% män. Medelåldern var 38 år. Nittioåtta procent av informanterna använde SVP i sitt dagliga arbete. Informanterna hade utifrån instruktioner på enkäten nämnt en SVP de arbetar med på avdelningen, som de sedan utgick ifrån i svaren. Totalt 73% ansåg att implementeringen av den nämnda SVP: n var framgångsrik. Underlag för den SVP som refererades till var främst baserad på klinisk expertis och forskning. Patienters erfarenhet utgjorde sällan underlag enligt respondenterna. Cirka 1/3 visste inte vilket underlag SVP: n baserades på.

På frågan om styrkor hos SVP:n kunde flera svarsalternativ anges (tabell 4). Fler informanter från universitetssjukhuset ($p=.001$) än från Länssjukhuset ansåg att det var en styrka att SVP:n var forskningsbaserad.

Tabell 4. Styrkor hos en standardvårdplan angivna av sjuksköterskor inom slutna somatiska vård (n=137). Skillnaden mellan samtliga informanter och n på varje delfråga, vilket presenterats inom parentes efter respektive fråga, representerar bortfall.

	Ja	Nej	Vet ej
Lätta att förstå (n=133)	93 % (n=124)	5 % (n=6)	2 % (n=3)
Lätta att följa (n=132)	90 % (n=119)	8 % (n=11)	2 % (n=2)
Följer gängse normer i verksamheten (n=133)	88 % (n=116)	5 % (n=7)	7 % (n=9)
Baserad på kliniska erfarenheter (n=132)	77 % (n=101)	2 % (n=3)	21 % (n=28)
Forskningsbaserade (n=133)	53 % (n=70)	7 % (n=10)	40 % (n=53)
Baserad på patientens erfarenhet (n=131)	40 % (n=52)	14 % (n=19)	46 % (n=60)

De tre vanligaste strategierna som användes vid implementeringen var: påminnelse efter införandet, utbildning vid start samt intern underlättare (tabell 5).

Tabell 5. Strategier vid implementering av SVP angivna av sjuksköterskor inom slutna somatiska vård (n=137). Skillnaden mellan samtliga informanter och n på varje delfråga, vilket presenterats inom parentes efter respektive fråga, representerar bortfall.

	Ja	Nej	Vet ej
Utbildning vid uppstart (n=130)	63% (n=82)	14% (n=18)	23% (n=30)
Påminnelser efter införandet (n=132)	63% (n=83)	15% (n=20)	22% (n=29)
Intern stödperson (n=133)	62% (n=82)	7% (n=10)	31% (n=41)
Trycksaker (n=132)	53% (n=70)	26% (n=34)	21% (n=28)
Återkoppling av utvärdering vid ett tillfälle (n=131)	37% (n=48)	29% (n=38)	34% (n=45)
Datoriserat stödsystem (n=131)	35% (n=46)	44% (n=58)	21% (n=27)
Kontinuerlig utbildning (n=132)	29% (n=38)	49% (n=65)	22% (n=29)
Regelbunden återkoppling (n=132)	26% (n=35)	45% (n=59)	29% (n=38)
Extern stödperson (n=130)	16% (n=21)	40% (n=52)	44% (n=57)

Nästan hälften av informanterna visste inte om SVP: n hade blivit utvärderad, medan 21% angav att den blivit utvärderad och 30% angav att den inte blivit det. Vanligaste sättet att utvärdera var genom personalens uppfattningar samt genomgång av journaler.

Mer än hälften av informanterna angav att de regelbundet diskuterade betydelsen av klinisk erfarenhet i sitt arbete. Skillnad förelåg mellan sjukhusen ($p=.028$) där 69% (n=36) på länssjukhuset ansåg detta, mot 50% (n= 41) på universitetssjukhuset. Fyrtiotre procent av respondenterna angav att de regelbundet diskuterade betydelsen av patienternas erfarenheter i sitt arbete. Frågor om klinisk erfarenhet, patienters erfarenheter samt sammanhang och underlättande funktioner ställdes utifrån PARIHS-kontinuum från lågt nivå till hög nivå, (bilaga II). Sammanfattningsvis kan sägas, dock speglat i 50% svarsfrekvens, att skillnaderna mellan sjukhusen i denna del av enkäten med sammanlagt 18 frågor om informanternas uppfattning om sin avdelning, visade att länssjukhuset svarade med ett högre värde på 15 av 18 frågor. De som såg implementeringen som lyckad svarade med ett högre värde på 11 av de 18 frågorna.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvalitativa studier (I, III)

När det gäller trovärdigheten i kvalitativa studier kan enligt Polit och Beck (2006) följande kriterier beaktas: trovärdighet (eng. credibility), pålitlighet/rimlighet (eng. dependability), objektivitet/bekräftelse (eng. confirmability) och överförbarhet (eng. transferability). I delstudie I har trovärdigheten beaktats genom att både observera och genomföra öppna intervjuer med sjuksköterskor på olika sjukhus samt med olika lång erfarenhet. Genom detta förfaringsätt har variationen i sjuksköterskors upplevelser maximerats, vilket ökar trovärdigheten i resultatet. I delstudie III har trovärdigheten i studien säkrats genom att utgå från ett brett perspektiv på implementering av IVP då sjuksköterskor och ledare på olika positioner och med olika lång erfarenhet och olika stort intresse för IVP intervjuades. Citat har också presenterats för att illustrera de empiriska data så att läsaren själv kan bedöma trovärdigheten av tolkningen. Pålitlighet/rimlighet erhöles genom att forskarna reflekterade och diskuterade under analysprocessen. Vad gäller objektivitet har utgångspunkten i delstudie I och III varit att en forskare inte är objektiv i den interaktion som sker vid en intervju, i den betydelsen att objektivitet innebär att forskarens förförståelse inte påverkar resultatet.

Charmaz (2006) konstruktivistiska synsätt, vilket varit utgångspunkten där GT har använts som metod, innebär att vad forskaren ser och hör påverkas av hans/hennes förförståelse. Samma resonemang gäller även för andra analyser, som till exempel innehållsanalys (Krippendorf, 2004). Enligt Malterud (2001) ska forskarens förförståelse redovisas, då objektivitet innebär att inse att all kunskap är ofullständig och situationsbunden och redovisas utifrån vad den betyder för forskaren. Subjektivitet i en studie uppstår om effekten av forskarens förförståelse ignoreras. I denna avhandling presenteras författarens förförståelse i början av metodavsnittet, under perspektiv och utgångspunkter. Utifrån denna presentation samt att analysprocessen har tydliggjorts och att citat presenterats blir det möjligt för läsaren att avgöra tolkningens trovärdighet.

Resultatet av delstudie I torde kunna generaliseras/överföras till andra liknande omvårdnadssituationer, då variationen i data har optimerats genom konstanta jämförelser, teoretiskt urval och att upplevd datamättnad har uppnåtts, samt att datainsamling skedde på tre olika sjukhus inom olika specialiteter. Det är svårare att bedöma om resultatet av delstudie III kan bekräftas av och överföras till andra sammanhang, då datainsamling endast gjordes på ett sjukhus, det vill säga variationen i data var inte optimal. Dock överrensstämmer resultatet till stora delar med PARIHS ramverk.

En GT-studie strävar efter att generera teori, det vill säga att skapa ny kunskap varför kriterierna originalitet (eng. originality), resonans (eng. resonance) och användbarhet (eng. usefulness) är användbara. Studie I tillför ny kunskap som speglar det studerade området och har originalitet genom att påvisa sjuksköterskors skilda perspektiv i omvårdnadsrollen i relation till hur omvårdnadsplanering och dokumentation

av omvårdnadsåtgärder utförs. Dessa resultat ökar förståelsen för sjuksköterskors förhållningssätt till dokumentation av planerad och given omvårdnad.

Beslutet att använda PARIHS ramverk i delstudie III antogs vara en fördel för att få en så fullständig bild som möjligt av implementeringsprocessen, trots att appliceringen av ramverket innebar en styrning av det förväntade resultatet. Även informanterna kan styras av de frågor som ställs. Detta försökte forskaren undvika genom att starta med en öppen fråga där svaren gav följdfrågor, tills informanten inte hade mer att tillföra. Först därefter ställdes specifika frågor utifrån modellen. En annan aspekt att ta i beaktande vid tolkningen är risken för s.k. "recall bias". Informanterna kan ha idealiserat de positiva faktorerna som påverkade implementeringsprocessen, eller ha beskrivit en mer positiv bild av fördelarna med att använda IVP än vad som egentligen var fallet.

Kvantitativa studier (II, IV)

Trovärdighet i kvantitativa studier beskrivs med begreppen reliabilitet (tillförlitlighet) och validitet (giltighet eller om instrumenten mäter det som avses mätas) (Polit & Beck, 2006). I delstudie II har vältestade instrument använts som tidigare bedömts ha hög reliabilitet. Instrumentet KUPP har testats avseende reliabilitet med Chronbachs alpha värde .69-.93 (Wilde-Larsson, 2001). Instrumentet EQ-5D har i visat god validitet för patienter som insjuknat i stroke, både när patienterna fyllde i instrumentet själva och när de fick hjälp (Dorman, Waddell, Slattery, Dennis & Sandercock, 1997). EQ-5D har också testats avseende reliabilitet med Chronbachs alpha på .79 i medelvärde (Slobogean, Noonan & O'Brien, 2010).

Validiteten i delstudie II är svår att bedöma, då kunskap inte fanns om vilka variabler som kunde påverkas av dokumentation av vårdplaner. Därför valdes att mäta så många omvårdnads specifika resultatindikatorer som möjligt. Ett problem är att det finns många andra påverkansfaktorer utöver förekomst av vårdplaner på enheterna, t.ex. vårdorganisation och tillgängliga resurser, andra professioners arbete, välbefinnande hos patient och anhöriga, deras tidigare vårderfarenheter och så vidare. Det är också problematiskt att dra slutsatser från en studie där två enheter jämförs. Det hade varit mer tillförlitligt om denna studie hade genomförts som en randomiserad kontrollerad studie. Det var dock inte möjligt då det inte fanns avdelningar med samma specialinriktning, med olika arbetssätt, inom sjukhuset. Studien genomfördes på två olika sjukhus inom samma landsting, men med ett geografiskt avstånd som hinder för att på ett kliniskt relevant sätt randomisera patienter till endera av de två sjukhusen.

Frågeformuläret sändes till patienterna två-tre veckor efter hembesök, då de fått tid att bearbeta sin upplevelse, och inte längre stod i beroendeställning till personalen på sjukhuset. Detta kan också innebära att patienten hade glömt en del av sina upplevelser på sjukhuset. Att vänta längre tid än två-tre veckor efter sjukhusvistelsen bedömdes kunna innebära risk för att nya omvårdnadsproblem uppstod.

Originalformuläret som reviderades för delstudie IV för att stämma in på SVP, har testats avseende validitet genom att olika individer fått fylla i och kommentera oklarheter i instrumentet (Bahtsevani et al., 2008). Den reviderade versionen som användes

i denna studie testades inte ytterligare avseende validitet. Motivet till detta vara att en SVP ansågs kunna jämföras med en klinisk riktlinje, vars implementering originalformuläret avsåg att mäta. Reliabiliteten i originalformuläret var testat i en test-retest studie, där frågeformuläret besvarades av samma respondenter vid två tillfällen. Studien visade på god samstämmighet för åtta frågor, moderat samstämmighet för 13 frågor och dålig samstämmighet för två frågor (Bahtsevani et al., 2008).

Validitet bör också ha uppnåtts då instrumentet utgår från ett ramverk (PARIHS) som utvecklats specifikt för att beskriva faktorer och förutsättningar av betydelse för förändringar i praktiskt arbetssätt i det kliniska arbetet inom omvårdnad. Reliabilitet mättes också på det reviderade frågeformuläret i delstudie IV, vilket visade Cronbach's Alpha värden på .75 för frågor som rörde klinisk erfarenhet, .79 för frågor rörande patienters erfarenhet och .89 för de frågor som gällde sammanhang och underlättare. Dessa värden visar på god reliabilitet inom uppmätta områden. Svarsfrekvensen var dock enbart 50%, vilket innebär att hälften av informanterna måste betraktas som ett bortfall. Detta begränsar möjligheterna att dra slutsatser av studien. En annan betydande svaghet är att en bortfallsanalys inte genomfördes. Den låga svarsfrekvensen kan möjligen bero på att informanterna upplevde frågorna som svåra att förstå, vilket nämdes av flera informanter i en öppen fråga angående egna synpunkter de ville tillfoga formuläret. Trots att både Cronbachs alpha värden i delstudie IV och tidigare test-retest undersökning visad goda resultat kan detta ha påverkat reliabiliteten. Då sjuksköterskor är välutbildade och borde kunna tolka språket som använts i formuläret är detta förvånande, men tyder på att språket behöver förenklas. Då informanterna på universitetssjukhuset (44%) hade lägre svarsfrekvens än informanterna på länsjukhuset (62%), kan den låga svarsfrekvensen också bero på att de förra oftare deltar i studier, vilket kan leda till trötthet i att delta i undersökningar.

Resultatdiskussion

I inledningen av denna avhandling ställdes frågan varför gapet är så stort mellan hur sjuksköterskan i kliniskt arbete genomför och dokumenterar omvårdnad utifrån omvårdnadsprocessen jämfört med vad som är fastställt i styrdokument och vad som ingår i undervisningen på lärosätena. Det fastställdes också att det idag saknas tillräcklig vetenskaplig kunskap om nyttan av detta arbetssätt samt orsaken till implementeringen av dessa steg i omvårdnadsprocessen, trots lagstiftning och utbildning, inte fungerat tillfredställande. Denna avhandling har bidragit med en del svar på dessa frågor, varav de mest framträdande beskrivs nedan:

- Nyttan med att arbeta utifrån ett planerat processorienterat arbetssätt genom att dokumentera vårdplaner har undersökts utifrån både sjuksköterskans och patientens perspektiv. Sjuksköterskor som dokumenterade vårdplaner antog ett omvårdnadsperspektiv i sitt bedömnings- och beslutfattande om patientens omvårdnadsbehov, till skillnad från sjuksköterskor som inte arbetade på detta sätt, vilka antagit ett mer medicinskt perspektiv (I). Patienter som vårdades på avdelningar där vårdplaner dokumenterades upplevde att de var mer delaktiga samt att vården blev mer individanpassad jämfört med patienter som inte vårdades på detta sätt (II). En utgångspunkt i denna avhandling var att när vårdplaner

dokumenteras använder sjuksköterskan sig av ett planerat processororienterat arbetssätt. Resultaten ovan indikerar att sjuksköterskan som arbetar på detta sätt bedriver omvårdnad på personnivå, där människan möts utifrån sina unika förutsättningar och på sina villkor vilket är ett grundantagande inom omvårdnadsdisciplinen (Svensk sjuksköterskeförening, 2009).

- För att implementera och säkerställa en fortsatt användning av IVP och SVP visade det sig att det var viktigt med ett ledarskap som prioriterar utveckling av omvårdnad (III). Det var också viktigt med interna underlättare på avdelningen i form av sjuksköterskor som hade mandat att arbeta med dessa frågor. Det medicinska perspektivet är fortfarande på många håll rådande inom slutenvården (Hancock et al., 2003; Hedberg & Sätterlund-Larsson, 2003; Henderson, 1994), vilket kan bero på att ledare inom vården oftast utgår från detta perspektiv. Om en vilja finns att utveckla den omvårdnad som bedrivs behövs fler personer med omvårdnadsbakgrund på ledande positioner. Efterfrågas och utvärderas inte den omvårdnad som bedrivs finns det inget incitament för sjuksköterskorna att utveckla denna del av sitt arbete. Risken blir då att sjuksköterskorna istället antar ett medicinskt perspektiv där det finns tydligare incitament. Omvårdnaden riskerar då att bli bristfällig, vilket kan leda till ökat lidande för patienten.
- Det visade sig också att sjuksköterskor inte diskuterade forskningsresultat som grund för att bedriva planerad processororienterad omvårdnad och att de inte heller upplevde att de i större utsträckning lyssnade till patienternas erfarenhet (III, IV). Om inte sjuksköterskorna utgår från både forskningsresultat och patientens erfarenhet i sitt område kan det inte sägas att de bedriver evidensbaserad omvårdnad (Scott & Mc Sherry, 2009), vilket kan leda till att patienten inte får tillgång till bästa möjliga omvårdnad. Att sjuksköterskorna upplever att patientens erfarenhet inte tas tillvara är förvånande då det inte stämmer med resultat från delstudie I och II, där sjuksköterskorna dels strävade efter att lyssna på patientens berättelse och där patienterna upplevde delaktighet i sin vård och behandling.

Nedan diskuteras dessa punkter vidare, tillsammans med övriga resultat som framkommit under arbetet med avhandlingen.

Omvårdnadsperspektiv

Sjuksköterskor som formulerar OVD och dokumenterar vårdplaner hade antagit ett omvårdnadsperspektiv i sin professionella roll (I). Dessa sjuksköterskor använde bedömningen som en bas för att lindra patientens lidande, för att kunna ge information och kunskap samt för att minimera risker under sjukhusvistelsen. Dessa sjuksköterskor visade också tydligare på vikten av att ha ett ostört samtal med patienten. Detta resultat stämmer väl med resultat av studie (Axelsson et al., 2006) som visade att sjuksköterskor ansåg att fastställande av OVD hade en positiv påverkan på deras professionella roll. Studier har även visat att kvaliteten på vårdplaner blivit bättre efter utbildning och implementering av ett standardiserat språk (Muller-Staub et al., 2008; Rosendal-Darmer et al., 2006; Florin et al., 2005c). Detta borde innebära att denna

kvalitetshöjning beror på att sjuksköterskorna har blivit mer medvetna om omvårdnadsperspektivet, då det som dokumenteras alltid måste ha föregåtts av någon form av kritiskt tänkande. De sjuksköterskor som inte hade som syfte med ankomstsamtalet att formulera OVD och dokumentera vårdplan tycktes ha ett mer medicinskt perspektiv. Detta visade sig i att de inte hade patientens upplevelse i fokus om det inte också fanns objektiva tecken som verifierade berättelsen. De bedömde inte alls risker för komplikationer under vårdtiden såsom risk för fall, risk för undernäring och så vidare. I stället diskuterade de sina beslut utifrån den medicinska diagnosen, hur de skulle verkställa ordinationer samt ta hjälp av andra professioner. Att sjuksköterskor ofta antar ett medicinskt perspektiv har tidigare visat sig i studier (Hancock et al., 2003; Hedberg & Sätterlund-Larsson, 2003), men har då inte satts i samband med huruvida de arbetar utifrån ett processororienterat arbetssätt genom att formulera OVD och planera vården i form av vårdplaner eller inte.

Bedömnings- och beslutsfattande

Samtliga sjuksköterskor (delstudie I) såg det som självklart att genomföra ett ankomstsamtal med patienten och lyssna på dennes berättelse. Sjuksköterskorna bedömde både symtom och tecken, men i beslutsfattandet tillskrev de dessa symtom och tecken olika stor betydelse beroende på sitt perspektiv. Sjuksköterskorna som ställde OVD hade tydligare fokus på patientens upplevelse av sina symtom, medan sjuksköterskor som inte ställde OVD gav tecken större betydelse. Enligt Good och Good (1981) utgår ett humanvetenskapligt synsätt, vilket ska vara grunden för omvårdnad, från patientens upplevelse för att kunna fatta beslut som lindrar hennes/hans symtom. Ett naturvetenskapligt synsätt (vilket det medicinska perspektivet bygger på) utgår från tecken för att kunna fastställa medicinsk diagnos och behandla detta tillstånd (tabell 2, bakgrundsavsnittet). Trots att samtliga sjuksköterskor utgick från ett omvårdnadsperspektiv (utifrån humanvetenskap) i början av bedömningen pekar resultatet av delstudie I mot att sjuksköterskor som inte ställde OVD använde sig av ett mer medicinskt perspektiv (utifrån naturvetenskap) i beslutsprocessen. Sjuksköterskor som ställde OVD behöll omvårdnadsperspektivet genom hela bedömnings- och beslutsprocessen.

I delstudie I arbetade sjuksköterskan som ställde OVD och dokumenterade vårdplan utifrån den ”kliniska beslutsmodellen” (Banning, 2008), beskriven i avhandlingens bakgrundsavsnitt. Sjuksköterskan utgick från befintliga data, förutsåg och hanterade risker och fokuserade på situationen samt patientens subjektiva upplevelse om patienten, genom att formulera en OVD. Omvårdnadsdiagnosen kan då ses som hypotetisk. Slutligen bestämdes vilken omvårdnad som skulle ges anpassat till den aktuella situationen och patientens upplevelser och detta dokumenterades sedan i vårdplanen.

Sjuksköterskorna som inte ställde OVD eller dokumenterade vårdplaner tycktes istället använda sig av ”modell för bearbetning av information” (Banning, 2008). När sjuksköterskorna inte hade ett omvårdnadsperspektiv utgick de istället från den medicinska orsaken till inläggningen på sjukhus, och sökte efter tecken som skulle kunna fastställa den preliminära medicinska diagnosen. I sin beskrivning av bedömningen de gjorde använde sig dessa sjuksköterskor av termer som ”intuition” och ”klinisk blick” men hade svårt att beskriva vad det konkret innebar. Enligt Benner (1993) an-

vänder den novisa sjuksköterskan sig i störst utsträckning av tecken vid bedömning medan expertsjuksköterskan till stor del använder sig av intuition, där hon/han genom igenkännande av situationer lättare kan bedöma patientens omvårdnadsbehov. Det tycks som om sjuksköterskor som inte har ett omvårdnadsperspektiv inte fullt ut tar detta steg i sin utveckling, vilket enligt Benner och Benner (1991) kan ha påverkats av inlärningsstrategier och intresse liksom av hinder i organisationen. Fokus för sjuksköterskorna var, oavsett om de formulerade omvårdnadsdiagnoser och dokumenterade vårdplaner eller ej, patientens fysiska och sociala behov (I). Det är möjligt att patientens psykiska och kulturella behov därmed åsidosattes.

Nytan av planerad omvårdnad ur patientens perspektiv

Patienter som vårdades baserat på IVP och SVP ansåg i högre grad att vården styrdes av deras behov snarare än av personalens rutiner. De upplevde också att de hade bättre möjligheter att delta i beslut när det gällde deras vård jämfört med patienter på avdelning där vårdplaner inte dokumenterades (II). Detta resultat indikerar att omvårdnadsdiagnoser och vårdplaner får patienten att känna sig mer delaktiga i omvårdnaden, vilket kan påverka att vården blir mer individanpassad. Tidigare studier visar att patienter inte känner sig delaktiga i sin vård (Doherty, 2005; Florin et al., 2005a). Denna bristande delaktighet i vården har dock inte satts i samband med om det formuleras OVD och planeras för vården i form av vårdplaner eller ej. Det har också visat sig att omvårdnadsdiagnoser inte alltid stämmer med patientens upplevelse av sina problem och behov (Lunney, 2003). Trots detta tyder resultatet ovan (II) på att användande av omvårdnadsdiagnoser leder till ökad individualisering av vården.

Sjuksköterskorna angav att de i liten utsträckning använde sig av patienternas erfarenhet när vården planerades (III, IV). Trots att detta var sjuksköterskornas upplevelse, indikerar patienternas upplevelse (II) att vården blir mer individanpassad, och ger patienterna större delaktighet i vården om OVD och vårdplaner används, men att sjuksköterskorna inom detta område skulle kunna bli mycket bättre.

Den stora skillnaden i vårdtid mellan enheterna är förvånande. En orsak är säkert att patienterna på enhet A stannade kvar på enheten för långtidsrehabilitering, medan patienterna på enhet B flyttades till rehabiliteringsavdelning för denna vård. Då detta i högsta grad gällde patienter med störst vårdbehov vilka hade exkluderats från studien, uppstår frågan om det även kan bero på andra orsaker. Av de patienter som ingick i studien hade få patienter från enhet A riktigt långa vårdtider, och få patienter från enhet B flyttades till rehabiliteringsavdelning. När dessa patienter räknades bort i jämförelsen, hade ändå enhet B signifikant kortare vårdtid. Detta kan bero på att vården hade blivit mer effektiv då en tydligare planering skett. I tidigare studier har det visat sig att CP har lett till kortare vårdtider (Ho & Huo, 2007; Brunnenberg et al., 2005).

De komplikationer som undersöktes (II) var frakturer, trombosor och lunginflammation då dessa komplikationer fanns med i Nationellt strokeregister (Riks-stroke, 2008). Få fall av dessa komplikationer uppmättes, vilket kan bero på att de svårast sjuka patienterna exkluderades från studien. Då sjuksköterskorna på enhet B dokumenterade vårdplaner kring risk för fall, hade det varit intressant att också mäta antalet fall på enheterna. Enhet B dokumenterade också vårdplaner kring smärta i stor utsträckning

enligt sjuksköterskorna, men trots detta syntes ingen skillnad mellan enheterna i hur patienterna upplevde den smärtlindring de fick under sjukhusvistelsen. Det är dock svårt att utläsa något av detta resultat då det endast var en liten andel av patienterna som uppgav att de upplevde smärta. En viktig lärdom är att för kunna mäta nyttan av god omvårdnad måste det finnas vårdplaner upprättade. Utan dessa kan vi aldrig med säkerhet mäta nyttan av de omvårdnadsåtgärder som vidtas. Indikatorer för att mäta nyttan av omvårdnad har diskuterats i litteraturen (ICN, 2008; Blegen, 2006; Aydin et al., 2004; Doran, 2003). Ett problem är att inte dessa indikatorer dokumenteras korrekt. Om sjuksköterskorna inte överhuvudtaget dokumenterar problem, mål eller insatta omvårdnadsåtgärder är vi väldigt långt från att kunna mäta nyttan av god omvårdnad.

Implementering av vårdplaner

Avhandlingen har också haft som syfte att undersöka vilka faktorer och förutsättningar som har påverkat implementering av IVP respektive SVP. Resultatet kommer nedan att diskuteras utifrån PARIHS olika områden: evidens, sammanhang och underlättande funktioner.

Evidens

Inga informanter visste om det fanns forskning som visade på nyttan av att använda IVP i det dagliga arbetet (III). Innehållet i de IVP som dokumenterades undersöktes dock inte, vilket innebär att vi inte vet vad de omvårdnadsåtgärder som ordinerades var baserade på. När implementering av SVP studerades, insamlades däremot också information om innehållet i SVP (IV). Mindre än hälften av informanterna angav att forskning utgjorde grunden för innehållet i SVP:n (IV). Här angavs det oftare av informanterna på universitetssjukhuset att forskning diskuterades jämfört med på länsjukhuset. En möjlig förklaring till detta är det är ett inbyggt krav på universitetssjukhus att producera ny kunskap, eller att de som utvecklade SVP hade mer kunskap om hur forskningsresultat söks. Tidigare svenska kartläggningar, där ett stort antal SVP undersöktes, har också visat en tydlig avsaknad av vetenskaplig kunskap som bas för omvårdnadsåtgärderna (Olsson et al., 2009; Socialstyrelsen, 2006b). Dessa resultat stämmer med en tidigare studie, som visade att sjuksköterskor ett år efter examen använde forskning i liten utsträckning i sitt arbete, och att användandet hade minskat ännu mer, tre år efter examen (Forsman, Gustavsson, Ehrenberg, Rudman & Wallin, 2008). Eftersom sjuksköterskeutbildningen idag är en akademisk utbildning som baseras på forskning är det låga intresset för forskningsresultat efter avslutad utbildning oroande. En stark faktor för att använda IVP var att sjuksköterskorna efter hand upptäckte att det ledde till förbättrad tillgänglighet, kontinuitet och säkerhet (III). Det var också en styrka att en SVP följde avdelningens normer och var lätt att följa (IV). Denna erfarenhet stämmer med Ehnfors och Ehrenbergs (2007) slutsats, att syftet med att dokumentera alla steg i omvårdnadsprocessen är att få ett redskap för att säkerställa kontinuitet och säkerhet för patienten under vårdtiden.

Patienterna var ofta inte var medvetna om och delaktiga i innehållet i sina IVP (III). Detta är förvånande, då IVP ska baseras på individens specifika problem och behov, vilket inte kan vara möjligt om patienten inte är informerad om att IVP:n existerar. Detta motsätts dock av att sjuksköterskorna vid ankomstsamtalet lyssnar till patient-

tens berättelse (I), och att patienterna upplevde att de var delaktiga (II). Sjuksköterskorna påtalade också ofta och mycket tydligt att de var dåliga på att lyssna på patientens upplevelse (III). En rimlig tolkning är att de sjuksköterskor som använde sig av IVP i sitt dagliga arbete var lyhörda för patientens behov i praktiken, men var självkritiska avseende detta. Även vad gällde sjuksköterskor som arbetade med SVP angav mindre än hälften av sjuksköterskorna att de diskuterade värdet av patientens erfarenhet, och endast 12% angav patienternas erfarenhet haft betydelse då innehållet i SVP planerats (IV). Detta stämmer med resultat från studie av Lee (2005) som fann att sjuksköterskor som endast använde SVP mer fokuserade på objektiv än subjektiv information, vilket kan innebära att de, när de utgår från färdiga OVD, missar att lyssna till patientens subjektiva berättelse. Resultatet av delstudie IV måste hela tiden speglas i skenet av det stora bortfallet.

Enligt Ehnfors och Ehrenberg (2007) har dokumentation av omvårdnad en avgörande betydelse för att ge forskningsbaserad vård. Resultatet från delstudie III och IV visar att även om alla steg i omvårdnadsprocessen dokumenteras kan sjuksköterskan välja att lägga liten vikt både vid forskning och vid patientens delaktighet, vilket enligt Scott och McSherry (2009), är viktiga delar för att bedriva evidensbaserad omvårdnad.

Sammanhang

Att introducera individuella vårdplaner (IVP) på en vårdavdelning innebär både att implementera och att upprätthålla ett arbetssätt som på många sätt inte stämmer med det biomedicinska perspektiv som fortfarande existerar på sjukhusen (Hancock, 2003; Hedberg & Sätterlund-Larsson, 2003; Henderson, 1994). Vad som karakteriserade de avdelningar som använde IVP i sitt dagliga arbete var att sjukhusledningen också fokuserade på förändringar inom omvårdnad och såg ett värde i omvårdnadsdokumentation (III). Ledarskapet på alla nivåer var också mycket viktigt för att behålla arbetet med IVP, då de sjuksköterskor som ansvarade för dokumentationen redan från start hade tilldelats en klar roll samt mandat och tid för att utföra detta arbete. Detta stämmer med erfarenheter från tidigare studier (Thoroddsen & Ehnfors, 2007; Björvell et al., 2002) där forskarna diskuterar hur viktigt det är med stöd från ledare på olika nivåer. Utvärdering av arbetet med IVP gjordes främst genom feed-back från kollegor samt genom granskning av dokumentation av dokumentationsansvariga sjuksköterskor (III). Däremot utvärderades inte arbetet med SVP i någon större utsträckning (IV). Ett större intresse från ledningen på sjukhusen att följa upp sjuksköterskornas dokumentation av vårdplaner genom utvärderingar både från personal och också patienter borde kunna fungera som ett incitament för sjuksköterskorna att förbättra kvaliteten på den processororienterade omvårdnaden.

Underlättande funktioner

Den vanligaste strategin för implementering av IVP (III) och SVP (IV) visade sig vara interna underlättare i form av kliniskt verksamma sjuksköterskor som fungerade som dokumentationsansvariga på respektive avdelning, vilka kunde fortsätta arbetet över tid. Däremot har externa föreläsare inte använts i någon större utsträckning. Detta stämmer med von Krogh et al. (2008) studie, där det visade sig att implementering av dokumentationen med hjälp av interna underlättare fortsatte utvecklas även efter att själva implementeringen avslutades. I en studie av Björvell et al. (2002) däremot

som mer fokuserade på externa underlättare visade det sig att dokumentationen blev sämre igen efter att studien hade avslutats. Att interna underlättare är så viktiga visar på nyttan av att satsa resurser på att ge dem förutsättningar att genomföra sitt arbete, vilket troligen är mer strategiskt än att bekosta externa föreläsare.

SLUTSATSER

Till skillnad från tidigare studier som berört omvårdnadsprocessen har denna avhandling inte haft dokumentationen som fokus. Istället har omvårdnadsprocessen belysts som ett strukturerat arbetssätt, där vårdplaner är den del som synliggör detta arbetssätt. De slutsatser som dras av genomförda studier är att:

- sjuksköterskans bedömnings- och beslutsfattande vid ankomstbedömning verkar påverkas av om sjuksköterskan har som syfte att ställa OVD och fastställa vårdplan eller inte
- sjuksköterskor som har som syfte att ställa OVD och fastställa vårdplan verkar ha ett tydligare omvårdnadsperspektiv genom bedömnings- och beslutsfattandet, medan sjuksköterskor som inte arbetar på detta sätt verkar ha ett mer medicinskt perspektiv
- om sjuksköterskan i sitt dagliga arbete använder vårdplaner kan det innebära att patienterna upplever att de blir mer delaktiga och att vården blir mer individanpassad, samt också att vårdtiden kan förkortas
- en tydlig dokumentation är viktig för att överhuvudtaget kunna mäta nyttan av vidtagna omvårdnadsåtgärder
- det finns ett antal omvårdnadskänsliga resultatindikatorer som kan vara värdefulla att använda i mätningar av nytta för patienterna av given omvårdnad
- för att implementera och säkerställa en fortsatt användning av IVP och SVP på en vårdavdelning behövs ett ledarskap som prioriterar utveckling av omvårdnad där klara roller och mandat finns för interna underlättare på avdelningarna i form av ansvariga sjuksköterskor
- forskning och patienternas erfarenhet har inte varit områden som har diskuterats i högre grad, vilket visar att det inte haft någon större betydelse för implementeringen.

KLINISK ANVÄNDBARHET

Resultatet av denna avhandling visar att ett processororienterat arbetssätt inte bara handlar om dokumentation. Tidigare har fokus mycket hamnat på att dokumentera rätt och dokumentationsansvariga sjuksköterskor har tillsatts på de flesta vårdavdelningar. Förhoppningsvis kan detta arbete visa på att för att bedriva processororienterad omvårdnad måste sjuksköterskan först bli medveten om sin professions område, vilket kräver ett ledarskap som frågar efter denna kunskap och utvärderar effekten av den. För att nå hit krävs ledare som själva har kunskap inom omvårdnad, vilket nu ofta inte är fallet. Även inom sjuksköterskeutbildningen behövs tydligare omvårdnadsfokus där kritiskt tänkande måste läras och tränas.

FORTSATT FORSKNING

Fler studier behövs för att utvärdera nyttan av processororienterad omvårdnad genom att kunna visa samhällsekonomiska vinster. Om resultat såsom lägre vårdkostnader och ökad livskvalitet för patienterna kan visas bör detta påverka värden på ett strukturellt plan. En tänkbar design är en interventionsstudie där olika omvårdnads känsliga resultatindikatorer mäts efter att ett strukturerat arbetssätt har implementerats kring en specifik indikator. Exempelvis kan detta gälla risk för fall eller undernäring, där alla patienten som läggs in för vård genomgår en riskbedömning och sedan efter behov vårdas utifrån denna riskanalys med hjälp av IVP eller SVP.

Vidare behövs mer forskning kring hur sjuksköterskor ska motiveras att söka och använda sig av forskningsresultat, samt hur de ska bli mer motiverade att utgå från patientens erfarenhet. I denna avhandling har inte innehållet i IVP undersökts, varför en studie behövs för att kartlägga vad åtgärderna i dessa vårdplaner baseras på. En annan intressant frågeställning att undersöka är om det blir någon skillnad om sjuksköterskor enbart använder sig av SVP i sitt arbete jämfört med om de också använder IVP. Använder sig sjuksköterskor av kritiskt tänkande utifrån ett omvårdnadsperspektiv på samma sätt om de använder IVP eller SVP?

FRAMTIDSPERSPEKTIV

Sedan några år pågår i Sverige ett arbete med en nationell IT-strategi på uppdrag av regeringen och som genomförs av Socialstyrelsen (2010b). En del av denna strategi är att en ny patientdatalag (SOSFS 2008:14) har tillkommit, vilken fastställer att klassifikationer ska användas då det är möjligt. Inom omvårdnad finns ett flertal klassifikationer såsom NANDA; NIC och NOC (Johnson, 2006) och International Council of Nursing Practice [ICNP] (2010). Då ny lagstiftning fastställer att klassifikationer ska användas så långt det är möjligt, samt att översättning pågår av klassifikationer, kan detta underlätta för sjuksköterskorna att ställa OVD. Vidare kan olika former av beslutsstöd som kan infogas i datajournalen underlätta för val av omvårdnadsåtgärder och förväntat resultat (Weber, 2007; Randell & Dowding, 2010). Enligt en översikt av Saranto & Kinnunen (2008) har standardiserade termer i omvårdnadsdokumentationen visat sig ge betydligt fler positiva än negativa effekter. En översättning av dessa klassifikationer till svenska bidrar sannolikt till att implementeringen av vårdplaner underlättas.

Ett led i arbetet är införandet av ett internationellt begreppssystem, Systematized Nomenclature Of Medicine, Clinical Terms (SNOMED CT) (Socialstyrelsen, 2010c). Avsikten med detta arbete är att de befintliga terminologier och klassifikationer personal inom olika professioner nu arbetar utifrån skall sammanföras till ett gemensamt språk. Utifrån tanken att olika professioner ska använda samma begrepp har också klassifikationen International Classification of Functioning and disabilities (ICF) (World Health Organisation [WHO], 2008a) börjat användas i omvårdnadsdokumentationen på en del orter i Sverige. ICF har nyligen blivit godkänd av Världshälsoorganisationen (WHO), vilket gör att den uppnår samma ”status” som International Classification of Diseases (ICD-10) (World Health Organisation [WHO], 2008b), där de medicinska diagnoserna upptas. Det finns många fördelar med att alla professioner i vården utgår från samma begrepp och att patienten får en sammanhållen journal där olika professioners bedömningar och beslut sammanvägts. En risk med detta kan dock vara att omvårdnadsperspektivet blir otydligt för sjuksköterskorna om de inte använder specifika klassifikationer utifrån sitt område. De positiva effekter som visat sig när klassifikationer används kan då delvis gå förlorade, vilket kan leda till ökat lidande för patienten.

ENGLISH SUMMARY

INTRODUCTION

To ensure the provision of good and safe nursing care in the ward, each individual patient's care needs should be identified and documented in the patient's medical record in the form of a care plan. The nurse can prepare an individual care plan (ICP), which means that a new plan is established on the basis of the specific needs of each patient, or he/she can utilise standardised care plans (SCP) based on nursing problems that frequently occur in the ward. Despite the fact that the basic nursing education emphasises the nursing responsibilities and that the care should rest on scientific evidence, this method of working is not always applied in the nursing organisation.

The large gap that exists between the steering document guidelines and the content of the nursing education in relation to how clinical nurses perform and document nursing care based on the nursing process indicates that the implementation process has been deficient. This raises the question of why nurses fail to work according to the nursing process or to document their nursing actions. Is it due to a lack of competence on the part of the individual health care professional or do the working practices not provide a scope for this method of working? Currently there is a lack of scientific evidence of the utility of this method of working and we do not know why the implementation of these steps in the nursing process is unsatisfactory despite legislation and education in this area.

AIM

The main aim of this thesis was to describe the assessment and decision process pertaining to patients' care needs performed by nurses, to evaluate the effects of planned, process oriented nursing care and to explore which factors and conditions influenced the implementation of ICPs and SCPs.

The thesis consists of four studies with the following specific aims:

Study I: To illuminate and describe the assessment and decision-making process performed by nurses who either formulated individual care plans including nursing diagnoses, goals and interventions or used standardised care plans when a patient was admitted to their ward for care as well as how this process was performed by nurses who did not employ care plans.

Study II: To evaluate whether documented nursing care plans affect patient outcomes by the use of nursing sensitive outcome indicators.

Study III: To explore attitudes and experiences among nurses and managers in order to capture which factors and conditions had an impact in relation to the successful implementation of individual care plans within hospital care as well as the strategies adopted to ensure their continued use.

Study IV: To use the “Promotion Action on Research Implementation in Health Services framework” (PARIHS) to explore important factors and conditions at hospital wards that had implemented SCPs.

METHODS, DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Qualitative methods were used in studies I and III. In study I, data collection and analysis were carried out by means of Grounded theory. Nineteen nurses were observed while assessing patients, after which they were interviewed. Study III was carried out by means of directed content analysis and guided by PARIHS framework. Interviews were conducted with 15 informants on different operational and decision levels at a hospital that is well-known in Sweden for its work in the ICP area.

Quantitative methods were used in studies II and IV. Study II had a retrospective cross-sectional design with 87 patients surveyed at time of discharge from two hospital units for patients with stroke and after 2-3 weeks at home. The control unit (A) did not employ care plans. The intervention unit (B) used care plans on a daily basis. Outcome was measured by “the National Stroke Register” and the two questionnaires: “Quality of patients’ perspective” (QPP) and “Euroquol five dimensions” (EQ-5D). Also study IV employed a retrospective, cross-sectional design and recruited 137 nurses from four units at a rural hospital and seven units at a university hospital where SCPs had been implemented. Outcome was measured by means of a questionnaire based on the PARIHS framework. The data were mainly at nominal and ordinal levels. SPSS was used to generate mainly descriptive statistics and non-parametric analyses.

RESULTS

The results from study I showed that the main concern of all nurses was to obtain a foundation for nursing care based on four strategies; building pre-understanding, creating a caring environment, collecting information on symptoms and signs and performing an analysis from different perspectives. It appeared that the most important aspect for nurses who did not employ care plans was the medical reason for the patient’s admission. The nurses who used care plans discussed their decisions in terms of nursing problems, needs and risks.

Study II revealed that patient characteristics in the two groups at admission and HRQOL 2-3 weeks after discharge were similar. The patients from unit B where care plans were used on a daily basis were more satisfied with individual care ($p=.03$) and participation ($p=.007$) than those from unit A, where care plans were not employed. Unit B also had a shorter length of stay ($p=.004$) than unit A.

In study III, important factors for the implementation of ICPs at the wards were clear instructions from the hospital management at the start of implementation as well as definite roles and mandates for those involved. The work of internal facilitators was crucial for the continuation of the process. Clinical experience was important as the long-term driving force behind this work.

In study IV, the main factors that motivated the nurses to implement SCPs were that they were easy to understand and follow as well as corresponding to organisational norms. The SCPs were normally based on clinical experience, although at the university hospital research more frequently formed the basis of the SCPs. Internal facilitators acted as important educators who provided reminders to use the SCP and gave feedback to the SCP users. The patient experience was not considered valuable. Those who claimed that the implementation was successful were generally more positive in all measurable aspects. The use of SCPs was rarely evaluated.

CONCLUSION

Unlike previous studies dealing with the nursing process, the focus of this thesis was not documentation. Instead, this process was highlighted as a structural method of working where care plans represent the part that makes this method visible. The conclusions of the appended papers are:

- The nurse's assessment and decision making on the patient's admission are influenced by whether or not the aim is to establish a nursing diagnosis and prepare a care plan
- Nurses who aim to establish a nursing diagnosis and prepare a care plan exhibit a clearer nursing perspective in their assessment and decision-making, while nurses who do not work in this way have a more medically oriented perspective.
- When nurses routinely use care plans, patients may experience greater involvement in their care, that the care is more individualised and the care time reduced.
- The documentation must be clear to facilitate measurement of patients' perceptions of the value of the nursing interventions.
- A number of nursing sensitive outcome indicators are available to measure patients' perceptions of the value of the nursing care received.
- Implementing and ensuring the continued use of ICPs and SCPs in a ward requires leadership that gives priority to the development of nursing care in addition to clear roles and mandates for nurses to act as internal facilitators in the wards.
- Research and patient experiences are areas not previously discussed to any great extent, demonstrating that their importance in the implementation has been insignificant.

LIMITATIONS AND METHODOLOGICAL CONSIDERATIONS

In the qualitative studies (I, III), credibility was ensured by observing and interviewing nurses in different hospitals and with various lengths of experience. In sub study III, variation was maximised by interviewing nurses and leaders in different positions, with different lengths of experience and various levels of interest in ICPs. The analy-

sis process in these studies was characterised by continuous discussion and reflection among the researchers. Quotations were also provided to illustrate the empirical data, thus enabling the reader to evaluate the credibility of the interpretation. The decision to use the PARIHS framework in sub study III was based on the assumption that this framework would help to provide as complete a picture as possible of the implementation process, despite the fact that its use implied that the expected outcome was controlled to some degree. Also the informants can be influenced by the questions asked. Efforts were made to avoid such influence by starting with an open-ended question, after which follow up questions were asked and finally there were specific questions based on the framework. However, the risk of recall bias cannot be excluded, as the informants may have provided a more positive, retrospective picture of the implementation than was actually the case.

In sub study II, which was quantitative, well-tested questionnaires and instruments were utilised. The choice was made to measure as many nursing sensitive outcome indicators as possible due to lack of knowledge about which variables were subject to influence by the documentation of care plans. A problem in this respect was that there were many other factors besides the prevalence of care plans in the wards that could influence the results. Moreover, it is difficult to draw conclusions in a study that compares different units in this way. Sub study IV used a questionnaire not widely tested and the response rate was a mere 50%, thus reducing the possibility of drawing any conclusions based on the results.

CLINICAL IMPLICATIONS AND FURTHER RESEARCH

The results presented in this thesis demonstrate that a process oriented method of working is not only a question of documentation. To date, the focus has mainly been on how to perform documentation correctly, and nurses with responsibility for documentation have been appointed in the majority of wards. The hope is that the present work highlights the fact that process oriented nursing care requires that nurses become aware of the full scope of their professional nursing duties, which in turn requires a leadership that calls for such knowledge and evaluates its impact. This demands leaders who themselves have knowledge of nursing care, which is not often the case. There is also a need for a clearer nursing focus in the nursing education, where critical thinking must be taught and trained.

Further studies are necessary to demonstrate the utility of process oriented nursing care in the form of an addition to the national economy. If results in terms of lower cost and enhanced quality of life can be measured and presented, it can be assumed to exert an influence on leadership to give priority to nursing care. In addition, more research is needed on how to motivate nurses to search for and make use of research results and how they can become more motivated to plan and implement nursing care on the basis of patient experiences.

TACK

Denna avhandling hade aldrig blivit skriven utan stöd och uppmuntran från många håll. Jag vill därför tacka er alla som bidragit på olika sätt! Jag vill särskilt passa på att tacka följande personer:

Alla *sjuksköterskor och patienter* som delat med sig av sina tankar, upplevelser och erfarenheter och därmed gjort delstudierna möjliga att genomföra.

Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, där jag genomgått min forskarutbildning, och fått tillgång till all denna kompetens. Här vill jag främst tacka min huvudhandledare, *Anna Forsberg*. Utan dig hade det här aldrig varit så intressant, roligt och lärorikt! Att få tillgång till en så entusiasmerande handledare är mer än guld värt! Tack också till min bihandledare, *Ewa Pilhammar-Andersson*, som med din stora kunskap alltid givit kloka kommentarer till mina arbeten. Du har också vid våra doktorandmöten lett oss i gruppen i våra diskussioner, vilket har varit mycket givande och verkligen tränat oss i kritisk granskning. Tack också till alla i denna *doktorandgrupp* som alltid med stort intresse varit med och granskat varandras arbeten. Jag vill också tacka min "*andra*" *doktorandgrupp*, ni som startade tillsammans med mig HT 2004. Trots att vi bara första året följdes åt i kurser har många av oss sedan fortsatt hålla kontakten och träffas regelbundet, firat disputationer efterhand osv. Härligt att ha detta gäng där doktorandens vedermodor fritt kunnat diskuteras!

Högskolan i Halmstad, Sektionen för hälsa och samhälle som finansierat mina studier. Här finns också de personer som från början trodde på mig och fick mig att våga ge mig in på denna resa. Speciellt vill jag tacka *Evy Lidell*, som tidigt fick rollen som min mentor, och först väckte tanken att det skulle vara möjligt att gå en forskarutbildning, samt *Lillemor Hallberg*, min första huvudhandledare som sedan fortsatt vara ett stöd för mig hela vägen. Jag vill också tacka *Hansi Hinsic*, som besvarat alla frågor när jag kört fast i SPSS samt *Marie Sandh*, som kritiskt granskat kappan i denna avhandling, och som från början introducerade mig i PARIHS ramverk. Tack också alla andra kollegor som på olika sätt stöttat mig i detta arbete!

Christel Bahtsevani, Malmö Högskola, för att du delat med dig av din kunskap om PARIHS och ditt arbete med frågeformuläret utifrån detta arbete. Tack också för ett härligt samarbete med delstudie IV!

Jag vill också tacka mitt "bokcirkel gäng" bestående av en samling härliga lärare inom vård och omsorg, som hela tiden stöttat detta tilltag och sett till att jag fått skratta emellanåt, tack, *Annika, Ingela, Kerstin, Lena, Marie* och *Tanja!*

Till sist vill jag förstås passa på att tacka min familj som hela vägen varit med på denna resa! Under denna tid har jag ofta varit uppfylld av vad som händer i denna akademiska värld, som för utomstående kan te sig märklig. Trots det har ni försökt att lyssna, talat om när det blivit för mycket "skolprat" och snällt ätit pizza när orken för matlagning inte funnits. Tror ni det är färdigt nu? Oj, jag kanske har missat att tala om att det är nu det börjar!

REFERENSER

- Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 302-310.
- Aiken, L. S., Butner, J., Lockhart, C. A., Volk-Craft, B. E., Hamilton, G., & Williams, F. G. (2006). Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare intervention: Program of case management and coordinated care for the seriously chronically ill. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 111-125.
- American Nurses Association. (1995). Nursing report card for acute care. Washington DC: American Nurses publishing.
- Andresen, E. M. (2000). Criteria for assessing the tools of disability outcomes research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 (12) [Supplement 2] 15-20.
- Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A-C., & Randers, I. (2006). Swedish registered nurses' incentive to use nursing diagnosis in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 936-945.
- Aydin, C. E., Bolton, L. B., Donaldsson, N., Brown, D. S., Buffum, M., Elashoff, J.D., et al. (2004). Creating and analyzing a statewide nursing quality measurement database. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 371-378.
- Bahtsevani, C., Khalaf, A., Willman, A., & Östman, M. (2008). Developing an instrument for evaluating implementation of clinical practice guidelines: a test-retest study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 839-846.
- Banning, M. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing* 17, 187-195.
- Benner, R., & Benner, P. (1991). Stories from the front line. *Health Forum Journal* 34(4), 69-74.
- Benner, P. (1993). *Från novis till expert -mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring –En praktisk handbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2002). Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 43-42.
- Björvell, C., Wredling, R., & Thorell-Ekstrand, I. (2003). Experiences of using the VIPS-model for nursing documentation: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 402-410.
- Blegen, M. A. (2006). Patient safety in hospital acute care units. *Annual Review of Nursing Research*, 24, 103-125.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism. Perspective and Method*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Brunnenberg, D. E., van Steyn, D. E., Sluimer, J. C., Bekebrede, L. L., Bulstra, S. K., & Joore, M. A. (2005). Joint recovery programme versus usual care: an economic evaluation of a clinical pathway for joint replacement surgery. *Medical Care*, 43, 1018-1026.

- Bryant, A., Charmaz, K., (red.). (2007). *The SAGE handbook of Grounded Theory*. London: SAGE publications Ltd.
- Carlson, C. L., & Plonczynski, D. J. (2008). Has the BARRIERS Scale changed nursing practice? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 322-333.
- Carnevali, D. (1996). *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage publications Ltd.
- CINAHL database. (2010). Nursing assessment I *Cinahl database, subject headings*. [scope note].
- Cooper, D., Jauch, E., & Flaherty, M. L. (2007). Critical pathways for the management of stroke and intracerebral hemorrhage: a survey of US hospitals. *Critical Pathways in Cardiology*, 6, 18-23.
- Cranley, L., Doran, D. M., Tourangeau, A. E., Kushniruk, A., & Nagle, L. (2009). Nurses' Uncertainty in Decision-Making: A Literature Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6, 3-15.
- Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Wallin, L., & Hayduk, L. (2007). Influence of Organizational Characteristics and Context on Research Utilization. *Nursing Research*, 56(4), 24-39.
- Doherty, C. (2005). Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *Journal of Nursing Management* 13, 119-127.
- Doran, D. (red.). (2003). *Nursing sensitive outcomes: state of the science*. London: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- Dorman, P. J., Waddell, F., Slattery, J., Dennis, M., & Sandercock, P. (1997). Is the EuroQol a Valid Measure of Health-Related Quality of Life After Stroke? *Stroke*, 28, 1876-1882.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken. FOU-rapport 48*. Stockholm: Vårdförbundet.
- Ehrenberg, A., & Birgersson, C. (2003). Nursing documentation of leg ulcers: adherence to clinical guidelines in a Swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 278-284.
- Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2007). Kvalitetsindikatorer för omvårdnadsdokumentation I patientjournalen. I E. Idvall (red.). *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. (s. 30-39). Stockholm: Gothia förlag.
- Encyclopedia Britannica. (2006). human disease. I *Encyclopædia Britannica Online*. Hämtad 2010-03-22 från: <http://serach.eb.com/eb/article-63219>
- Eriksson, K., Nordman, T., Myllymäki, I. (1999). *Den trojanska hästen – evidenbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Helsingfors: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Helsingfors universitetssjukhus, Vasa sjukvårdsdistrikts skn Rapport 1.
- Estabrooks, C. A., Scott, S., Squires, J. E., Stevens, B., O'Brien-Pallas, L., Watt-Watson, J. et al. (2008) Patterns of research utilization on patient care units. *Implementation science* 3:31 Hämtad 2010-03-21 från: <http://www.implementationscience.com/content/3/1/31>

- Euroqual. (2010). Hämtad 2010-03-21 från: <http://www.euroqol.org/>
- Fesler-Birch, D. M. (2005). Critical-thinking and patient outcomes: A review. *Nursing outlook*, 53, 59-65.
- Finch, J. (1979). The nursing process. I E.L. La Monica (red.). *The Nursing Process: A humanistic approach*. (s. 445-453). California: Addison Wesley.
- Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J., & Jones, D. R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 2, 1-74.
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005a). Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 140-149.
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005b). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1498-1508.
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005c). Quality of nursing diagnosis: Evaluation of an educational intervention. *Nursing Terminologies and Classifications*, 16, 33-43.
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2935-2944.
- Forsman, H., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Rudman, A., & Wallin, L. (2008). Research use in clinical practice – extent and patterns among nurses one and three years postgraduation. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 1196-1206.
- Foucault, M. (2003). *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. London and New York: Routledge classics.
- Forsberg, A., & Edlund, K. (2003). *Standardvårdplaner*. Lund: Studentlitteratur.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. California: Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Good, B., & Good, M. J. Del Vecchio. (1981). The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. I L. Eisenberg, & A. Kleinman (Red.). *The relevance of social science for medicine* (s. 165-196). Dordrecht, Holland: Reidel publishing company.
- Hallberg, L. (2006). The “core category” of grounded theory: Making constant comparisons. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 1, 141-148.
- Hancock, K., Chang, E., Chenoweth, L., Clarke, M., Carroll, A., & Jeon, Y. H. (2003). Nursing needs of acutely ill older people. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 507-516.
- Harvey, G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Katson, A., McCormack, B., et al. (2002). Getting evidence into practice: the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 577-588.
- Hedberg, B., & Sätterlund-Larsson, U. (2003). Observations, confirmations and strategies – useful tools in the decision-making process for nurses in practice? *Journal of Clinical Nursing*, 12, 215-222.
- Hedberg, B., & Sätterlund-Larsson, U. (2004). Environmental elements affecting the decision-making process in nursing practice. *Journal of clinical nursing*, 13, 216-324.

- Henderson, A. (1994). Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 935-939.
- Ho, D. M., & Huo, M. H. (2007). Are critical pathways and implant standardization programs effective in reducing costs in total knee replacement operations? *Journal of the American College of Surgeons*, 205, 97-100.
- Hoffman, K., Donoghue, J., & Duffield, C. (2004). Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 53-62.
- Hoffman, K. A., Aitken, L. M., & Duffield, C. (2009). A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1335-1344.
- Hsieh, H-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Hunter, B., & Segrott, J. (2008). Re-mapping client journeys and professional identities: A review of the literature on clinical pathways. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 608-635.
- Hutchinson, A. M., & Johnston, L. (2008). An observational study of health professionals' use of evidence to inform the development of clinical management tools. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2203-2211.
- International Classification of Nursing Practice [ICNP]. (2010). International Classification of Nursing Practice, version 2. Hämtad 2010-03-21 från: <http://www.icn.ch/icnp.htm>
- International Council of Nurses [ICN]. (2010). *Nursing matters fact sheet: nursing sensitive outcome indicators*. Hämtad 2010-03-21 från: http://www.icn.ch/matters_indicators.htm
- Johnson, M. (2006). *NANDA, NOC and NIC linkages. Nursing diagnosis, outcomes and interventions*. St Louis, Missouri: Mosby.
- Kirkevold, M. (1992). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An introduction to its methodology*. California: Sage Publications.
- Lee, T-T. (2005). Nursing diagnosis: factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 640-647.
- Lee, J., Alfred, C. M., & Phillips, D. (2006). Diagnostic practise in nursing: A critical review of the literature. *Nursing & health sciences*, 8(1), 57-65.
- Lunney, M. (2003). Critical thinking and accuracy of nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14, 96-107.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483-488.
- Mead, G. H. (1969). *On social psychology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- McWilliam, C. L., Kothari, A., Ward-Griffin, C., Forbes, D., & Leipter, B. (2009). Evolving the theory and praxis of knowledge translation through social interaction: a social phenomenological study. *Implementation Science*, 14; 4: 26. Hämtad 2010-03-21 från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC26891/?tool=pubmed>
- Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Muhlhauser, I. (2009). Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 38, 417-423.

- Moene, M. (2006). *Samtal inför ett kirurgiskt ingrepp*. [Lic avhandling]. Göteborg: Göteborgs universitet, Sahlgrenska Akademin, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.
- Müller, M. K., Dedes, K. J., Dindo, D., Steiner, S., Hahnloser, D., & Clavien, P. A. (2009). Impact of clinical pathways in surgery. *Langenbecks Archives of Surgery*, *394*, 31-39.
- Muller-Staub, M., Lavin, M. A., Needman, I., & Achterberg, T. (2006). Nursing diagnosis, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *56*, 514-531.
- Muller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2007). Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnosis, interventions and outcome implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, *18*, 5-17.
- Muller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2008). Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*, *63*, 291-301.
- Muller-Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes. *Nursing Terminologies and Classifications*, *20*(1), 9-15.
- NANDA international. (2003). *Nursing diagnosis: definitions & classifications 2003-2004*. Philadelphia, USA: NANDA international.
- Olsson, P.T., Peterson, H., Willman, A., & Gardulf, A. (2009). Standardized care plans in Swedish Health Care: Their quality and the extent to which they are used. *Scandinavian Journal of Caring Science* *14*; 4: 26. Hämtad 2010-03-21 från: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689170/?tool=pubmed>
- Pesut, D. J. (2007). The art science and complexity of clinical reasoning. I N. Oud (red.). *Acendio 2007, 6 th European conference of Acendio*. (S. 33-37). Amsterdam: Oud Consultancy.
- Polit, D. F., & Tatano Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. [6:e upplagan]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Proot, I., Abu-Saad, H. H., Van Oorsouws, G., & Stevens, J. (2002). Autonomy in Stroke Rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*, *9*(36), 37-50.
- Randell, R., & Dowding, D. (2010). Organisational influences on nurses' use of clinical decision support systems. *International Journal of Medical Informatics*, doi:10.1016/j.jmedinf.2010.02.003.
- Riks-stroke. (2010). Hämtad 2010-03-21 från: <http://www.riks-stroke.org/index.php>
- Rosendal Darmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E., & Egerod, I. (2004). The effect of a VIPS implementation programme on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *18*, 325-332.
- Rosendal Darmer, M., Ankersen, L., Geissler Nielsen, B., Landberger, G., Lippert, E., Egerod, I. (2006). Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing*, *15*, 525-534.
- Rycroft-Malone, J. (2004a). The PARIHS Framework – A framework for guiding the implementation of evidence based practice. *Journal of Nursing Care Quality*, *19*, 297-304.

- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B., & Titchen, A. (2004b). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, *13*, 913-924.
- Saleh, M., Anthony, D., Parboteeah, S. (2009). The impact of pressure ulcer risk assessment on patient outcomes among hospitalised patients. *Journal of Clinical Nursing*, *18*, 1923-1929.
- Saranto, K., & Kunninen, U-M. (2008). Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *65*, 467-476.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2010). *SBU - kunskapscentrum för hälso- och sjukvården*. hämtad 091228 från: <http://www.sbu.se/sv/>
- Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. (2002). Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria. *Quality of Life Research*, *11*, 193-205.
- Scott, K., & McSherry, R. (2009). Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*, *18*, 1085-1095.
- Secret, J. A., Norwood, B. R., & DuMont, P. H. (2005). Physical assessment skills: A descriptive study of what is taught and what is practiced. *Journal of Professional Nursing*, *21*, 114-118.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2008:355. *Patientdatalagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Slobogean, G. P., Noonan, V. K., & O'Brien, P. J. (2010). The reliability and validity of the Disabilities of Arm, Shoulder, and Hand, EuroQol-5D, Health Utilities Index, and Short Form-6D outcome instruments in patients with proximal humeral fractures. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, *19*, 342-348.
- SOSFS 1993:17. *Omvårdnad inom hälso- och sjukvård*. [utgått] Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 1993:20. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Patientjournalagen*. [utgått] Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOSFS 2008:14. *Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor*. Stockholm: Liber allmänna förlaget.
- Socialstyrelsen. (2006a) *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006b). *Standardvårdplaner (SVP) - En kartläggning av förekomsten av SVP i akutsjukvården*. Hämtad 2010-03-21 från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer206/206-4>

- Socialstyrelsen. (2010a) *Nationella riktlinjer*. Hämtad 2010-03-21 från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationallriktlinjer>
- Socialstyrelsen. (2010b). *Vad har Socialstyrelsen för uppdrag inom den nationella IT-strategin för vård och omsorg?* Hämtad 2010-03-21 från: <http://www.socialstyrelsen.se/halsoinformatik/nationellinformationsstruktur/ominformationsstrukturen/vadharsocialstyrelsenforuppdraginomdenationellait-strategiinforvardochoomsorg#>
- Socialstyrelsen. (2010c). *Nationellt fackspråk för vård och omsorg*. Hämtad 2010-03-22 från: <http://www.socialstyrelsen.se/halsoinformatik/nationelltfacksprak>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2008). *Strategi för att utveckla vården*. Red: Palm Ensäter, T. Hämtad 2010-03-22 från: <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Forskning-och-utveckling/Strategi-for-att-utveckla-varden/>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Svensk sjuksköterskeförening om... omvårdnad och god vård*. Hämtad 2010-03-22 från:
<http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Svensk-sjukskoterskeforening-om/>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgement in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-11.
- Terwee, C. B., Bot, S. D., De Boer, M.R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34-42.
- Thomas, M. D., & Coombs, R. P. (1979). Nursing Diagnosis: Process and Decision. I E. L. La Monica. (red.). *The Nursing Process: A humanistic approach*. California: Addison Wesley.
- Thoroddsen, A., & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1826-1838.
- Törnvall, E., Wahren, L. K., & Wilhelmsson, S. (2007). Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management*, 15, 634-642.
- Urquhart, C., Curell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2009). Nursing record systems: effects of nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD002099. DOI: 10.1002/14651858.CD002099.pub2. Hämtad 2010-03-22 från: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002099/frame.html>
- Weber, S. (2007). A Qualitative analysis of how advanced practice nurses use clinical decision support systems. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 652-667.
- von Krogh, G., & Nåden, D. (2008). Implementation of a documentation model comprising nursing terminologies – theoretical and metodological issues. *Journal of Nursing Management*, 16, 275-283.
- Wilde Larsson B. (2000). Does the method of data collection affect patients' evaluations of quality of care? *International Journal of Nursing Practice*. 6, 284-291.
- Wilde Larsson, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (2001). *KUPP Kvalitet Ur Patientens Perspektiv*. [4:e upplagan]. Stockholm: Vårdförbundet.

- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2005). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Health organisation. [WHO]. (2008a). *International classification of functioning, disability and health [ICF]*. Geneva: World Health organization.
- World Health organisation. (2008b). *International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10*. Geneva: World Health organization.
- World Medical Assosiation Declaration of Helsinki. I: Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning: forskningsetisk policy och organisation i Sverige Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR) 2003:99-104
- Yura, H., & Walsh, M. B. (1988). *The nursing process: Assessing, planning, implementing, evaluating*. [5:e upplagan]. New York: Appleton & Lange.

