



# **Standardvårdplanens inverkan på patient och sjuksköterska.**

*- En enkätstudie*

**Ort datum:** Eskilstuna 2010-01-13

**Författare:** Christina Andreae, Åsa Wickman

**Handledare:** Mirjam Ekstedt

## Sammanfattning

**Introduktion:** Standardvårdplaner används såväl nationellt som internationellt. Från 2000-talets början och fram till idag har standardvårdplaner i Sverige fått ett uppsving och idag används standardvårdplaner på flertalet svenska sjukhus. Utifrån ett internationellt perspektiv har standardvårdplaner förekommit ända sedan mitten av 1980-talet, såväl inom som utanför Europa och framförallt inom akutsjukvården. Målet med standardvårdplaner är att ge god vård till alla, oavsett vem som vårdar. Särskilt betydelsefull är standardvårdplaner för vårdens kvalitet eftersom vårdåtgärder bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Studier visar att standardvårdplaner både är hälso- och kostnadseffektiva men det finns ett fåtal studier som beskriver hur standardvårdplaner påverkar den enskilde individens delaktighet och medinflytande i vården. Syftet var att kartlägga patientens delaktighet i vård och behandling utifrån patient och sjuksköterskeperspektiv, ett annat syftet var att kartlägga sjuksköterskans uppfattning om standardvårdplanen som arbetsredskap. **Metod:** Undersökningen var kvantitativ och baserad på patient och sjuksköterskeenkäter. Insamling av data genomfördes under 2006 och 2007 i ordningen före och efter införande av standardvårdplan. **Resultat:** Efter standardvårdplanens införande uppskattade sjuksköterskorna att patienterna var delaktiga i sin vård och behandling. Vid den jämförande patientenkäten framkom patientens delaktighet som oförändrad. Standardvårdplanen som arbetsredskap uppfattades som positiv utifrån dokumentation och strukturtänkande. **Konklusion:** Standardvårdplaner utesluter inte patienter att vara delaktiga i vården och standardvårdplaner fungerar som ett stöd för sjuksköterskans vanliga vårdarbete. Standardvårdplaner bidrar till minskad dokumentation och många av fördelarna handlar om mer tid hos patienten. Projektet visar att standardvårdplaner kan implementeras på vårdavdelningar med ett bevarat patientfokus.

Nyckelord: Standardvårdplaner, delaktighet

# Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	4
1.1 Begrepp.....	4
1.2 Delaktighet.....	4
1.3 Fyra innebörder av delaktighet.....	4
1.4 Styrdokument.....	5
1.5 Standardvårdplaner.....	6
2. Syfte .....	6
3. Metod .....	7
3.1 Framtagning av mätinstrument.....	7
3.2 Inklusionskriterier och exklusionskriterier.....	7
3.3 Urval och bortfall.....	7
3.4 Datainsamling.....	8
3.5 Dataanalys .....	8
3.6 Etiska överväganden.....	8
4. Resultat.....	9
4.1 Resultat från patientenkäter .....	9
4.2 Resultat från sjuksköterskeenkäter .....	13
5. Diskussion .....	18
6. Konklusion .....	19
7. Tillkännagivanden.....	19
8. Referenser.....	20

# 1. Introduktion

I Sverige ökar implementeringen av standardvårdplaner (SOI-konferens, 2006). En av orsakerna är att standardvårdplaner bidrar till en kvalitetssäker vård. En annan orsak är effekten på omvårdnadsdokumentationen. På uppdrag av socialstyrelsen utfördes 2005 en kartläggning med syfte att uppfatta graden av evidens bakom standardvårdplaner ute i landet. Det framkom att endast 4% 710 standardvårdplaner var evidensbaserade (Socialstyrelsen, 2005). Idag pågår arbetet på den egna kliniken med att utveckla standardvårdplaner och det framkommer ett behov av att studera patientens delaktighet. Vi har utfört en kartläggning med huvudsyfte att beskriva hur sjuksköterskor och patienter uppfattar delaktighet vid användning av standardvårdplaner, vi vill även beskriva hur sjuksköterskorna uppfattar standardvårdplanen som arbetsredskap.

## 1.1 Begrepp

Begreppet delaktighet beskrivs olika beroende på vilken disciplin man utgår ifrån. Svenska akademins ordlista, SAOL (1998) beskriver delaktighet som en person som utgör en del av något eller en person som är involverad, som till exempel att lyssna eller att ha en åsikt i en specifik situation. Socialstyrelsen (2006) beskriver delaktighet som ett tillstånd och förmåga till aktivitet och delaktighet.

Begreppet egenvård saknas både i svenska akademins ordlista och i Socialstyrelsens termbank. Om man delar på ordet så beskriver svenska akademins ordlista egen som oberoende, fri och självständig, att vara sin egen mästare (Svenska Akademien, 1998). Socialstyrelsen (2006) beskriver istället egenuppfattat hälsoproblem så som den enskilde själv uppfattar det. Svenska akademins ordlista (1998) beskriver vård som omsorg och Socialstyrelsen (2006) beskriver vård som en åtgärd som innefattar utredning, behandling, rådgivning eller omvårdnad.

## 1.2 Delaktighet

För att kunna vara delaktig måste patienten få information om vård och behandling. Vårdaren behöver också aktivt efterfråga patientens erfarenheter och bidra med det stöd som behövs i beslutsprocessen (Graaf *et al.* 2005). Delaktighet handlar om att skydda integriteten och att låta patient och närstående delta vid planering, beslut, genomförande och utvärdering av vården (Ehnfors *et al.* 1998; Suhonen *et al.* 2005; Eldh, 2006).

## 1.3 Fyra innebörder av delaktighet

I ett sjukhusvårdande sammanhang får delaktighet olika innebörd beroende på vem som säger vad och om vem som berörs, som till exempel patienter eller sjuksköterskor. Fyra innebörder av delaktighet har valts ut och presenteras nedan genom; förmåga att utföra aktiviteter, patientens syn på delaktighet, delaktighetens djup och sjuksköterskans perspektiv på delaktighet.

### *Förmåga att utföra aktiviteter*

Den första innebörden av delaktighet handlar om en persons förmåga att utföra olika aktiviteter beroende på faktorer runt omkring. Omgivningens förhållningssätt som inställning och förståelse kan både underlätta men också hindra en persons förmåga att utföra olika aktiviteter (WHO, 2008). Som exempel kan språket begränsa kommunikationen mellan

patient och sjuksköterska men genom att sjuksköterskan planerar samtal med tolk kan patienten ändå vara aktiv att berätta om sina omvårdnadsbehov. Enligt WHO (2008) behöver delaktighet förstås i ett sammanhang som en person lever och fungerar, utifrån personens förutsättningar och faktorer runt omkring.

#### *Patientens syn på delaktighet*

Studier visar att patienter uppfattar delaktighet genom att själva ta ansvar för sin egen vård men även att få tillgång till nödvändig information om vård och behandling. Det framkommer också att patienter upplever delaktighet genom att önskingar, behov och beslut respekteras av sjuksköterskan. En annan syn på delaktighet handlar om att patienter upplever delaktighet genom att få berätta om sina symtom, att bli lyssnad till och få förklaringar om vård och behandling. Delaktighet kännetecknas även av patienten genom att de respekteras som person och att de varit aktiva i planering av vården (Eldh *et al.* 2005).

#### *Delaktighetens djup*

Planerad vård behöver bekräftas av den som berörs. Studier visar att patienter kan vara aktiva att ta beslut på olika vis. Florin *et al.* (2006) visar att patienter är delaktiga att ta beslut om vård och behandling utifrån tre perspektiv, en passiv roll, en aktiv roll och genom beslut som fattas i samråd med sjuksköterskan. Den passiva rollen handlar om att patienten överlämnar det slutgiltiga beslutet om vård och behandling till sjuksköterskan, den passiva delaktigheten framkommer genom att patienten beslutar om vård och behandling som berör fysiska problem som till exempel andning, hud, sömn och smärta. Den aktiva rollen handlar om att patienten själva tar det slutgiltiga beslutet om vård och behandling, antingen själv eller efter att tagit del av sjuksköterskans åsikter. Den aktiva rollen kopplas samman med beslut som berör psykosociala och emotionella behov särskilt när patienten är ensamstående. När ansvaret att ta beslut om vård och behandling delas av patient och sjuksköterska framkommer delaktighet genom ett samråd med sjuksköterskan.

#### *Sjuksköterskans perspektiv på delaktighet*

Sjuksköterskan uppfattar patienten som delaktig när de själva har kunskap att påverka sin vård och behandling, framförallt kunskap om sjukdom och medicinering (Sahlsten *et al.* 2005). För sjuksköterskor som arbetar inom barnsjukvården handlar delaktighet om vårdnadshavarens egna initiativ att vårda sina barn som hemma. Initiativ som bygger på sjuksköterskans information om vård och behandling som ger kunskap men också möjlighet att tillgodose önskingar och funderingar (Söderbäck, 1999).

## **1.4 Styrdokument**

I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) stadgas i 2 § att de vårdande yrkeskategorierna ska arbeta mot ett gemensamt mål som innebär en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. När målet kopplas till det vårdvetenskapliga perspektivet betyder det att sjuksköterskan skall främja hälsa, förhindra sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. I praktiken så är det framförallt patientens egen vilja och beslut som styr vilka omvårdnadsproblem som är viktiga för sjuksköterskan att prioritera i omvårdnadsarbetet (SOSFS 2008:14; International Council of Nurses [ICN], 2006).

Sjuksköterskan ska lyfta fram patientens ansvarstagande och självförtroende i vården och ha förmåga att beskriva de omvårdnadsproblem som ska diagnostiseras och behandlas. Det är inte tillräckligt att endast beskriva breda problemområden utan det krävs en struktur för att utveckla specifika problemområden. Genom att använda VIPS-modellen (Välbefinnande,

Integritet; Prevention, Säkerhet) som bygger på vårdprocessen får sjuksköterskan en struktur på vad som skall ingå i begreppet delaktighet (Ehnfors *et al.* 1998). Kunskap om och färdigheter i att genomföra de olika stegen i omvårdnadsprocessen har visat sig vara av stor betydelse för dokumentationen (Ehnfors *et al.* 1998; Carpenito-Moyet, 2004).

## 1.5 Standardvårdplaner

Omvårdnadsåtgärder som planeras och genomförs med hjälp av standardvårdplaner definieras enligt Forsberg och Edlund (2003) på följande sätt:

*”En standardvårdplan (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)” (s. 19).*

En standardvårdplan innehåller omvårdnadsdiagnoser, omvårdnads mål och omvårdnads åtgärder (Willman *et al.* 2006). Det patientnära arbetet styrs av en på förhand utformad vårdplan som strukturerar vilka vårdåtgärder som ska utföras och vid vilken tidpunkt under vårdtiden (Björvell 2001, Forsberg & Edlund 2003, Carpenito-Moyet 2004, Lee 2006, Main *et al.* 2006). Standardvårdplaner har den fördelen att sjuksköterskor får hjälp med att strukturera och komma ihåg olika omvårdnadsåtgärder men för patienten kan det innebära ett alltför yttligt och generellt omhändertagande. Sjuksköterskan behöver ständigt vara lyhörd för de omvårdnadsproblem som patienten delger, även för de omvårdnadsproblem som standardvårdplanen utelämnar.

Studier visar att standardvårdplaner minskar mortalitet och komplikationsfrekvenser. För patienter med hjärtsvikt minskar mortaliteten från 14 % to 7% (Kasper. 2002). För patienter med pneumoni minskar mortaliteten med 5 % (Benenson *et al.* 1999). Andra effekter ses inom ortopedin med minskade infektioner och ventromboser efter knäoperationer (Dowsey *et al.* 1999). För patienter som genomgår colonresektion minskar komplikationer med 13 % (Stephen and Berger, 2003). Standardvårdplaner bidrar till en ökad vårdkvalitet och minskade sjukvårdskostnader (Johnson *et al.* 2000; Marrie *et al.* 2000) men hur påverkas patientens möjligheter att vara delaktig i sin vård och behandling.

Idag diskuteras standardvårdplanernas effekter avseende delaktighet och många frågor är obesvarade. Standardvårdplaner anses vara bristfälligt utvärderade och det finns behov av forskning inom området. Willman *et al.* (2006) talar om att det bör tas fram fler systematiska litteraturoversikter och att fler evidensbaserade standardvårdplaner ska utarbetas inom den svenska hälso- och sjukvården. Den här studien fokuserar på patient och sjuksköterskeperspektivet.

## 2. Syfte

Syftet med studien var att kartlägga patientens delaktighet vid användning av standardvårdplaner med fokus på patient och sjuksköterskeperspektiv. Syftet var även att kartlägga sjuksköterskans uppfattning om standardvårdplaner som arbetsredskap.

## Frågeställningar

- Är patienten delaktig i vård och behandling vid användning av standardvårdplaner?
- Påverkar standardvårdplanen sjuksköterskans omvårdnadsdokumentation?
- Uppfattar sjuksköterskan att standardvårdplanen bidrar till att få struktur på vårdarbetet?

## 3. Metod

Studien utgick från en kvantitativ forskningsmetod. En longitudinell design utan kontrollgrupp. Datamaterial utgick från enkäter, distribuerade till både sjuksköterskor och patienter. Enkätundersökningen utfördes genom en före och efter mätning.

### Enkät distribuering



<b>Enkät 1</b>	<b>Införandet av SVP</b>	<b>Enkät 2</b>
Före inför. av SVP		Efter inför. av SVP
November 2006	Oktober 2007	Januari 2008

**Figur 1.** Illustration över tidsperiod som enkätundersökningen ägde rum.

### 3.1 Framtagning av mätinstrument

Före framtagande av enkäter med tillhörande svarsalternativ krävs en operationalisering, en process där ett abstrakt begrepp ska göras operativt eller mätbart (Jacobsen, 2007). I den här studien var avsikten att ta reda på om patienter får en ökad delaktighet i sin vård och behandling genom införande av standardvårdplaner samt på vilket vis standardvårdplanen påverkade sjuksköterskans dagliga arbete. Utifrån frågeställningen konkretiserades begreppen i omgångar, efter bearbetning utformades konkreta frågor med tillhörande svarsalternativ. Frågorna i enkäterna utgick ifrån den befintliga standardvårdplanen och frågorna utformades som ordinala svarsalternativ. Enkätfrågorna med tillhörande svarsalternativ utarbetades med fokus på att svaren skulle kunna jämföras med svaren i patientenkäten eller om man så ville tvärtom.

### 3.2 Inklusionskriterier och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var patienter som vårdades för icke ST-höjningsinfarkt och instabil angina. Samtliga var inläggande på hjärtintensivvårdsavdelning (HIA) på Mälarsjukhuset i Eskilstuna. För deltagande i studien skulle deltagaren kunna förstå och uttrycka sig på svenska. Exklusionskriterier var demenssjukdom eller annan psykisk ohälsa som kunde påverka studiens resultat.

### 3.3 Urval och bortfall

I studien användes ett slumpmässigt urval av patienter med diagnos instabil kranskärlssjukdom. Före införande av standardvårdplanen 2006-11-27 utfördes enkät omgång

nr 1 där patienter (n=37) deltog. Totalt fyra patienter exkluderades på grund av språk och minnessvårigheter. I sjuksköterskeenkäten deltog (n=30) varav (n=2) sjuksköterskor inte besvarade enkäten. Ansvariga tolkade detta som ett val att inte medverka i studien. Tre månader efter införande av standardvårdplan 2008-01-17 utfördes enkät omgång nr 2. Patienter (n=28) deltog. Enkäter tilldelades sjuksköterskor (n=30) varav (n=24) deltog. Sex sjuksköterskor skickade inte in enkäten.

### **3.4 Datainsamling**

Före standardvårdplanens införande på HIA 27/11 2006-11-27 utfördes enkätundersökning nr 1 för patienter (n=37) och sjuksköterskor (n= 28). Efter införande av standardvårdplan 2007-10-27) utfördes enkätundersökning nr 2 under perioden 1/1 tom 30/3 2008. Patientenkäten distribuerades med hjälp av undersköterskegruppen. I samband med utskrivning tillfrågades patienten om deltagande i enkätstudien. Efter muntligt samtycke överlämnades enkäten och återlämnades i ett förseglat kuvert. Loggnummer användes för att dokumentera bortfall.

Sjuksköterskeenkäten placerades i sjuksköterskornas postfack. I kuvertet med enkäten fanns ett svarskuvert, färdigfrankerat och adresserat till FoU-enheten. Sjuksköterskorna svarade på enkäten och skickade enkäten via internposten till FoU-enheten. FoU-enheten ansvarade för loggnummer och insamling av sjuksköterska enkäterna så att det inte fanns några möjligheter att identifiera svaren. En påminnelse skickades ut och när sjuksköterskeenkäterna var inlämnade överlämnades dessa till studieansvariga.

### **3.5 Dataanalys**

Samtliga patientenkäter (n=65) respektive sjuksköterskeenkäter (n=52) överfördes till en utarbetad excelmall. Alla frågesvar kodades och omvandlades till tal där varje svarsalternativ fick ett numeriskt värde. All information från excell överfördes sedan till statistikprogram, SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Svaret på varje enskild fråga analyserades. Två analysmodeller användes för att tolka mätinstrumentet, univariat analys och bivariat analys. Univariat analys där avsikten var att se hur svaren fördelade sig för varje enskild fråga, hur många i procent hade svarat lika på en fråga och bivariat analys för att se samband mellan två frågor.

### **3.6 Etiska överväganden**

Vårdenhetschef på Medicinkliniken Mälarsjukhuset tillstyrkte projektet. I enkäterna framkom syftet med projektet samt att deltagandet var helt frivilligt. Enkätsvaren hanterades konfidentiellt så att personuppgifter inte kunde kopplas till specifik patient eller sjuksköterska.



## 4. Resultat

Huvudsyftet var att kartlägga delaktighet efter införandet av standardvårdplanen utifrån patient och sjuksköterskeperspektiv. Resultatet redovisas i två delar, patientenkäter och sjuksköterskeenkäter. Resultatet presenteras genom staplar och tabeller.

### 4.1 Resultat från patientenkäter

Patientgruppen bestod av 37 patienter före införande av (SVP) och 28 patienter efter. Före införandet bestod undersökningsgruppen av 42,4% kvinnor och efter 34,8%. Ålder på deltagarna i enkäten var mellan 46 och 88 år. Resultaten från patientenkäterna redovisas i tabellform uppdelat i fem olika områden. Kunskap, trygghet och tillförlitlighet, information, delaktighet och behov i sin livssituation.

#### Kunskap

---

Frågor till patienterna	stämmer mycket väl	stämmer ganska väl	stämmer inte särskilt väl	stämmer inte alls
	före/efter	före/efter	före/efter	före/efter
före n = 37				
efter n = 28	%	%	%	%
<hr/>				
Jag känner mig väl informerad om min aktuella diagnos	74,3/80,8	25,7/15,4	0/3,8	0/0
Jag tycker att informationen om min aktuella diagnos har varit jämt fördelat under vårdtiden	68,6/73,1	31,4/26,9	0/0	0/0
Jag har fått svar på mina frågor och funderingar gällande min diagnos	80,0/73,1	17,1/19,2	0/7,7	2,9/0

---

## Trygghet och tillförlitlighet under vårdtiden

---

Frågor till patienterna	stämmer mycket väl	stämmer ganska väl	stämmer inte särskilt väl	stämmer inte alls
	före/efter	före/efter	före/efter	före/efter
före n = 37				
efter n = 28	%	%	%	%
<hr/>				
Jag upplevde förtroende för personalen under vårdtiden på HIA	100/92,3	0/3,8	0/0	0/3,8
Jag kände att jag under vårdtiden togs på allvar	88,6/100	8,6/0	2,9/0	0/0
Jag upplevde att personalen lyssnade på vad jag hade att säga	81,1/96,	18,9/3,8	0/0	0/0

## Information

---

Frågor till patienterna	Ja, jag fick information på HIA	Nej, jag fick inte information på HIA
	före/efter	före/efter
före n = 37		
efter n = 28	%	%
<hr/>		
Under vistelsen på HIA fick jag information om att det var viktigt med begränsad rörlighet första dygnet	97,2/88,5	2,8/11,5
Under vistelsen på HIA fick jag information om att nålen i armen kunde ge ömhet och eller rodnad	83,3/88,5	16,7/11,5
Under vistelsen på HIA fick jag information om att risken för förstoppning ökar i samband med sjukhusvistelse	32,4/42,3	67,6/57,7

Under vistelsen på HIA fick jag information om att sömnsvårigheter på sjukhus är vanligt förekommande	58,3/69,2	41,7/30,8
Under vistelsen på HIA fick jag information om att man inte ska känna smärta eller obehag i bröstet	94,3/87,5	5,7/12,5
Under vistelsen på HIA fick jag information om att det fanns möjlighet att få tala med kurator	52,9/64,0	47,1/36,0
Under vistelsen på HIA fick jag information om att det fanns möjlighet att få hjälp med hemsituationen	31,4/54,2	68,6/45,8
Under vistelsen på HIA fick jag information om att anhöriga, vänner eller bekanta bör få information om min diagnos	62,9/68	37,1/32,0

---

## **Delaktighet**

---

Frågor till patienterna	Jag talade om att jag hade besvär/behov före/efter	Jag talade inte om att jag hade besvär/behov före/efter	Hade ej behov/besvär f före/efter
före n = 37			
efter n = 28	%	%	%
Jag talade om för personalen om jag upplevde besvär med ömhet/rodnad vid nålen	17,2/13,6	6,9/4,5	75,9/81,8
Jag talade om för personalen om jag upplevde besvär med förstoppning	10,0/9,5	13,3/0	76,7/90,5
Jag talade om för personalen om jag upplevd behov av att informera om mina sovvanor	20,7/26,3	6,9/0	72,4/73,7
Jag talade om för personalen om jag upplevde besvär med smärta och eller obehag i bröstet	36,7/28,6	3,3/4,8	60,0/66,7

Jag talade om för personalen om jag upplevde besvär med ångslan och oro kring min livssituation	27,6/15,0	6,9/5,0	65,5/80,0
Jag talade om för personalen om jag upplevde behov av hemhjälp	3,2/0	19,4/0	77,4/100
Jag talade om för personalen om jag upplevde behov av att få tala med kurator	10,0/4,5	13,3/4,5	76,7/90,9

---

### **Behov i sin livssituation**

---

Frågor till patienterna	Ja före/efter	Nej före/efter	Hade inga behov före/efter
före n = 37 efter n = 28			
Jag anser att personalen har upp- märksammat mina sociala behov	40,6/32,0	6,3/4,0	53,1/64,0
Jag anser att personalen har upp- märksammat mina psykiska behov	40,0/44,0	13,3/8,0	46,7/48,0
Jag anser att personalen har upp- märksammat mina kulturella och religiösa behov	12,5/0	9,5/4,0	78,1/96,0

---

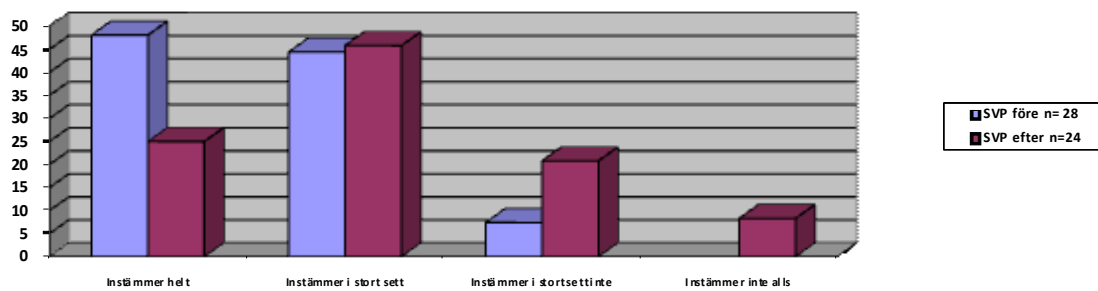
## 4.2 Resultat från sjuksköterskeenkäter

Resultaten av sjuksköterskeenkäterna redovisas med hjälp av staplar och tabeller uppdelat i olika områden. Omvårdnadsdokumentation, yttre faktorer som påverkar sjuksköterskans tid hos patienten, standardvårdplan som arbetsredskap, patientens vetskap om specifika omvårdnadsproblem och patientens delaktighet. Ovanför varje stapel står enkätfrågan och resultat.

### Omvårdnadsdokumentation

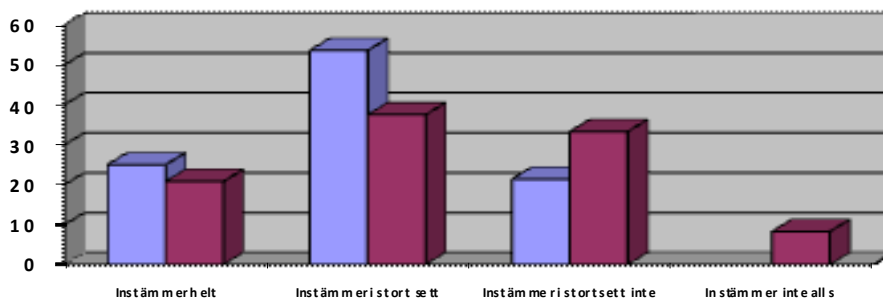
Fråga: Patientdokumentation tar mycket arbetstid.

Resultat: Före införandet av SVP instämde 48,1% av sjuksköterskan helt att dokumentationen tar mycket tid motsvarande 25% efter införandet.



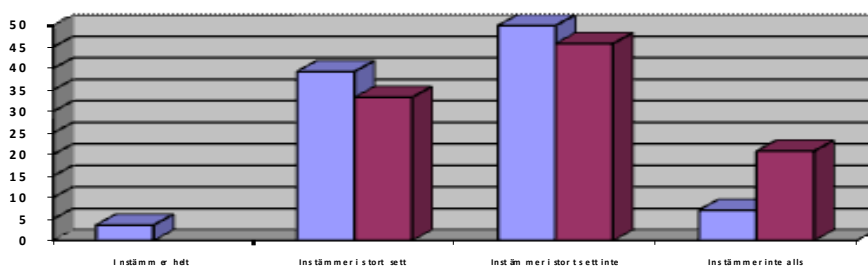
Fråga: Patientdokumentationen tar tid så att den påverkar din tid hos patienten.

Resultat: 53,6% av sjuksköterskorna instämmer i stort sett att patientdokumentationen tar tid så att det påverkar tiden hos patienten före införandet medan 37,5% instämde i stort sett efter införandet.

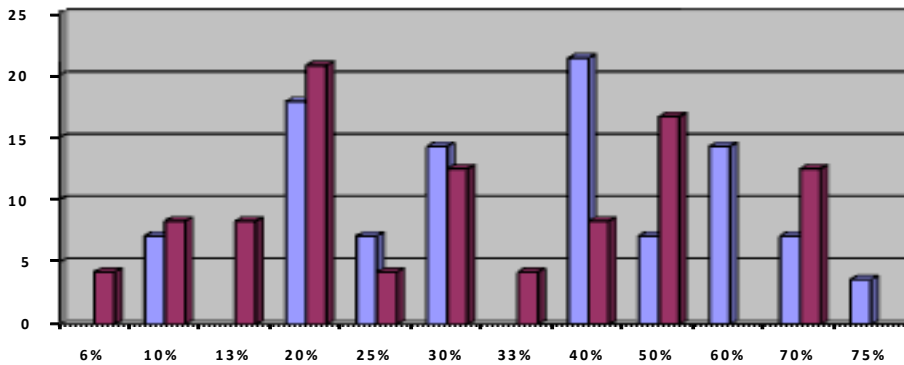


Fråga: Patientdokumentation tar tid så att du behöver prioritera vad du ska informera om.

Resultat: Före införandet tyckte 50% i stort sett inte att dom behövde prioritera och efter införandet 45,8%.



Fråga: Hur mycket tid i procent använder du per arbetspass till patientdokumentation.  
 Resultat: Före införandet av standardvårdplanen uppskattades dokumentationstiden till 40% av arbetstiden jämfört med 20% efter införande.



Yttre faktorer som påverkar sjuksköterskans tid hos patienten

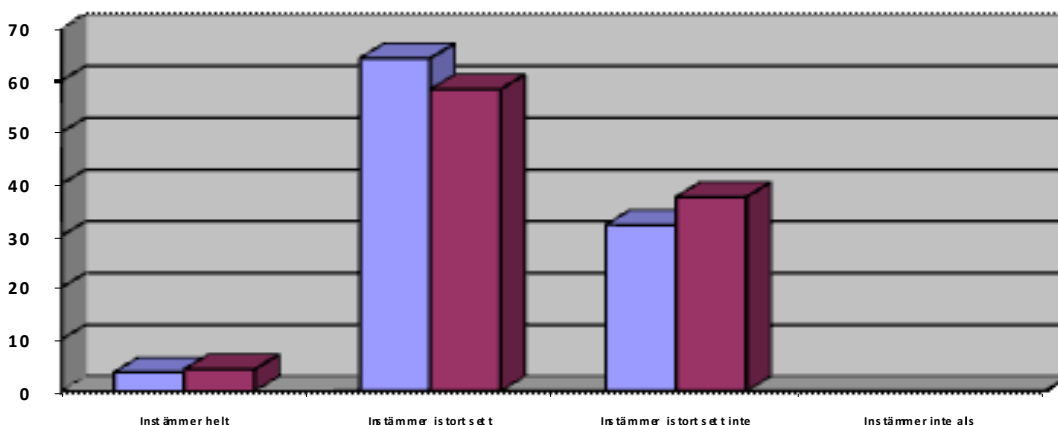
Sjuksköterskan fick 6 alternativ att välja på gällande faktorer som hindrade att få tid till att vara hos patienten. Sjuksköterskorna hade fyra svarsalternativ att välja mellan, ofta, ibland, sällan och aldrig. Det svarsalternativ där majoriteten av sjuksköterskorna har svarat har redovisats nedan.

Hinder	Före %	Efter %
Inkommande telefonsamtal	82,1 ofta	62,5 ofta
Patient ringningar	53,6 ibland	70,8 ibland
Dataproblem	60,7 sällan	45,8 ibland
Ej påfyllda förråd	53,6 sällan	62,5 ibland
Ej lugn skrivmiljö	66,7 ibland	54,2 ibland

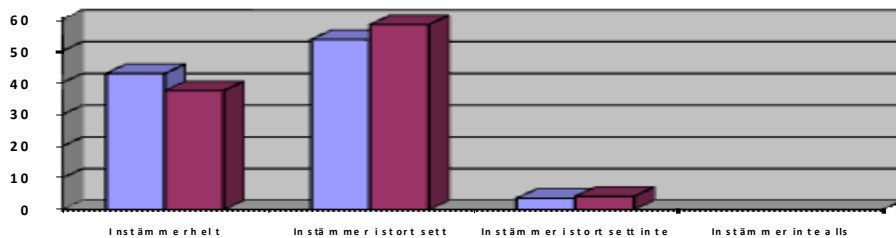
Standardvårdplanen som arbetsredskap

Fråga: Det finns tid till att identifiera specifika och unika omvårdnadsbehov hos patienten.

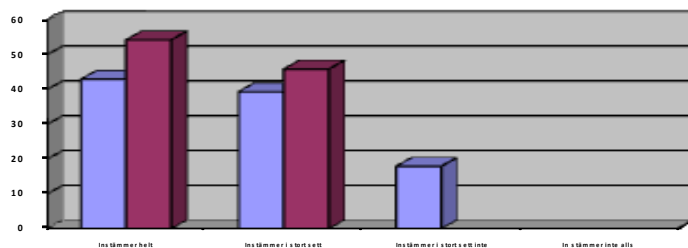
Resultat: 64,3% instämmer i stort sett före införandet vilket motsvarar 58,3 efter införandet.



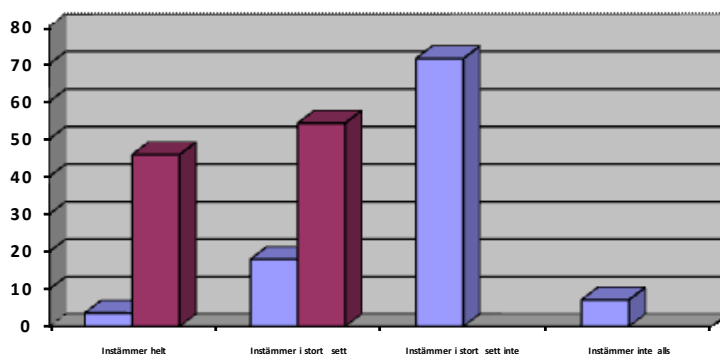
Fråga: Jag har tillräckligt med kunskap om det jag ska informera patienten om för att känna mig trygg och säker i patientmötet. Resultat: Före införandet instämde 42,9% helt mot 37,5% efter. 53,6% instämde i stort sett motsvarande 58,3% efter införandet.



Fråga: Det finns en struktur på vad sjuksköterskan skall informera om till en patient med instabilkranskärtsjukdom. Resultat: 42,9% före införandet och 54,2% instämde helt.



Fråga: Det finns en struktur på när informationen bör ges under vårdtiden. Resultat: 3,6 % instämde helt att det fanns en struktur innan införandet motsvarande 45,8% instämde helt efter införandet. Instämmer i stort sett var 17,9% före och 54,2 efter införandet. 71,4% instämde i stort sett inte och 7,1 % instämde inte alls före införandet.



Nedanstående frågor har fokus på sjuksköterskans uppfattning om patientens kunskap och delaktighet.

### Patientens kunskap om specifika omvårdnadsproblem

Frågor till sjuksköterskorna	instämmer helt	instämmer i stort sett	instämmer i stort sett inte	instämmer inte alls
	före/efter	före/efter	före/efter	före/efter
före n = 28				
efter n = 24	%	%	%	%
Patienten har vetskap om att en PVK kan ge ömhet och eller rodnad	0/4,2	10,7/41,7	67,9/54,2	21,4/0
Patienten har vetskap om risken för förstoppning i samband med sjukhusvistelse	0/0	3,6/29,2	57,1/ 66,7	39,3/4,2
Patienten har vetskap om varför det är viktigt med begränsad rörlighet vid misstanke om hjärtinfarkt.	0/8,3	46,4/54,2	52,9/37,5	10,7/0
Patienten har vetskap om dygnsrytmens inverkan på sömn	3,6/4,2	42,9/58,3	46,4/37,5	7,1/0
Patienten har vetskap om att inte ha/uppleva smärta eller obehag i bröstet.	10,7/45,8	67,9/54,2	21,4/0	0/0
Patienten har vetskap om att det finns möjlighet att få samtala med en kurator vid behov.	0/4,2	28,6/41,7	57,1/54,2	14,3/0
Patientens egna behov och funderingar kring sin sjukdom styr innehållet i informationssamtalet.	10,7/16,7	67,9/58,3	17,9/25,0	3,6/0



## Patientens delaktighet

Frågor till sjuksköterskorna	instämmer helt	instämmer i stort sett	instämmer i stort sett inte	instämmer inte alls
	före/efter	före/efter	före/efter	före/efter
före n = 28				
efter n = 24	%	%	%	%
Patienten meddelar själv ömhet och eller rodnad vid PVK.	7,1/4,2	71,4/50,0	21,4/33,3	0/12,5
Patienten är själv delaktig i att meddela försämring av tarmfunktion.	3,6/0	71,4/87,5	25,0/12,5	0/0
Patienten är själv delaktig i att informera om sina specifika sovvanor.	3,6/4,3	46,4/60,9	46,4/30,4	3,6/4,3
Patienten är själv delaktig i att omedelbart meddela när angina smärta/obehag uppstår.	10,7/25,0	75,0/70,8	14,3/4,2	0/0
Patienten efterfrågar kurator vid behov.	0/0	10,7/16,7	57,1/70,8	32,1/12,5
Patienten efterfrågar hemhjälpssatser vid behov.	0/4,2	37,0/54,2	51,9/37,5	11,1/4,2
Patienten upplever en tillitsfull vårdrelation, blir trodd, sedd och bekräftad.	10,7/4,2	82,1/91,7	7,1/4,2	0/0
Patienten pratar om sin oro relaterat till livssituationen.	3,6/0	50,0/50,0	46,	

## 5. Diskussion

Syftet med studien var att kartlägga patientens delaktighet vid användning av standardvårdplaner samt kartlägga sjuksköterskans uppfattning om standardvårdplaner som arbetsredskap. Vi har valt att diskutera resultatet avseende patientens delaktighet utifrån patientenkät och sjuksköterskeenkät, sjuksköterskans dokumentation samt struktur på sjuksköterskans vårdarbetet.

### *Patientens delaktighet utifrån patient och sjuksköterskeperspektiv*

Det framkommer att sjuksköterskor informerar patienter i större omfattning om specifika vårdåtgärder efter införande av standardvårdplan jämfört med före införande. Främst handlar det om information om komplikationer till perifera venkatetrar, begränsad rörlighet, risk för förstoppning, sömnsvårigheter, bröstsmärta, möjlighet till kontakt med kurator och möjlighet att få hjälp med hemsituationen. När sjuksköterskeenkäten sedan jämfördes med frågor i patientenkäterna framkom att patienterna hade fått mer information om specifika vårdåtgärder efter införande av standardvårdplan jämfört med före. Resultatet pekar på att det finns en överensstämmelse mellan sjuksköterskans uppfattning om delad information och patientens uppfattning om erhållen information. Ett tecken på att patienter främjas att vara delaktiga i vård och behandling, när vården baseras på en standardvårdplan.

Ju mer information patienten erhåller desto större möjlighet får patienten att vara delaktig och kunna ansvara för sin vård och behandling. Larsson et al, (2007) menar att kunskap om sin sjukdom innebär ett hjälpmedel att förstå och få en möjlighet till att vara delaktig i sin vård. Framförallt är det viktigt att patienten informeras om de vårdåtgärder som är planerade under vårdtiden (Socialstyrelsen, 2008). Informationen om kurator och möjlighet att få hjälp med hemsituation framträdde starkast. Efter införandet av standardvårdplan hade fler patienter fått information om möjlighet att samtala med kurator. Att få samtala med kurator kan vara av stor betydelse för patienter som drabbats av hjärtinfarkt. Studier visar att oro är vanligt förekommande psykosocial respons vid akut hjärtinfarkt (Moser et al, 1996). När det gällde information om möjlighet till hemhjälp visade resultatet att fler patienter hade fått information om hemhjälp efter införande av standardvårdplan. Standardvårdplanen påminner sjuksköterskan om att diskutera hemsituation och förmedla eventuella behov till kommunen. Standardvårdplanen bidrar till en rutin för samordnad vårdplanering och informationsöverföring (SOSFS, 2005:27).

### *Omvårdnadsdokumentation*

Sjuksköterskans dokumentation minskar efter införande av standardvårdplaner (Fågelberg Dahm, 2008) vilket även framkommer i vår studie. Före införandet uppskattades patientdokumentation vara upp till 40 % per arbetspass medan efter införandet av standardvårdplanen 20 % per arbetspass. För patienten innebär det att sjuksköterskan blir mer synlig i det patientnära arbetet.

### *Struktur på vårdarbetet*

Ett annat argument för att använda standardvårdplaner är att vårdarbetet styrs av en på förhand utformad vårdplan som bygger på en kvalitetsnorm. Standardvårdplaner strukturerar vilka vårdåtgärder som ska utföras och vid vilken tidpunkt under vårdtiden (Björvell 2001, Forsberg & Edlund 2003, Carpenito-Moyet 2004, Lee 2006, Main et al. 2006). Det betyder att oavsett vilken sjuksköterska som är i tjänst får patienter som har samma diagnos samma

information. På enkätfrågorna som sjuksköterskorna fick besvara framkom att samtliga sjuksköterskor upplevde att det strukturerades på information. 54,2% instämde helt och 45,8% instämde i stort sett att det fanns en struktur på vad sjuksköterskan skulle informera om. För patienten innebär det en kontinuerlig information om sjukdom jämt fördelat under vårdtiden istället för att all information ges ut dagen före eller hemgångsdagen. Standardvårdplanen bidrar till att patienten får möjlighet att reflektera och ställa frågor och känna sig delaktig i sin vård och behandling redan vid inläggningen.

## **6. Konklusion**

Den här studien pekar på att standardvårdplaner sannolikt inte utesluter patienter att vara delaktiga i vården och att standardvårdplanen fungera som ett stöd för sjuksköterskans omvårdnadsvårdarbete. Stöd till vilka vårdåtgärder som ska utföras och stöd till omvårdnadsdokumentationen. För att få en djupare förståelse hur delaktighet påverkas behöver resultaten kompletteras utifrån ett patientperspektiv med en kvalitativ ansats.

## **7. Tillkännagivanden**

Stort tack till alla undersköterskor på HIA, Mälarsjukhuset för er hjälp med sökandet efter patienter och distribuering av enkäterna. Vi vill även tacka vår sektions och vårdenhetschef Anders Stjerna och Karin Broberg för all support med enkätfrågorna. Projektet hade inte kunnat genomföras utan FoU-centrum ekonomiska stöd. Tack också FoU för tips kring utformningen av enkätfrågor och omhändertagandet av enkäter och för all hjälp med bearbetning i SPSS. Till sist vill vi tacka vår handledare Mirjam Ekstedt för råd och vägledning.

## 8. Referenser

- Beneson, S. (1999). Effects of a pneumonia clinical pathway on time to antibiotic treatment, length of stay, and mortality. *Academic Emergency Medicine*, 6, 1243-1248.
- Björvell, C. (2001). *Sjuksköterskans journalföring – en praktisk handbok*. Lund: studentlitteratur
- Carpenito-Moyet, L.J. (2004). *Nursing care plans & documentation, Nursing Diagnoses and Collaborative Problems*. Fourth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Dowsey, MM. (1999). Clinical pathway in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. *Medical Journal of Australia*. 170
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I. (1998). VIPS-boken, Om en forsknings- baserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. FOU 48. Stockholm. Vårdförbundet. Bromma-Tryck AB.
- Eldh, A.C. (2006). Patient participation – what it is and what it is not. Örebro. Studies in Caring Sciences 11. 96 pp. Universitetsbiblioteket.
- Eldh, A-C., Ehnfors, M., Ekman, I. (2005). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for heart failure. *European Journal of cardiovascular nursing*.; Vol.5 (1):45-53
- Florin, J., Ehrenberg, A., Ehnfors, M.(2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1498-1508.
- Fogelberg Dahm, M. Wadensten, B (2008). Nurses' experiences of and opinions about using standardized care plans in electronic health records – a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2137-2145.
- Forsberg, A., Edlund, K. (2003). *Standardvårdplaner*. Lund: Studentlitteratur.
- Graaf, O., Tyra, E., Nikula, R., Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2005). Delaktighet i den samordnade vårdplaneringen. Delstudie inom S@mS- projektet. FoU-rapport inom vårdvetenskap. Nr 2005:1
- Hälso- och sjukvårdslagen. Svensk författningssamling SFS (1982:763). Socialdepartementet
- Jacobsen, D. (2007). Förståelse, beskrivning och förklaring. Studentlitteratur.
- Johnsson. KB. ( 2000). Effectiveness of a clinical pathway for inpatient asthma management. *Pediatrics*. 106. 1006-1012.
- Kasper, EK. (2002). A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *Journal of the American College of Cardiology*, 39, 471-480.
- Larsson, I. (2008) Patient och medaktör. Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras. ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS. Tryck: Intellecta Docusys AB, Västra frölunda.

Lee, T. (2006). Nursing perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. *Journal of clinical nursing*. 15. 1376-1382.

Livlig diskussion om standardvårdplaner på SOI-konferens. (2006). *Sektionen för omvårdnads- informatik*.

Main, J., Whittle, C., Treml, J., Woolley, J., Main, A. (2006). The development of an Integrated Care Pathway for all patients with advanced life-limiting illness – the Supportive Care Pathway. *Journal of Nursing Management*, 14, 521-528.

Marrie. TJ. (2000). A controlled trial of a critical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. *JAMA*. 283.749-755.

Moser, Debra K (1996). Is Anxiety Early after Myocardial Infarction Associated with Subsequent Ischemic and Arrhythmic Events ? *American Psychosomatic Society* Volym 58(5), pp 395-401.

Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C., Plos, K., (2005) Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 14:1 ss. 35-42

Socialstyrelsen (2005). *En kartläggning av förekomsten av standardvårdplaner i akutsjukvården*. Artikelnr 2006-124-4

Socialstyrelsen (2006). *Socialstyrelsens termbank*.

International Council of Nurses, [ICN] (2006) The ICN Code of Ethics for Nurses. ISBN: 92-95040-41-4

Socialstyrelsens författningssamling. SOSFS 2008:14. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens författningssamling. SOSFS 2005:27. Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

Stephen. AE. (2003). Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after colon resection. *Surgery*. 133.277-282.

Suonen, R., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (3), 283-292.

Svenska Akademiens ordlista över svenska språket (1998) Tolfte upplagan, Norstedts Ordbok

Söderbäck, M. (1999). Encountering Parents Professional Action Styles among Nurses in Pediatric Care. *ACTA UNIVERSITATIS GOTHOBURGENSIS*

Världshälsoorganisationen [WHO], (2008) Chapter ten, Purchasing for quality of care Velasco-Garrido, Borowitz, Ovretveit & Busse.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

**FoU-centrum**

**Centrum för klinisk forskning, Uppsala universitet**

Landstinget Sörmland

Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna

Tfn: 016-10 54 00, fax: 016-10 54 30

Hemsida: [www.landstinget.sormland.se/fou-centrum](http://www.landstinget.sormland.se/fou-centrum)

Rapportmall för FoU-projekt från januari 2009

**R&D Centre/Centre for Clinical Research**

Sörmland County Council

**Kungsgatan 41, 631 88 Eskilstuna**



LANDSTINGET  
SÖRMLAND



UPPSALA  
UNIVERSITET