

Att utveckla evidensbaserade
Standardvårdplaner (SVP)

En beskrivning av det väsentliga i
framtagandeprocessen

FÖRFATTARE	Karin Edlund
PROGRAM/KURS	Examensarbete Avancerad Nivå Fristående kurs (OM5130)
	HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Anna Forsberg
EXAMINATOR	Monica Pettersson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



FÖRORD

Jag vill rikta ett stort och hjärtligt tack till informanterna i denna pilotstudie, som så frikostigt delade med er av era erfarenheter av att arbeta med sjukhusövergripande SVP-projekt.

Jag vill också säga ett varmt tack till min handledare och vän Anna Forsberg med vilken jag delar intresset och tron på att väl utarbetade och rätt använda standardvårdplaner kan bidra till säkrare och bättre vård. Tack för alla givande diskussioner och kloka synpunkter på min text, levererade till och med på juldagen...

Göteborg 2010-12-26

Karin Edlund

Titel (svensk):	Att utarbeta evidensbaserade standardvårdplaner (SVP) - En beskrivning av det väsentliga i framtagandeprocessen
Titel (engelsk):	Development of Evidence-based Standardized Care Plans -A Description of Essentials in the Development Process
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Examensarbete avancerad nivå (Magister) OM5130
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	43 sidor
Författare:	Karin Edlund, leg sjuksköterska, Kebbison Vårdutveckling AB, Göteborg. e-post karin@kebbison.se
Handledare:	Anna Forsberg
Examinator:	Monica Pettersson

SAMMANFATTNING

Introduktion

Standardvårdplaner (SVP) används allt oftare i svensk hälso- och sjukvård som en förskriven vårdplan och journalhandling innehållande vårdproblem, risker, mål och rekommenderade vårdåtgärder för en viss patientkategori. Ett flertal studier har fokuserat på underlättande och försvårande omständigheter i implementeringsprocessen samt på effekter av att arbeta med SVP. Få vetenskapliga studier har gjorts för att undersöka och beskriva framtagandeprocessen av SVP.

Syfte

Syftet med studien är att identifiera faktorer av betydelse för framtagande av evidensbaserade standardvårdplaner.

Metod

Studien kommer att genomföras som en empirisk kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. I pilotstudien intervjuades två före detta SVP-projektledare om sina erfarenheter från projekttiden. De transkriberade intervjuerna kommer att analyseras med manifest innehållsanalys. Koder sätts som etiketter på meningsbärande enheter, vilka sedan sorteras i internt homogena och externt heterogena kategorier och subkategorier.

Resultat

Av informanternas berättelser i pilotstudien framgick att en SVP hjälper vårdpersonalen att göra rätt och välja rätt, men den utgör samtidigt en tydlig plan för vad patienten kan förvänta sig av vårdtiden. En SVP tjänar som garant för att patienten erhåller god vård som vilar på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet. Vikten av att kombinera generell och individuell vård understryks. Sju processteg beskrivs som väsentliga i framtagandeprocessen och förutsättningar för projektledarens arbete presenteras.

Diskussion

Resultatet av pilotstudien indikerar att en SVP är något mer än ett dokument eller en vårdplan. Den uppfattas som ett arbetssätt för att organisera kvalitativt vårdarbete. Det tvärprofessionella engagemanget, ledningens stöd och behovet av en eldsjäl som driver utvecklingen betonas. Mer kunskap och träning i att utarbeta evidensbaserade kunskapsöversikter behövs och metoden för framtagande av SVP behöver beforskas ytterligare.

Nyckelord

Standardvårdplaner, Care Pathways, framtagandeprocess, utvecklingsarbete, evidensbaserad vård

ABSTRACT

Introduction

Standardized Care Plans (SCP) are commonly used in Swedish Healthcare as a prescribed care plan and file containing care problems, risks, goals and recommended interventions for a defined patient category. A number of studies have focused on facilitating and inhibiting factors in the implementation process as well as effects of SCP implementation. A limited number of studies have focused on the actual development of SCP, i.e. how they are compiled.

Objectives

The purpose of the study is to identify factors facilitating development of evidence-based standardized care plans.

Methods

The method used is an empirical qualitative interview-study based on an inductive approach. In the pilot study (accounted for in this paper) two former SCP project managers are interviewed based on their experience of implementation of SCP. The transcribed interviews are analyzed based on manifest content analysis. In this method units of meaning are labeled as codes. The codes are then sorted into internally homogeneous and externally heterogeneous categories and subcategories.

Results

Based on the informants descriptions in the pilot study; SCP facilitates correct interventions and supports efficient decision making for health care professionals. At the same time SCP is seen as a recollection of what patients can expect during their care. SCP serves as a warranty that patients will receive professional care based on science and best-practice. The importance of combining standardized and patient centered care is stressed. Seven process-steps are identified as essential in SCP-development and factors facilitating project management of SCP-development are presented.

Discussion

The pilot-study results clearly indicate that SCP is a concept beyond a planning tool or documentation support. It is more perceived as a holistic working-method for management of professional health care. Multi-professional involvement, management-support, and need for a committed change-agent driving the development process are stressed. More knowledge and training in how to compile and develop evidence-based best-practice surveys are needed and methods for SCP-development are in need of more research.

Keywords

Standardized Care Plans, Care pathways, development process, development work, evidence-based care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	7
BAKGRUND	7
Standardvårdplaner- vad är det?.....	7
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT OCH PERSPEKTIV	9
Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt vid utveckling av SVP	9
Styrdokument som utgångspunkt vid utveckling av SVP	11
TIDIGARE FORSKNING	12
Företeelsen standardvårdplaner	12
Forskning utifrån närbesläktade begrepp	13
Effekter av att införa SVP	15
Införande av SVP	17
Problemformulering	19
SYFTE.....	20
METOD.....	20
VAL AV METOD.....	20
KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS.....	20
URVAL AV INFORMANTER	22
TROVÄRDIGHET.....	23
PILOTSTUDIEN	24
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	25
RESULTAT	26
DEFINITION AV SVP	26
Göra rätt.....	26
Välja rätt.....	27
Ha en plan.....	27
Vårda unikt och generellt	28
UTVECKLINGSPROCESSEN	28
Strategiska val	28
Nuläges- och omvärldsanalys.....	29
Kunskapsinhämtning, värdering och sammanställning.....	30
Implementering	30

PROJEKLEDDARROLLEN	31
Organisatoriska förutsättningar	32
Individuella förutsättningar	32
Kommunikation och information	32
Målstyrning, ledarskap och ansvar	33
DISKUSSION	34
METODDISKUSSION	34
RESULTATDISKUSSION	35
Standardvårdplanens koppling till omvårdnadsteori	35
SVP, mer än en plan	36
Det specifika och det generella	36
SVP-utveckling	37
Lokal eller central utveckling av SVP	38
Implikationer för huvudstudien och framtida forskning	38
REFERENSER	40
BILAGOR	44
Forskningspersonsinformation	44

INTRODUKTION

Den här uppsatsen fokuserar på utveckling av evidensbaserade standardvårdplaner (SVP). Standardvårdplaner som verktyg för kvalitetsförbättring och effektivisering av vård har rönt allt mer uppmärksamhet de senaste åren. Ett stort antal vårdverksamheter har infört eller står i begrepp att införa standardvårdplaner i sitt arbete (Olsson, Petersson, Willman, & Gardulf, 2009). På många håll organiseras sjukhus- eller kommunövergripande projekt s.k. SVP-projekt, där ett flertal SVP:er utarbetas parallellt under ledning av interna projektledare och externa experter. Ibland fokuserar standardvårdplanen endast på omvårdnadsprofessionens interventioner, men allt oftare utarbetas standardvårdplaner utifrån vårdteamets multiprofessionella sammansättning för en viss patientkategori.

Det finns en stor tilltro till att rätt utformade och rätt använda standardvårdplaner skall komma att utgöra ett betydande och bestående inslag i effektiv och högkvalitativ vård både ur ett svenskt och ur ett internationellt perspektiv (Socialstyrelsen, 2006; Rotter, Kinsman, James, Machotta, Gothe, Willis, Snow & Kugler, 2010; Vanhaecht, De Witte, Panella & Sermeus, 2009). Nuvarande forskning om standardvårdplaner pekar på utmaningar relaterat till utformning och framtagning av SVP. Otillräcklig forskning finns att tillgå inom detta område.

Denna uppsats ger en översikt av forskningsläget kring fenomenet SVP, föreslår en induktiv ansats för att förskjuta forskningsfokus mot utveckling av SVP samt redovisar preliminära resultat och slutsatser från en pilotstudie baserad på den föreslagna ansatsen.

BAKGRUND

Standardvårdplaner- vad är det?

Standardvårdplanen är en vidareutveckling av den mer bekanta individuella vårdplanen. Ordet är direkt översatt från engelska – *Standardized Care Plan* och har definierats:

”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 skall ge utrymme för viss individualitet, men ska om den visar sig otillräcklig kompletteras med en individuell vårdplan (IVP)” (Forsberg & Edlund, 2003, s 19).

En kunskapsöversikt (tidigare användes även begreppet Kvalitetsnorm) är en sammanställning över tillgänglig kunskap om den diagnos, behandling eller det vårdproblem som standardvårdplanen avser. Kunskapsöversikten baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och utgör en tvärprofessionell konsensus och beskrivning av de väsentliga vårdåtgärder som anses relevanta för avsedd patientkategori. I kunskapsöversikten förtydligas patientperspektivet för den aktuella vårdsituationen, i den mån det är känt och beskrivet i litteraturen. Därtill diskuteras etiska överväganden (Forsberg & Edlund 2003).

Standardvårdplanen utgör en del av patientens journal och betecknas som en journalhandling i den stund personliga data införs i dokumentet. Då bör den också betraktas som patientens individuella vårdplan. Kunskapsöversikten räknas inte som en journalhandling, men utgör en viktig informationskälla, primärt för hälso- och sjukvårdspersonalen, men den kan också användas vid patientundervisning (Socialstyrelsen, 2006, Forsberg & Edlund, 2003). En patientjournal är enligt Patientdatalagen individuell och ska föras för varje enskild patient (Svensk författningssamling, 2008).

En standardvårdplan ses också som en handlingsplan för en specifik patientgrupp. Planen bygger på kända problem, risker och resurser som är vanligt förekommande hos den avsedda patientgruppen. En standardvårdplan konstrueras utifrån vårdprocessens steg: bedömning, diagnostik och mål, planering, genomförande och utvärdering (Yura & Walsh, 1988). I planen rekommenderas validerade och reliabilitetstestade bedömningsinstrument, vanligt förekommande vårdproblem med tillhörande generella mål finns formulerade och vårdåtgärder föreslås, utvalda på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet. Vårdproblemet, risken eller resursen kan vara formulerad som en omvårdnadsdiagnos, ett rehabiliteringsproblem eller som en medicinsk komplikation (ibland används termen *vårddiagnos* som ett gemensamt och professionsobundet begrepp för dessa tre typer av problemformuleringar). När vårdplanen avslutas utvärderas vårdåtgärderna i förhållande till grad av måluppfyllelse. En väl utarbetad SVP beräknas kunna användas av 75 till 100 % av patienterna i den valda patientgruppen. Det åligger vårdpersonalen att identifiera och planera för individuella problem och behov hos den enskilde patienten och, i de fall där det behövs,

upprätta en individuell vårdplan som kompletterar eller helt ersätter standardvårdplanen (Forsberg & Edlund, 2003).

Standardvårdplan (SVP) är ett relativt nytt begrepp inom hälso- och sjukvården. I Sverige introducerades standardvårdplaner i mitten av 90-talet och användes då som ett redskap för förenkling och effektivisering av sjuksköterskans vårdplanering och omvårdnadsdokumentation (Forsberg & Edlund, 2003). SVP används för att öka patientsäkerheten och skapa en jämn och hög kvalitet i vården. SVP utformas på basen av en evidensbaserad kunskapsöversikt. I kunskapsöversikten presenteras aktuell forskning om patientgruppen, beprövad erfarenhet diskuteras och vårdåtgärder föreslås.

TEORETISK UTGÅNGSPUNKT OCH PERSPEKTIV

Standardvårdplaner (SVP) används och är tänkta att användas som styrmedel och instrument för vård- och omvårdnadsåtgärder. Därmed är det relevant att redogöra för författarens omvårdnadsteoretiska utgångspunkter. SVP är dessutom ett lednings- och organisationsverktyg vilket gör att författarens förhållningssätt till att utnyttja verktyget bör redovisas. Detta görs genom att beskriva kopplingen till Socialstyrelsens styrdokument om *God vård* (2007).

Omvårdnadsteoretisk utgångspunkt vid utveckling av SVP

Vid planering av patientens omvårdnad och vid upprättande av en vårdplan bör man handla utifrån en konsensus kring omvårdnadens betydelse och innehåll. Sjuksköterskans grundläggande människosyn och värdegrund kommer att avspegla sig i vårdplanen. Den utgångspunkt som är gemensam för teorier om omvårdnad är ett grundläggande synsätt på människa, hälsa, miljö och omvårdnad (Chinn & Kramer, 1991).

Henderson (1969) utgår i sin omvårdnadsteori ifrån patientens grundläggande behov. Behoven beskrivs utifrån 14 komponenter, vilka påverkas av såväl sjukdomstillstånd som ålder, kulturell bakgrund, intellektuell kapacitet, sinnestillstånd samt fysisk och andlig kapacitet. Samtliga faktorer måste beaktas vid planering av omvårdnad. Vid utveckling av en standardvårdplan utifrån Hendersons teori kartläggs vilka av de grundläggande behoven som patienten har svårt att själv tillgodose under aktuell vårdssituation. Orsaken till påverkad

förmåga att själv tillfredsställa grundläggande behov analyseras, en omvårdnadsdiagnos formuleras utifrån analysen, ett vårdmål formuleras som syftar till att patienten i största möjliga utsträckning återfår förmågan att själv tillfredsställa behovet och lämpliga stöd- och vårdinsatser planeras. Vårdåtgärder utvärderas utifrån patientens förmåga att tillgodose de 14 behovskomponenterna.

Hall (1965) har skapat en modell som utgår ifrån att omvårdnad utövas inom ramen för en mellanmännisklig relation mellan sjuksköterska och patient. Målet för omvårdnaden är enligt Hall att patienten ska bli medveten om orsaken till sina hälsoproblem och att denna medvetenhet kan nås genom utbildning. Hall (1965) utgår ifrån tre centrala begrepp:

- *Cure* innefattar medicinska insatser och är kopplat till den medicinska diagnosen. Att bota och lindra kan utföras av många i vårdteamet. Omvårdnadsdiagnoserna i SVP kopplade till detta begrepp omfattar risker och problem i samband med medicinska diagnoser och patologiska tillstånd. Vårdåtgärderna syftar till prevention, symtomlindring, komplikationsövervakning och förhindrande av sjukdomsutveckling.
- *Care* omfattar basal kroppslig omvårdnad. I SVP anges hur fysiska behov tillgodoses genom till exempel skötsel, träning och anpassning av miljön. *Care* bedrivs av sjuksköterskan inom ramen för en varm och trygg vårdrelation.
- *Core* innebär omvårdnad av patienten som person och utövas, precis som *cure*, av alla i vårdteamet. Omvårdnadsdiagnoserna är utifrån detta begrepp inriktade mot patientens kunskap, inlärning och insikter om sin hälsosituation. Vårdåtgärderna är inriktade på undervisning och stödjande insatser.

Orem (2001) betraktar omvårdnad som en ersättning för hälsorelaterade egenvårdsaktiviteter. En patient är en individ som saknar förmåga att tillgodose sina egna grundläggande behov och därmed har en egenvårdsbrist. Egenvårdsbristen kan bemötas på tre nivåer; helt kompensande vård, delvis kompensande vård och undervisande vård. En standardvårdplan som genomsyras av Orem's omvårdnadsteori börjar med en bedömning av om det råder en obalans mellan individens behov av egenvård och förmågan att utföra egenvård. En analys görs av orsaken till obalansen (nedsatt funktion, otillräcklig kunskap, bristande motivation etc.) och en omvårdnadsdiagnos formuleras. Omvårdnadsmålen fokuserar patientens egenvårdsförmåga och omvårdnadsåtgärderna innefattar aktiviteter som syftar till att stärka individens förmåga såsom träning, undervisning, medverkan och stöd.

Dessa omvårdnadsteoretiska utgångspunkter utgör en delmängd av de teoretiska utgångspunkterna vid utformning av SVP, där även de medicinska, paramedicinska och rehabiliterande professionernas utgångspunkter bör vägas in.

Denna uppsats tar sin utgångspunkt i dessa omvårdnadsteorier som förespråkar omvårdnad som tillgodoser grundläggande mänskliga behov, stärker patientens egenvårdsförmåga och betonar vikten av patientundervisning inom ramen för en god vårdrelation.

Styrdokument som utgångspunkt vid utveckling av SVP

Med definitionen av *God vård* som utgångspunkt, tydliggörs vad författaren ser som eftersträvansvärt och vad som är de övergripande önskade effekterna av att utveckla och införa SVP i en vårdorganisation.

För ca 2 500 år sedan formulerades den så kallade Hippokratiska eden. En ofta använd tolkning av denna är: aldrig skada, om möjligt bota; ofta lindra, alltid trösta. För att kvaliteten i dagens hälso- och sjukvård systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras beskrivs mål i lagstiftningen som ger uttryck för olika kvalitetsområden som ska beaktas. Kravet på god vård regleras i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) och Lagen om yrkesverksamhet på Hälso- och sjukvårdens område (LYHS 1998:531). Begreppet *God vård* lanserades i samband med publiceringen av Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12). Följande sex områden lyfts fram som viktiga förutsättningar för *God vård*:

- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Patientfokuserad hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlik hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid

Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens

behov på bästa möjliga sätt. Säker hälso- och sjukvård innebär att vårdskador ska förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete. Med patientfokuserad vård avses att vården ska ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar. Med effektiv vård avses att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa möjliga sätt för att nå uppsatta mål. Jämlik vård innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för hela befolkningen. Avslutningsvis framhålls vård i rimlig tid som en förutsättning för god vård och detta innebär att ingen patient ska behöva vänta oskälig tid på de vårdinsatser som han eller hon har behov av (Socialstyrelsen, 2007).

Härmed inte sagt att författaren menar att SVP per automatik leder till *God Vård*, utan att arbetet med att utarbeta och utveckla SVP skall göras med denna inriktning eller strävan som utgångspunkt och mål.

TIDIGARE FORSKNING

För att bidra till förståelsen för vad som är väsentligt vid utveckling av standardvårdplaner sker en anknytning till befintlig forskning utifrån följande utgångspunkter:

- Först redovisas den konceptutvecklande forskningen som definierar och ger innehåll åt företeelsen Standardvårdplan.
- Då det finns en mängd närbesläktade och överlappande koncept är det nödvändigt att även beskriva dessa och beakta dem i genomgången av befintlig forskning.
- För att understryka relevansen av uppsatsens fokus redovisas därefter olika aspekter på effekter och resultat av att införa SVP.
- Slutligen presenteras de studier som bidragit till förståelsen för införande av standardvårdplaner. Där konstateras att framtagningsprocessen av SVP endast beaktats som en delmängd av den övergripande införandeprocessen.

Företeelsen standardvårdplaner

Standardvårdplaner har visat sig vara till stor nytta avseende kvalitet och effektivitet för det tvärprofessionella vårdteamet vid vård av patienter (Van Herck, Vanhaecht, Deneckere, Bellemans, Panella, PharmD, Sermeus, 2010; Barbieri, Vanhaecht, Van Herck, Sermeus, Faggiano, Marchisio & Panella, 2009). Kliniskt beslutsfattande inom hälso- och sjukvården

har under de senaste 30 åren utvecklats från åsiktsbaserad till evidensbaserad. I en vårdmiljö som av kliniker ofta betraktas som stressig till exempel på grund av svårt sjuka patienter, höga krav på säkerhet och låg bemanning, är det ibland svårt att hålla sig uppdaterad om forskning och evidens för god vård. Standardvårdplaner är ett kliniskt verktyg som syftar till att skapa en länk mellan bästa tillgängliga evidens och klinisk praktik (Rotter et al., 2010; Willman, Stoltz & Bahtesvani, 2006). Successivt utvecklas SVP och de utgör idag ofta multidisciplinära instrument för planering, genomförande och journalföring för involverade yrkesgruppers vårdinsatser för en viss patientgrupp (Campillo-Soto, Martin-Lorenzo, Lirón-Ruiz, Torralba-Martinez, Bento-Gerard, Flores-Pastor & Aguayo-Albasini, 2008; Zander, 1992).

I en studie, med material inhämtat hösten 2005, befanns endast fyra av 34 SVP vara multiprofessionella. Dessa användes av sjuksköterskor, läkare, sjukgymnast, kurator och dietist, i olika kombinationer (Olsson et al., 2009). Här kritiserades också företeelsen standardvårdplan i den meningen att få av de granskade vårdplanerna var evidensbaserade på det sätt som krävs i dagens hälso- och sjukvård. I en studie av Dahm & Wadensten (2008) framkom att de vårdplaner som används av flera yrkeskategorier ansågs öka möjligheten att tillhandhålla högkvalitativ vård.

Forskning utifrån närbesläktade begrepp

I litteraturen återfinns flera närbesläktade begrepp så som *Clinical Pathways*, *Critical Pathways*, *Integrated Care Pathways*, *Care Paths*, *Anticipated Recovery Care Pathways*, *Care Plans* och *Care Maps* (Rotter et al., 2010; De Bleser, Depreitere, De Waele, Vanhaecht, Vlayen & Sermeus, 2006). Dessa begrepp är inte entydigt definierade i befintlig litteratur, men måste i stor utsträckning betraktas som överlappande med den definition och användning av SVP som redogjorts för i föregående avsnitt. Då forskningsstudier kopplat till dessa närliggande företeelser är relevanta för förståelsen av arbete med standardvårdplaner, t.ex. avseende effekter på vårdkvalitet eller förutsättningar för införande, så redovisas även detta översiktligt.

Begreppet *Care Pathway* användes först 1985 vid New England Medical Center i Boston. Bower och Zander framstår som grundare till detta kliniska verktyg (Zander, 1988). I likhet med SVP utvecklades de första Care pathways för att tydliggöra, effektivisera och

kvalitetshöja omvårdnadsplaneringen. Numera är termen internationellt välkänd och används ofta i litteratur inom *healthcare management*.

I en översiktsstudie av 263 artiklar som publicerades mellan januari 2000 och december 2003 och som var indexerade som *clinical pathways* i MeSH (Medical Subject Headings), återfanns 84 olika definitioner av begreppet. Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys av beskrivningarna definierar De Bleser et al. (2006) *clinical pathways* enligt nedan.

”A clinical pathway is a method for the patient-care management of a well-defined group of patients during a well-defined period of time. A clinical pathway explicitly states the goals and key elements of care based on Evidence Based Medicine (EBM) guidelines, best practice and patient expectations by facilitating the communication, coordinating roles and sequencing the activities of the multidisciplinary care team, patients and their relatives; by documenting, monitoring and evaluating variances; and by providing the necessary resources and outcomes. The aim of a clinical pathway is to improve the quality of care, reduce risks, increase patient satisfaction and increase the efficiency in the use of resources” (De Bleser et al., 2006, s 562).

“The European Pathway Association” menar att följande faktorer kännetecknar en *clinical pathway*:

- Innehåller tydliga uttalanden om vårdmål och vårdåtgärder baserat på evidens, best-practice samt på patienternas specifika problem och förväntningar på vården.
- Underlättar kommunikation mellan vårdpersonal och gentemot patienter och deras närstående
- Koordinerar vårdprocessen genom att definiera roller och rangordnar det tvärprofessionella vårdteamets aktiviteter kronologiskt
- Innehåller dokumentation, kontroll och utvärdering av avvikelser och resultat
- Avsätter rätt resurser till vårdinsatsen (resursallokering) (European Pathway Association).

I en doktorsavhandling beskriver Vanhaecht (2007) att syftet med en clinical pathway är högre vårdkvalitet genom förbättrad riskbedömning, ökad patientsäkerheten, patienttillfredsställelse och optimal resursåtgången.

Enligt Rotter et al. (2010) är clinical pathways processinriktade i förväg formulerade vårdplaner som används inom hälso- och sjukvården. Clinical pathways är multidisciplinärt framtagna och innehåller rekommendationer om vårdteamets väsentliga vårdinsatser vid omhändertagande av en patient i en specifik klinisk situation. Clinical pathways syftar till att länka evidens till den kliniska praktiken, optimera vårdresultatet och effektivisera vårdförloppet (Rotter et al., 2010). Vanheacht et al. (2009) visar i en studie att clinical pathways signifikant förbättrar möjligheten att koordinera vård.

Campillo-Soto et al. (2008) beskriver i sin studie att parallellt med framtagande av en Clinical Pathway så har även en standardvårdplan (standardized nursing care plan) utarbetats vilken förtydligar omvårdnadsproblem, mål och omvårdnadsåtgärder. Detta uttalande bekräftar att standardvårdplaner (SVP) och Care Pathways inte är *synonyma* företeelser, men utifrån respektive definitioner och syften ändå kan betraktas som *närbesläktade* verktyg för effektivisering och kvalitetssäkring av förutsägbara vårdssituationer.

Vi kan konstatera att ett flertal likartade begrepp som beskriver verktyg för processorientering, planering och grundläggande styrdokument för vårdinsatser används både kliniskt och i forskning. Studier om effekter och införande av dessa likartade företeelser har vi valt att inkludera då begreppet standardized care plans endast förekommer i några få artiklar.

Effekter av att införa SVP

Ett stort antal studier fokuserar på resultat och effekter av att införa arbetssätt baserade på standardvårdplaner (och närbesläktade begrepp). Det finns idag studier som fokuserar på upplevelsen av arbete med standardvårdplaner (Lee & Chang, 2004; Dahm & Wadensten, 2008) och effekter av standardiserad vårdplanering (Rotter et al., 2010; Campillo-Soto et al., 2007).

Allt fler studier visar på värdet av att arbeta med evidensbaserade standardvårdplaner. I en omfattande översiktsartikel publicerad i The Cochrane Library undersöktes resultatet av

tjugosju studier som involverade 11 398 deltagare. Samtliga studier undersökte effekter av vårdarbete baserat på multidisciplinära *clinical pathways*. I översikten konstaterar Rotter et al. (2010) att när vårdarbetet planerades och genomfördes med hjälp av SVP minskade komplikationerna under sjukhusvistelsen och dokumentationen förbättrades utan negativ påverkan på vårdtiden och kostnaden (Rotter et al., 2010). Även Barbieri et al. (2009) visar på att användning av SVP för höftledsoperationer har positiv inverkan på vårdkvaliteten.

Campillo-Soto et al. (2008) har studerat skillnader mellan två grupper av patienter som genomgått Laparoskopisk Obesitaskirurgi (Gastric ByPass operation) före (n = 49) respektive efter (n = 70) införandet av en standardvårdplan. Faktorer som studerades var grad av följsamhet, effekter av vårdåtgärder, ekonomiska skillnader och kirurgirelaterad nöjdhet. Författarna konstaterar att standardvårdplanen reducerar oönskade variationer i vårdpersonalens omhändertagande av patienterna och minskar sjukhusets totala kostnader, framför allt beroende på reducerad vårdtid. Man konstaterar att besparingarna rättfärdigar de kostnader som utveckling och införande av SVP medförde.

I en intervjustudie med nitton sjuksköterskor undersöktes deras erfarenhet av att arbeta med SVP. De flesta sjuksköterskorna menade att standardvårdplanen tjänade som en god påminnelse om vad de skulle kontrollera och göra med patienten samt om vilka problem och risker denne var utsatt för. Standardvårdplanen bidrog till tidsbesparing i planeringsfasen, tid som istället kunde läggas på patientnära arbete (Lee & Chang, 2004).

Dahm och Wadensten (2008) menar att majoriteten av sjuksköterskorna i deras studie anser att standardvårdplanen ökade deras möjligheter att ge likvärdig och god vård till alla patienter. De flesta tyckte att standardvårdplanen minskade dokumentationstid såväl som överflödiga dokumentation. Det rådde delade meningar om huruvida standardvårdplanen ökade risken för att individuella problem och vårdbehov förbisågs. Standardvårdplanen har ifrågasatts när det gäller risken för att individuella patientbehov åsidosätts vid vård baserad på SVP (Dahm & Wadensten, 2008; Lee & Chang, 2004). Baserat på en studie innefattande 18 sjuksköterskor indikerar Kerr & Lewis (2000) att SVP minskade både individuellt patientfokus och sjuksköterskornas förmåga att ta egna initiativ.

Införande av SVP

I en undersökning av förekomsten av standardvårdplaner i akutsjukvården i Sverige (Olsson et al., 2009) framkommer att det råder delade meningar bland sjukvårdspersonal om vad en standardvårdplan är och på vilken kunskap den ska grundas. Det framhålls att personal som får uppdraget att utforma SVP behöver vetenskaplig träning och erfarenhet. Detta stärks också av en nyligen publicerad doktorsavhandling (Jansson, 2010) där resultatet i en av delstudierena visar att framgångsrik implementering av evidensbaserade standardvårdplaner kräver interna underlättare (facilitators) med kunskap om evidensbaserad omvårdnad.

Olsson et al. (2009) framhåller värdet av att standardvårdplaner i ökande omfattning utarbetas och används tvärprofessionellt. En standardvårdplan ska baseras på en evidensbaserad kunskapsöversikt som ska innehålla en aktuell sammanställning av vetenskap och beprövad erfarenhet för aktuell medicinsk diagnos, behandling eller aktuellt problemområde. Olsson et al. påpekar vidare vikten av att inleda en diskussion om nationellt utformade standardvårdplaner för stora sjukdoms- och behandlingsgrupper. I deras studie framkom att det finns en stark önskan om en generell, nationell rekommendation om hur standardvårdplaner och tillhörande kunskapsöversikter bör utformas och designas. Även Dahm & Wadensten (2008) konstaterat att det av såväl teoretiska som praktiska skäl, finns ett stort behov av att undervisa sjuksköterskor i hur man ska arbeta med standardvårdplaner.

I Rotter et al. (2010) framhålls att förutsättningarna för ett lyckat införande av standardvårdplaner i vården ökar om angreppssättet är brett och inkluderar följande moment:

1. Ett evidensbaserat vårdinnehåll
2. Anpassning till lokala förutsättningar
3. Vårdpersonalens/klinikernas medverkan i framtagandet av SVP
4. Användandet av ett implementeringsteam (SVP-team)
5. En jämförelse av skillnaderna mellan nuvarande praxis och evidensbasen som föregår införandet (en såkallad gapanalys)
6. Identifiering av potentiella förändringsbarriärer
7. Införlivande av påminnelse-system
8. Införlivande av audits och feedbacksystem för utvärdering av SVP-införandet
9. Utbildningsinsatser inför införandet
10. Användande av ”ambassadörer” eller ”eldsjälar” i införandeprocessen.

Hayward-Rowse & Whittle (2006) menar att det är nödvändigt att såväl utvecklingen som införandet sker med rätt avsatta *resurser* under hela projektet. Resurser som omnämns är *underlättare*, *projektledning* och *tid* avsatt för de kliniker som ska utföra utvecklingsarbetet. Författarna framhåller SVP-teamets *ägarbeslut* i framtagandeprocessen och i själva standardvårdplanen som grundläggande framgångsfaktorer. Detta skapar förutsättningar för standardvårdplanens långtidsöverlevnad genom upprepade utvärderingar och revideringar. Vidare påpekas vikten av att representanter för *all* hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med den aktuella patientgruppen också deltar i SVP-framtagandet, för att vårdplanen ska bli så holistisk som möjligt. Författarna avslutar med att konstatera att om man avser att integrera standardvårdplanen i elektronisk journal är det en stor fördel att, utöver de kliniska experterna, också anlita en *IT-expert* för programmering och grafisk utformning av journalhandlingen.

Campillo-Soto et al. (2008) diskuterar lärdomar av införande av SVP för patienter som genomgår Laparoskopisk Obesitaskirurgi. De konstaterar att standardvårdplanen måste utarbetas på basen av både *beprövade erfarenhet* och bästa tillgängliga *vetenskapliga evidens*. Författarna pekar dock på bristen på vetenskapligt underlag och menar att endast 15-20 % av de diagnostiska och terapeutiska besluten grundar sig på evidens. De nämner några kliniska situationer där evidens saknas som t.ex. hur lång medelvårdtid som är den optimala för dessa patienter, när operationsdränage bör avlägsnas, när patienterna tolererar postoperativt vätske- och födointag, den optimala tiden för mobilisering efter kirurgi etc. Författarna framhåller att då vetenskaplig evidens saknas bör istället rekommenderade vårdåtgärder bygga på erfarenhet, kliniska observationer och jämförelser sjukhus emellan, där man åtminstone kan konstatera att föreslagen insats *inte* ökar dödlighet eller vårdlidande. Författarna understryker vikten av teamwork i framtagande och införandeprocessen.

När det gäller utveckling av SVP framhålls bristen på utnyttjande av befintlig evidens som ett återkommande problem (Olsson et al., 2009; Campillo-Soto et al., 2008)

Ett flertal författare påpekar bristen på forskning som fokuserar på design och framtagandeprocessen av evidensbaserade standardvårdplaner (Dahm & Wadensten, 2008; Rotter et al., 2010, Olsson et al., 2009). Det efterfrågas också ett nationellt samarbete kring

utveckling av standardvårdplaner (Olsson et al., 2009) vilket understryker vikten av mer kunskap om hur man planerar och genomför framtagandet av evidensbaserade standardvårdplaner.

Problemformulering

Utifrån tidigare forskning konstateras att SVP är ett mångfacetterat begrepp som definieras och används på liknande, men varierande sätt och att även andra begrepp så som clinical pathways förekommer. Detta utgör ett problem vid studier av effekter, utveckling och införande. Studier bör därför inbegripa klagörande och analys av vad SVP innebär i de verksamheter som undersöks för att möjliggöra jämförelser och tolkning av resultat. Därmed finns också ett uttalat behov av studier som kartlägger och tolkar hur SVP används och uppfattas i klinisk tillämpning. Dessa frågeställningar bör generellt inkluderas i studier av SVP, givet områdets oklara definitioner och användning.

Studier av att införa evidensbaserade SVP i vården visar övervägande på positiva effekter utifrån ett flertal perspektiv så som vårdkvalitet, kostnadseffektivitet och personalens arbetssituation. Dessa effekter redovisas utifrån olika diagnoser, vårdverksamheter, och länder, vilket ökar värdet och möjlig tillämpning av ny forskning om SVP.

Negativa konsekvenser relaterat till SVP har i några sammanhang indikerat att individanpassning av vård riskerar att försvåras eller förbises. Problem med evidensbasen i införda standardvårdplaner har konstaterats. Därmed finns ett behov av att förstå skillnader i hur framgångsrik och misslyckad utveckling och införande ser ut för att undvika dessa konsekvenser.

På senare år har ett antal studier närmast sig frågeställningar kopplat till införande av SVP, men processen att utveckla och förutsättningarna för att utforma själva standardvårdplanen har endast berörts indirekt. *Utveckling av SVP* är i dessa studier identifierad som en delprocess eller delmängd av det övergripande *införandet av SVP*. Utveckling av SVP, i betydelsen design av SVP, är med andra ord ett område med mycket begränsad forskning. Det finns ett behov av att öka förståelsen för hur evidensbaserade standardvårdplaner skall utvecklas och utformas för att bidra till god vård i enlighet med rådande nationella styrdokument.

SYFTE

Syftet med studien är att identifiera faktorer av betydelse för utveckling av evidensbaserade standardvårdplaner.

METOD

Studien är designad baserat på en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Nedan motiveras val av design och ansats, analysstegen i metoden beskrivs, urval av informanter redovisas och olika aspekter på forskningskvalitet (trovärdighet) diskuteras. En pilotstudie har genomförts för att testa metodens lämplighet och för att utveckla författarens förmåga att genomföra semistrukturerade intervjuer. Genomförandet av denna pilotstudie beskrivs och avslutningsvis belyses forskningsetiska överväganden.

VAL AV METOD

Det finns idag ingen dokumenterad eller publicerad norm, modell eller ramverk för hur framtagandet av evidensbaserade standardvårdplaner bör gå till, vilket är en förutsättning för en deduktiv ansats. Istället är studien att betrakta som ett första steg i riktning mot att beskriva och förklara SVP-utveckling. Därav lämpar sig en induktiv explorativ ansats som tar sin utgångspunkt i empirin.

Den valda metoden, manifest kvalitativ innehållsanalys fokuserar på *tolkning* av texter och är vanlig inom beteendevetenskap, humanvetenskap och vårdvetenskap. Den är också anpassad till en induktiv ansats. Metoden har utvecklats för att hantera stora mängder data och medger kompression och aggregering av intervjudata så att resultat kan presenteras på ett överskådligt sätt (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarens tidigare positiva erfarenhet av metoden har också påverkat valet.

KVALITATIV INNEHÅLLSANALYS

Intervjuerna kommer att granskas med hjälp av manifest innehållsanalys utvecklad av Graneheim & Lundman (2004). De centrala begrepp som tillsammans utgör kärnan i den kvalitativa innehållsanalysens processteg är:

- val av *analysenhet* (erfarenheter av utarbetande av evidensbaserade standardvårdplaner)
- identifiering av *domäner* det vill säga den grova struktur som materialet kan indelas i med hjälp av en låg grad av tolkning till exempel faser i en process eller i det här fallet frågeområden i intervjun
- identifiering av *meningsenheter*, de meningar eller stycken som genom sitt innehåll hör ihop och skapar innebörd, analysenheter
- *kondensering* av meningsenheter, det vill säga texten görs kortare, mera kärnfull och lätthanterlig
- *abstraktion* av kondenserad text det vill säga att lyfta innehållet till en högre logisk nivå genom att den kondenserade texten förses med en *kod*
- flera koder kan sedan sammanföras i *underkategorier* och *kategorier* på olika abstraktionsnivå, där varje kategori har ett liknande innehåll. Krippendorff (2004) betonar att kategorier bör vara uttömmande och ömsesidigt uteslutande det vill säga inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i flera kategorier.
- Avslutningsvis definieras ett *tema* för framkomna data, det vill säga den ”röda tråd” av mening som återkommer i kategori efter kategori. Tema används vanligen vid latent innehållsanalys, men kan uteslutas vid manifest innehållsanalys, vilket är avsikten i denna studie.

(Lundman & Graneheim i Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Tolkningen av intervjupersonernas berättelser bör göras med medvetenhet om deras personliga historia, livsvillkor och rådande kultur. Enligt Krippendorff (2004) får texten mening genom läsaren och texten har inte bara *en* given mening utan flera tolkningar är möjliga och kan vara giltiga även om de är olika. Med inspiration från den hermeneutiska texttolkningen betonas här förhållandet mellan texten och uttolkarens egna antaganden, frågor till texten och förförståelse, i den meningen att författaren utgör en medskapare till de tolkade meningarna (Starrin & Renck i Svensson & Starrin, 1996; Kvale & Brinkmann, 2009).

Författaren har personlig erfarenhet av att utforma och implementera evidensbaserade vårdplaner i olika vårdverksamheter, vilket med nödvändighet skapar en förförståelse för

såväl ämnet som själva införandeprocessen. Enligt Dahlberg & Halling (2001) är ingen forskare ett helt oskrivet blad och det finns ingen "ickekontaminerad" plats att starta ett forskningsprojekt. Det viktiga är att medvetandegöra sin förförståelse.

Uppfattningen att "sanningen" finns i betraktarens ögon är vägledande inom den kvalitativa traditionen (Lundman & Hällgren Graneheim i Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Omvärlden ses som komplex, kontextberoende, konstruerad och subjektiv, vilket ter sig som en rimlig utgångspunkt vid granskning av erfarenheter av införande av standardvårdplaner i en befintlig vårdmiljö. Ansatsen är induktiv, det vill säga undersökaren analyserar respondenternas berättelser med fokus på deras erfarenheter och lärdomar av framtagandeprocessen.

URVAL AV INFORMANTER

Studien kommer att genomföras med ansvariga för införande av standardvårdplaner vid vårdavdelningar i Sverige. Informanterna ska ha haft ansvar för planering och genomförande av SVP-projekt antingen sjukhusövergripande eller på en enskild vårdavdelning vid minst två tillfällen. Det är också önskvärt att projekten de varit involverade i har lett till att standardvårdplaner tagits i bruk i verksamheten så att erfarenheter finns av hela införandeprocessen. Urvalet kommer att göras utifrån svensktalande projektledare i svenska vårdmiljöer för att undvika språkbarriärer och fördyrande resor. Det finns inga krav på informantens yrkeserfarenhet, profession, ålder eller kön. Det mest sannolika är dock att de flesta kommer att vara kvinnliga sjuksköterskor.

Då studien utgår ifrån en induktiv ansats och fokuserar på frågeställningar med mycket begränsade forskningsresultat att utgå ifrån är urvalskriterierna (inkluderande och exkluderande faktorer) för informanter svåra att uttala sig om i detalj. Det är helt enkelt inte känt vilka faktorer som påverkar resultat utifrån urval. Ett uppenbart praktiskt problem ligger också för handen. Det finns få projektledare för SVP-projekt att utgå ifrån och deras medverkan bygger på frivillighet, en pragmatisk dimension läggs till urvalet – "man får dem man får". Urvalet bygger i grunden på författarens personliga nätverk kopplat till SVP-projekt och därför är urvalet inte slumpmässigt.

Tio informanter kommer att tillfrågas via mail med uppföljning över telefon. De kommer att få besked om vad intervjun kommer att handla om i stora drag. De kommer att få information om att deras deltagande är frivilligt och att deras anonymitet kommer att bevaras i resultatredovisningen samt att de uppgifter de lämnar kommer att behandlas konfidentiellt. Om någon avböjer kommer ytterligare personer att tillfrågas med avsikt att bibehålla de aktuella urvalskriterierna.

TROVÄRDIGHET

I den positivistiska traditionen används ofta begrepp som validitet, reliabilitet och generaliserbarhet som uttryck för forskningsstudiens trovärdighet. Med validitet menas styrkan och hållbarheten i ett uttalande. Vanligen avses huruvida en metod undersöker vad den påstår sig undersöka (Kvale & Brikmann, 2009). Motsvarande begrepp inom den kvalitativa forskningen är giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Lundman & Graneheim i Granskär & Höglund-Nielsen, 2008). Lincon och Guba (1985) föreslår fyra kriterier för att ge tillförlitlighet (*eng. trustworthiness*) till en kvalitativ studie, nämligen trovärdighet (*eng. credibility*), pålitlighet (*eng. dependability*), överensstämmelse (*eng. confirmability*) och överförbarhet (*eng. transferability*).

Trovärdighet avser sanningshalten i presenterade data och tolkningen av dessa. Detta avser både det sätt på vilket studien har utförts och de åtgärder som vidtagits för att beskriva tillvägagångssättet för läsaren. För att höja trovärdigheten i denna studie, förebygga retrospektiv förvrängning av dataanalysen och feltolkning av informanternas avsikter presenteras resultatet tillsammans med citat. Dessa avser att tydliggöra informantens uttalanden och möjliggöra läsarens egen analys.

Trovärdighet kan inte erhållas utan pålitlighet (Lincon & Guba, 1985). Vid kvalitativ forskning har forskaren som person en tendens att vara nära knuten till själva forskningsinstrumentet. Forskarens delaktighet i en observation eller i en intervju gör henne involverad i såväl undersökningen som tolkningen av resultatet. Till följd av detta är det betydligt svårare att, som i kvantitativ forskning, ställa sig frågan ”Skulle detta forskningsinstrument ge samma resultat om det användes av en annan forskare under samma omständigheter?”. Man får istället ställa sig frågan ”Om en annan forskare skulle utföra

denna intervju, skulle han eller hon då komma fram till samma resultat och slutsatser?” Författaren ser i detta läge ingen uppenbar risk för att så inte skulle vara fallet.

Bekräftelse handlar om studiens objektivitet. Resultatet måste ha en hög grad av överrensstämmelse med informanternas ”röst” och får inte vara ett resultat av forskarens perspektiv eller drivkrafter (Lincon & Guba, 1985). I denna studie kommer två personer oberoende av varandra (författaren och handledaren) att läsa transkriptionen av intervjuerna i sin helhet. De uttalanden, i form av meningsenheter, för vilka det råder en samsyn om att de är relevanta för studiens syfte, kommer att inkluderas i resultatet.

Överförbarheten av studiens resultat handlar om i vilken utsträckning som resultatet kan överföras till eller appliceras i andra enheter, grupper eller i detta fall andra initiativ för framtagande av standardvårdplaner. Det är författarens mening (och förhoppning) att resultatet har god överförbarhet till alla verksamheter som avser att utarbeta och införa standardvårdplaner.

Glaser och Strauss (1967) menar att valideringen är inbyggd i hela forskningsprocessen med ständig kontroll av forskningsresultatets trovärdighet, rimlighet och tillförlitlighet. I Kvale och Brikmann (2009) framhålls forskarens person, hennes moraliska integritet och praktiska visdom som avgörande för bedömning av kvaliteten hos den producerade kunskapen.

PILOTSTUDIEN

I syfte att pröva metodens användbarhet i relation till syftet genomfördes en pilotstudie med två informanter. Informanterna tillfrågades inledningsvis telefonledes om deltagande och erhöll efter visat intresse en Forskningspersonsinformation (bilaga 1). Intervjuerna ägde rum på informanternas arbetsplatser under juni månad 2010. Intervjuerna spelades in på MP3-spelare och varade i 38 respektive 28 minuter. Båda informanterna hade arbetat som sjukhusövergripande projektledare för införande av standardvårdplaner under två års tid. Båda var sjuksköterskor (kvinnor) med 14 respektive 25 års yrkeserfarenhet. Båda sjuksköterskorna arbetade 50 % i SVP-projektet och arbetade i övrigt på sina vanliga kliniska tjänster. I det ena fallet arbetade projektledaren på uppdrag av sjukhusdirektören, i det andra fallet var det chefssjuksköterskan på sjukhuset som var uppdragsgivare. I det ena projektet implementerades 11 standardvårdplaner i verksamheten under projektperioden och i det andra

projektet var motsvarande siffra 22 st. Intervjuerna byggde på följande öppna frågor, till vilka följdfrågor ställdes för att förtydliga informantens ståndpunkt:

1. Kan du berätta för mig vad en standardvårdplan är för dig?
2. Du har varit projektledare för framtagande av ett antal standardvårdplaner. Vad har varit viktigt i det arbetet? Vad har du gjort i den rollen?
3. Vilka moment är av betydelse för själva framtagandeprocessen?
4. Vad har gått bra? Vad har varit problem i framtagandeprocessen?
5. Vad är evidensbaserad vård för dig?
6. Hur evidensbaseras standardvårdplanen?

Båda intervjuerna transkriberades ordagrant av intervjuaren själv kort efter intervjutillfället. Texterna har analyserats med hjälp av manifest innehållsanalys i linje med den föreslagna huvudstudien.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Informanterna har i enlighet med Helsingforsdeklarationen (WMA, 2003) erhållit information om studiens syfte och metod, deras samtycke till deltagande har inhämtas, de har fått besked om att deltagandet är frivilligt och att de har rätt att avbryta sin medverkan. Intervjuerna genomfördes på projektledare inom hälso- och sjukvården och deltagandet var helt frivilligt. Ansökan om godkännande från forskningsetisk kommitté har övervägts men har inte befunnits nödvändig då ämnet varken är av *privat* eller *känslig* karaktär (Starrin & Renck i Svensson & Starrin, 1996). Då denna studie behandlar inhämtad information av personer som har deltagit i utvecklande av standardvårdplaner och inte innefattar hämtning av biologiskt material eller försök till att påverka personerna fysiskt eller psykiskt faller den inte under lag SFS 2003:460 om etik prövning.

RESULTAT

Redogörelserna av SVP-utveckling ifrån de två informanterna har kunnat delas in i tre områden (kallade domäner i den valda metoden). Först sammanställs en *definition av SVP* utifrån informanternas förståelse av begreppet. Här får vi en empirisk kategorisering av vad som faktiskt har införts under rubriken SVP. Därefter används empirin för att identifiera kategorier i en *processbeskrivning* som kan ses som delprocesser eller delsteg i utvecklingsarbetet. Slutligen har kategorier kopplade till införandet utifrån informanternas roll sammanställts i domänen *projektledarrollen*.

För varje domän finns en sammanställning i tabellform (tabell 1-3) som redovisar hur meningsbärande enheter grupperats för att härleda subkategorier och övergripande kategorier. De identifierade kategorierna har sedan använts som underrubriker för redovisning av utvalda citat och tillhörande koder.

DEFINITION AV SVP

En flerdimensionell bild av vad SVP innebär för informanterna föreligger (tabell 1). Det framträder fyra övergripande kategorier som formulerar vad SVP innebär och leder till. På så sätt definieras SVP.

Göra rätt

Informanterna betonar värdet av att vårda på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet. Standardvårdplanen inger, genom sitt genomarbetade och godkända innehåll, en trygghet till vårdpersonalen. Ena informanten uttrycker det som *”För det första är det ett sätt att veta att jag ger patienten en säker och evidensbaserade vård.”* och den andra säger *”Den innehåller det viktigaste och bästa för patienten när det gäller basvård. Den gör att jag gör det rätta.”* Standardvårdplanen beskrivs i detta sammanhang som att den tjänar två syften, dels visar den på säker och evidensbaserad vård för patientens bästa, dels vill den vara ett rättesnöre och en trygghet till stöd för vårdpersonalen.

Tabell 1. Manifest innehåll i domänen: Definition av SVP, genom fyra beskrivande kategorier.

Koder	Subkategorier	Kategorier
Evidensbaserad vård En kunskapsbas	Evidensbaserad vård	Göra rätt
Patientsäker vård Ett säkerhetssystem	Patientsäker vård	
Ett sätt att göra rätt Ett sätt att göra enligt normen	Normerande vård	
Ett sätt att komma ihåg Ett sätt att göra det viktigaste	Prioriterad vård	Välja rätt
Ett sätt att känna till vårdplanen Ett sätt att känna till vårddiagnoserna och vårdåtgärderna	Processororienterad vård	Ha en plan
Ett sätt att planera kvalitativ vård Att ge patienten en ”innehållsdeklaration” av planerad vård	Planerad vård	
Ett sätt att tänka både standardiserat och individuellt SVP kompatibelt med individuell vård Att se till det individuella Ett sätt att tidigt identifiera avvikelser och individuella behov	Individ och standard	Vårda unikt och generellt

Välja rätt

Standardvårdplanen används som en utgångspunkt för prioriteringar och som en hjälp att komma ihåg det viktiga – som en hjälp att välja rätt.

”Standardvårdplanen säger vad det är jag ska tänka på när jag träffar dessa patienter, vad ska jag fråga om, observera, vilka risker ska jag vara vaksam på?” och ”Standardvårdplanen gör att jag känner mig säker på att jag inte glömmer något viktigt.”

Ha en plan

Informanterna beskriver också SVP som en ”plan att bygga vården på, så att man vet vilka åtgärder som ska utföras”. Det framgår att personalen använder SVP som utgångspunkt för daglig vårdplanering. Även här tillskriver informanterna standardvårdplanen en tvådelad nytta

(för både personal och patienter) vilket framgår av följande uttalande ”Standardvårdplanen beskriver vad patienten kan förvänta sig av vårdtillfället, som en innehållsdeklaration...”.

Vårda unikt och generellt

I informanternas beskrivning av vad en standardvårdplan är, trycker båda på nödvändigheten i att individanpassa standarden och vid behov komplettera SVP med en individuell vårdplan. En av informanterna ser dessutom standardvårdplanen som en hjälp att identifiera avvikande vårdförlopp.

”Standardvårdplanen är även ett sätt att uppmärksamma att här är det inte riktigt bra, det stämmer inte, det är något utöver, det går inte som vi förväntar oss, det blir en fingervisning om att här bör det ringa en klocka...”

UTVECKLINGSPROCESSEN

Vid analys av domänen Utvecklingsprocessen, som berör hur en SVP-utvecklas, utkristalliseras sju kategorier som tillsammans målar upp en bild av framtagandeprocessen (tabell 2). Kategorierna är Strategiska val, Nulägesanalys, Omvärldsanalys, Kunskapsinhämtning, Kunskapsvärdering, Kunskapssammanställning och Implementering.

Strategiska val

I kategorin Strategiska val inryms två subkategorier. Den första utgörs av val av problemområde/diagnos för standardvårdplanen. En av informanterna säger:

”Börja med en brainstorming om vilken SVP som ska tas fram. Det måste ju finnas ett behov... man kan fråga på kliniken... att SVP:n är efterfrågad redan från början, annars tror jag att det kan bli svårt att implementera.”

Den andra subkategorin står för val av SVP-team. Denna subkategori bygger i sin tur på två koder där den ena anger att det i SVP-teamet ska finnas en bra tvärprofessionell blandning av alla de yrkesgrupper som tar hand om patienten. Den andra koden handlar om gruppens sammanlagda kompetens:

”Det är viktigt med olika kunskaper i gruppen, någon är kanske duktig vetenskapligt – leta, läsa och granska artiklar, någon annan har kanske lång klinisk erfarenhet.”

Tabell 2. Manifest innehåll i den andra domänen: Utvecklingsprocessen, utifrån sju kategorier som representerar delsteg.

Koder	Subkategorier	Kategorier
Behovsstyrt val av SVP	Val av SVP-fokus	Strategiska val
Ett tvärprofessionellt SVP-team Ett kompetent SVP-team	Kompetens och samarbete	
Journalgranska Identifiera nuvarande kvalitetsbrister Kartlägg beprövad erfarenhet och aktuella rutiner Dokumentera utgångsläge för senare utvärdering	Analys	Nulägesanalys
Studiebesök Kontakt med andra Öppna jämförelser	Erfarenhetsutbyte	Omvärldsanalys
Söka litteratur i databaser Läsa vetenskapliga artiklar Använda granskade och redan sammanställda översiktsartiklar Läsa faktaböcker	Litteratursökning	Kunskapsinhämtning
Artikelgranskning med hjälp av granskningsprotokoll Evidensgradera vetenskapliga studier	Granskning och värdering	Kunskapsvärdering
Skriva och sammanställa kunskapsöversikt Skriva standardvårdplanen	Dokumentation	Kunskaps-sammanställning
SVP och kunskapsöversikt granskas och godkänns innan den tas i kliniskt bruk	Godkännande och införande	Implementering

Nuläges- och omvärldsanalys

I Nulägesanalysen kartläggs nuvarande vårdförlopp och vårdrutiner för den utvalda patientgruppen och det görs genom journalgranskning, interna diskussioner om beprövad erfarenhet och identifiering av kvalitetsbrister. Informanterna uppger att journalgranskningen är en tidsödande aktivitet, men att den ger värdefull information om ”hur vi gör idag” samt ger ett dokumenterat utgångsläge för framtida utvärdering.

”Journalgranskning är tidsödande men inte bortkastad tid. Det blir väldigt tydligt vilka missar som gjordes och vilka brister som fanns. Det är också en bra utgångspunkt när man ska mäta effekten av standardvårdplanen, man kan jämföra, att så här var det från början.”

Omvärldsanalysen beskrivs som ett sätt att *”lyfta blicken från den egna verksamheten”* och jämför sig med andra liknande vårdenheter: *”Några grupper gjorde studiebesök och det är ju värdefullt, för man blir ju lätt hemmablind. Då kan man jämföra och få inspiration av nyheter.”*

Kunskapsinhämtning, värdering och sammanställning

Kategorierna Kunskapsinhämtning, Kunskapsvärdering och Kunskapssammanställning inbegriper litteratursökning i databaser och aktuella läroböcker, inläsning, granskning och evidensgradering av vetenskapliga artiklar. Båda informanterna uppger att kunskapsvärderingen uppfattas som den svåra delen i processen.

”Evidensgranskning är ett hästarbete, så det är bra om man kan få draghjälp från SBU, från review-artiklar eller hämta artiklar från välrenommerade tidskrifter. Även för vana personer är det svårt att fastställa evidensgraden.”

I kategorin Kunskapssammanställning inbegrips både sammanställning av kunskapsöversikten och utarbetande av själva standardvårdplanen.

Implementering

I kategorin Implementering ingår granskning, godkännande och införande.

”Standardvårdplanen och kunskapsöversikten granskades av projektledningen och godkändes av ansvarig läkare, sedan kunde den tas i bruk på avdelningen.”

PROJEKLEDDARROLLEN

Informanterna valdes ut utifrån sin roll som SVP-projektledare. Resultatredovisningen av väsentliga faktorer för utveckling av SVP kopplat till projektledning har delats in i sex kategorier (se tabell 3).

Tabell 3. Manifest innehåll i den tredje domänen: Projektledarrollen, beskriver förutsättningar utifrån sex kategorier.

Koder	Subkategorier	Kategori
Ledningens stöd Befogenheter, mandat och tydliga ramar Projektledningskompetens Stöd av styrgrupp Tillräcklig tid avsatt för projektledning Att tid avsätts för teamen och att cheferna prioriterar arbetet IT-stöd till projektet IT-experter engagerade i utveckling av journalhandlingen (SVP)	Mandat och befogenheter	Organisatoriska förutsättningar
Att vara påläst om SVP Samverkan med delaktiga läkare Samarbete med SVP-metodexpert	Kunskap och samarbetsförmåga	Individuella förutsättningar
Informera och sprida kunskap om projektet Rapportera till styrgrupp och ledning Föra en dialog med deltagarnas chefer	Sprida kunskap	Kommunikation och information
Visa på projektvisionen och tydliggöra projektets syfte och mål	Mål och vision	Målstyrning
Handleda teamen Stötta och coacha SVP-teamen Att svara på frågor Att vara ett bollplank Att finnas till för SVP-teamen	Handledning, närvaro och stöd	Ledarskap
Att läsa och granska materialet Att hålla i SVP-nätverk på sjukhuset	Garantera kvalitet	Ansvar

Organisatoriska förutsättningar

De organisatoriska förutsättningarna inbegriper mandat och befogenheter, avsatt tid, ledningens stöd och IT-stöd vilket framgår av följande citat;

”Ska man införa standardvårdplaner så måste man ha ett JA högt uppifrån – man måste ha ledningens stöd, för annars får man kämpa i motvind hela tiden.” och ”Man behöver en tydligt beskriven arbetsroll, Vilka befogenheter har man som projektledare? Tydliga mandat att besluta och tydliga ramar.”

Informanterna pekade på vikten av att teamen fick tid avsatt för sitt utvecklingsarbete;

”Teamen hade ofta brist på tid, de fick gå i tjänst och fick inte utlovad tid avsatt det var oftast det som bromsade arbetet”.

I båda intervjuerna framkommer en frustration över problem med att införliva SVP i den elektroniska patientjournalen;

”IT var ett problem kände jag. Jag kände stor besvikelse över att vissa saker inte gick att lösa på IT-sidan, det var frustrerande och ett hinder i utvecklingen.”

Individuella förutsättningar

Informanterna framhåller sin egen kunskapsnivå som betydelsefull i projektledarrollen och säger; *”Jag la mycket tid i början på att sätta mig in i det här med SVP överhuvudtaget, man måste vara påläst.”* En av informanterna säger att det hade varit värdefullt att få gå en projektledarutbildning.

Kommunikation och information

Informanterna antyder också att det i vissa fall har varit svårt att få läkare att engagera sig i projektet; *”Det vi stötte mest på patrull var ju från läkarhåll, vi fick lägga mycket energi på det...”*. Projektledarna uttrycker sig positivt över möjligheten till externt stöd för projektet;

”Det är bra att få hjälp av någon som har gjort det innan, som kan driva projektet och som vet hur lång tid olika moment tar och hur det har blivit på andra ställen.”

Informanterna berättar att de fick lägga mycket tid på att handleda och stötta teamen vilket framgår av följande citat;

”Sedan handlade det ju om att stötta och coacha grupperna, att hjälpa till när de stötte på patrull, svara på frågor och att vara ett bollplank.” och ”Jag var mycket ute i grupperna och pratade med dem.”

Målstyrning, ledarskap och ansvar

I projektledarrollen ingår inte bara att ha kunskap utan även förmågan att sprida den. Det är projektledarens ansvar att förmedla syfte och mål med projektet samt att måla upp en bild av projektvisionen. I intervjuerna framkommer att deras samarbetsförmåga med såväl teamen, ledningen, cheferna och läkarna är en viktig personlig förmåga.

”Dialogen med alla avdelningschefer och enhetschefer är jätteviktig så att de förstår vad projektet går ut på och att de måste avsätta tid för personalen, om de ska vara med”.

Avslutningsvis framgår det av intervjuerna att projektledaren fick ta ansvar för resultatet av arbetet dels genom att vara med och granskningsläsa kunskapssammanställningarna dels genom att skapa ett forum på sjukhuset för standardvårdplanernas fortlevnad och vidareutveckling. En av projektledarna berättar;

”Jag höll också i SVP-nätverket på sjukhuset, det var bra, för många grupper hade samma frågor och stötte på samma problem, då kunde vi hjälpas åt tillsammans. Nätverket hjälpte till att driva utvecklingen framåt och vi kunde gå samman och ställa krav på t.ex. IT-systemet”.

DISKUSSION

I metoddiskussionen redogörs för erfarenheter från pilotstudiens upplägg och genomförande av värde för huvudstudien, samt värdering av de preliminära resultaten. Därefter i resultatdiskussionen värderas pilotstudiens resultat mot huvudstudiens syfte och några preliminära slutsatser presenteras.

METODDISKUSSION

Frågeställningarna i pilotstudien ger, trots sin begränsade omfattning en omfattande bild av hur utvecklingsarbetet har bedrivits. Informanterna uppfattade frågeställningarna på ett likartat sätt. Inga förtydliganden av innebörden i frågorna behövde göras och få följdfrågor behövde ställas. Möjligen bör fokus på öppna och berättande frågor föregå mer specifika frågor. Vikten av att genomföra pilotstudier för att öka sina färdigheter i intervjuteknik, att ställa uppföljande och fördjupande och bekräftande frågor bör understrykas.

Det är arbetskrävande, men lärorikt, att transkribera intervjuer och den datamängd som erhöles av två informanter i pilotstudien uppfattades av författaren som fullt tillräckligt som underlag för att testa frågeställningar och val av analysmetod. Resultatet har gett en god utgångspunkt för den fortsatta studien. Den kommande studien bygger på tio informanter vilket kommer innebära en stor mängd data. Detta motiverar valet av manifest kvalitativ innehållsanalys, då metoden är utvecklad för att hantera stora mängder data.

En viktig fråga att ställa sig vid validering av intervjudata är om det finns någon anledning att tro att informanten inte talar sanning, förskönar verkligheten eller undanhåller fakta (Denscombe, 2009). Författarens uppfattning är att intervjuerna förlöpte i ett öppenhjärtligt samtal där informanternas erfarenheter och lärdomar från tiden som SVP-projektledare diskuterades på ett naturligt och ärligt sätt. Intervjuledaren har dock i ett tidigare skede undervisat informanterna i ämnet vilket gör att det inte går att utesluta att informanterna kan ha tillrättatlagt verkligheten i en medveten eller omedveten önskan om att "svara rätt". Detta skulle kunna ha undvikits om någon annan hade utfört intervjuerna, någon som inte uppfattats som "sakkunnig" i frågan. I den kommande studien kommer även informanter att inkluderas som inte har haft författaren som handledare i sina SVP-projekt, vilket borde minska risken för förskönande och tillrättatlagda svar.

RESULTATDISKUSSION

Pilotstudien bidrar till att identifiera faktorer av värde för utveckling av SVP inom två huvudområden. För det första presenteras en processmodell där centrala faktorer i utvecklingsarbetet beskrivs och förklaras. För det andra identifieras ett antal faktorer kopplat till organisation och ledning av SVP-utvecklingsprojekt. I resultatdiskussionen värderas dessa resultat utifrån problemställningen, samt vad det är som faktiskt utvecklas, d.v.s. definition av en SVP. Först diskuteras dock resultatet i relation till den teoriansknytning som gjorts i bakgrunden.

Standardvårdplanens koppling till omvårdnadsteori

I bakgrunden angavs att vid planering av patientens omvårdnad och vid upprättande av en vårdplan bör handlingar planeras utifrån en konsensus kring omvårdnadens betydelse och innehåll. Vidare poängterades att sjuksköterskans grundläggande människosyn och värdegrund kommer att avspegla sig i vårdplanen. Den utgångspunkt som är gemensam för teorier om omvårdnad är ett grundläggande synsätt på människa, hälsa, miljö och omvårdnad. Slutligen gavs exempel på hur standardvårdplaner kan vara teorigrundade utifrån tre välkända omvårdnadsteoretiker (Hall, 1965; Henderson, 1969; Orem, 2001). Det är intressant att notera att ingen av informanterna i pilotstudien i något avseende nämnde eller berörde betydelsen av teoriansknytning. Detta i sig skulle kunna väcka frågan om en standardvårdplan är ett verktyg som bidrar till ett ateoretiskt arbetssätt. Författaren tror snarare att detta tyder på en ovana bland kliniska sjuksköterskor att diskutera patientvård ur ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv. När frågan inte ställs rätt ut, är svaret inte heller något man kan förvänta sig spontant. Om man i kommande intervjustudie vill studera informanternas teoriansknytning bör detta i så fall efterfrågas explicit. Det är sannolikt en förhastad och felaktig slutsats att tolka ett *icke uttalat* perspektiv som en *avsaknad* av en teoriförankring hos informanterna, lika lite som att detta i så fall skulle vara orsakat av själva standardvårdplanen. Ett annat sätt att undersöka teoriansknytning vore dessutom att granska standardvårdplaner. Då skulle ovanstående påstående om att SVP-utvecklarnas människosyn och värdegrund avspeglas i planen, kunna testas. Vidare måste frågan om teoriansknytning problematiseras i relation till kravet på tvärprofessionellt framtagande. I standardvårdplanens begynnelse var den, som svensk företeelse, sprungen ur ett omvårdnadsperspektiv, med sjuksköterskeprofessionen som initiativtagare (Forsberg & Edlund, 2003). Här angavs standardvårdplanen i ett sammanhang som innefattade teoriansknytning som en väsentlig del. Idag är SVP en tvärprofessionell

angelägenhet vilket väcker frågan om vilken teorigrund som i så fall bör användas och vilken professions förklaringsmodeller och teoretiska modeller som bör speglas i SVP:n. Då de flesta yrkesutövare inom vården uppbär en akademisk yrkesexamen och tillhör en profession i bemärkelsen att de utgår från vetenskaplig kunskap samt en etablerad och kommunicerad teori, måste det ändå vara en strävan att i framtagandet av standardvårdplaner upprätthålla en rimlig teorianknytning.

SVP, mer än en plan

Standardvårdplanen har i litteraturen beskrivits som ett instrument för effektivisering av journaldokumentation (Forsberg & Edlund, 2003). Detta synsätt ligger inte fullt i linje med informanternas syn. Informanterna beskriver standardvårdplanen som ett sätt att organisera och planera kliniskt vårdarbete. Ingen av informanterna talar om standardvårdplanen som ett ”dokument” för journalföring eller som ett sätt att spara tid vid dokumentation. Standardvårdplanen utgör förvisso en del av patientjournalen och är därmed en journalhandling (Socialstyrelsen, 2006). Den har också i studier visat sig vara tidseffektiv för journalföring (Dahm & Wadensten, 2008; Lee & Chang, 2004), men den uppfattas av informanterna som en kvalitetsgarant för god vård och som en plan eller ett övergripande arbetssätt, mer än som (bara) ett dokument. Jansson (2010) konstaterar i sin doktorsavhandling att avdelningar som arbetar med vårdplaner har anammat ett processorienterat arbetssätt. Planen ska hjälpa vårdpersonalen att göra rätt och prioritera rätt i förutsägbara vårdssituationer.

I den fortsatta studien är det av vikt att förtydliga vad som faktiskt innefattas i ”utveckling av SVP”. Eftersom SVP uppfattas som ett sätt att organisera och arbeta med vård kanske utvecklingen bör drivas i en riktning där vi tydligt håller isär utveckling av SVP, som en evidensbaserad kunskapsöversikt och mall för journalföring, ifrån att införa ett arbetssätt baserat på SVP. Det senare skulle kunna betraktas som införande av *Standardiserad vård* (SV). Följande resonemang har möjlighet att bidra till att minska den förvirring som råder kring användning av begreppet SVP (Olsson et al., 2009).

Det specifika och det generella

Det sätt på vilket SVP utvecklats och införts i studiens empiri indikerar inga risker med att det individuella vårdandet hämmas. Istället framhålls SVP:n som en hjälp i sammanhanget. Att arbeta med standardvårdplaner inbegriper enligt informanterna såväl en generell

rekommendation över hur kända vårdproblem och risker ska hanteras som en hjälp att tidigt identifiera avvikande vårdförlopp som kräver individuella insatser. Detta synsätt harmonierar med synen på människan som en både unik och generell varelse (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). I det unika ska patienten bemötas individuellt och utifrån sina och sin familjs förutsättningar och behov. I det generella ska hon eller han bemötas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Huruvida en plan för standardisering kan bidra till individualisering är en frågeställning värd att förädla. Inte minst eftersom det finns kritik avseende standardvårdplanens motsatta effekt, i det att patienten inte betraktas som unik för vårdpersonalen utan behandlas som en i mängden (Lee & Chang, 2004; Dahm & Wadensten, 2008).

SVP-utveckling

I denna pilotstudie framkommer vikten av ledningens stöd i förändringsarbetet samt ett behovsstyrt val av SVP-fokus som en inledande och väsentlig del i framtagandeprocessen. En av informanterna menar att en efterfrågad standardvårdplan sannolikt är lättare att implementera. Att efterfråga medarbetares behov av en standardvårdplan och för vilken patientkategori denna i så fall skulle utarbetas, samt att därtill initiera utvecklingen av en SVP först efter en ”beställning från ledningen”, ter sig som en klok utgångspunkt.

Standardvårdplanen ska enligt informanterna utvecklas i tvärprofessionellt samarbete genom ett systematiskt tillvägagångssätt som inkluderar analys av nuvarande arbetsätt, inventering av andras arbetssätt, kunskapsinhämtning genom studier av vetenskaplig litteratur samt granskning, värdering och sammanställning av densamma. Informanterna säger att evidensgradering av vetenskapliga studier ofta uppfattas som det svåra i framtagandeprocessen och att detta är någon man behöver mer kunskap och träning i. Här bekräftar resultaten en farhåga om brister i SVP:s evidensbas som tidigare lyfts fram (Campillo-Soto et al., 2008). Detta delsteg i processen är en möjlig utgångspunkt för förtydligande av huvudstudiens frågeställning: Hur utvecklas en relevant evidensbas för SVP:n?

Det avslutande processteget har kallats implementering och inkluderar granskning, godkännande och införande av standardvårdplaner. I litteraturen beskrivs vikten av en strukturerad utbildningsinsats i samband med införandet (Rotter et al., 2010) samt värdet av

att engagera en IT-konsult i utformandet av den elektroniska standardvårdplanen (Hayward-Rowse & Whittle, 2006).

I analysen av resultatet framkom uppgifter om förutsättningar för ett SVP-projekt, sett ur projektledarens perspektiv. Såväl organisatoriska förutsättningar som individuella resurser hos projektledaren beskrivs i resultatet samt några av projektledarens viktigaste arbetsuppgifter. Här kan möjligen studier inom förändringsarbete bidra till teorier om SVP-utveckling.

Lokal eller central utveckling av SVP

Olsson et al. (2009) menar att man bör överväga nationellt utformade standardvårdplaner. Detta vore av värde, inte minst med tanke på tidbesparing i framtagandeprocessen, där varje enskild enhet hade "sluppit uppfinna hjulet igen". Ett nationellt framtagande skulle kanske också innebära att vårdplanen i större utsträckning motsvarar kraven som anges i styrdokumentet om god vård. Men det är samtidigt en utmaning att införa nationellt utarbetade standardvårdplaner i en specifik verksamhet. I denna pilotstudie framhålls vikten av ett lokalt och tvärprofessionellt samarbete och engagemang i utvecklingsarbetet som avgörande för en lyckad användning av SVP. Även andra författare konstaterar att den interna kunskapen och den lokala anpassningen och förekomsten av interna eldsjälar är av stor betydelse för införande av standardvårdplaner (Rotter, 2010). Känslan av "ägandeskap" i standardvårdplanen som en lokal drivkraft för dess existens tycks avgörande, vilket även speglas i pilotstudiens identifierade faktorer. Genom lokal utveckling och intern kunskapsinhämtning växer en standardvårdplan fram som speglar "vårt sätt att arbeta" snarare än "ett standardiserat sätt att arbeta". Kanske är det framför allt en standardiserad nationell framtagandeprocess och ett standardiserat utbildningsprogram för vårdpersonalen som bäst underlättar utveckling och införande av standardvårdplaner?

Implikationer för huvudstudien och framtida forskning

Den utökade datainsamlingen i den fullskaliga studien kan ge upphov till helt nya kategoriseringar och infallsvinklar för att förstå SVP-utveckling. Givet den induktiva ansatsen och den större mängd data som genereras från 10 nya informanter, får man hålla det för troligt. Det finns exempelvis en möjlighet att den hittills presenterade processbeskrivningen

som växt fram ur informanternas redogörelser för arbetsprocessen kan bli så rik och meningsfull att en konceptuell processmodell för SVP-utveckling kan föreslås.

Då informanter från helt nya sjukhus och vårdmiljöer kommer att inkluderas så kommer ytterligare bidrag till vad som ”faktiskt utvecklas” att föreligga. Om dessa resultat leder till en förstärkning av nuvarande definition av SVP eller en förskjutning av den återstår att se.

Man kan också överväga att komplettera frågeguiden med inslag kopplat till effekter och resultat av arbete med SVP. Reflektioner kopplat till effekter görs redan av informanterna och då projektledaren har inblick i ett flertal vårdavdelningar kan denna frågeställning bidra till att förtydliga på vilket sätt olika faktorer är av betydelse för framtagandet.

Informanterna har varit projektledare för projekt med syfte att införa SVP på sjukhusnivå och deras roll har i huvudsak varit stödjande och koordinerande i relation till de utvecklade standardvårdplanerna. Därför bör man överväga att följa upp huvudstudien med forskning som utgår ifrån informanter som ingått i SVP-team på avdelningsnivå med fokus på framtagande av en specifik SVP. Här kan kompletterande faktorer för SVP-utveckling identifieras.

För att i framtiden bättre kunna bedöma kvaliteten på framtagna standardvårdplaner ter det sig rimligt att utvecklingsprocessen sker utifrån en känd och kommunicerad metod (kanske till och med en standardiserad metod). Detta skulle inte bara innebära en högre kvalitet på slutprodukten utan även tidsbesparing för den arbetsgrupp som får uppdraget. Det är därför av stort intresse att fortsatt forskning om utveckling av evidensbaserade standardvårdplaner vidtas. Om standardvårdplaner har kommit till svensk sjukvård för att stanna, återstår att se. Avslutningsvis citeras en av informanterna;

”Men jag tror ju på detta, det finns ingen annan väg att gå. Så är det, att vi måste... för det jag kan känna är någonstans att all denna forskning som görs och all vetenskap som läggs fram, vad ska vi ha den till om vi inte använder den? Hur ska vi kunna bli bättre? Och om vi ska göra vården säkrare, snabbare och mer effektiv så måste man använda standardvårdplaner, det tror ju jag.”

REFERENSER

- Barbieri, A., Vanhaecht, K., Van Herck, P., Sermeus, W., Faggiano, F., Marchisio, S. & Panella, M. (2009). Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. *BMC Medicine* [Online tidskrift] 7(32). Tillgänglig www: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/7/32>
- Campillo-Soto, Á., Martin-Lorenzo, J. G., Lirón-Ruiz, R., Torralba-Martinez, J. A., Bento-Gerard, M., Flores-Pastor, B. & Aguayo-Albasini J. L. (2008). Evaluation of the Clinical Pathway for Laparoscopic Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 18, 395-400.
- Chinn, P.L. & Kramer, M.K. (1991). *Theory and Nursing a systematic approach*. St. Louis: Mosby Company.
- Dahlberg, K. & Halling, S. (2001). Human science research as the embodiment of openness - Swimming upstreams in a technological culture. *Journal of Phenomenological Psychology*, 32(1), 12-21.
- Dahm, M. F. & Wadensten, B. (2008). Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2137-2145.
- De Bleser, L., Depreitere, R., De Waele, K., Vanhaecht, K., Vlayen, J. & Sermeus, W. (2006). Defining Pathways. *Journal of Nursing Management*, 14, 553-563.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- European Pathway Association (E-P-A). Hemsida. Defining a Care Pathway. [Hämtad 2010-12-13] Tillgänglig www: <http://www.e-p-a.org/index2.html>
- Forsberg, A. & Edlund, K. (2003) *Standardvårdplaner – ett instrument för högkvalitativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. M. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine.
- Graneheim U. H. & Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve truthworthiness. *Nurses education Today*, 24,105-112.
- Hall, L. (1965). Nursing: What is it? Ingår i H. Baumgarten, Jr (Red.), *Concepts of nursing home administration*. New York: Macmillan.
- Hayward-Rowse, L. & Whittle, T. (2006). A pilot project to design, implement and evaluate an electronic integrated care pathway. *Journal of Nursing Management*, 14, 564-571.

Henderson, V. (1996). *Basic principle of nursing care*. International council of nurses: Karge.

International Council of Nurses (ICN) (2005) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. [Hämtad 2010-05-16]. Tillgänglig www: <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Etik/ICNs-etiska-kod/>

Jansson, I. (2010). *Planerad processorienterad omvårdnad – nytta och implementering*. Doktorsavhandling. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Göteborg: Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet.

Kerr, C.N. & Lewis, D.M. (2000). Factors influencing the documentation of care. *Professional Nurse* 15, 19-24.

Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An Introduction to its Methodology*. (2. uppl.) Sage Publications Inc., Thousand Oaks, London, New Dehli.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lee, T.T. & Chang, P.C. (2004). Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 13 (1), 33-40.

Lincon, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.

Lundman, B. & Graneheim U. H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (kap. 10). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, P. T., Petersson, 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 Sciences*, 23, 820-825.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practise* (8. uppl.). New York: Mc Graw Hill.

Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P. & Kugler, J. (2010). Clinical Pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art No.: CD006632. DOI:10.1002/14651858.CD006632.pub2.

Socialstyrelsen. (2007). *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2006). *Standardvårdplaner (SVP) – En kartläggning av förekomsten av SVP i akutsjukvården*. [Hämtad 2010-05-15]. Tillgänglig www: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-124-4>

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12).

- Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU – kunskapscentrum för hälso- och sjukvården. Tillgänglig www: <http://www.sbu.se/sv/>
- Svensk författningssamling. *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL 1982:783).
- Svensk författningssamling. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460).
- Svensk författningssamling. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (LYHS 1998:531)
- Svensk författningssamling. Patientdatalag (PDL) (SFS 2008:355).
- Svensk sjuksköterskeförening. (SSF) (2009). *Svensk sjuksköterskeförening om... omvårdnad och god vård*. [Hämtad 2010-05-14]. Tillgänglig www: <http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Svensk-sjukskoterskeforening-om/>
- Svensson, P-G. & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- The Cochrane library. Independent high-quality evidence for health care decision making. Tillgänglig www: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>
- Vanhaecht, K. (2007). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*. Doktorsavhandling, KULeuven, 154pp, Katholieke Universiteit Leuven.
- Vanhaecht, K., De Witte, K., Panella, M. & Sermeus, W. (2009). Do pathways lead to better organised care processes? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, (5) 782-788.
- Van Herck, P., Vanhaecht, K., Deneckere, S., Bellemans, J., Panella, M., PharmD, A. B., Sermeus, W. (2010). Key interventions and outcomes in joint arthroplasty clinical pathways: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16 s. 36-49.
- Van Herck, P., Vanhaecht, K. & Sermeus, W. (2004). Effects of clinical pathways; do they work? *Journal of Integrated Care Pathways* 8, 95-100.
- Willman, A. Stoltz, P. & Bahtesvani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- World Medical Association (WMA) Declaration of Helsinki (2003). Ingår i: *The Swedish Research Council's guidelines for the ethical evaluation of medical research on humans*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet (MFR) 99-104 [in Swedish].
- Yura, H. & Walsh, M. B. (1988). *The nursing process: Assessing, planning, implementing, evaluating*. (5 uppl.). New York: Appleton & Lange.
- Zander, K. (1988). Managed care within acute care settings: Design and implementation via nursing case management. *Health Care Supervisor*, 6 (2), 27-43.

Zander, K. (1992). Critical pathways. Ingår i: M.M. Melum & M.K. Sinioris (Red.), *Total quality management. The health care pioneers*. (ss. 348-65) Chicago: AHA.



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

BILAGOR

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund

Ett vanligt instrument för planering och genomförande av vård är en så kallad standardvårdplan(SVP). Många studier finns genomförda om betydelsen av arbete med standardvårdplaner för såväl patienter som yrkesutövare. Det saknas dock systematiskt framtagen kunskap om själva framtagandet av en evidensbaserad standardvårdplan och vad som är betydelsefullt i framtagandeprocessen.

Studiens syfte

Att öka kunskapen om framtagande av evidensbaserade standardvårdplaner.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om deltagande i denna studie eftersom du har varit med om att arbeta fram standardvårdplaner enligt den så kallade SVP-metoden och därmed har erfarenhet av olika faser i denna process.

Studiens genomförande

I ett inledande telefonsamtal har du fått information om studien och möjlighet att ställa frågor. Om du samtycker till att delta kommer studien att genomföras i form av en intervju. Vi kommer överens om en tid och plats som passar dig. Intervjun kommer att spelas in på MP3-spelare och beräknas ta mellan 30 och 60 minuter. Under intervjun kommer frågor att ställas om dina erfarenheter av att vara SVP-projektledare, om dina erfarenheter av SVP-metoden, olika delar av processen och betydelsen av olika delmoment. Efter intervjun kommer Din berättelse att skrivas ut och analyseras. Resultatet kommer att redovisas i en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra en grund för eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet av studien kan man ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Det är vår förhoppning att inget obehag ska upplevas med anledning av studien. Eventuellt kan det upplevas positivt att få dela med sig av sin erfarenhet. Dina svar och Dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Då data från studien eventuellt publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS1998:204). Ljudinspelningen förvaras elektroniskt på en lösenordsskyddad dator och den skrivna texten från intervjun kommer inte att kunna kopplas till Dig som person. Deltagandet är frivilligt. Du kan avbryta ditt deltagande i studien när Du vill utan att ange skäl och det kommer inte att påverka Din framtida yrkesutövning. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Ansvariga för studien

Karin Edlund
Legitimerad sjuksköterska

070-2271712
karin@kebbison.se

Anna Forsberg
Docent, Göteborgs
Universitet
031-7866089
anna.forsberg@fhs.gu.se

Jag har tagit del av ovanstående information om att delta i en studie om framtagande av standardvårdplaner. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och har fått dem besvarade på ett tillfredställande sätt. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande. Jag samtycker till att delta i studien.

Datum _____

Namnunderskrift

Namnförtydligande