



Slutrapport

Evidensbaserad omvårdnad för patienter som får strålbehandling för cancer

Ett vårdutvecklingsprojekt
hos Cancerfonden
2002–2003

Projektansvariga:

Marianne Förars, leg sjuksköterska, vårdanalytiker, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen
Inger Öjerskog, leg sjuksköterska, universitetsadjunkt, Sahlgrenska akademien, Vårdvetenskapliga fakulteten,
Institutionen för omvårdnad
Lillemor Lideborg, leg sjuksköterska, Resalus (utvärdering)



Cancerfonden

FÖRORD

Bakom detta projekt står ett stort antal medarbetare i Västra Götalandsregionen. Ur rapporten framgår hur du kan arbeta för att metodiskt evidensbasera det du gör i vardagen. Det är vår förhoppning att beskrivningar av möjligheter och hinder för att arbeta med evidensbaserad omvårdnad skall ge vägledning för dig om hur du kan utveckla och förbättra omvårdnaden för den enskilde cancerpatienten.

Huvudförfattare till rapporten är projektledare Inger Öjerskog. Ansvarig för genomförd utvärdering och utvärderingsrapport är Lillemor Lideborg.

Stort tack till alla medarbetare i projektet!

Marianne Förars
Projektansvarig
Leg sjuksköterska, vårdanalytiker
Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Regionkansliet
541 80 Skövde
E-post: marianne.forars@vregion.se

Inger Öjerskog
Leg sjuksköterska, universitetsadjunkt
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
Vårdvetenskapliga fakulteten
Institutionen för omvårdnad
Box 457
405 30 Göteborg

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 INLEDNING OCH BAKGRUND	5
<i>1.1 Evidensbaserad omvårdnad</i>	5
<i>1.2 Västra Götalandsregionen</i>	6
<i>1.3 Nätverket för evidensbaserad omvårdnad i Västra Götaland</i>	7
<i>1.4 Strålbehandling</i>	7
<i>1.5 Omvårdnad vid strålbehandling</i>	8
<i>1.6 Projektet</i>	8
2 SYFTE	8
3 MÅLGRUPP	9
4 ENKÄTEN	9
5 UTBILDNINGEN	18
6 FÖRÄNDRINGSARBETET	20
<i>6.1 Patienterna värderar vården</i>	21
<i>6.2 Sjuksköterskeledd mottagning för bröstcancerpatienter under strålbehandling</i>	23
<i>6.3 Beskrivning av sjuksköterskemottagningen vid strålbehandlingsavdelningen</i>	26
<i>6.4 Hudreaktioner</i>	26
<i>6.5 Hur få barn i förskoleåldern att ligga stilla under strålbehandlingen?</i>	29
<i>6.6 Beskrivning av omhändertagandet av barn mellan tre och sju år vid strålbehandlingsavdelningen</i>	32
7 DISKUSSION	33
<i>REFERENSER</i>	41

<i>BILAGA 1</i>	<i>MiniKUPP-mottagning, anpassad till strålbehandlingsavdelning</i>	<i>45</i>
<i>BILAGA 2</i>	<i>Översikt av artiklar som beskriver sjuksköterskeledda interventioner i uppföljningen av cancerpatienter under/efter strålbehandling</i>	<i>52</i>
<i>BILAGA 3</i>	<i>Översikt av artiklar som beskriver behandling av hudreaktioner vid strålbehandling</i>	<i>53</i>
<i>BILAGA 4</i>	<i>Översiktstuderade artiklar som beskriver hur man kan undvika att söva barn under strålbehandling</i>	<i>54</i>
<i>BILAGA 5</i>	<i>Översikt av träningsprogram som föreslås för barn inför strålbehandling</i>	<i>55</i>
<i>UTVÄRDERING</i>	<i>Lillemor Lideborg</i>	<i>57</i>

1 INLEDNING OCH BAKGRUND

Det är av stor vikt att pröva olika omvårdnadsmodeller för att förbättra vården av cancerpatienter. Nya kunskaper tillförs ständigt området, men ett högt arbetstempo gör det svårt för sjuksköterskor att hålla sig uppdaterade med aktuell forskning och utveckling. Det är också svårt att sortera i informationsflödet och att tolka och värdera informationen.

I dag utnyttjar vi inte tillräckligt de forskningsresultat som finns. Vissa nya åtgärder börjar tillämpas i omvårdnaden utan att någonsin ha prövats vetenskapligt. Andra metoder, som är föråldrade men som har blivit rutin, fortsätter att användas. Därför behövs en ständig utvärdering – gör insatserna verkligen den nytta som vi tror och hoppas på (1)?

Dagens patienter har en hög kunskapsnivå, de skaffar sig information bland annat via Internet, och efterfrågar information och god omvårdnad i hög grad. Sjuksköterskan skall kunna möta dessa behov genom att regelbundet söka och ta till sig ny kunskap inom sitt område. Denna kunskap skall sedan överföras till praktisk handling. När detta sker ökar förutsättningarna för att den enskilde cancerpatienten skall få en professionell och trygg omvårdnad (2).

1.1 Evidensbaserad omvårdnad

Det engelska ordet för vetenskapliga bevis, ”evidence”, har givit namn åt en inriktning som på svenska kallas evidensbaserad vård. På engelska används termerna EBM (evidence-based medicine) och EBHC (evidence-based health care). ”Evidence-based nursing” översätts till evidensbaserad omvårdnad (EBO), men man kan även se förkortningen EBN efter det engelska ordet ”nursing”.

Evidens betyder bevis, eller belagd kunskap – till skillnad från beprövad erfarenhet. Att tillämpa evidensbaserad omvårdnad innebär att använda sig av vetenskapliga resultat ur patientnära studier av vad som är bästa möjliga omvårdnad. Det är viktigt att all legitimerad personal håller sig uppdaterad med forskning och utveckling. Detta innebär att sjuksköterskor, där så är möjligt, skall vägledas av vetenskaplig kunskap i sitt dagliga arbete (3). För en god omvårdnad krävs att vi kombinerar de vetenskapliga forskningsresultaten och den kliniska erfarenheten med kunskaper om patienters och anhörigas behov och vilja samt organisatoriska förutsättningar (2).

Det finns två huvudinriktningar från vilka man kan närma sig frågan om evidensbaserad omvårdnad. Den ena innebär att man uppfattar den som en metod att sprida vetenskapliga resultat. Den andra innebär att man betraktar EBO som ett förhållningssätt och en arbetsmodell hos berörd personalgrupp (2,4). Sackett och medarbetare beskriver evidensbaserad medicin som ”en medveten, tydlig och klok användning av de för dagen bästa bevisen när beslut fattas om vården för enskilda patienter” (5). Detta är en definition som också citeras i omvårdnadslitteratur (2,4).

Rosenberg och Donald (6) beskriver EBM som en problemlösningsmetod i fyra steg:

1. formulera en klinisk fråga utifrån patientens problem
2. sök efter relevant vetenskaplig litteratur
3. värdera kritiskt artiklarnas validitet och användbarhet
4. tillämpa användbara fynd i det kliniska arbetet

Inom omvårdnad har även Flemming beskrivit ovanstående steg och lägger till ett femte, nämligen utvärdering (7).

Eriksson (8) menar att ett vårdvetenskapligt evidensbegrepp är mångdimensionellt och omfattar en inre och en yttre dimension. Den inre dimensionen refererar till vårdandets substans som det sanningslika, naturliga, äkta och riktiga. Evidens i yttre mening avser ett vetande, en kunskap som är saklig, realistisk och sann, med andra ord en vetenskaplig kunskap. Genom utbildning förvärvas det vetenskapliga tänkandets grunder. Det är ett tänkande som är öppet, innovativt och kritiskt i förhållande till den egna verksamheten.

Målet med EBM är, enligt Rosenberg & Donald, att utrota metoder som är dyra, ineffektiva eller farliga. Nyttan av mänsklig omtanke och omsorg är svår att kvantifiera, men även omvårdnadsmetoder måste utvärderas. Det som betraktas som "the golden standard" inom medicinen, den randomiserade kliniska prövningen, är inte alltid önskvärd eller möjlig att använda inom omvårdnad (2).

En fördel med att arbeta evidensbaserat är, både inom medicin och inom omvårdnad, att det uppmuntrar läkare och sjuksköterskor att hela tiden förbättra och förnya sina kunskaper. Det gäller kunskap inom ämnesområdet, men även om forskningsmetoder och hur man kritiskt värderar forskning. Det ger också kunskap i hur man söker litteratur i databaser och hur man läser denna. För arbetslaget ger det en ram för problemlösning och undervisning. För patienter innebär det en mer effektiv användning av resurser och bättre underlag vid diskussioner om åtgärder (6).

1.2 Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen har ca 1,5 miljoner invånare och täcker ett område från Strömstad och Åmål i norr till Svenljunga i söder. I väster gränsar havet och i öster Vättern. Inom regionen finns 17 sjukhus och ungefär 160 vårdcentraler samt 140 tandvårdsmottagningar.

Västra Götalandsregionen är en organisation med cirka 49 000 anställda. Den ansvarar för sjukvården och för att utveckla regionen. Detta sker bland annat genom att arbeta för ett ökat samarbete kring utvecklingsfrågorna i regionen och genom att ge stöd till organisationer, kultur och näringsliv.

Västra Götaland



1.3 Nätverket för evidensbaserad omvårdnad i Västra Götaland

I Västra Götaland tog analys- och utvärderingsenheten vid hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli initiativ till att skapa ett nätverk för sjuksköterskor med ledande befattningar inom de olika sjukhusgrupperna. Syftet var att verka för evidensbaserad omvårdnad i regionen samt att utgöra ett forum för diskussion av EBO-frågor. Man ville även samverka i en utbildningsgrupp.

Det första mötet ägde rum i februari 2000 då fil dr Ania Willman, Vårdhögskolan i Malmö, var inbjuden. Man beslöt då att starta ett projekt och att detta skulle handla om strålbehandling. Orsaken till att man valde området strålbehandling var att SBU och SSF gemensamt 1998 givit ut rapporten *Evidensbaserad omvårdnad för patienter som får strålbehandling för cancer* (9). Det ansågs intressant att utgå från en färdig forskningsöversikt. ”Användes rapporten i vården?” och ”Hur kan evidensbaserad omvårdnad implementeras i det dagliga arbetet?” var några av de frågor som ställdes. En arbetsgrupp bildades och en projektansökan påbörjades.

1.4 Strålbehandling

Varje år drabbas ca 45 000 personer i Sverige av någon typ av cancer. Hälften av dessa är över 70 år. 47 % av alla som har cancer får strålbehandling under något skede av sjukdomen. Strålbehandlingen kan vara kurativ, botande, som vid huvud- och halscancer och vid avancerad livmoderhalscancer, eller palliativ, lindrande, som t ex när cancern har spridit sig till skelettet. Syftet med strålbehandling är att utrota alla eller minska antalet tumörceller utan att skada den omgivande friska vävnaden (10). Strålning ges lokalt och påverkar de celler som finns inom den bestrålade volymen. Tumörceller är mer strålkänsliga än normala celler och har svårare att reparera de skador på arvsmassan (DNA-molekylen) som uppkommer då cellerna träffas av

strålarna. När normala celler påverkas av strålarna uppstår biverkningar av behandlingen, t ex i form av hud- och slemhinnerodnad med klåda och smärta.

Biverkningarna kan vara akuta, de uppstår då under behandlingen och upp till sex månader efter behandlingens avslutande. Sena reaktioner uppkommer senare än sex månader efter behandlingens avslutande. Strålreaktioner är relaterade till det område på kroppen som behandlas, men även generella symtom som t ex fatigue, onormal trötthet och illamående är vanligt (10).

1.5 Omvårdnad vid strålbehandling

Onkologisjuksköterskans arbetsuppgifter och roll har förändrats från en ensidigt teknisk inriktning till att vara professionell också inom omvårdnad. Att informera och undervisa om, samt förebygga och åtgärda biverkningar är en viktig del av sjuksköterskans arbete på en strålbehandlingsavdelning. Många patienter behöver också psykosocialt stöd för att orka genomgå strålbehandlingen.

Viktig kunskap finns om de vanligaste biverkningarna, deras förekomst, lokalisation, yttringar och svårighetsgrad. Det saknas dock i stor utsträckning väl genomförda vetenskapliga arbeten som bedömer olika åtgärder för behandling och lindring av dessa biverkningar (9).

1.6 Projektet

Nätverket skrev under våren 2001 en projektansökan till Cancerfonden och anställde en projektledare från augusti samma år. Cancerfonden ställde sig positiv till projektet som genomfördes under åren 2002 till 2003.

2 SYFTE

Projektets övergripande syfte var att utveckla och förbättra omvårdnaden för den enskilde cancerpatienten genom att sprida och tillämpa den evidensbaserade kunskap som är framtagen för omvårdnad vid strålbehandling av cancerpatienter. Projektet hade följande delsyften:

- att kartlägga sjuksköterskors kännedom om och användning av EBO vid strålbehandling av cancerpatienter
- att beskriva sjuksköterskors möjligheter och hinder för att arbeta med evidensbaserad omvårdnad av cancerpatienter som får strålbehandling
- att konkretisera vad EBO är genom att gå från teori till praktik, dvs. baserat på innehållet i rapporten *"Evidensbaserad omvårdnad. Strålbehandling av patienter med cancer"* omsätta EBO i praktisk handling.

3 MÅLGRUPP

Målgruppen för projektet var sjuksköterskor i Västra Götaland vilka hade omvårdnadsansvar för patienter som strålbehandlades pga. cancer. Sjuksköterskorna arbetade vid en strålbehandlingsavdelning eller vid en vårdavdelning där man vårdar patienterna före, under och/eller efter strålbehandling.

Onkologiska kliniker finns i Göteborg och Borås och där finns också flest sjuksköterskor specialistutbildade inom onkologisk omvårdnad. I Västra Götalandsregionen vårdas cancerpatienter på olika avdelningar, t ex vårdas patienter med gynekologisk cancer inom gynekologi och patienter med bröstcancer inom kirurgi. Vi ville vända oss till de sjuksköterskor som vårdar många cancerpatienter som erhåller strålbehandling. Dessa tjänstgör bl a på gynekologi-, öron- näs- och hals- och onkologavdelningar.

Projektet delades upp i tre steg: en enkät till sjuksköterskorna, en utbildningsinsats samt utvecklingsarbetet. Varje del presenteras här var för sig.

4 ENKÄTEN

Bakgrund

Sjuksköterskeutbildningen är sedan slutet av 1970-talet en högskoleutbildning. I samband med 1982 års studieordning gjordes större förändringar av kursplanerna och forskning integrerades i undervisningen. Vetenskaplig metodik introducerades som ett nytt ämne. Undersökningar visar dock att sjuksköterskor fortfarande upplever svårigheter att läsa och värdera vetenskapliga rapporter (11,12).

Som ett första steg i projektet önskades svar på frågan om vilka möjligheter och hinder som sjuksköterskor i Västra Götalandsregionen såg för att arbeta evidensbaserat. Svaren skulle ligga till grund för planering av projektets följande steg.

Syfte

Kartlägga sjuksköterskors kännedom om och användning av EBO vid strålbehandling av cancerpatienter samt att beskriva sjuksköterskors möjligheter och hinder för att arbeta med evidensbaserad omvårdnad av cancerpatienter som får strålbehandling.

Metod

Det valda enkätformuläret är ursprungligen framställt och använt i en tidigare studie av Eriksson, Nordman och Myllymäki vid Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi i Vasa, Finland (8). Efter tillstånd att använda denna enkät översattes den och anpassades till svenska förhållanden. Några frågor har lagts till. Frågorna är såväl kvantitativa som kvalitativa.

Resultat

Sammanlagt 188 enkäter skickades ut till sjuksköterskor på 14 arbetsplatser i Västra Götaland. 104 svar bearbetades (55 %). Här nedan redovisas frågor och svar.

Bakgrundsfakta

Sjuksköterskorna hade erlagt grundexamen mellan åren 1963 och 2001. Erfarenhet inom cancervård var mellan några månader och upp till 38 år. 35 sjuksköterskor hade någon form av påbyggnadsutbildning inom onkologi/onkologisk omvårdnad.

Vad gäller kunskaper inom området forskningsmetodik hade 66 sjuksköterskor någon kurs i ämnet och 42 hade 10 poäng eller mer.

Fråga 1

Anser Du att Du arbetar utifrån evidensbaserade kunskaper i Ditt dagliga arbete?

Resultat: På en skala 1=inte alls och 7=fullt ut blev medelvärdet 4,1.

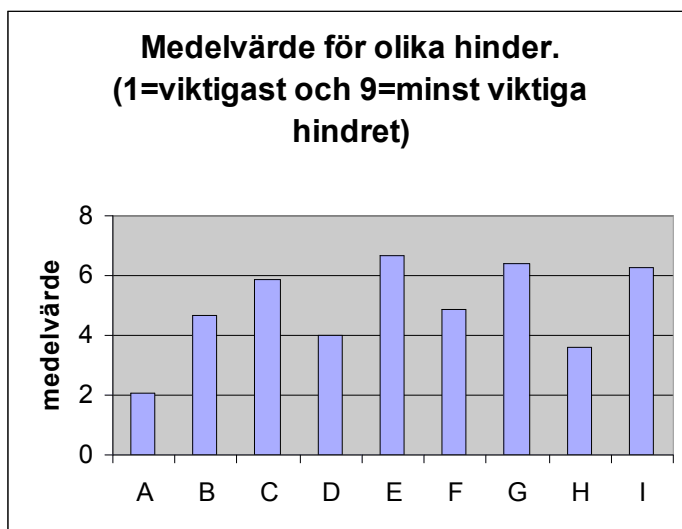
Fråga 2

I litteraturen nämns nio hinder för en forskningsbaserad omvårdnad. Nedan finns de viktigaste hindren angivna. Jämför de olika alternativen med Din vårdverklighet. Rangordna alla alternativen så 1 är det hinder Du anser vara viktigast och 9 det minst viktiga hindret.

- A. Vårdarna känner inte till forskningsresultaten
- B. Vårdarna förstår inte forskningsresultaten
- C. Vårdarna tror inte på forskningsresultaten
- D. Vårdarna vet inte hur man kan använda forskningsresultaten
- E. Vårdarna får inte använda forskningsresultaten
- F. Vårdarna upplever att de inte kan bestämma över sitt arbete
- G. Det finns inga forskningsresultat av hög kvalitet, vilka kan användas i den kliniska vården
- H. Det finns ingen forskningskultur
- I. Det saknas stöd från avdelningsföreståndare/vårdenhetschef/verksamhetschef/annan ansvarig

Resultat:

Tabell 1. Det viktigaste hindret för en forskningsbaserad omvårdnad är att vårdarna inte känner till forskningsresultaten.



Fråga 3

Förklara med egna ord vad det viktigaste hindret för en forskningsbaserad omvårdnad är i Din vårdverklighet.

Sammanställning av svar med exempel på kommentarer:

- Tidsbrist/underbemanning: *"Vi är fullt upptagna med vardagligt omvårdnadsarbete."*
- Brist på forskningskultur/-tradition: *"Det saknas forskningsanknuten närhet i vår vardag, t ex vetenskapliga tidskrifter"*.
- Brist på kunskaper: *"Utbildning saknas för att kunna förstå och sedan använda forskningsresultaten i den kliniska vården, man vet inte hur/på vilket sätt forskningsresultaten kan appliceras på den kliniska vården."*
- Misstro mot forskningen: *"Flera kollegor ser ner på dem som forskar, man tycker det verkar tråkigt, flummigt och långt från vårdverkligheten."*
- Brist på uppmuntran/stöd från arbetsledningen: *"Avdelningsföreståndare uppmuntrar ej personal att utbilda sig - snarare avråder och lägger hinder i vägen."*
- Dålig tillgång till forskningsresultat: *"Brist på information om nya forskningsrön inom området."*
- Invanda rutiner: *"Det är svårt att införa något nytt. Så har vi alltid gjort, får man till svar"*.
- Brist på intresse: *"Det är svårt att få folk intresserade av forskning, vilket jag tycker borde vara självklart när man arbetar på ett universitetssjukhus."*

Fråga 4

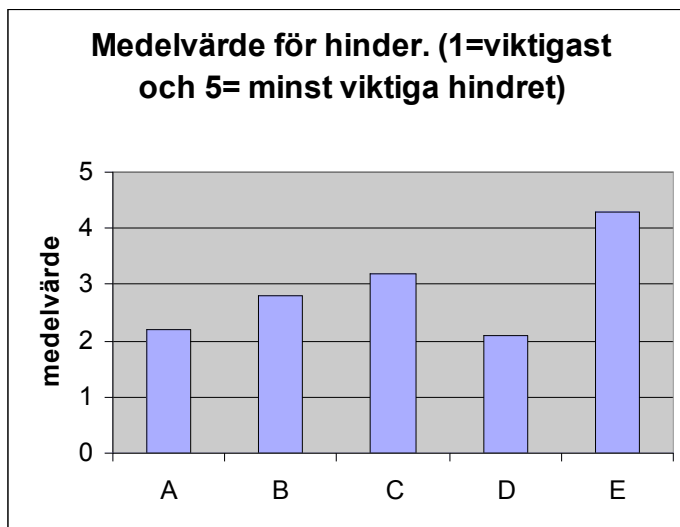
I litteraturen framkommer det att vårdarna anser att följande hinder beror på forskarna. Rangordna också dessa så 1 är det Du tycker är viktigast och 5 det minst viktiga.

A. Forskarna ger inte ut forskningsresultaten på ett användbart sätt

- B. Forskarna utgår inte från problem i vårdverkligheten
- C. Forskarna kan inte övertyga andra om hur viktiga resultaten är
- D. Forskarna utvecklar inte metoder för användning av resultaten i den kliniska vården
- E. Forskarna har ingen auktoritet

Resultat:

Tabell 2. Det viktigaste hindret är att forskarna inte utvecklar metoder för användning av resultaten i den kliniska vården.



Fråga 5

Nämn de faktorer som mest främjar en forskningsbaserad omvårdnad på Din arbetsplats.

Sammanställning av svar med exempel på kommentarer:

- Tid: *"Tid att söka, tid att läsa, tid att förmedla."*
- Kunskap/utbildning: *"Enskilda sjuksköterskor som vidareutbildar sig och delar med sig av sina kunskaper."*
- Positiv attityd och intresse: *"Ett klimat som tillåter tid för att läsa artiklar, göra egna projekt m m på arbetstid."*
- Stöd från arbetsledningen: *"En verksamhetschef som är intresserad och vill utveckla kliniken."*
- Någon stödfunktion, t ex forskningssjuksköterska: *"Behov av person som sammanfattar, leder och utvärderar."*

Fråga 6

Vilka vårdvetenskapliga problem/frågor är aktuella på Din avdelning just nu?

Sammanställning av svar:

Omvårdnadsfrågor

- patientinformation
- dokumentation
- sidoeffekter av strål- och cytostatikabehandling
- smärtlindring
- sårvård
- nutrition, elimination
- ångest, oro

Organisationsfrågor

- balans mellan tid/teknik/omvårdnad (strålbehandlingsavdelning)
- kontaktsjuksköterskans roll och funktion
- *"Att få en organisation som främjar både patienter och personal."*

Fråga 7

Pågår det just nu på Din avdelning forskning som ger vårdpersonalen extraarbete?

Svar: De flesta angav att högst ett forskningsprojekt gav extra arbete.

Fråga 8

Beskriv med egna ord hur vårdvetenskap/omvårdnad syns på Din avdelning.

Sammanställda svar med utvalda kommentarer:

- Omvårdnadsprogram, PM, direktiv, kvalitetssäkringsprogram
"Avdelningen arbetar efter Vårdprogram för omvårdnad av patient med gynekologisk cancer."
- Dokumentation
"Vårdvetenskapen tydliggörs mest genom att vi (enl VIPS) dokumenterar det mesta som rör omvårdnaden."
- Nöjda patienter
"Patienterna är nöjda, vi sjuksköterskor nämns ofta vid namn i tackannonser, vi får många brev, blommor, kaffebröd mm"
- "Syns inte, vet inte..."
"Vi har en bok i hyllan, finns ej tid att läsa."
- Utbildning, utveckling
"Syns genom att vi arbetar efter omvårdnadsprogram, 40-60p-kurser i onkologisk omvårdnad med C- eller D-uppsatser som alla tar del av. Delar varandra kunskaper från olika kurser och konferenser."
- Övrigt
 - extra tid för speciella områden som information, smärta, sårvård, symtomlindring, nutrition
 - strävan efter gott samarbete och en gemensam värdebas
 - kontaktsjuksköterska

Fråga 9

Känner Du till Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU)?

Svar:

94 % kände till SBU på strålbehandlingsavdelningarna och 64 % på vårdavdelningarna.

Fråga 10

Känner Du till att SBU har utarbetat en skrift gällande strålbehandling av patienter med cancer?

Svar:

På strålbehandlingsavdelningarna kände 91 % till rapporten, på vårdavdelningarna 54 %.

Fråga 11

Finns rapporten tillgänglig på avdelningen?

Svar:

På strålbehandlingsavdelningarna hade 90 % och på vårdavdelningarna 46 % av dem som svarade tillgång till rapporten.

Fråga 12

Har Du läst SBU:s rapport ”Evidensbaserad omvårdnad, - Strålbehandling av patienter med cancer”?

Svar:

65 % av sjuksköterskorna på strålbehandlingsavdelningarna och 28 % av sjuksköterskorna på vårdavdelningarna hade läst rapporten.

Fråga 13

Har Ni aktivt tagit upp diskussioner kring rapporten kollegor emellan?

- på avdelningsmöten?
- använt i studiecirkel?
- i andra sammanhang? (ett eller flera alternativ)

Svar:

På strålbehandlingsavdelningarna hade 28 % diskuterat rapporten med kollegor. På vårdavdelningarna hade 12 % diskuterat rapporten med kollegor.

Fråga 14

Har ni på avdelningsmöten eller liknande möten haft uppe diskussioner om olika omvårdnadsteorier?

Svar:

18 % av sjuksköterskor från strålbehandlingsavdelningar svarade ja, 23 % från vårdavdelningar.

Fråga 15

Anser Du att Du arbetar utifrån evidensbaserade kunskaper i Ditt dagliga möte med patienter som strålbehandlas eller skall genomgå strålbehandling?

Svar:

På en skala 1 - 7 (1 = inte alls och 7= fullt ut) blev medelvärdet 3,7

Fråga 16

Finns det någon specifik omvårdnadssituation där Du vet att Du arbetar utifrån evidensbaserad kunskap?

Svar:

- Smärtlindring
- Information/undervisning
- Hud- och sårvård
- Nutrition

Fråga 17

Finns det specifika omvårdnadssituationer som Du önskar att Du hade mer evidensbaserad kunskap att handla utifrån? Ge exempel.

Svar:

- Nutrition
- Lindring av strålreaktioner
- Psykosociala problem
 - Hudvård

Övriga svar

"Tyvärr mottas denna typ av frågor negativt av mig och kollegor med samma utbildning. Vi skakar på huvudet och frågar oss själva: Ja, vad svarar man på detta?? Dessa uttryck fanns inte när vi gick utbildningen och vi har inte fått möjlighet att komplettera. Ändock tror jag/vet jag att vi gör ett gott jobb för våra patienter."

"Svårt att förstå vad ni menar med flertalet frågor! Saknar "vet ej" alternativ! Kanske beror detta på att vi inte kommit så långt med vårdutvecklingen? Mycket av det jag lärt mig inom den specifika ÖNH-sjukvården är mina arbetskamraters erfarenheter – det är därför svårt att gradera hur mycket av det som är forskningsbaserat."

” Det är jättesvårt att svara på frågorna då endast ca 10 % av sjuksköterskorna är intresserade av och förstår varför man behöver evidensbaserad forskning. Vi använder oss kanske ej av ordet evidensbaserad forskning men många arbetar utifrån detta utan att sätta namn på det.”

Diskussion

Vi valde att inte definiera begreppet evidensbaserad omvårdnad när vi lämnade ut enkäten. Begreppet har använts länge i tidskrifter, t ex Vårdfacket. Vi antog att det var känt. Man kan dock misstänka av svaren att många inte kände till begreppet och att det varit bättre om vi definierat ”*evidensbaserad omvårdnad*” tydligt i förväg.

I frågorna 1 och 15 har vi frågat om man anser att man arbetar evidensbaserat idag. Svarens medelvärde var 4,1 resp. 3,7 på en sjugradig skala. Man har alltså lagt sig ganska nära mitten.

Många forskare har med olika typer av projekt försökt att evidensbasera omvårdnaden (13,14,15). Författare har tidigare beskrivit hur svårt forskningens resultat har att nå ut. De hinder som sjuksköterskorna i enkäten nämner är välkända sedan tidigare (11,12). Det är idag inte självklart att sjuksköterskor kan gå ifrån sin arbetsplats för att läsa en vetenskaplig tidskrift på biblioteket. Alla har inte tillgång till Internet med uppkoppling till bibliotek för att söka artiklar. Många har inte heller de kunskaper som krävs för att göra detta.

Idag är sjuksköterskeutbildningen både en yrkesutbildning och en akademisk utbildning. Det innebär bl a att det förekommer undervisning om forskningsmetodik. Studenterna får lära sig att söka och värdera kunskap, de flesta studenter gör idag en C-uppsats i sin grundutbildning. Det finns en nära koppling till forskning inom utbildningen och sjuksköterskor kan avlägga doktorsexamen i ämnet omvårdnad. Däremot finns det fortfarande en klyfta mellan utbildning och praktisk verksamhet när det gäller användningen av forskningsresultat (16).

De flesta sjuksköterskorna var utbildade efter det att högskolereformen infördes (54 av 104). Denna grupp hade ett något högre medelvärde för fråga 1 (Anser Du att Du arbetar utifrån evidensbaserade kunskaper i Ditt dagliga arbete?) än de som var utbildade före 1984 (M = 4,32 resp 3,97).

Av 84 svar på fråga 4 om hinder, svarade 52 att tids- och/eller personalbrist är ett problem. Tidsbrist är ett problem i vården idag, men att skylla på detta kan dölja en massa andra orsaker som ointresse och okunskap. Det är oacceptabelt att säga att man är ointresserad, däremot accepterat att säga att man inte hinner. Flera författare har tagit upp detta problem tidigare (11,12).

Det kan anas ett ointresse för och en misstro mot forskningen. En orsak, enligt fråga 4, är att forskarna inte utvecklar metoder för hur man skall använda forskningsresultaten. Att få det formella vetenskapliga språket förståeligt och resultaten av forskningen användbara är en stor utmaning.

Sjuksköterskorna har många förslag på vad som skulle främja en forskningsbaserad omvårdnad på deras arbetsplats (fråga 5). Man vill ha möjlighet till att söka och läsa relevanta studier, verksamhetsutveckling samt göra undersökningar och

utvärderingar. Vikten av utbildning tas också upp. Många sjuksköterskor går kurser om smärta, nutrition, cytostatika och bemötande av människor i kris samt även längre utbildningar som specialistutbildning inom onkologisk omvårdnad. Endast några få skriver att man behöver mer utbildning i forskningsmetodik.

Att man har olika syn på vårdvetenskap/omvårdnad framträder tydligt i svaren. På många avdelningar använder man aktivt de omvårdnadsprogram som är framtagna regionalt, t ex för gynekologisk cancer, samt producerar egna PM om smärta och nutrition. De som går en utbildning eller reser på kurser och konferenser har ansvar för att berätta för sina kollegor vad de lärt sig, ett sätt att sprida kunskap. Omvårdnadsdokumentationen tar man också fram som exempel på ett sätt att visa vad man gör, men många klagar också på att man är dålig på att dokumentera.

Att patienterna är nöjda med den omvårdnad de får, nämner många. Det är bra att patienterna är nöjda, men hur vet man det? Är det genom blommor och kaffebröd? Ett bättre sätt att ta reda på det kunde vara genom patientenkäter.

Rapporten "*Evidensbaserad omvårdnad. Strålbehandling av patienter med cancer*"(9) var relativt välkänd för sjuksköterskorna. På strålbehandlingsavdelningarna var det nästan alla av dem som svarade som visste att rapporten fanns på avdelningen och 65 % hade också läst den. På vårdavdelningarna var det ungefär hälften som kände till den och visste att den fanns på avdelningen. 28 % hade också läst den. Det får anses som bra med tanke på att strålbehandlingspatienterna är en minoritet av alla patienter för sjuksköterskorna på gynekologi- och öronavdelningarna. Huruvida man arbetar efter rapportens rekommendationer framgår inte.

Det finns idag mycket skrivet om smärta och smärtlindring och det är också ett av de områden man tar fram som exempel på att arbeta evidensbaserat. Områdena nutrition och hudvård tas upp som exempel på både det man kan och det man önskar lära sig mera inom.

De exempel på övriga svar som vi valt ut, tyder på en viss irritation över frågorna. Detta kan bero på att frågorna verkligen var svåra, att man inte diskuterar frågor som dessa i arbetet, att man känner sig stressad av att inte hinna med i utvecklingen. De svar som valts ut kommer från sjuksköterskor med examen efter införandet av högskolereformen.

Man kan fråga sig om det idag finns en klyfta mellan de sjuksköterskor som utbildades före resp efter det att utbildningen akademiserades. Förringas erfarenhetskunskapen idag? Finns det ett förakt för forskning? Finns det en motsats i god vård och forskning eller är det ena en förutsättning för det andra?

En stor del av enkäten, frågorna 2-8, var framtagna och använda vid Institutionen för vårdvetenskap vid Åbo Akademi. Prof Katie Eriksson med medhjälpare har presenterat sina resultat i boken *Den trojanska hästen* (8). Några jämförelser är svåra att göra eftersom man i Finland vände sig till sjuksköterskor som sågs som nyckelpersoner vad det gäller evidensbaserad vård i praktiken, samt att man både hade informationsmöten och föreläsning om evidensbaserad omvårdnad innan man lämnade ut enkäterna. Man har sedan tolkat data hermeneutiskt (hermeneutik= tolkning och förståelse) (8).

Boken avslutas med en sammanfattning:

"Sammanfattningsvis kan sägas att resultatet visar på att det akademiskavårdarbetet, m.a.o. det systematiska, vårdvetenskapliga blir synligt genom vårdare som har akademisk slutexamen, samt att i det vårdande förenas teori och praxis i en vårdande kultur, där vårdare får stöd i att ha mod och ansvar för att förverkliga evidensbaserat vårdande, m.a.o. det sanningslika, det sköna och det goda."(8, sid 93).

Vårt eget resultat ger inte för handen att det här finns en kultur där det evidensbaserade vårdandet får stöd. Det finns dock ett antal avdelningar och flera sjuksköterskor som framträder som förebilder.

Resultatet av enkäten redovisades vid möten på de avdelningar som deltagit. Resultatet har även redovisats vid 5:e Nationella konferensen i cancervård 2002 och vid Vårdstämman 2003.

5 UTBILDNINGEN

Bakgrund

Den andra delen av projektet avsåg att tillföra kunskap om evidensbaserad omvårdnad. Enkäten visade att ca hälften av sjuksköterskorna var utbildade före högskolereformen och hade därmed inte någon utbildning i att arbeta med ett evidensbaserat förhållningssätt. En utbildning planerades för att introducera och diskutera viktiga begrepp. Eftersom enkäten visade att sjuksköterskorna kände sig tidspressade i arbetet, planerades för en relativt kort utbildning.

Syfte

Syftet var att stimulera intresset för att arbeta med ett evidensbaserat förhållningssätt.

Metod

Utbildningen lades upp som en studiecirkel om sex timmar på arbetstid. Tanken med studiecirkel var att både de med och utan tidigare erfarenhet skulle kunna delta i samma grupp och ha utbyte av varandra.

Som litteratur användes Willman A, Stoltz P; *Evidensbaserad omvårdnad* (2), SBU och SSF; *Evidensbaserad omvårdnad. Strålbehandling av patienter med cancer* (9) samt diverse artiklar.

Möte 1.

På det första mötet diskuterades vad omvårdnad och vårdvetenskap är, samt vad som är specifikt för omvårdnad av patienter som strålbehandlas.

Möte 2.

Begreppet *evidensbaserad omvårdnad* presenterades och definierades. Exempel på hur man kan arbeta evidensbaserat i vardagen diskuterades.

Möte 3.

Undervisning gavs om forskningsmetodikens grunder. Olika synsätt på forskning, speciellt kvantitativ och kvalitativ forskning diskuterades.

Möte 4.

Detta möte hölls i en datasal. Sajter som Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, SSF, Vårdförbundet, Riksföreningen för sjuksköterskor i cancervård, Onkologiskt Centrum och Cancerfonden visades. Information om var man kan hitta kliniska riktlinjer, vårdprogram, patientinformation, författningar, konferenser och stipendier.

Möte 5.

Även detta möte hölls i datasalen. Till denna gång ombads deltagarna att ta med en frågeställning, något man ville försöka hitta svar på i en artikel. Sökning i databaserna Cancerlit, PubMed och CINAHL.

Möte 6.

Denna gång diskuterades hur man granskar och värderar de studier och artiklar man läser. Utgångspunkten var de artiklar man tagit fram under föregående möte.

Samtliga fjorton avdelningar där sjuksköterskor tidigare svarat på enkäten fick erbjudande om att delta i studiecirkel. Alla avdelningsföreståndare/vårdenhetschefer uttryckte sitt positiva intresse inför studiecirkeln, men de flesta kände sig mycket pressade av tids- och personalbrist. Det blev till slut sju studiecirkel som genomfördes. Ca 70 sjuksköterskor deltog.

På en nyöppnad vårdavdelning och i en dokumentationsgrupp valde man att lägga upp studiecirkeln om tre gånger två timmar.

På en av strålbehandlingsavdelningarna förlade man studiecirkeln till kl 15-16 en dag i veckan under sex veckor. Då stängde man apparaterna och all personal kunde vara med.

På den andra strålbehandlingsavdelningen valde man att ha studiecirkeln mitt på dagen när man hade som högst personaltäthet. För att alla sjuksköterskor skulle ha möjlighet att komma till studiecirkeln erbjöds varje studiecirkeltimme tre gånger. Inbjudan samt ett schema med tider och innehåll hängdes upp i personalrummet ca två veckor före start. Påminnelse och stöd för cirkeln gavs också av vårdenhetschefen och studieansvarig vid olika möten. Man utgick från att studiecirkeln var obligatorisk och att sektionsledarna skulle se till att alla fick möjlighet att komma ifrån.

Diskussion

Trots att det fanns en överenskommelse om att få gå ifrån arbetet för studiecirkeln var inte närvaron 100 %. Sjuksköterskorna var beroende av arbetsbelastningen och av kollegorna i arbetslaget. Detta visar att sjuksköterskor har svårt att påverka sin arbetssituation av organisatoriska skäl.

Tyvärr var det få personer som lämnade in utvärderingen efter studiecirkeln. En liten hänvisning kan väl följande ge, 14 deltagare av 30 har svarat:

Påståendet ”*Studiecirkeln har gett mig intresse för att söka efter forskningsresultat*” besvarades med *ja* av 11 och *nej* av 3 personer och påståendet ”*Studiecirkeln har gett*

mig intresse för att använda forskningsresultat i mitt dagliga arbete” besvarades med *ja* av 10 och *nej* av 4 personer.

Cirkelledaren upplevde att det fanns ett stort intresse hos sjuksköterskorna för ämnet. Många hade ju läst detta i sin utbildning, men sedan inte utnyttjat de kunskaperna. Deltagarna tyckte det var särskilt roligt att lära sig hitta till databaserna och kunna ta fram artiklar som man kände hade relevans för arbetet.

6 FÖRÄNDRINGSARBETET

Vårdavdelningarna

Studiecirkel genomfördes på två vårdavdelningar och i en grupp sjuksköterskor som arbetade med dokumentation på sin klinik. En avdelning avböjde fortsatt deltagande pga. tidsbrist, den andra var nystartad och ville avvakta med utvecklingsarbete tills man kommit igång ordentligt. Dokumentationsgruppen var löst organiserad och stod inför ledarbyte och förändrade uppgifter. Gruppen avstod därför deltagande. Ytterligare en avdelning var inplanerad, men fick avstå från studiecirkeln beroende på personalbrist. Inget förändringsarbete ägde alltså rum på någon vårdavdelning.

Strålbehandlingsavdelningarna

För att lära känna sjuksköterskorna på strålbehandlingsavdelningen i Borås och få veta mer om vad de hade för förväntningar, samtalade projektledaren individuellt med tio personer, alla sjuksköterskor. Alla var mycket positiva till projektet och ville gärna vara med.

Förslag till ämnen att arbeta med i projektet:

- Starta sjuksköterskemottagningar
- Ringa upp patienter efter avslutad behandling
- Visning av strålbehandlingsavdelningen i grupp inför behandlingsstart
- Träna litteratursökning, träna engelska
- Patientenkät om bemötande

Studiecirkeln genomfördes under våren – hösten 2002, men tyvärr blev det ingen fortsättning för projektet. Personalbrist och en utbyggnad av lokalerna gjorde att man inte hade tid för projektet. En patientundersökning genomfördes dock utanför projektets ram.

Det fortsatta förändringsarbetet kom nu att äga rum på strålbehandlingsavdelningen i Göteborg.

Ett informationsmöte hölls på avdelningen för all personal för att redovisa enkätsvar och diskutera studiecirkeln. Personalen var mycket intresserad och aktiv. Det fanns gott om förslag och mycket kreativitet i gruppen. Samtidigt förekom en känsla av trötthet; hur skall vi hinna, var finns tiden till detta?

Även på denna avdelning samtalade projektledaren individuellt med sjuksköterskorna.

Följande förslag gavs på vad man skulle kunna arbeta med inom projektet:

- Förbättra informationen till patienterna inför behandlingen. Göra en översyn av alla informationsbroschyrer som används. Göra en informationsvideofilm.
- Förbättra ansvarsfördelningen mellan olika uppgifter så att inget "ramlar mellan stolarna".
- Starta sjuksköterskemottagningar för olika patientkategorier
- Ta reda på vad patienterna tycker om den vård de får på avdelningen.
- Ändra omhändertagandet av små barn så att antalet narkoser i samband med strålbehandling kan minska.

Man hade önskemål om en timma/vecka på schemat för patientfri tid då man kunde få gå ifrån för att söka och läsa litteratur och arbeta med att utveckla vården.

För att få ytterligare en grund för det fortsatta förändringsarbetet beslöts att genomföra en patientundersökning för att få reda på patienternas uppfattning om den vård de fick på strålbehandlingsavdelningen.

6.1 Patienterna värderar vården

Bakgrund

Efter diskussioner om vad man ville börja arbeta med, kom personalen fram till att man ville veta vad patienterna tyckte om vården de fick vid strålbehandlingsavdelningen. Vad är kvalitet i vårdarbetet på en strålbehandlingsavdelning? Hur får man veta patienternas mening om detta?

Patienters uppfattningar om vården är en viktig aspekt av vårdkvaliteten (18). Nöjda patienter är ett önskvärt mål, men det kan även ses som ett medel, då tillfredsställda patienter i högre grad än andra tycks följa professionella råd och anvisningar (19). Att ta reda på patienters uppfattningar om vårdkvalitet kan även ha ett terapeutiskt syfte, eftersom patienten då kan känna sig mer delaktig i vården (20).

Följande principer anges bl a i hälso- och sjukvårdslagen (21):

- Patienten skall erbjudas en tillgänglig, säker och ändamålsenlig vård och behandling av god kvalitet.
- Verksamheten skall bygga på omtanke och respekt för patientens självbestämmanderätt och integritet.
- Vården skall så långt det är möjligt planeras och genomföras i samråd med patienten.
- Patienten skall ges begriplig information om sitt hälsotillstånd och om vilka behandlingsmetoder som står till buds.

Detta är riktlinjer som personalen skall sträva efter att förverkliga.

Vård och behandling vid en strålbehandlingsavdelning är specifik ur flera synvinklar. Patienterna är sårbara pga diagnos och prognos. Strålningen kan ge oönskade sidoeffekter med t ex extrem trötthet och svårigheter att försörja sig själv avseende mat och dryck. Behandlingstiderna är korta, ca 15 min/dag, men kan dra ut under lång tid, upp till sju veckor. Detta ställer stora krav på personalen som under de 15

minuterna förutom att ställa in apparaten och genomföra behandlingen, också skall följa upp hur patienten mår och ge information och undervisning om egenvård. En fördel är att patient och personal lär känna varandra väl under den flera veckor långa behandlingen.

Syfte

För att ta reda på vad patienterna var nöjda med och vad som kunde göras bättre ville man på strålbehandlingsavdelningen utvärdera vården ur patienternas perspektiv. Utvärderingen skulle ligga till grund för förändringsarbete.

Metod

Efter att ha sökt och jämfört olika instrument valdes KUPP, Kvalitet Ur Patientens Perspektiv, ett vetenskapligt framtaget och testat frågeformulär. Det har använts inom många olika områden av hälso- och sjukvård i Sverige och internationellt. Utvecklingen av instrumentet har skett med hjälp av en modell över vårdkvalitet. Modellen är utvecklad genom patientintervjuer tolkade enligt Grounded Theory (20). Patienterna bedömer vården utifrån fyra ömsesidigt beroende dimensioner, vilka sammantaget bildar en helhet. Exempel på respektive dimension är

- *medicinsk-teknisk kompetens*: medicinsk vård och behandling
- *fysiskt-tekniska förutsättningar*: tillgång till medicinsk-teknisk utrustning
- *identitetsorienterat förhållningssätt*: information, respekt, engagemang
- *socio- kulturell atmosfär*: lätt att komma fram på telefon, lätt att få tid osv.

Patienten bedömer vilken vård han/hon erhållit och hur betydelsefullt han/hon anser detta vara.

Instrumentet *MiniKupp*, *mottagning* anpassades till verksamheten vid strålbehandlingsavdelningen. Några frågor lades till och några togs bort i samverkan med Bodil Wilde som tagit fram KUPP (se bilaga 1).

För att förenkla proceduren, både för patienter och för personal, användes en datoriserad pekskärm. Ingen manuell inmatning av svaren behövdes. Svaren lagrades direkt i en databas som sedan bearbetades. Tiden mellan mätning och resultatpresentation kan på så sätt bli kort. Inga påminnelser behövde skickas ut.

Följande urvalskriterier skulle uppfyllas:

- Patienterna skulle ha avslutat sin behandling under någon av de fyra veckor enkäten genomfördes.
- Patienterna skulle kunna läsa svenska.
- Patienterna skulle bedömas orka svara på alla 44 frågorna.

Undersökningen finansierades genom ett anslag från Jubileumsklinikens forskningsfond mot cancer. Medel erhöles från fonden för att genomföra, utvärdera och presentera resultatet av undersökningen.

Resultat

Undersökningen genomfördes under fyra veckor i januari-februari 2003. 150 patienter besvarade enkäten och svarsfrekvensen blev 96 %. Resultatet blev positivt så till vida att patienterna var mycket nöjda med vården ur de flesta aspekter.

För att få en uppfattning om personalens tankar om patienternas uppfattningar, ombads även personalen att fylla i enkäten. De fick frågan "Hur tror du att patienterna svarar på frågorna?" Svaren visade att personalen inte förväntade sig att patienterna var så nöjda som de var. I de flesta variablerna låg patienterna högre än personalen. Personalen trodde till exempel att patienterna mådde mycket sämre under väntetiden, än vad de själva angav.

Resultatet ligger till grund för vissa förändringar, och man hoppas att kunna genomföra en uppföljande mätning.

I KUPP-mätningen framkom inte några frågor eller problem som kunde användas inom projektets ram. De förslag till förändringar som diskuterats vid projektets start blev i stället grunden för det fortsatta arbetet. Ett sådant förslag var att starta en evidensbaserad mottagning för bröstcancerpatienterna under strålbehandlingsperioden. Ett annat var att försöka hitta något sätt att ta hand om små barn så att antalet narkoser i samband med strålbehandling kunde minska.

6.2 Sjuksköterskeledd mottagning för bröstcancerpatienter under strålbehandling

Bakgrund

Varje år insjuknar drygt 6 000 kvinnor i Sverige i bröstcancer, den vanligaste cancerdiagnosen bland kvinnor. Kirurgi, kemo- och hormonterapi samt strålbehandling är de vanligaste behandlingsvägarna (22).

Strålbehandling är en lokal behandlingsmetod och den mest effektiva metoden att förebygga lokoregionala sjukdomsåterfall efter primär kirurgi (23). År 2003 strålbehandlades 600 kvinnor med diagnosen bröstcancer här i Göteborg. Strålbehandling medför nästan alltid sidoeffekter. Hudreaktioner i form av rodnad till utbredda sår, är vanligt vid strålbehandling av bröstcancer. Även symtom som fatigue, illamående, smärta samt svullen arm pga. lymfödem kan uppstå. Patienten kan också uppleva psyko-sociala problem beroende både på sin grundsjukdom och på dess behandlingsmetoder (24,25).

Patienterna får sin behandling uppdelad på flera tillfällen för att strålningen skall påverka den friska vävnaden så lite som möjligt. En vanlig behandlingsserie är fem dagar per vecka i fem veckor. Tidsåtgången för varje behandlingstillfälle är beräknad till totalt femton minuter och då skall sjuksköterskorna bl a hjälpa patienten att komma i behandlingsläge, ordna med fixation för armen, ställa in behandlingsfält, administrera behandlingen, inspektera huden, informera patienten om egenvård samt i förekommande fall ge stöd och tröst.

Behandlingen sker polikliniskt och personalen försöker anpassa tiden för behandling så det passar patienterna så långt det är möjligt. Detta är viktigt då många av dessa patienter arbetar, reser från olika delar av regionen, har familj och försöker leva så normalt som möjligt under sin sjukdomstid.

I normalfallet erbjuds patienterna ett läkarbesök på strålbehandlingsavdelningen i den sista behandlingsveckan. Efter avslutad strålbehandling har patienterna inte någon direkt kontakt med sjukvården. Efter en tid träffar de sedan sin läkare från den

kirurgiska verksamheten, det kan dock dröja upp till flera månader. Sjuksköterskorna vid strålbehandlingsavdelningen uppfattar att kvinnorna upplever denna tid som otrygg, speciellt som graden av vissa strålbehandlingsrelaterade sidoeffekter accelererar efter det att strålbehandlingen avslutats. Att så är fallet finns också dokumenterat i litteraturen (25,26).

Patienter som får strålbehandling har ett stort behov av information och undervisning (9). Strukturerad undervisning om behandling, biverkningar och känslomässiga reaktioner har visat sig kunna minska patienternas oro (27). Patienterna behöver också undervisning för att kunna behandla sina biverkningar själva (9,27). Sidoeffekter av strålbehandling ökar i slutet av behandlingen och kan vara som värst efter avslutad behandling då också informationsbehovet är som störst (28). Beroende på behandlingens art, men även sjukdomens art behöver patienterna varierande grad av psykosocialt stöd (9). Dessa behov försöker man idag åtgärda under den korta behandlingstiden.

Förslag hade framkommit om att starta en sjuksköterskemottagning för bröstcancerpatienterna. Frågeställning: Vilka effekter har en sjuksköterskemottagning för cancerpatienter som genomgår strålbehandling?

Metod

Utvecklingsarbetet gällde att evidensbasera omvårdnadsåtgärder. I vårt arbete använde vi oss av en modell i fem steg, utvecklad av Flemming (7):

1. Kliniska problem formuleras i fokuserade, strukturerade frågor.
2. Frågorna används som bas för en systematisk litteratursökning efter forskningsbevis.
3. Forskningsbevisen värderas kritiskt beträffande validitet och generaliserbarhet.
4. Bästa tillgängliga bevis används tillsammans med klinisk erfarenhet och patientens vilja vid planering av vård.
5. Genomförandet utvärderas genom reflektion, revision och/eller kollegial granskning.

Vid en litteraturstudie gjordes sökningar i databaserna CINAHL, PubMed och Cochrane. Endast artiklar skrivna på engelska eller svenska togs med, inga begränsningar i tid gjordes. Sökordet *radiotherapy* kombinerades med följande sökord: *nurse led clinics*, *nurse based clinics*, *nurse clinics*, *outpatient nurse clinics*, *nursing assessment* och *nursing AND follow up*. Efter att ha läst titlar och sammanfattningar på dessa artiklar bedömdes deras relevans. Artiklarna skulle handla om sjuksköterskors intervention under och efter strålbehandling. Ytterligare artiklar som funnits i referenslistor togs med. Det blev till slut åtta arbeten kvar efter granskning och bedömning enligt Willmans och Stoltz's protokoll (2) (se bilaga 2).

Resultat

Av litteraturen framgår att sjuksköterskeledda mottagningar är ett bra sätt att ge patienterna den information och undervisning samt det stöd de behöver under och efter strålbehandlingen (29).

I en randomiserad studie jämfördes en sjuksköterskeledd mottagning för lungcancerpatienter med en traditionell, läkarledd mottagning. Patienterna hade

avslutat sin behandling och bedömdes leva minst tre månader. Sjuksköterskorna mötte patienterna på sjukhuset eller per telefon en gång i månaden. Övriga kontakter togs efter behov. Man fann att den sjuksköterskeledda mottagningen var säker, kostnadseffektiv, samt uppskattades av både patienter och läkare (30).

Campbell et al utvärderade en sjuksköterskemottagning där man tog emot patienter under strålbehandling. Man jämförde resultatet med en läkarmottagning. Sjuksköterskorna hade längre konsultationer och kortare väntetider. Mer kontakter togs med kringliggande service, vilket ledde till kontinuitet i vården. Resultatet tydde på att sjuksköterskor kan ge en mer effektiv vård (31).

Män som strålbehandlades mot lilla bäckenet randomiserades till en sjuksköterskemottagning. Man mätte upplevelse av livskvalitet, biverkningar, tillfredsställelse med vården och kostnader och jämförde med en läkarmottagning. De män som deltog i mottagningen rapporterade färre symtom än kontrollgruppen i den första veckan. Patienterna var signifikant mer belåtna med sjuksköterskornas vård och värderade kontinuiteten högt. Kostnaderna minskade med 31 % jämfört med läkarmottagningen (32).

I Sverige genomförde Wengström (33) sjuksköterskeinterventioner i en mottagning för bröstcancerpatienter under strålbehandling. Syftet var att, enligt Orems modell för självhjälp, få patienterna oberoende av sjuksköterskan. Vid jämförelse med kontrollgruppen fann man en signifikant skillnad i besvärsggrad, däremot ingen skillnad vad det gäller upplevelse av sidoeffekter eller livskvalitet. När man i samma grupp mätte om patienternas copingstrategier påverkades av interventionen, såg man att patienter över 59 år blev mer motiverade att engagera sig mer emotionellt (34).

Telefonkontakt har visat sig vara ett effektivt sätt att följa upp patienter under och efter avslutad strålbehandling.

Sardell et al beskriver hur sjuksköterskor ringde upp patienter med gliom en gång i månaden och sedan träffade patienten på mottagningen en gång i den fjärde månaden. 95 % av patienterna tyckte att sjuksköterskan kunde ta hand om patientens problem väl. Alla patienterna visste vem de skulle kontakta om de fick problem. På en visuell analog skala blev 9 medianvärde för patienttillfredsställelse (35).

Genom att ringa upp patienter en gång i veckan under strålbehandling ville man i en annan studie förbättra deras välbefinnande. Samtalen gjordes av en sjuksköterska som diskuterade patientens problem och kunde stötta och informera. Inga signifikanta skillnader kunde mätas mellan patienter som fick eller inte fick telefonsamtalen vad det gäller oro, sidoeffekter, egenvård eller coping-strategier. Alla patienterna menade att de var nöjda eller mycket nöjda med den vård de fått (36).

Utifrån denna litteraturstudie, avdelningens behov och möjligheter planlades en mottagning för bröstcancerpatienter.

6.3 Beskrivning av sjuksköterskemottagningen vid strålbehandlingsavdelningen

Syfte

För att förbättra informationen om strålbehandlingen och dess sidoeffekter samt öka det psykosociala stödet startades i september 2003 en sjuksköterskemottagning för bröstcancerpatienter under strålbehandling.

Patientgrupp

- Bröstcancerpatienter som genomgått kirurgisk behandling (ablatio) och som remitterats för strålbehandling, ca 150 patienter/år.
- Endast polikliniska patienter, då de som är inskrivna förväntas erhålla motsvarande information och stöd på vårdavdelningen.

Organisation

- Mottagningen drivs av två sjuksköterskor med lång erfarenhet av denna patientgrupp, den ena med specialistutbildning inom onkologisk omvårdnad.
- Mottagningen äger rum på strålbehandlingsavdelningen varje torsdag kl 10 - 14. På tisdagar kl 13-14 är det telefontid.
- Patienterna gör två besök vid mottagningen; ett efter halva behandlingstiden och ett i den sista behandlingsveckan. Sjuksköterskan kommer då överens med patienten om en telefonkontakt efter två veckor.
- Under besöken, 2 x 30 minuter, kan sjuksköterskan, utifrån patientens behov
 - bedöma, åtgärda, informera och undervisa om sidoeffekter av strålbehandlingen
 - undervisa om de åtgärder patienten själv kan vidta
 - diskutera upplevelser av behandlingen
 - ge psykologiskt stöd
 - vid behov remittera patienten vidare till läkare, kurator, sjukgymnast eller dietist.
- De åtgärder sjuksköterskorna gör vad gäller hudreaktioner är evidensbaserade efter litteraturstudier gjorda under våren 2003.
- Mottagningen kommer att utvärderas under våren 2005.

6.4 Hudreaktioner

Vid sjuksköterskemottagningen på strålbehandlingsavdelningen önskade man att alla åtgärder skulle evidensbaseras. Eftersom hudreaktioner är en av de vanligaste sidoeffekterna vid strålbehandling av bröst (25), startade vi med denna reaktion.

Bakgrund

Orsaker

Strålbehandling utförs med avsikt att döda tumörceller samtidigt som frisk omkringliggande vävnad sparas. Tumörceller är känsligare än friska celler för strålning och kan inte reparera skadorna som åstadkoms. Friska celler som utsätts för

strålning får skador, men dessa kan till stor del repareras. Skadorna ger upphov till akuta och sena sidoeffekter (23, 37).

Bedömning av hudreaktioner

Bedömning av hudreaktioner görs ofta efter den s k RTOG-skalan (38,39). RTOG (The Radiation Therapy Oncology Group) är en grupp experter som under ca 25 år har arbetat fram ett instrument för att bedöma hudreaktioner. Det används både i den dagliga dokumentationen och i studier (40).

Skalan var ursprungligen uppdelad i fem grader, från 0 till 4. Porock har senare föreslagit att i stället för endast grad 2, skall grad 2 och 2,5 användas (38).

Gradering

Grad 0

Grad 1

Grad 2

Grad 2,5

Grad 3

Grad 4

Hudreaktion

Ingen rodnad, fjällning eller klåda

Lätt hudrodnad. Lindrig värmeökning och stramande känsla i huden.

Måttlig till kraftig hudrodnad.

Som grad 2. Dessutom hudpartier med fuktig avfjällning, främst i områden mot hud. Ödem.

Kraftig hudrodnad. Fuktig avfjällning mer än 1,5 cm i diameter i hela området.

Ulceration och nekros samt blödande hud (ej orsakat av trauma).

Fig 1. RTOG:s Scoring System for Acute Radiation Morbidity. Översatt av Wengström 2001.

Sena sidoeffekter uppträder efter sex månader och utvecklas sakta. Huden blir grövre och mindre flexibel pga sämre kapillär genomblödning (37).

Riskfaktorer för att utveckla hudreaktioner

Det har visat sig att vissa faktorer ökar risken att utveckla hudreaktioner.

Sjuksköterskan bör känna till dessa för att kunna informera och förebygga reaktioner.

Porock (41) har sammanställt ett schema med riskfaktorer för hudreaktioner vid strålbehandling. Det kan vara strålningen i sig, men också faktorer hos patienten som personliga och genetiska faktorer.

Strålningen	Genetiska faktorer	Personliga faktorer
Dos, absorberad dos, radiobiologisk effekt, volym, ämnen som ökar strålkänslighet, fraktionering, plats för strålning	Kön, samtidig sjukdom som ger strålningskänslighet, familj med cancer, ärftlig cancer	Ålder, samtidig sjukdom, rökning, nutrition, cytostatikabehandling läkemedelsbehandling färg och status på ärr i huden plats för strålning

Fig 2. Riskfaktorer för utveckling av hudreaktioner vid strålbehandling enl Porock (41).

Frågeställning

Vilka åtgärder har effekt för att förebygga och behandla hudreaktioner vid strålbehandling?

Metod

En systematisk litteratursökning utfördes i databaserna PubMed, CINAHL och Cochrane. Sökorden var *radiotherapy, skin reactions, nursing, breast cancer*. Vi bedömde sedan artiklarna enligt Willman och Stoltz' protokoll (2). Resultatet baseras på åtta artiklar (se bilaga 3).

Resultat

En genomgång av litteraturen visar att det finns ett fåtal vetenskapliga studier som visar på klara rekommendationer för behandling av hudreaktioner. Det finns många kliniska studier, men ofta med ett litet antal patienter. Här är en sammanfattning av de rekommendationer man gör i artiklarna: Att duscha och tvätta den strålbehandlade huden med en mild, oparfymrad tvål rekommenderas i flera studier (42,43). Huden skall sedan klappptorkas lätt eller lufttorka. Huden bör skyddas från skav och tryck från kläder (42).

Mjukgörande och fuktande krämer håller huden intakt längre. De lindrar och fördröjer uttorkning av huden (38, 39, 43). Vissa krämer är dock kontraindicerade, som Vaseline, Lanoline (43) och krämer som innehåller metaller (38). Andra, som Bepanten och Aloe Vera, har inte visats ge någon signifikant effekt (44, 45,46). Hydrocortisonkrämer rekommenderas när huden fjällar och kliar, från grad 2 (39, 43). I en studie rekommenderas corticosteroidkräm redan från behandlingens första dag (47).

Vid fuktig avfjällning, RTOG 2,5-3, kan en tunn specialkompress som ligger kvar under behandlingen användas. Vid behov kan ett absorptionsförband läggas över (39, 43).

Hudreaktion grad 0, 1 och 2	Smörj behandlingsområdet med angiven kräm 2 ggr/dag. Dusch dagligen, använd mild tvål, klapptorka. Låt partier med fuktig avfjällning lufttorka. Undvik parfym, deodorant och talk på behandlingssidan. Använd löst sittande bomullsplagg.
Hudreaktion grad 3	Dusch dagligen. Låt behandlingsområdet lufttorka efter tvätt. OBS smörj endast med angiven kräm. Omläggning i samband med behandling med Mepitel kompress samt absorptionsförband.
Hudreaktion grad 4	Konsultera ansvarig läkare.

Preparatval

En oparfymerad, mjukgörande kräm användes 2ggr/dag från första behandlingsdagen. Förslag: ACO, Essex, Locobas, Decubal, Carbamid m fl.

Elocon smörjes 2 ggr/vecka från första behandlingsdag upp till 24 Gy. Därefter varje kväll till och med tre veckor efter att behandlingen avslutats.

Om huden fuktas kan Mepitel läggas på, den behöver inte tas av vid strålbehandlingen. Om mycket vätska bildas kan Mepilex eller annat absorberande förband läggas som skydd.

Fig. 3. Rekommendationer vid strålbehandlingsavdelningen i Göteborg.

6.5 Hur få barn i förskoleåldern att ligga stilla under strålbehandlingen?

Bakgrund

Varje år drabbas 250-300 barn i Sverige av cancer (22). En stor del av dessa barn genomgår under något skede av sjukdomen strålbehandling. Medicinsk och teknisk utveckling har lett fram till behandlingsmetoder som gör att barn med cancer kan botas eller nå ett väsentligt förbättrat hälsotillstånd. En avgörande faktor för gott behandlingsresultat vid strålbehandling är att barnet ligger absolut stilla medan strålningen pågår. Barn i åldern tre till sju år saknar ofta förmågan att aktivt medverka till att ligga helt stilla under bestrålningen. En annan viktig aspekt är också att inte ge barnet skrämmande upplevelser av vården som senare kan påverka deras framtida sjukvårdskontakter. Enligt rådande praxis sövs barnen under behandlingen. Att söva barnen inför behandlingen är effektivt, men förenat med praktiska problem och risker. Det är också kostsamt och påverkar tidsåtgången för behandlingen. En genomgång av litteraturen visar att det finns metoder som är mer skonsamma och billigare för att få merparten av de aktuella barnen att ligga stilla.

Kraven vid strålbehandling varierar. I regel krävs att barnet ligger alldeles stilla i 10-20 minuter. Själva strålningen går snabbare, men förberedelser och inställning tar tid, och barnet måste ligga stilla även under dessa moment. Behandling pågår i regel dagligen i 3 till 6 veckor men kortare behandlingssekvenser förekommer också. Barnet ligger ofta på magen eller i annan obekväm ställning. Av säkerhetsskäl får föräldrar eller vårdare inte finnas i rummet när behandling pågår. Situationen som helhet kan vara mycket påfrestande för barnet (48, 49).

Studier visar att barn med cancer upplever en rad sjukdomsrelaterade problem oavsett vilken behandling de får. Till dessa hör trötthet, aptitlöshet, rädsla för smärtor och nålar samt problem med att leka och leva ett normalt liv (50, 51). Samtliga dessa problem förstärks ytterligare om barnet dessutom skall sövas dagligen eller till och med två gånger om dagen.

I Göteborg strålbehandlas 30-35 barn om året. Barnens diagnoser varierar. De kommer från hela regionen. SU är det enda sjukhuset inom regionen som ger sådan behandling. Det är ingen stor patientgrupp, men det är en patientgrupp för vilken man kan nå goda behandlingsresultat, som engagerar hela familjen och många människor runt dem och som kräver stora vårdresurser. Att minska lidandet och underlätta behandlingen för dessa barn är högst angeläget.

Frågeställning

Sjuksköterskorna ville ta reda på om det fanns alternativ till att söva de små barnen dagligen. Frågeställning: Hur kan vi strålbehandla små barn säkert utan anestesi?

Metod

En systematisk litteratursökning gjordes i databaserna PubMed, CINAHL och Cochrane. Sökorden var *radiotherapy, children, anaesthesia, nursing*. Artiklarna bedömdes sedan enligt Willman och Stoltz' protokoll (2). Sammanlagt sju artiklar bearbetades (se bilaga 4).

Resultat

Av litteraturen framgår att barn under 2,5 till 3 år i regel måste sövas (49). Barn som är särskilt ängsliga och oroliga, barn med utvecklingsstörning och barn med hjärnskador kan behöva sövas ännu högre upp i ålder. En rad olika metoder och farmakologiska medel används, både sådana som kräver intubering och sådana som inte gör det (48).

Oavsett metod är sövning förenat med en rad svårigheter och komplikationsrisker för barnet. Barnet behöver vara fastande sex timmar före sövningen och kan i regel inte äta på ett par timmar efter behandlingen. Detta kan medföra nutritionsproblem. Det innebär också att behandlingar måste läggas tidigt på dagen, eftersom små barn har svårt att tolerera hunger. Uppvakningen kan vara påfrestande för barnet med illamående, kräkningar och oro. Barnet tas ur sina normala vanor under flera timmar. Sömnstörningar vid daglig behandling har rapporterats. Barnet möter i samband med narkos och uppvakning en rad okända vuxna. Detta kan i sig utgöra en påfrestning (52, 53).

Att söva ett barn och övervaka uppvakningen dagligen under flera veckor är förenat med stora kostnader. Någon svensk studie av faktisk kostnad har inte återfunnits. I en amerikansk studie från början av 1990-talet anges, som exempel, att kostnaden uppgick till 13 000 USD för ett barn som sövdes dagligen under 23 dagar (54).

Åtgärder

Omsorgsfull förberedelse har visat sig bidra till att sövning kan undvikas. Förberedelsen syftar till att successivt vänja barnet vid miljön och procedurerna. Barnet skall acceptera att bli fixerad och att klara absolut stillaläge under viss

tidsperiod. Barnet skall inte heller utsättas för onödig påfrestning i samband med behandling (48, 49).

En rad olika åtgärdsprogram har prövats. Genom ”lekterapi” har barn fått hantera en modell av behandlingsapparaturen. De får också pröva på en docka, fixera dockan i det läge barnet själv skall inta och hela tiden få beskrivningar och förklaringar (52,54,55). Avslappningsövningar har använts för att lära barnen att ligga alldeles stilla (56).

Tillvänjning är en viktig del av förberedelserna. Barnet besöker behandlingsrummet tillsammans med förälder eller annan vuxen som barnet är trygg med. Barnet får bekanta sig med personalen och apparaturen och får pröva alla moment i den kommande behandlingen (54,56).

Modellinlärning har också prövats. Barnet får se ett annat barn, t ex ett äldre syskon eller en vuxen, genomgå en låtsasbehandling. Alla mått och steg förklaras på barnets nivå (56). Slifer och medarbetare har också prövat att utlova belöningar till barnet (54). En hylla med leksaker och belöningar finns i anslutning till behandlingsrummet. Barnet får löfte om en belöning, exempelvis efter fem framgångsrika behandlingar. Barnet kan också få klistermärken i en bok efter varje behandling.

De olika metoderna beskrivna i litteraturen används ofta i kombination. De har varit framgångsrika i varierande grad beroende på barnets ålder, mognad, grad av oro, smärtpåverkan och position under behandlingen. I de allra flesta fall har man mycket goda resultat för barn från fyra år och uppåt. Exempelvis prövade Slifer och medarbetare en kombinationsmodell på tio barn mellan 3 och 6 år (54). Fyra av barnen klarade behandling helt utan sedering eller sövning, fyra behövde sederas vid något enstaka tillfälle, medan ett barn behövde sederas varje gång och ett behövde sövas. En treåring klarade 30 behandlingar av 31 utan något stöd av läkemedel.

Scott prövade ett lekterapiprogram på 63 barn mellan 2 och 5 år vilka genomgick mellan 13 och 21 behandlingar. Av tvååringarna klarade hälften behandlingen utan sedering eller narkos och fyra-femåringarna klarade sig i stort sett utan sådana insatser (56).

I litteraturen rekommenderas att ha barnets favoritmusik eller uppläsning av barnets favoritsaga i rummet under behandlingen. Slifer beskriver hur man utvecklat möjlighet för barnet att se tecknad film på video under behandlingen (54). Ett särskilt stativ gör det möjligt för barnet att se oavsett position under behandlingen. Metoden har tidigare visat sig bidra till lindring för brännskadade barn under medicinska bad. Videotittande distraherar, får barnet att slappna av och upplevs som belöning. Metoden prövades, tillsammans med ett förberedelseprogram på elva barn från 2,5 till 7 år. Nio av de elva barnen klarade behandlingen helt utan sedering eller sövning (54).

Utifrån denna litteraturstudie samt avdelningens behov och möjligheter arbetades en modell fram för förberedelse och stöd under radiologisk behandling av barn mellan 3 och 7 år.

En sammanställning av de åtgärder artiklarna föreslår finns i bilaga 5.

6.6 Beskrivning av omhändertagandet av barn mellan tre och sju år vid strålbehandlingsavdelningen

Syfte

Att få barnen så lugna att de kan ligga stilla under behandlingen utan att sövas.

Patientgrupp

Alla barn som strålbehandlas vid avdelningen. Barnen bedöms efter ålder, utveckling, ev rädsla och oro. Mest tid läggs ner på barnen mellan 3 och 7 år.

Genomförande

Förberedelser

Till varje barn som skall strålbehandlas utses en kontaktsjuksköterska. Hon medverkar vid familjens första läkarbesök på polikliniken. Då får familjen information om behandlingen och hur den kommer att läggas upp.

Vid detta första besök skall barnet få en personlig pärm, där information finns om barnets diagnos och behandling. I denna pärm skall all information om förberedelser och behandling lämnas i både bild och text, så att även de minsta barnen kan sätta sig in i hur det går till. Flikar skall även finnas så att barnet kan sätta in teckningar eller andra viktiga papper som kan ha med behandlingen att göra. I barnets pärm finns kontaktsjuksköterskans namn och telefonnummer.

Efter samtalet vid polikliniken går familjen tillsammans med kontaktsjuksköterskan till strålbehandlingsavdelningen där man visas runt. I moulageverkstaden visas hur man gör fixationer med en docka som patient. Vid CT och simulator hälsar man på personalen och ser på lokal och maskiner.

Ett rum har inretts för mer barnvänlig verksamhet; kuddar att sitta på, glada tavlor och leksaker. Här skall också finnas en leklåda med små märken och presenter. Här informeras barnet om behandlingen genom att visa foton och/eller att barnet får en ritbok att fylla i. Slutligen går man in i behandlingsrummet för att visa behandlingsbordet och behandlingsapparaten. Om barnet vill kan han/hon även få pröva på att köra bordet upp och ner samt att svänga på apparathuvudet.

För många barn räcker det med detta besök innan förberedelserna börjar. För andra kanske det behövs flera besök.

Under behandlingen

För att barnen skall vara lugna och avslappnade kan de få välja att lyssna på musik eller se videofilm. Musiken och filmen kan de ta med hemifrån eller välja ur avdelningens förråd. Barnet kan också få ha sin docka eller keldjur liggande bredvid sig.

Efter varje behandling får barnet en guldstjärna i sitt behandlingskort. Efter avslutad behandling får barnet ett diplom.

Barncancerföreningen i Västra Sverige har givit medel till framställningen av en särskild ställning för tv och video. Den är vridbar så att barnet skall kunna se skärmen hur det än ligger.

Resultat

Under tiden november 2003 till maj 2004 strålbehandlades tio barn. Två barn, en pojke född 2002 och en flicka född 2000, sövdes under behandlingarna. En pojke född 1996 sövdes under simulationen men inte under behandlingen.

En utvärdering med frågeformulär till föräldrar och sjuksköterskor planeras.

Kön och ålder	Diagnos	Antal behandlingar	Anestesi	Video och/eller musik	Strålfält
Pojke f-93	ALL	10	-	musik	CNS
Flicka f-96	Neuroblastom	14	-	video	buk
Pojke f-92	Mb Hodgkin	11	-	musik	hals
Pojke f-02	KLM	6 (2/dag)	x	-	helkropp
Flicka f-93	PNET	32	-	musik	bukläge, mask
Pojke f-96	PNET Medulloblastom	33	- (x SIM)	musik	bukläge, mask
Pojke f-00	Neuroblastom	8	-	video	thorax
Pojke f-95	SCID	1	-	musik	helkropp
Flicka f-98	Mjukdels-sarkom	28 (2/dag)	-	video	armbåge
Girl f-00	ALL	4	X (- CT)	-	helkropp

Tabell. Barn som strålbehandlats under tiden november 2003 t o m maj 2004 i Göteborg.

7 DISKUSSION

Detta projekt initierades av Nätverket för evidensbaserad omvårdnad i Västra Götaland. Nätverket består av sjuksköterskor från olika delar av regionen och med olika funktioner såsom vårdutvecklare, -planerare och -analytiker. Som ledare i vården har de ett ansvar för att initiera och stimulera sjuksköterskors ansträngningar inom området. De, liksom alla legitimerade sjuksköterskor, har ansvar för att omvårdnad skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. För att stimulera en utveckling av evidensbaserad omvårdnad startades projektet. De deltagande sjukhusen gjorde en gemensam projektansökan.

Projektledaren som anställdes är sjuksköterska och universitetsadjunkt med erfarenhet av utbildning inom onkologisk omvårdnad. Till hennes hjälp och stöd bildades en arbets-grupp, en styrgrupp och en referensgrupp. Arbetsgruppen bestod av projektledaren och två sjuksköterskor/vårdanalytiker. I styrgruppen fanns främst vårdutvecklare från nät-verket. I referensgruppen satt åtta personer; sjuksköterskor, läkare och en psykolog, från olika områden och med olika erfarenheter.

Projektet var således väl förankrat i olika professioner och i flera delar av regionen.

Inledningsvis inbjöds sjuksköterskor på tretton avdelningar att delta i enkätundersökning och studiecirkel. Enkäten besvarades av 104 sjuksköterskor. På basen av enkätsvaren planerades utbildning och sju studiecirklar genomfördes. Konkret evidensbaserat förändringsarbete genomfördes på en avdelning.

Enkäten

Vi startade projektet med att skicka ut en enkät till sjuksköterskor som arbetade med patienter som strålbehandlades i regionen. Vi skickade enkäterna till hemadresserna för att de skulle besvaras privat. Vår tanke var att vi då skulle få veta vad de enskilda sjuksköterskorna hade för uppfattning, utan att man först diskuterat sig samman på avdelningen. Om detta ändå gjordes, vet vi naturligtvis ingenting om. Genom kommentarer i några enkäter fick vi däremot veta att man inte visste vad evidensbaserad omvårdnad var och att frågorna var svåra att svara på.

Vi är därför nöjda med att svarsfrekvensen blev 55 % efter två påminnelser. De flesta sjuksköterskorna tog sig ändå tid att försöka svara på frågorna.

Det viktigaste hindret för att arbeta evidensbaserat var att man inte kände till forskningsresultaten. Man hade inte tillgång till vetenskapliga tidskrifter i omvårdnad på arbetsplatsen och man hade heller inte möjlighet att gå till biblioteket på arbetstid. Att forskarna inte utvecklade metoder för användning av resultaten i praktiken sågs också som ett viktigt hinder.

Många sjuksköterskor angav att det saknades en forskningskultur eller - tradition på arbetsplatsen. Detta trots att den nya akademiska utbildningen för sjuksköterskor har funnits i tio år. Förändringsbenägna sjuksköterskor som går vidare till magister- eller doktorandstudier, söker sig ofta till tjänster där de kan påverka utvecklingen på hela kliniken.

Studiecirkeln

Studiecirkeln erbjöds till alla de avdelningar där sjuksköterskor tidigare svarat på enkäten. Sjuksköterskorna i nätverket tog kontakt med vårdenhetscheferna på respektive sjukhus och informerade om studiecirkelarna och att projektledaren skulle ringa upp dem. Vissa avdelningar tackade redan vid det första samtalet nej till fortsatt medverkan. En vanlig anledning var hög personalomsättning och mycket annan utbildningsverksamhet. När projektledaren ringde upp var man intresserad, men bad henne återkomma senare.

Projektledaren är universitetsadjunkt och hade tidigare haft kontakt med studenter och/eller sjuksköterskor vid de avdelningar som tackade ja till studiecirkeln. Det var

alltså inte en helt främmande person som kom och erbjöd sina tjänster. Däremot blev det inga studiecirklar eller utvecklingsarbete på de avdelningar där projektledaren inte var känd sedan tidigare. Denna faktor är säkert inte helt oväsentlig när man diskuterar antalet deltagande avdelningar.

De flesta avdelningar som besvarade enkäten fick ett besök av projektledaren där resultatet presenterades. Samtidigt erbjöds också studiecirkeln till sjuksköterskorna. Det kändes då som om sjuksköterskorna var mycket intresserade av hela projektet och gärna hade varit med i en cirkel. Frågan uppkommer då om det var vårdenhetscheferna som satte stopp för dem. Detta kan leda tankarna till chefernas egen utbildning men kan naturligtvis avspeglar t ex organisatoriska problem.

De chefer som stödde cirkeln såg till att det fanns tid och att organisationen fungerade för detta. Ändå hade vissa sjuksköterskor svårt att komma ifrån sitt arbete. Berodde det på svårigheter att prioritera sig själv, negativt grupptryck eller helt enkelt för mycket arbete? Hur är det kollegiala stödet för liknande verksamhet?

Studiecirkelarna genomfördes på olika sätt, men genomgående upplevdes en positiv och intresserad attityd från sjuksköterskorna. De hade olika bakgrund vad det gäller vetenskaplig metodik, men det var inget hinder, tvärtom gav det bra diskussioner. Att granska forskningsresultat tyckte många var svårt. Sökningarna i databaserna var de moment som var mest omtyckta och som man haft mest nytta av, enligt muntliga kommentarer.

En studiecirkel läggs upp som en serie träffar i en mindre grupp människor med samma intresse. Detta är en vanlig form för information och undervisning av vuxna. Sjuksköterskorna hade i enkäten klagat över tidsbrist, och modellen med en studiecirkel på arbetsplats och arbetstid verkade då bäst. Sex timmar var inte mycket för allt som skulle gås igenom, men det gav ändå en överblick över området. Några sjuksköterskor har muntligt kommenterat att det gav dem inspiration att senare söka artiklar till arbetet.

Förändringsarbetet

Projektets övergripande syfte var att utveckla och förbättra omvårdnaden för cancerpatienter som strålbehandlas. Att ändra klinisk verksamhet är inte en enkel och snabbt genomförd uppgift. Ledarskap, organisationskultur, träning, stöd och resurser är viktiga faktorer när man inför evidensbaserad omvårdnad (17).

Det är oerhört viktigt att projekt av alla slag aktivt stöds av arbetsledningen på avdelningen. I enkäten framkom att man inte alltid kände stöd från chefen när det gäller utbildning och utvecklingsarbete. Om chefen inte har utbildning i forskningsmetodik tycker hon eller han kanske inte att det är viktigt. På den avdelning förändringsarbetet genomfördes fanns ett stort stöd och vilja till förändring hos både vårdenhetschef och vårdenhetsöverläkare liksom även hos den lokala forskningsfonden vid Jubileumskliniken.

Arbetsledningen bör vara med och initiera, ge utrymme för och stödja alla försök att evidensbasera vården. Om projekten skall leda till något resultat måste viljan genomsyra ledningen från topp till bas. Det kan vara att ge tid, men även att visa intresse för dem som arbetar med detta, att uppmuntra och stödja (11,17).

Ett stödjande ledarskap leder också till en positiv kultur där det är naturligt och tillåtet att t ex söka efter ny kunskap vid sin dator under arbetstid, eller att man uppskattar och utnyttjar de nyutbildade sjuksköterskornas kunskaper inom områden där man själv inte har utbildning. Saknas stöd från ledningen kan detta vara ett hinder för utveckling (8).

Idag finns på många ställen, både regionalt och lokalt, FoU-avdelningar som kan hjälpa och stödja personal i sitt utvecklingsarbete. Många sjuksköterskor nämner ändå att det vore bra att ha någon person på avdelningen som ledde detta arbete. En kollega med mer utbildning och tid avsatt för detta.

I det första steget i förändringsarbetet frågade sig sjuksköterskorna ”Vad tycker patienterna om den vård de får här?” Det kändes positivt att starta där, att lyfta fram patienternas uppfattningar. ”Nöjda patienter visar att vårdvetenskap finns på avdelningen”, skrev någon i enkäten. Att patienterna verkligen var nöjda hindrar inte att vården kan bli bättre och i nästa steg arbetades med frågorna ”Vilka effekter har en sjuksköterskemottagning för cancerpatienter som genomgår strålbehandling?”, ”Vilka åtgärder har effekt för att förebygga och behandla hudreaktioner vid strålbehandling?” och ”Hur kan vi strålbehandla små barn säkert utan anestesi?”

Artiklar söktes i olika databaser, rubriker och abstrakt lästes och sedan togs de artiklar ut som besvarade frågan. Dessa granskades för att identifiera artiklar av god kvalitet. Att läsa och kritiskt granska vetenskapliga artiklar kräver träning. Det vetenskapliga engelska språket är för många ett stort hinder. Men, som alltid, ger övning färdighet och de sjuksköterskor som ingick i projektet hade en viss vana sedan tidigare.

Utifrån artiklarna beskrevs hur man skulle vilja arbeta, en projektplan gjordes upp och man sökte pengar. En plan för hur man ville utvärdera förändringen gjordes också. Innan det nya arbetssättet startades var det viktigt att informera all personal.

Ett år efter starten måste de involverade sjuksköterskorna fortfarande kämpa för att få verksamheterna att fungera. Det är svårt att få förändringen till att bli en del av den normala vården.

Många projekt faller på att de involverade personerna inte orkar eller kan fortsätta sitt arbete. Det handlar om förändring av arbetssätt, och förändring tar tid. Tid är en begränsande faktor. Samtidigt måste man vara medveten om att tidsbrist är en socialt accepterad ursäkt och kan stå för brist på intresse, brist på behov eller brist på kunskaper.

Förbättringsarbete i vården kallas också kvalitetssäkring eller kvalitetsutveckling. Socialstyrelsen menar att ”... *all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har att bedriva fortlöpande, systematiskt och dokumenterat kvalitetssäkringsarbete i vilket också ingår uppföljning av den egna verksamheten*” (SOSFS 1993:17). Det finns flera metoder för kvalitetssäkringsarbete. Två exempel är DySSSy och Balanserade styrkort, det senare används numera i Västra Götalandsregionen.

Wallin (8) tog reda på vad som skiljde en grupp sjuksköterskor som fortsatte med kvalitetsarbete och en grupp som inte gjorde det, fyra år efter de gått en kurs i detta

ämne. De som fortsatte var mer aktiva när det gällde att söka efter och använda sig av forskningsresultat i vårdarbetet. De hade också bättre tillgång till mänskliga resurser som forskare, statistiker, sekreterare och forskningsassistenter.

Flera sjuksköterskor skrev i enkäten att man behövde en person som skulle stödja och leda utvecklingsarbetet. Denna person skulle inte tillhöra avdelningspersonalen, utan vara fristående och ha både kunskaper och tid. Det kan vara en fördel att den personen finns på avdelningen som en god modell och används i vardagen och inte bara till projekt. Det är också viktigt att den kompetens som finns på utvecklingsavdelningar, kompetenscentra och omvårdnadsinstitutioner används när det finns behov av det.

Hinder och möjligheter

Projektet pågick under åren 2002 och 2003. Under denna tid var det en hög personalomsättning, då man bestämt att inte använda privata bemanningsbolag inom regionen. Detta medförde att det var ont om personal och den personal som var kvar kände sig hårt belastad. I en sådan situation prioriterades utbildning i datoriserad dokumentation, medicinskt inriktade kurser samt i ett fall arbete med planering för utbyggnad.

Förändringsarbete kräver ett långsiktigt arbete. Två år var en alltför kort tid för planering, genomförande och utvärdering. De enskilda utvecklingsarbetena kommer att utvärderas utanför projektet. Bröstmottagningen kommer att utvärderas inom ramen för en magisterutbildning.

Genom studiecirkeln etablerades kontakt med sjuksköterskorna på avdelningen. Utifrån detta identifierades möjliga utvecklingsområden. Förslagen kom alltså från sjuksköterskorna själva. De upplevde att något i verksamheten inte fungerade bra och ville göra något åt det. Detta kan vara en förutsättning för att förändringsarbeten skall vara framgångsrika. Sjuksköterskorna var entusiastiska och drivande och kände att detta var deras projekt. De var intresserade av att lyckas, både för sin egen men även för patienternas skull.

De sjuksköterskor som var mest engagerade i förändringsarbetet hade specialistutbildning inom onkologisk omvårdnad. De hade en viss vana att söka artiklar och de tyckte det var roligt att få använda dessa kunskaper i sitt dagliga arbete.

Förändring kan för många innebära hot av olika slag. Därför får man alltid räkna med att det kan uppstå motstånd från vissa individer. Det är då viktigt att identifiera personer med en vilja att arbeta med förändringar och som är medvetna om eventuellt motstånd.

Sjuksköterskorna i dessa förändringsprojekt mötte motstånd. Brist på pengar och tid var sådant de var medvetna om och förväntade sig. Motstånd från egna kollegor kändes däremot hårdare. Det yttrade sig som kommentarer öppet eller bakom ryggen att de smet från arbetet eller att särskild hänsyn togs till dem. Detta kan tolkas som avundsjuka eller att man kände sig hotad av förändringen. Men det är klart att det också ledde till ökat arbete för de sjuksköterskor som inte deltog i projektet. Det vanliga arbetet skulle ju fortgå parallellt med projekten.

Alla sjuksköterskor erbjöds att delta i förändringsarbetet, men endast ett fåtal anmälde sig. Orsaker kan vara att man förstod att förändringsarbete kräver tid och engagemang och att man insåg att man inte hade detta.

Det finns lagar och förordningar som anger att sjuksköterskor skall arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet (1, 15). Det är sjuksköterskans ansvarsområde att *"... utvärdera den egna verksamheten samt att följa utvecklingen och forskningen inom verksamhetsområdet för att möjliggöra förtroget med och förmedling av nya rön"*

(SOSFS 1993:17). Ändå finns det sjuksköterskor som menar att man arbetar som man alltid gjort och att detta fungerar bra. Kan man verkligen ta sig rätten att inte följa lagen?

Hur hittar jag brister i min verksamhet som jag inte vet om? Tid för reflektion av den egna verksamheten är en viktig förutsättning för att kunna se brister och vågar att avhjälpa dem. Man måste ha ett kritiskt förhållningssätt till sitt arbete och organisationen av det. Men det är lätt att vara hemmablind.

Det måste också finnas möjligheter för sjuksköterskor att, när de har definierat en frågeställning, kunna gå till datorn eller biblioteket och söka svar. Det krävs resurser som tillgång till datorer och databaser, biblioteksresurser, kunskaper att bedöma vetenskapliga artiklar m.m. Faktorn *"tid"* är inte att förglömma. Ett sätt kan vara att ge sjuksköterskorna en viss del patientfri tid då de kan arbeta med utvecklingsarbete av olika slag.

Omvårdnad är, jämfört med medicin, ett relativt nytt kunskapsområde. Det växer dock fort och årligen publiceras mellan en och två miljoner vetenskapliga artiklar, många med motstridiga resultat (2). Ett försök att ta fram evidens i detta är inte lätt för sjuksköterskor verksamma i vården. SBU:s och Svensk sjuksköterskeförenings arbete med att ge ut rapporter inom området måste därför ses positivt. Skriften *"Evidensbaserad omvårdnad. Strålbehandling av patienter med cancer"* låg till grund för förändringsarbetet i detta projekt. I rapporten beskrivs det som också framkom i förändringsarbetet, nämligen att det finns få väl genomförda arbeten som utvärderar omvårdnadsåtgärder. Däremot är sidoeffekterna, deras förekomst, lokalisering, yttringar och svårighetsgrad väl beskrivna (9).

Slutord

Att se evidensbaserad omvårdnad både som ett förhållningssätt och som en process har varit fruktbart. De är två sidor av samma mynt. Om inte sjuksköterskor ställer sig positiva till och använder sig av kunskapssammanställningar och riktlinjer som bygger på evidens så finns det ingen anledning att arbeta fram sådana. Med hjälp av sammanställningar som dem från SBU och SSF (9) kan sjuksköterskor framställa gemensamma riktlinjer inom kliniken. Dessa riktlinjer eller PM kan sedan läggas ut på klinikens hemsida så att de blir välkända och så att man verkligen arbetar efter dem.

Ett evidensbaserat förhållningssätt är att vara positiv till ny kunskap, att vara forskningskonsument. Man skall ha en vilja att veta vad man bygger sina beslut på. Det innebär att veta var man finner kunskap, regelbundet söka den och även kritiskt granska den. Man skall bygga sina beslut på vetenskap och också kunna förkasta det som bevisats inte vara till nytta (2). Detta är vad man idag lär ut vid landets

omvårdnadsinstitutioner. Men det verkar inte vara ett normalt förhållningssätt bland sjuksköterskor i vården. I enkäten som gjordes vid projektets start kom många svar som tyder på att detta område är eftersatt. Många ser EBO som ytterligare ett pålagt krav och inte som en naturlig del av arbetet.

Förhoppningsvis kan vårt projekt vara starten på en attitydförändring mot en mer positiv inställning till evidensbaserat utvecklingsarbete i vår region. Våra små projekt kan ge ringar på vattnet och inspirera andra till att starta liknande. Att förändra attityder tar lång tid, men det hindrar inte att man tar det första steget.

REFERENSER

1. Levi, R. Evidensbaserad sjukvård. Vård på säkrare grund. Lund: Studentlitteratur; 1998.
2. Willman A, Stoltz P. Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur; 2002.
3. SOSFS 1993:17. Socialstyrelsens allmänna råd: Omvårdnad inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsens författningssamling 1993.
4. Segesten, K. Pedagogiska metoder för spridning och tillämpning av evidensbaserad kunskap inom vården. Västra Götalandsregionen; 1999.
5. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 2000.
6. Rosenberg W, Donald A. Evidens based medicine: an approach to clinical problem solving. British Medical Journal 1995; 310:1122-1126.
7. Flemming K. Asking answerable questions. Evidence-based Nursing 1998; 1(2):36-37.
8. Eriksson K, Nordman T, Myllymäki I. Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap; 1999.
9. SBU och SSF. Evidensbaserad omvårdnad. Strålbehandling av patienter med cancer. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, rapport nr 1/1998.
10. SBU. Strålbehandling vid cancer. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, rapport nr 162/1-2, 2003.
11. Nilsson Kajermo K. Att använda forskningsresultat i vården – hinder och möjligheter för sjuksköterskor. Stockholm 2000: lic-avh.
12. Hunt J. Research Into Practice: The Foundation for Evidence-Based Care. Cancer Nursing 2001; 24 (2): 78-87.
13. Segesten K. Använd forskningens resultat! Ett studiematerial om vårdforskningens tillämpning i vardagen. Stockholm: Vårdförbundet SHSTF 1994.
14. Tramner JE, Kisilevsky BS, Muir DW. A nursing research utilization strategy for staff nurses in the acute care setting. Journal of Nursing Administration 1995; 25(4): 21-29.
15. Sullivan P. Developing evidence-based care in mental health nursing. Nursing Standard 1998; 12(31): 35-38.
16. Björkström ME, Hamrin EKF. Swedish nurses' attitudes towards research and development within nursing. Journal of Advanced Nursing 2001; 34: 706-714.

17. Wallin L, Boström AM, Wikblad K, Ewald U. Sustainability in changing clinical practice promotes evidence-based nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(5): 509-518.
18. Mahon, P.Y. An analysis of the concept patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 24:1241-1248.
19. Ottosson, J.O. Patient-läkarrelationen. Läkekonst på vetenskaplig grund. Stockholm: Natur och Kultur; 1999.
20. Wilde Larsson B, Larsson G, Larsson M, Starrin B. KUPP-boken: Kvalitet ur Patientens Perspektiv. Stockholm: Vårdförbundet; 1998.
21. SFS 1982:763, Hälso- och sjukvårdslagen.
22. Socialstyrelsen och Cancerfonden. Cancer i siffror. Stockholm 1999.
23. SBU. Strålbehandling vid cancer. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, rapport nr 129/1 1996.
24. SBU och SSF. Evidensbaserad omvårdnad. Strålbehandling av patienter med cancer. Västerås: Västra Aros tryckeri; 1998.
25. Wengström Y, Häggmark C, Strandner H, Forsberg C. Perceived symptoms and quality of life in women with breast cancer receiving radiation therapy. *European Journal of Oncology Nursing* 2000; 4(2):78-88.
26. Turesson T, Notter G. The influence of the overall treatment time in radiotherapy on the acute reaction: comparison of the effects of daily and twice-a-week fraction on human skin. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1984; 10: 607-618.
27. Poroch D. The effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiation therapy. *Cancer Nursing* 1995; 18:206-214.
28. Hagopian G. The effects on informational audiotapes on knowledge and selfcare behaviors of patients undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum* 1996; 23:697-700.
29. Cox K, Wilson E. Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43(1): 51.
30. Moore S, Corner J, Haviland J, Wells M, Salmon E, Normand C, Brada O'Brien M, Smith I. Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *BMJ.* 2002 Nov 16; 325(7373):1145.
31. Campbell J, German L, Lane C, Dodwell D. Radiotherapy outpatient review: A nurse-led clinic. *Clinical Oncology* 2000; 12:104-107.
32. Faithfull S, Corner J, Meyer L, Huddart R, Dearnaley D. Evaluation of a nurse-led follow up for patients undergoing pelvic radiotherapy. *Br J Cancer* 2001; 85(12):1853-64.
33. Wengström Y, Häggmark C, Strandner H, Forsberg C. Effects of a nursing intervention on subjective distress, side effects and quality of life in breast cancer

- patients receiving curative radiation therapy - a randomized study. *Acta Oncol* 1999; 38(6):763-70.
34. Wengström Y, Häggmark C, Forsberg C. Coping with radiation therapy: effects of a nursing intervention on coping ability for women with breast cancer. *Int J Nurs Pract* 2001; 7(1):8-15.
 35. Sardell S, Sharpe G, Ashley S, Guerrero D, Brada M. Evaluation of a nurse-led telephone clinic in the follow-up of patients with malignant glioma. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2000; 12(1):36-41.
 36. Hagopian GA, Rubenstein JH. Effects of telephone call interventions on patients' well-being in a radiation therapy department. *Cancer Nursing* 1990 Dec; 13 (6): 339-44.
 37. Degerfält J. Strålbehandling. Historik – fysik –omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 1998.
 38. Porock D, Kristjanson L. Skin reactions during radiotherapy for breast cancer: the use and impact of topical agents and dressings. *European Journal of Cancer Care* 1999; 8:143-153.
 39. Naylor W, Mallett J. Management of acute radiotherapy induced skin reactions: a literature review. *European Journal of Oncology Nursing* 2001; 5(4):221-233
 40. Cox D, Stetz JA, Pajak T. Toxicity criteria of Radiation therapy oncology group (RTOG) and the European organization for research and treatment of cancer (EORTC). *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 1995; 31(5):1341-1346.
 41. Porock D. Factors influencing the severity of radiation skin and oral mucosal reactions: development of a conceptual framework. *European Journal of Cancer Care* 2002; 11(1):33-47.
 42. Sitton E. Early and late radiation-induced skin alterations. Part II: Nursing care of irradiated skin. *Oncology Nursing Forum* 1992; 19(6):907-912.
 43. Glean E, Edwards S, Faithfull S, Meredith C, Richards C, Smith M, Colyer H. Intervention for acute radiotherapy induced skin reactions in cancer patients: the development of a clinical guideline recommended for use by college of radiographers. *Journal of Radiotherapy in Practice* 2001; 2: 75-84.
 44. Lökkevik E, Skovlund E, Reitan J, Hannisdal E, Tanum G. Skin treatment with Bepanthen cream versus no cream during radiotherapy. A randomized controlled study. *Acta Oncologica* 1996; 35(8): 1021-1026.
 45. Heggie S, Bryant GP, Tripcony L, Keller J, Rose P, Glendenning M, Heath J. A Phase III study on the efficacy of topical aloe vera gel on irradiated breast tissue. *Cancer Nursing* 2002; 25(6): 442-51.
 46. Olsen DL, Raub W, Bradley C, Johnson M, Macias J, Love V, Markoe A. The effect of aloe vera gel/mild soap versus mild soap alone in preventing skin reactions in patients undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28(3): 543-547.

47. Boström Å, Lindman H, Swartling C, Berne B, Bergh J. Potent corticosteroid cream (mometasone furoate) significantly reduces acute radiation dermatitis: results from a double-blind, randomized study. *Radiotherapy and Oncology* 2001; 59: 257-265.
48. Bucholtz DB. Issues concerning the sedation of children for radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 1992; 19(4): 649-655.
49. Slifer KJ. A video system to help children cooperate with motion control for radiation control without sedation. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 1996; 13(2): 91-97.
50. Enskär K, Carlsson M, Hamrin E, Kreuger A. Swedish health care personnel's perception of disease and treatment related problems experienced by children with cancer and their families. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 1996; 13(2): 61-70.
51. Enskär K, Carlsson M, Golsäter M, Hamrin E, Kreuger A. Life situation and problems as reported by children with cancer and their parents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 1997; 14(1): 18-26.
52. Bucholtz DB. Comforting children during radiotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 1994; 21(6): 987-994.
53. Seiler G, De vol E, Khafaga Y, Gregory B, Al-Shabanah M, Valmores A, Versteeg D, Ellis B, Mustafa M, Gray A. Evaluation of the safety and efficacy of repeated sedations for the radiotherapy of young children with cancer: A prospective study of 1033 consecutive sedations. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 2001; 49(3): 771-783.
54. Slifer KJ, Bucholtz JD, Cataldo MD. Behavioral training of motion control in young children undergoing radiation treatment without sedation. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 1994; 11(2): 55-63.
55. Pressdee R, May I, Eastman E, Greir D. The use of play therapy in the preparation of children undergoing MR imaging. *Clinical radiology*, 1997; 52, 945-947.
56. Scott L, Langton F, O'Donoghue J. Minimizing the use of sedation/anaesthesia in young children receiving radiotherapy through an effective play prepreparation programme. *European Journal of Oncology Nursing*, 2002; 6(1): 15-22.

Bilaga 1

1. **Alder**
Jag är år
2. **Kön**
☐ Man
☐ Kvinna
3. **Civilstånd**
☐ Sammanboende
☐ Ensamstående
4. **Nationalitet**
☐ Svensk
☐ Nordisk
☐ Annan
5. **Utbildning (Ange högsta)**
☐ Folkskola/Grundskola (motsvarande)
☐ Yrkeskola/Gymnasium (motsvarande)
☐ Högskola/Universitet
6. **Sysselsättning**
☐ Yrkesarbetande
☐ Studerande
☐ Annat
7. **Du som fick remiss – Hur lång tid fick du vänta innan du fick komma till mottagningen?**
☐ 0 - 7 dagar
☐ Mer än 1 vecka - 1 månad
☐ Mer än 1 månad - 3 månader
☐ Mer än 3 månader - 6 månader
☐ Mer än 6 månader
8. **Hur upplevde du väntetiden?**
☐ Mycket svår
☐ Svår
☐ Varken svår eller lätt
☐ Lätt
☐ Mycket lätt
- 9a. **På mottagningen – Fick du komma in på avtalad tid?**
☐ Ja
☐ Nej
- 9b. **Om nej! – Hur länge fick du vänta?**
☐ 0 - 15 minuter
☐ 16 - 30 minuter
☐ 31 - 60 minuter
☐ Mer än 60 minuter

Instruktion: Fyll i både A och B på respektive fråga

Jag fick bra information om	A. Så här var det för mig				B. Så här betydelsefullt var det för mig				
	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska liten betydelse	Ej aktuellt
10. hur undersökningar och behandlingar skulle gå till	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. resultatet av undersökningar och behandlingar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. egenvård; "hur jag bäst bör sköta mig"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. vilken läkare som var ansvarig för min vård	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. vilken sjuksköterska som var ansvarig för min omvårdnad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jag fick									
15. bästa möjliga medicinska vård (så gott som jag själv kan bedöma)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. effektiv smärtlindring	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. undersökningar och behandlingar genomförda inom acceptabel väntetid	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Instruktion: Fyll i både A och B på respektive fråga

Läkarna	A. Så här var det för mig				B. Så här betydelsefullt var det för mig				
	Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska liten betydelse	Ej aktuellt
18. verkade förstå hur jag upplevde min situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. bemötte mig med respekt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. visade engagemang; "brydde sig om mig"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sjuksköterskorna och undersköterskorna

21. verkade förstå hur jag upplevde min situation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. bemötte mig med respekt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. visade engagemang; "brydde sig om mig"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Jag fick tala med

24. läkarna i enrum vid de tillfällen som jag önskade	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. sjuksköterskorna i enrum vid de tillfällen som jag önskade	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Instruktion: Fyll i både A och B på respektive fråga

		A. Så här var det för mig			B. Så här betydelsefullt var det för mig						
		Instämmer helt	Instämmer till stor del	Instämmer delvis	Instämmer inte alls	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt
Jag hade bra möjlighet											
26.	att delta i beslut när det gällde min vård	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Min vård styrdes av											
27.	mina egna önskemål och behov snarare än av personalens rutiner	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mina anhöriga och vänner											
28.	bemöttes på ett bra sätt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Det var											
29.	en trivsamt atmosfär på mottagningen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		A. Så här var det för mig			B. Så här betydelsefullt var det för mig						
		Ja	Nej	Ej aktuellt	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av ganska stor betydelse	Av liten eller ingen betydelse	Ej aktuellt		
Jag hade tillgång till											
30.	den apparatur och utrustning som var nödvändig för min vård (så gott som jag själv kan bedöma)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. Hur tycker du att ditt fysiska hälsotillstånd är nu?

- ☐ Mycket dåligt
☐ Ganska dåligt
☐ Varken bra eller dåligt
☐ Ganska bra
☐ Mycket bra

32. Hur tycker du att ditt psykiska välbefinnande är nu?

- ☐ Mycket dåligt
☐ Ganska dåligt
☐ Varken bra eller dåligt
☐ Ganska bra
☐ Mycket bra

33. Kommer du att följa de råd och anvisningar du nu fått av läkaren?

- ☐ Ja, helt och hållet
☐ Ja, delvis
☐ Nej
☐ Vet ej
☐ Har inte fått råd och anvisningar av läkaren

34. Kommer du att följa de råd och anvisningar du nu fått av sjuksköterskan?

- ☐ Ja, helt och hållet
☐ Ja, delvis
☐ Nej

☐ Vet ej

☐ Har inte fått råd och anvisningar av sjuksköterskan

35. Hur lätt är det att komma fram på telefon till mottagningen?

- ☐ Mycket lätt
☐ Lätt
☐ Varken lätt eller svårt
☐ Svårt
☐ Mycket svårt
☐ Vet ej

36. Hur lätt är det att komma fram på telefon till läkaren?

- ☐ Mycket lätt
☐ Lätt
☐ Varken lätt eller svårt
☐ Svårt
☐ Mycket svårt
☐ Vet ej

37. Hur lätt är det att komma fram på telefon till sjuksköterskan?

- ☐ Mycket lätt
☐ Lätt
☐ Varken lätt eller svårt
☐ Svårt
☐ Mycket svårt
☐ Vet ej

38. Hur lätt är det att få besökstid hos läkaren?

☐ Mycket lätt

☐ Lätt

☐ Varken lätt eller svårt

☐ Svårt

☐ Mycket svårt

☐ Vet ej

39. Hur lätt är det att få besökstid hos sjuksköterskan?

☐ Mycket lätt

☐ Lätt

☐ Varken lätt eller svårt

☐ Svårt

☐ Mycket svårt

☐ Vet ej

40. Känner du någon tveksamhet när det gäller att på nytt söka denna mottagning/motsvarande vid framtida vårdbehov?

☐ Ja, stor tveksamhet

☐ Ja, ganska stor tveksamhet

☐ Ja, viss tveksamhet

☐ Nej, ingen tveksamhet

☐ Vet ej



41. Det här var jag särskilt nöjd med:
-
-
-
-
42. Förslag till förbättringar:
-
-
-
-

Tack för din medverkan!

(Publiceras med tillstånd av Bodil Wilde).

Bilaga 2. Översikt av artiklar som beskriver sjuksköterskeledda interventioner i uppföljningen av cancerpatienter under/efter strålbehandling.

Författare år och land	Titel	Syfte	Metod	Del- tagare	Resultat
Hagopian & Rubenstein 1990, USA	Effects of telephone call interventions on patients' well-being in a radiation therapy department	Undersöka vilken effekt telefonuppföljning har för patienters välmående	Förutom standardvård telefonsamtal 1g/vecka	n =55	Ingen skillnad mellan grupperna kunde visas. Däremot mellan olika mättillfällen
Wengström et al. 1999 Sverige	Effects of a Nursing Intervention on Subjective Distress, Side Effects and Quality of Life of Breast Cancer Patients Receiving Curative Radiation Therapy	Undersöka om en ssk-intervention med syfte att öka pat förmåga till egenvård kan ha effekter på subjektiv distress, sidoeffekter och QoL hos bröstca pat under strålbeh	Ssk-mottagning under strålbeh v 1, 3, 5 och 2 tillfällen efter beh avsl med syfte att öka patientens möjlighet till egenvård enl Orems modell	n=134	Graden av subjektiv distress var lägre i exp-gr jämfört med kontrgruppen (p<0.05)
Sardell et al 2000 UK	Evaluation of a Nurse-Led Telephone Clinic in the Follow-up of Patients with Malignant Glioma	Utvärdera en sjuksköterskeledd telefonuppföljning som alternativ till standarduppföljning av gliompatienter	Telefonsamtal för bedömning av status, medicinering, funktion 1g/mån	n=45	På en VAS- skala bedömde patienterna VAS m =9 för hur nöjd man var med telefonuppföljning
Campbell et al 2000 UK	Radiotherapy Outpatient Review: A Nurse-Led Clinic.	Utvärdera betydelsen av en ssk-ledd mottagning för effektivitet av given vård av patienter under strålbehandling	Ssk-mottagning med samma funktion som en läkarmottagning	n= 212	Besökstiderna var längre, väntetiderna kortare och fler kontakter togs med andra professioner
Faithfull S et al 2001 UK	Evaluation of nurse-led follow-up for patients undergoing pelvic radiotherapy	Jämföra resultat mellan ssk-ledd uppföljning och standard vård efter strålbehandling.	Vid strålbeh start: muntl + skriftinfo och undervisn, sedan öppen mottagning under behandlingstiden	n=115	Männen i kontrollgruppen rapporterade sign fler allvarliga sidoeffekter i v 1. Männen i int-gr. var mer nöjda med uppföljningen av vården (p<0.002). Kostnaderna sjönk med 31 % (p<0.001).
Wengström et al 2001 Sverige	Coping with radiation therapy: Effects of a nursing intervention on coping ability for women with breast cancer	Studera effekten av en ssk-mott, baserad på Orems egenvårdsteori, av coping hos kvinnor som strålbehandl för bröstcancer	Ssk-mottagning med info/undervisn, psykosocialt stöd, hjälp till egenvård	n=134	Kvinnor>59 år fick starkare motivation att engagera sig emotionellt
Moore at al 2002 UK	Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial.	Bedöma effektiviteten av en sjuksköterskeledd uppföljning av patienter med lungcancer efter avslutad beh	Öppen ssk-ledd mottagning + telefon, bedömning 1g/mån	n=202	Efter 3 mån bedömde pat sin dyspne lägre än kontr-gr (p<0.03). Patienternas tillfredsställelse med vården var efter 3 mån högre på alla punkter. Mottagningen var säker, acceptabel och kostnadseffektiv
Cox 2003 UK	Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions	Utvärdera effekter av sjuksköterskeledd uppföljning i cancervård		37 artiklar	Sjuksköterskemottagningar, spec kompletterad med telefon, är acceptabel, lämplig och effektiv.

Bilaga 3. Översikt av artiklar som beskriver behandling av hudreaktioner vid strålbehandling

Författare, år, land	Titel	Syfte	Metod	Del-tagare	Resultat
Sitton 1992 USA	Early and late skin alterations. Part II: Nursing care of irradiated skin	Kunna rekommendera åtgärder vid olika grad av hudreaktion	Litteraturgranskning		Råd till patienter om hur de skall sköta huden under strålbehandling
Løkkevik et al 1996 Norge	Skin treatment with Bepanthen cream versus no cream during radiotherapy	Jämföra Bepanthen med att inte använda någon kräm alls	Hudbedömning av läkare 1g/v enl RTOG-kriterier. Pat var sin egen kontroll, smorde halva bröstet	n=86	Ingen signifikant skillnad kunde visas
Porock et al 1999 UK	Skin reactions during radiotherapy for breast cancer: the use and impact of topical agents and dressings	Beskriva riskfaktorer, hudreaktioner och deras behandling vid strålbehandling av bröstcancer	Bedömning av huden på 8 olika delar av bröstet enl RTOG-kriterier. Pat fick bedöma ev smärta med VAS	n=126	Vecka 6 hade flest pat smärta. Mjukgörande krämer läker inte men upplevs sköna att använda
Olsen et al 2001 USA	The Effect of Aloe Vera Gel/Mild Soap Versus Mild Soap Alone in Preventing Skin Reactions in Patients Undergoing Radiation Therapy	Utvärdera om beh med aloe vera gel kan förebygga och försena strålreaktioner	Alla pat fick råd att tvätta, klapptorka, lufta, lösa kläder samt smörja med fuktkräm. Exp-gr smorde sig med aloe vera gel flera ggr/dag. Bedömning av huden 1g/v av läkare o ssk enl RTOG-kriterier	n=70	Aloe vera har en viss fördröjande effekt på vissa patienter, denna effekt ökar ju mer Gy pat får
Boström et al 2001 Sverige	Potent corticosteroid cream (mometason furoate) significantly reduces acute radiation dermatitis: results from a double-blind, randomized study	Studera om en corticosteroid kräm, som används profylaktiskt och terapeutiskt, kan minska erytemet vid strålbeh	Hudbedömning med spectrophotometer resp öga på 5 delar av strålfältet vid 5 tillfällen. Pat bedömde klåda, brännande och smärtande känsla med VAS	n=50	Den använda cortisonkrämen tillsammans med mjukgörare var signifikant bättre än endast en mjukgörande kräm
Naylor & Mallett 2001 UK	Management of acute radiotherapy induced skin reactions: a literature review	Ta reda på de mest effektiva och acceptabla behandlingsmetoderna för strålinducerad hudreaktion	Litteraturgranskning		Guidelines
Glean et al 2001 UK	Intervention for acute radiotherapy induced skin reactions in cancer patients: the development of a clinical guideline recommended for use by the college of radiographers	Utveckla en evidensbaserad guideline för hudreaktioner	Systematisk litteraturgranskning		Guidelines
Heggie et al 2002 Australien	A Phase III study on the efficacy of topical aloe vera gel on irradiated breast tissue.	Ta reda på om aloe vera gel kan reducera strålreaktioner i huden	Kontrollgrupp smorde sig med fuktkräm och testgrupp med aloe vera gel 3ggr/dag tom 2 veckor efter avslutad beh.	n=255	Aloe vera gel gav ingen signifikant reduktion av strålreaktioner i huden

Bilaga 4. Översikt av artiklar som beskriver olika sätt att minska antalet narkoser för barn under strålbehandling

Författare, år och land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat
Bucholtz DB. 1992, USA	Issues concerning the sedation of children for radiation therapy		Föreläsning		
Bucholtz DB. 1994, USA	Comforting children during radiotherapy		Föreläsning		
Slifer et al. 1994, USA	Behavioral training of motion control in young children undergoing radiation treatment without sedation	Beskriva resultatet av ett träningsprogram för att få barn att ligga stilla under strålbehandling	Träningsprogram se tabell	10 barn, ålder 3 till 7 år	8 av 10 barn fick sin dagliga strålbehandling utan anestesi
Slifer et al. 1996, USA	A video system to help children cooperate with motion control for radiation treatment without sedation	Beskriva användningen av ett träningsprogram samt video för att få barn att ligga stilla under strålbehandling	Träningsprogram och videofilm	11 barn, ålder 2,5-7 år	9/11 barn fick strålbehandling utan sedering/nedsövning. Kostnaden minskade till 1/20
Pressdee et al. 1997, UK	The use of play therapy in the preparation of children undergoing MR imaging	Beskriva hur besök hos en lekterapeut före MR kan minska antalet narkoser	Besök hos lekterapeut, se tabell	169 barn, ålder 4-8 år	Bara ett barn har behövt nedsövning i samband med MR
Seiler et al. 2001, Saudi Arabia	Evaluation of the safety and efficacy of repeated sedations for the radiotherapy of young children with cancer: a prospective study of 1033 consecutive sedations.	Utvärdera praxis vad gäller sedering och anestesi för barn som strålbehandlas	Genomgång av data från journaler	198 barn, ålder 5 mån till 14 år	37% av barnen krävde sedering (=nedsövning eller sederande lm)
Scott et al. 2002, UK	Minimising the use of sedation/anaesthesia in young children receiving radiotherapy through an effective play preparation programme	Genom ett träningsprogram vänja barnen vid personal och apparater så att oro, ångslan och missförstånd minskar	Träningsprogram se tabell	63 barn, ålder 2-5 år	Av 1030 beh krävde 111 sedering, ingen nedsövning

Bilaga 5. Översikt av träningsprogram som föreslås för barn inför strålbehandling

Bucholtz DB. 1992, USA	Demonstrera processen för barn och föräldrar på en docka. Personal eller föräldrar kan först lägga sig på behandlingsbritten för att visa hur det går till.
Bucholtz DB. 1994, USA	"Comfort" är ett centralt begrepp. Lek med mjukisdjur som patient vid informationen. Videofilmer, ljudband och färgläggningsböcker kan också användas som information. Rundtur på strålbehandlingsavdelningen med föräldrar och barn. Behavioural training approach: 1. Tillvänj barnet vid strålbehandlingsavdelningens utrustning genom besök på avd för att möta personalen och gradvis introduceras till utrustningen. 2. Motivera barnet att samarbeta efter personalens instruktioner genom att uppmuntra barnet med beröm och ge små presenter. Videovisning som belöning. Barnet får ta med gosedjur och favoritband att lyssna på. 3. Lära barnet att förhindra medvetna rörelser.
Slifer et al. 1994, USA	Flera besök på strålbehandlingsavdelningen innan start, i samband med besöken även övningar att ligga stilla.
Slifer et al. 1996, USA	Ovan beskrivna program + videofilmer. Barnen fick själva välja vilken film de vill se.
Pressdee et al. 1997, UK	Besök hos lekterapeut före MR. Hon talar ett förståeligt språk, visar foton, har en liten modell av en MR-kamera där hon med plastfigurer som föreställer barn och föräldrar visar hur allt går till. Ett band spelar upp ljudet som hörs när maskinen är igång. Ibland även besök på enheten. Alla barn 4-8 år tillsändes en ritbok. Den beskriver ett besök vid MR ur ett barns ögon. Barnen får färglägga hemma och visa upp.
Scott et al. 2002, UK	Individuellt program efter bedömning av barnets behov. Lek med docka som kan behandlas i en rörlig apparat, en mindre och enklare attrapp av en behandlingsapparat som barnet kan pröva att ligga i, fotografier av avd och apparaten, besök på strålbehandlingsavdelningen, barnet uppmanas att ta med favoritleksak och favoritmusik på band. En hjälte i en bok kan bli en förebild, t ex att ligga stilla som en tennsoldat. Kanske få se ett annat barn behandlas. Positiv uppskattning, beröm eller stjärnor. Viktigt med en lugn och avspänd miljö där programmet genomförs.
Seiler et al. 2001, Saudi Arabia	Informationsvideofilm, en ritbok som handlar om att ha cancer och strålbehandlas, en sjuksköterska visar runt på avd, föreslår lekterapeut. Förslag till program: 1. Tydliga instruktioner till föräldrarna i varje steg av barnets behandling 2. Bilderböcker som handlar om behandling och som man kan låna 3. En liten behandlingsapparat med ljud och ljus att leka med 4. En stor docka att behandla och att visualisera sina känslor på 5. Tid att göra sig bekant med utrustning och personal 6. En stjärna i boken för varje genomförd behandling

Utvärdering

Evidensbaserad omvårdnad för patienter som får strålbehandling för cancer – ett vårdutvecklingsprojekt i Västra Götaland 2004

Lillemor Lideborg
2004-12-13

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	61
	1.1 Projektet	61
2	UTVÄRDERING AV PROJEKTET	61
	2.1 Sammanfattning	61
3	SYFTE	62
4	BAKGRUND	62
	4.1 Uppdragsgivare	62
	4.2 Omfattning	62
	4.3 Avgränsning	63
5	ARBETSMETOD	63
	5.1 Frågeställningar	63
	5.2 Urval och rekrytering	64
	5.3 Genomförande av intervjuer	64
6	UTVÄRDERING: MÅL MOT RESULTAT	64
	6.1 Värderingskriterier	65
	6.1.1 Ökad kunskap om evidensbaserad omvårdnad	65
	6.1.2 Ökad kunskap om hur man söker evidens	65
	6.1.3 Upplevd nytta av interventionen	66
	6.1.4 Ökat intresse och engagemang	66
	6.1.5 Konkreta förbättrings- eller förändringsåtgärder genom tillämpad EBO	66
	6.1.6 Ökad kunskap om möjligheter och hinder för att arbeta med evidensbaserad omvårdnad	67
	6.2 Hur går vi vidare?	70
7	UTVÄRDERING AV ARBETSSÄTT/METOD	71
	7.1 Sjuksköterskornas upplevelser	73
	7.2 Verksamhetsansvarigas kommentarer	73
	7.3 Projektledarens upplevelser	73
8	KOMMENTARER OCH REFLEKTIONER	74
9	REFERENSER	75
10	KONTAKT	76

1 INLEDNING

1.1 Projektet

Västra Götalandsregionen, (VGR) analysenheten har tilldelats medel från Cancerfonden för att genomföra ”Evidensbaserad omvårdnad för patienter som får strålbehandling för cancer – ett vårdutvecklingsprojekt i Västra Götaland”.

Projektet som genomförts under 2001-2003 har ett övergripande syfte, att utveckla och förbättra omvårdnaden för den enskilde cancerpatienten genom att sprida och tillämpa kunskap om evidensbaserad omvårdnad vid strålbehandling av cancerpatienter. Då projektet nu är avslutat skall resultatet följas upp och utvärderas separat.

Utvärderingen gjordes under perioden september – oktober 2004.

Målgruppen för projektet var sjuksköterskor i Västra Götaland vilka hade omvårdnadsansvar för patienter som strålbehandlades på grund av cancer. Insatser till sjuksköterskorna skulle erbjudas efter behov.

Projektet lades upp i tre steg: en enkät till sjuksköterskorna, en utbildningsinsats samt utvecklingsarbetet. Varje del kommer att presenteras för sig.

2 UTVÄRDERING AV PROJEKTET

2.1 Sammanfattning

Utvärderingen av projektet handlar om att ta reda på effekterna av insatser och upplevd nytta och erfarenheter hos verksamhetsansvariga och sjuksköterskor som deltagit i projektet ”Evidensbaserad omvårdnad för patienter som får strålbehandling för cancer – ett vårdutvecklingsprojekt i Västra Götaland”

Effekterna av projektet visar sig i form av ett ökat intresse hos sjuksköterskorna att använda sig av evidensbaserad omvårdnad i sin dagliga verksamhet. Intresse och engagemang var stort under pågående projekt men har minskat efter projektavslut. Uti från studiecirkel och intresse startades det upp projekt för att vidareutveckla vården för patienten. Några av dessa projekt kommer att utvärderas för att dra nytta av lärande och erfarenheter.

Det är olika faktorer som påverkar sjuksköterskorna att arbeta evidensbaserat. Det handlar om organisatoriska faktorer, synsätt, kulturer och eget intresse. Inom ramen för organisatoriska faktorer ligger tillgänglighet, förankring, brist på tydliga mål och uppföljning.

Det finns en kultur och ett synsätt som ligger till hinder för många sjuksköterskor att arbeta evidensbaserat. Läkarna har en annan vetenskaplig tradition och är oftast prioriterade när det gäller egen tid och har ett annat stöd från ledningen.

Sjuksköterskorna själva medger också att det finns en miljö på arbetsplatsen där man inte alltid stöttar varandra och att det finns ett stort motstånd till förändringar. För att få en förändring eller förbättring krävs det stöd från ledningen, eget intresse och ett förändrat synsätt när det gäller revirtänkande inom arbetsgrupperna.

Att driva regionala projekt kräver ett tydligt mål, tydlig projektstruktur och uppföljning. Att sedan sprida resultatet för ett lärande är av allra största vikt.

3 SYFTE

Syftet med utvärderingen är att ta reda på effekterna av insatser och upplevd nytta och erfarenheter hos verksamhetsansvariga och sjuksköterskor.

I uppdraget ingår att utvärdera arbetsprocessen och dess metoder och tillämpning i "EBO projektet" för att ta tillvara de goda erfarenheterna och ett lärande i framtida projekt i VGR. Utvärderingen grundar sig på:

- att kartlägga sjuksköterskors kännedom om och användning av EBO vid strålbehandling av cancerpatienter
- att beskriva sjuksköterskors möjligheter och hinder för att arbeta med evidensbaserad omvårdnad av cancerpatienter som får strålbehandling.

4. BAKGRUND

4.1 Uppdragsgivare

Uppdragsgivare och beställare är Marianne Förars, analysenheten, hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet Skövde.

4.2 Omfattning

Målgruppen för projektet var sjuksköterskor i Västra Götaland vilka hade omvårdnadsansvar för patienter som strålbehandlades på grund av cancer. Sjuksköterskorna arbetade vid en strålbehandlingsavdelning eller vid en vårdavdelning där man vårdar patienterna före, under och/eller efter strålbehandling.

De kliniker som var representerade i projektet var onkologiska kliniker i Göteborg och Borås samt Kärnsjukhuset, Skövde där patienter med cancer vårdas i samband med strålbehandling.

Utvärderingen genomfördes under september-oktober 2004.

EBO projektet omfattade 3 steg, en enkät till sjuksköterskorna, en utbildningsinsats i form av studiecirkel samt utvecklingsarbete.

I utvärdering har följande målgrupper/deltagare omfattats:

- Sjuksköterskor som gått studiecirkel
- Sjuksköterskor som genomfört utvecklingsarbete
- Vårdenhetschefer
- Verksamhetschef, vårdenhetsöverläkare
- Projektledare
- Projektbeställare

4.3 Avgränsning

Utvärderingen omfattar inte enkäten till sjuksköterskorna.

5 ARBETSMETOD

Utvärderingen av EBO-projektet har genomförts i projektform. Intressenter till utvärderingen har identifierats och kommer att delges resultatet.

Intressenter:

- Cancerfonden
- Enheten för analys och utvärdering
- Projektbeställare – Marianne Förars
- Projektledare – Inger Öjerskog
- Referensgrupp
- Deltagande enheter
- Onkologiskt centrum

Utvärderingen bygger på den kvalitativa metodiken där deltagarna fokuserar på deras egna upplevelser av vad projektet har tillfört dem och deras verksamhet.

Metoden som använts är strukturerade intervjuer med deltagarna både i grupp och individuellt samt analys av projektledarens dokumentation i form av projektdokument, projektdagbok och rapporter.

Svaren har sammanställts och analyserats och redovisas under resultat.

5.1 Frågeställningar

De frågor som ställts till deltagarna är formulerade utifrån uppdragets värderingskriterier och har formulerats som öppna frågeställningar för att få deltagarna att reflektera och diskutera.

Följande värderingskriterier har fastlagts

- Ökad kunskap om evidensbaserad omvårdnad
- Ökad kunskap om hur man söker evidens
- Upplevd nytta av interventionen
- Ökat intresse och engagemang
- Konkreta förbättrings- eller förändringsåtgärder (genom tillämpad EBO)
- Ökad kunskap om möjligheter och hinder för att arbeta med EBO

5.2 Urval och rekrytering

Urvalet grundar sig på en strävan att nå en så bred representation som möjligt.

Genom att de deltagande vårdenhetscheferna har varit till stor hjälp med att rekrytera till gruppintervjuerna och även hjälpt till att planera och boka lokaler har det gått lätt och smidigt att få både god spridning och representation.

5.3 Genomförande av intervjuer

Totalt har 28 personer intervjuats fördelat på 4 grupper med sjuksköterskor, 2 verksamhetschefer och 4 vårdenhetschefer. Genomgående har det upplevts som en positiv och bra form för att samla in synpunkter.

Diskussioner som inte direkt kan kopplas till frågeställningarna men ändå belyser omvårdnadsperspektivet har noterats och kommer att redovisas längre fram i rapporten under övriga kommentarer och reflektioner.

6 UTVÄRDERING: MÅL MOT RESULTAT

Målet med utvärderingen är att utvärdera och följa upp projektet för att ta reda på effekterna av insatser och upplevd nytta och erfarenheter hos verksamhetsansvariga och sjuksköterskor som arbetar med patienter som genomgår strålbehandling.

Svaren kommer att redovisas utifrån uppdragets värderingskriterier.

Vid samtliga intervjutillfällen hade deltagarna svårt att direkt dra sig till minnes hur det var just då. Det har gått lång tid från det att de genomförde olika aktiviteter till att vi träffades för att utvärdera projektet.

När det gäller syftet med projektet svarade de flesta att det handlade om att föra ut vad evidensbaserad omvårdnad är och hur vi kan använda kunskapen för att ge patienten den bästa vården.

De enheter som deltog fick frågan om vad det var som fick dem intresserade av projektet och vilka mål de själva hade. Det framgick att det fanns ett allmänt intresse för att lära sig nytt och att veta vad som egentligen menas med evidensbaserad

omvårdnad. Att delta i projektet kunde ”sprida ringar på vattnet” och starta upp ett förändrat arbetssätt där vi utgår från evidens.

En kommentar från verksamhetsansvarig var att man ville tydliggöra sjuksköterskornas roll. ”Sjuksköterskorna på strålbehandlingen har ett speciellt arbete där de ska utföra väldigt många arbetsuppgifter på den korta stund patienten är där, deras roll har ändrats genom åren när vi har gått till en alltmer datoriserad arbetsplats. Omvårdnadsarbetet utvecklas mer på en vårdavdelning än på en poliklinisk mottagning, projektet var en väg till att stimulera och utveckla deras roll.”

Det fanns också ett intresse från verksamhetsansvariga att stötta projektet både med kunskap och med förankring. När det gäller förankring framkommer det att det inte alltid fungerat. Verksamhetsansvariga säger sig stötta, men i praktiken fungerar det inte alltid. Cheferna svarade att de befrämjade möjligheterna att arbeta med evidensbaserad omvårdnad genom att avsätta tid och frikoppla sjuksköterskorna. På någon enhet engagerade man föreläsare i ämnet och såg till att det fanns tidskrifter och litteratur.

Sjuksköterskorna svarade att de upplever att de i detta projekt har fått avsatt tid, men det finns en stress när det är mycket att göra och det är svårt att gå ifrån sina kollegor. De nämnde också att de själva hade svårt att disciplinera sig och gå ifrån.

6.1 Värderingskriterier

6.1.1 Ökad kunskap om evidensbaserad omvårdnad

Den fråga som ställdes för att ta reda på om projektet gett sjuksköterskorna ökad kunskap om evidensbaserad omvårdnad var;

- Har de olika aktiviteterna i projektet bidragit till ökad kunskap om evidensbaserad omvårdnad?

Samtliga svarade att de kan mer om evidensbaserad omvårdnad idag, de vet vad begreppet står för, men att de inte alltid använder det i det dagliga arbetet. Det krävs att de håller kunskapen vid liv.

Det framkom också att det fanns en stor spridning bland sjuksköterskorna när det gällde tidigare kunskap och erfarenheter om evidensbaserad omvårdnad.

6.1.2 Ökad kunskap om hur man söker evidens

På frågan om projektet har gett sjuksköterskorna ökad kunskap om hur man söker litteratur/artiklar/studier, hur man granskar och värderar dem och hur man använder resultatet i praktiken svarade de flesta att de visste var de kunde söka information idag. Under projektets gång var de mer aktiva med att både söka och granska artiklar. Någon sa att de inte söker artiklar aktivt men vet idag hur de ska gå tillväga.

Från verksamhetsledningens håll upplever man att sjuksköterskorna aktivt söker mer evidens idag när de ska starta upp utvecklingsarbete.

6.1.3 Upplevd nytta av interventionen

Detta område gav spridda svar. En del sjuksköterskor såg inte nyttan i interventionen för att de redan hade en grundkunskap när det gällde att använda sig av evidens och hur man söker och granskar. Andra upplevde att det var en bra introduktion där de fick en bra grund för att sedan gå vidare och använda sin kunskap i praktiken. De säger att de hade fått ut mer om de hade upprätthållit sin kunskap från början.

Det framkom att det var en gemenskap i studiecirkelarna, det var mindre grupper där man vågade söka sanningar och också våga fråga när man inte förstod. Ofta är det att fånga nyttan i det dagliga arbetet, vilket fick möjlighet att ventileras och styras mot ett evidensbaserat synsätt.

Nyttan utifrån verksamhetsledningens håll har uppmärksammats genom att man märker att det flyttats fokus från tekniken till en helhetssyn på patienten. Det upplevs också att man idag använder sig mer av evidens i samband med att det skrivs omvårdnadsprogram. Genom att delta i projektet ser man en stor nytta av att frågan kommit upp och börjar diskuteras. Det framkom att läkarna börjar ändra sin syn på omvårdnadsforskning genom att bidra till mer kvalitativ forskning.

6.1.4 Ökat intresse och engagemang

Som det redovisats tidigare finns ett intresse för att lära sig nytt, för de sjuksköterskor som inte hade kunskap och erfarenhet av evidensbaserad omvårdnad sedan tidigare har det varit en positiv förändring. Mycket handlar det om att ta bort ”stämpeln” att forskning är något ”flummigt” och svårbegripligt. Det framkom att det har stimulerat andra kollegor som inte varit med att söka artiklar och evidens.

Intresse och engagemang skapades med hjälp av projektledaren som gav mycket stöd och lärde ut på en bra nivå. ”Hon skapade ett intresse.” Engagemanget minskade efter hand, mycket beror det på situationen på arbetsplatsen och det ökade patientantalet. För att upprätthålla engagemanget behövs att man upprätthåller och utvecklar.

6.1.5 Konkreta förbättrings- eller förändringsåtgärder genom tillämpad EBO

När det gäller konkreta förbättringar eller förändringar fanns det ett stort intresse på samtliga enheter att starta upp utvecklingsprojekt med evidensbaserad omvårdnad som grund. Dock var det inte möjligt på samtliga avdelningar då arbetsbelastningen var hög och det fanns inte utrymme att starta upp. Detta upplevdes som frustrerande för de enheter som ville gå vidare.

På strålbehandlingen på JK har flera projekt startats upp utifrån ett intresse och engagemang som väcktes genom studiecirkelarna. Framför allt har en sjuksköterskeledd mottagning startats och skall utvärderas under våren 2005.

Ett av övriga projekt som startades var ”Hur få barn i förskoleåldern att ligga stilla under strålbehandlingen?” Man ville också ta reda på hur patienterna upplever omvårdnaden och beslöt sig att använda sig av KUPP (kvalitet ur patientens perspektiv). KUPP genomfördes både på JK och i Borås. Ett annat projekt var ”Hudreaktioner”.

Konkreta förbättringar har också skett i ett ökat medvetande om evidensbaserad omvårdnad som har lett till att sjuksköterskorna börjat skriva omvårdnadsprogram i samarbete med Onkologiskt centrum, det har "lagts ut" länkar till olika sökmotorer på intranätet och man föreläser för varandra med evidensbaserad omvårdnad som grund.

På JK finns också en disputerad sjuksköterska som hjälper till och stöttar vårdutveckling utifrån ett evidensbaserat perspektiv. Det nämns också att det är många små projekt som startas upp, men inte alltid slutförs. Man saknar återkoppling och stöd från ledningen.

6.1.6 Ökad kunskap om möjligheter och hinder för att arbeta med evidensbaserad omvårdnad

På frågan om möjligheter och hinder fick alla deltagare svara utifrån ett organisations-perspektiv och ett individperspektiv. Vad finns det för möjligheter som organisationen kan bidra med och vad ligger på individen själv? Likadant vilka hinder det finns i organisationen för att arbeta med evidensbaserad omvårdnad och vilka hinder som ligger hos individen? Svaren kommer att redovisas under respektive rubrik för att diskuteras och kommenteras under punkt 7. Kommentarer och reflektioner.

Möjligheter – organisatoriska	Möjligheter - individuella
Tillgodose bra lokaler där man kan sitta ostört	Beror mycket på personligt intresse/drivkrafter, egen disciplin
Gott om datorer där man kommer åt databaserna. Bra samarbete med biblioteken	Det ska ge mer i lön att utveckla och vidareutbilda sig
Avsatt planerad tid till de som vill, styrt från ledningen. Det ger mervärde i det vi gör och att vi kan redovisa resultat, vi vill inte framstå som om vårt arbete bygger på ”Florence – ett kall”	Att få komma ut på konferenser, att se att det inte alltid behöver vara så stora arbeten som görs, se att det är till direkt nytta för patienten
Sjuksköterskorna måste få arbeta med detta inom ramen av sin ordinarie arbetstid	Att man själv är strukturerad
Viktigt med förankring	Sociala förutsättningar, att se sitt arbete på ett annat sätt, inte bara som inkomstkälla, att forska är en slags livsstil
Skapa en god arbetsmiljö, både fysisk och psykosocial där det finns ett tillåtande synsätt att sjuksköterskor kan utveckla vården. Detta både inom och utanför den egna kåren. ”kollegor som tittar snett”	Vad man har för bakgrund, ju mer utbildning du har, desto mer kunskashungrig är du
Att ta bort ”flumstämpeln” Ökade organisatoriska möjligheter att koppla bort en klinisk person till omvårdnadsforskning	Studievana
Att ta vara på de nyutbildade sjuksköterskornas kunskaper	Vi har ett eget ansvar för kunskapsutveckling
Ökat samarbete mellan de olika enheterna i regionen	
Fånga de informella ledarna	

Hinder – organisatoriska	Hinder - individuella
Det finns inga direkta hinder	Ekonomi, skillnad mellan läkare och sjuksköterska
Lokaler, svårt att sitta ostört, det finns inget utrymme	Det upplevs att det ses som självklart att vi ska läsa och fortbilda oss på fritiden, vi får aldrig ta ut det i tid.
Det finns outtalade signaler från kollegor/andra yrkeskategorier som gör att det inte känns bra att göra annat än sjuksköterskearbete. Känner att man lämnar kompisarna i sticket, det känns tungt	Arbetet är själva patientvården, det ligger hos oss allihop, behöver ändra synsätt, börja med att själva agera utifrån oss själva
Konkurrens mellan sjuksköterskor, kan se det som ett hot.	Kommentarer från kollegor med stark drivkraft ”det går ju an för dig...”
”Folk” rycker i mig hela tiden	Man är rädd för att göra fel
Motsättningar bland personalkategorier, sjuksköterskor – läkare, man orkar inte stå emot doktorerna, det blir ett arbetsmiljöproblem.	Sociala, familjesituation, olika värdegrunder
Läkare har lättare att få tid, de har en mer vetenskaplig tradition att falla tillbaka på. Sjuksköterskor har mer ”kunnande” ”florence” som ej är belagt med forskning, då väger vetenskapen tyngre.	Hinder på andra nivåer, språkliga, gammal och ny utbildning, låg högskolepoäng.
Få resurser, läkarna har 4 tim/vecka för eget arbete	Brist på erfarenhet och kunskap
Det är också en generationsfråga, kommer till ett skifte med nya sjuksköterskor där vi är lika mycket värda och synsättet präglas av att vi är till för patienterna.	Intresset, tiden, annars finns inga hinder
Känns som vi inte har någon morot, får aldrig reda på vad det finns för möjligheter, konferenser etc.	Det finns en bitter kår, där de som inte har behörigheter för att kurserna läggs på en för hög nivå. Leder till en bitterhet att de inte duger.
Brist på sjuksköterskor och läkare, tar mycket tid till upplärning och introduktion av ny personal. Vi måste och vill ju bibehålla den goda omvårdnaden.	Generationsklyfta, kanske måste vi höja ”gamla” sjuksköterskors kliniska erfarenhet med hjälp av någon slags validering
	Drar inte nytta av de nya sjuksköterskornas synsätt.
	Många tar stort ansvar för patienten och ser inte till sig själva att de också måste utvecklas, de tar inte möjligheten, kan bero på ointresse

Ekonomiska hinder, sjuksköterskor måste alltid söka pengar, stipendier De sjuksköterskor som vill fortsätta med forskning, blir "fångade av" högskola och institutioner, deras kunskap tillfaller sällan den egna verksamheten Hög press på strålbehandlingen, vi måste korta väntetiderna Vårdenhetschefer kan vara stoppklossar, vet inte vad EBO är själva	Vissa sjuksköterskor kan gå ifrån, vissa kan inte, beroende på kollegorna och deras attityder och förhållningssätt. Språket, kanske inte kan engelska, svårt med matte och analytisk förmåga
---	--

6.2 Hur går vi vidare?

På de flesta av de deltagande enheterna har evidensbaserad omvårdnad blivit ett känt begrepp, de planer som finns för det fortsatta arbetet är att utvärdera de projekt som startats upp. Det finns en önskan om att jämföra sig med varandra för att få en vinna/vinna situation där patienten är i fokus.

På någon klinik har det också initierats studier.

Verksamhetsansvariga svarar att det finns en plan hur arbetet med evidensbaserad omvårdnad ska fortsätta. Sjuksköterskorna däremot uppger att det inte framkommer tydligt.

Samtliga deltagare betonar vikten av att man måste hålla kunskapen och metoderna vid liv. För att föra evidensbaserad omvårdnad framåt och använda det i praktiken ansåg deltagarna att följande krävs (utdrag av svaren):

Organisation och förankring

En tydlig uppdragsbeskrivning, det ska vara lika mycket värt som vilket projekt som helst.

Väl förankrat hos ledningen, för att få det legitimt ska det vara ordentligt nedskrivet.

Förändringsprojekten skall ligga i framkant i organisationens verksamhet.

Att vi utvärderar utvecklingsprojekt för att ge en återkoppling – feedback.

Att ha möjlighet till att lära nytt på arbetstid.

Försöka hitta en balans mellan vetenskapen och det direkta vårdarbetet, kan inte bara ha personal som forskar.

Genom att det är förankrat hos verksamhetscheferna, måste påverka dem i hårdare utsträckning.

Utbildning

Genom undervisning på Institutionen för omvårdnad som ger poäng.

Jobba med att förändra traditionen, att använda sig av forskningsresultat, sjuksköterskorna har inte det.

Ändra synsätt i skolan, forskningen måste närma sig patienten.

Samarbete.

Fånga de nya sjuksköterskornas kunskap och inte se det som ett hinder, se möjligheterna.

Regionala projekt, och genom att bygga broar mellan forskning och praktik, det måste visas i praktiken, någon nytta.

Ökat samarbete mellan skolan och verksamheterna.

Öppna upp dörrarna för olika verksamheter och yrkeskategorier för att se hur vi arbetar, öka möjligheterna till en bättre kommunikation.

Att ta vara på varandras erfarenheter mellan klinikerna i VGR.

Ändrat synsätt

Börja med att verka för att komma ifrån tyckandet och traditionen.

Om man börjar så sprider det sig efter hand, det kommer att ta lång tid det handlar om att ändra synsätt och tänk.

Vi (sjuksköterskorna) måste engagera oss mer, t ex. skriva artiklar, insändare. Viktigt att vi stöttar varandra, vi har också ett eget ansvar för helheten. Stötta varandra i vår yrkesroll för att driva frågorna på ett praktiskt sätt, så att vi kan gå ifrån och t ex söka artiklar.

Att anstränga oss för att använda resultatet av projektet, att använda den modell vi lärt oss.

Vidga synen runt patienten, där alla personalkategorier är representerade.

Konkreta metoder

Forskarhörnor.

Nationella nätverk och organisationer som lyfter betydelsen av samverkan när det gäller omvårdnadsfrågor.

Det finns ett forum på nätet för radioterapiassistenter med en chatsida.

Att väva in evidensbaserad omvårdnad i det dagliga arbetet i form av omvårdnadsprogram och PM.

Använda oss av de olika FoU rapporterna.

7 UTVÄRDERING AV ARBETSSÄTT/METOD

När det gäller metoden i projektet framgår det att det finns förbättringsmöjligheter.

Det saknas en formell projektplan och tidplan för de olika insatserna. För att hålla den tid som var utsatt kunde det vara mera styrt, både från projektet och från verksamheten.

För att säkra de personella resurserna styrde verksamheten upp så att sjuksköterskorna fick möjlighet att gå ifrån. Ändå hade många svårt att lämna ifrån sig arbetet till kollegor och ”sprang fram och tillbaka”.

Den dagliga verksamheten påverkades bara i liten grad eftersom insatserna var planerade.

Det problem man stött på efter vägen är tidsbristen. Det är svårt att bedriva utvecklingsarbete när belastningen på arbetsplatsen är hög. Det upplevs också som om det varit dåligt förankrat på vissa enheter.

Dokumentation från projektledaren har skett i form av projektdagbok och i rapporter till beställaren. Sammanställning av de olika projekten har också skett.

Enkäten

Denna utvärdering omfattar inte enkäten. Utvärdering av enkäten återfinns i projektets slutrapport.

Studiecirkarna

Studiecirkarna upplevdes som positiva även om det var en blandad kunskapsnivå. En del tyckte att det var för lite tid och att grupperna var för stora. Andra tyckte att det var en bra form med utrymme för diskussioner. Några upplevde att det var svårt att söka artiklar och svårt då de flesta artiklar är skrivna på engelska.

Från projektledarens håll upplevdes det att det fanns bristande engagemang och ansvar hos deltagarna.

Utvecklingsarbetet

Utvecklingsarbetena startades av sjuksköterskor som hade genomgått studiecirkarna och var intresserade av att starta upp projekt. På en av de enheter där man inte hade möjlighet att starta upp utvecklingsarbetet pga av omorganisation upplevde sjuksköterskorna att det kändes ”jobbigt” att inte få göra något med de nya kunskaperna. De upplevde att de fått en massa tips och råd men inte hade möjlighet att utnyttja det.

På JK startades olika projekt där man träffades regelbundet och skrev en plan för införandet. Projektledarens stöd och tillgänglighet gjorde att det blev mer självständigt och effektivt.

Diskussioner förs med Onkologiskt centrum, Göteborg för vidare samarbete och utveckling av metoder grundade på evidensbaserad omvårdnad.

7.1 Sjuksköterskornas upplevelser

Projektledarens bakgrund som sjuksköterska och pedagog hade stor betydelse för projektets framgång.

Deltagarna upplever att det varit positivt att vara med i projektet. Många efterfrågar utbildning i projektmetodik för att få mer kunskap om hur man ska driva utvecklingsarbete. Det upplevs som det är lättare att förankra hos ledningen om det finns en ordentlig plan.

För att komma ifrån och söka artiklar eller läsa krävs inte bara stöd från ledningen utan också ett förändrat synsätt hos medarbetarna. Många upplever att kollegors attityder i form av ”titta snett” och komma med gliringar när man är patientfri och gör något för hela verksamheten känns hämmande. Det nämns att det skulle underlätta om samarbetet ökar mellan de olika personalkategorierna. Läkarna har en annan tradition att arbeta evidensbaserat. Om man arbetar mer sida vid sida kan man utveckla och stimulera den traditionen även hos sjuksköterskorna.

7.2 Verksamhetsansvarigas kommentarer

Verksamhetsansvariga upplever att projektet varit en tillgång och att man märkt att projektets olika insatser lett till att det skapats ett ökat intresse för evidensbaserad omvårdnad. De uppger att de har stöttat genom att underlätta processen från ledningens sida. Detta har skett i form av frigörande av resurser och att tydliggöra nyttan med projektet.

Det framkommer att man saknar någon form av samarbete mellan de olika strålbehandlingsavdelningarna. Detta för att hitta gemensamma projekt, vidareutveckla omvårdnads-arbetet och kunna jämföra sig med varandra.

Från något håll uppger man att projektet kunde styrts upp mer, tydligare krav för att sjuksköterskorna verkligen skulle komma loss.

7.3 Projektledarens upplevelser

De olika aktiviteterna under projektet har inte riktigt lett till vad projektledaren önskat sig. Hon hade önskat att det startats upp fler projekt på de olika enheterna. Dock upplever hon att kunskapen om evidensbaserad omvårdnad har ökat genom studiecirkelarna. Kanske berodde det på att det var initierat från externt håll med en projektledare som kom utifrån. Idag skulle hon startat där intresse fanns utifrån gruppens behov.

Initialt var det svårt och trögt att komma igång, projektet var förankrat på ledningsnivå men inte på klinikerna. Projektledare fick inte ”tillträde” till sjuksköterskorna. Detta kan bero på:

- otydlighet i presentationen av projektet
- prioriterat bort projektet
- EBO-nätverket inte har stöttat ordentligt
- ej vetat att man haft behovet
- ej haft tid

Projektledaren har känt att det varit stimulerande och utvecklande, ”ett personligt lyft” att driva projektet. Uppger att det är viktigt med stöd och bollplank då man som projekt-ledare kan uppleva det som väldigt ensamt ibland. Detta stöd har hon framför allt fått av projektbeställaren och av de deltagande sjuksköterskorna på enheterna.

8 KOMMENTARER OCH REFLEKTIONER

I författningar och lagar som reglerar hälso- och sjukvården har det ålagts sjuksköterskor såväl som övrig personal att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjukvården skall också vara av god kvalitet och ha ett fungerande kvalitetssystem.

Detta ställer krav på sjuksköterskorna att aktivt söka information om vad som är forskningsbelagt för att ge patienten den bästa omvårdnaden.

Dokumentation från projektledaren har skett i form av projektdagbok och i rapporter till beställaren. Sammanställning av de olika projekten har också skett.

I regionen har man markerat att detta är ett prioriterat område. Det ligger i fas med ”vård på lika villkor”. Ska patienten få evidensbaserad omvårdnad på ett sjukhus och inte på ett annat? Blir det en effektiv vård? Det kan också ses ur ett etiskt perspektiv där patienten blir behandlad och omhändertagen på olika sätt.

Projektets syfte var att starta upp en process där sjuksköterskor skulle använda sig av evidensbaserad omvårdnad och använda det konkret i det dagliga arbetet.

Syftet är delvis uppfyllt genom att ämnet evidensbaserad omvårdnad lyftes och diskuterades flitigt under den tid då projektet fortgick. Det startades också upp utvecklingsprojekt men inte i den omfattning som var önskat. De projekt som startades upp är en bra modell för hur vi kan använda oss av evidensbaserad omvårdnad i praktiken och för andra enheter att ta del och lära av. I samtalen diskuterades det mycket om att lära av varandra. Det förekommer inte ett utbyte av kunskap och erfarenheter på ett naturligt sätt. Det finns stora förbättringsmöjligheter av att dela med sig av det man är bra på. Patienten skall ju få en likvärdig vård oavsett om han behandlas i Borås eller Göteborg.

Det fanns ett intresse hos de olika enheterna att lära sig mer om evidensbaserad omvårdnad och att få möjlighet att utveckla arbetssätt och metoder för att konkretisera. Hos verksamhetsledningen såg man att det var ett prioriterat område, bl a nämndes vikten av att tydliggöra sjuksköterskans roll. Detta grundar sig på att sjuksköterskorna på strålbehandlingen har en tuff arbetsmiljö där de träffar patienterna en kort stund, och arbetet har gått till en alltmer datoriserad miljö. Omvårdnadsarbetet utvecklas inte i samma utsträckning som på en vårdavdelning. Förankring är en viktig faktor för att få olika projekt genomförda. Här kan man se att det funnits en diskrepans mellan förankring och genomförande. Projektet skulle ha varit förankrat på klinikerna på de olika sjukhusen, men projektledaren hade svårt att få tillträde och informera och starta upp. Detta skulle bl a kunna avhjälpas med förankring hos klinikledningen och en tydlig modell för projekt och införande.

När det gäller sjuksköterskornas tradition att använda sig av vetenskap och evidens finns det ett stort gap om man jämför med läkarnas. Det handlar om förändringar på olika sätt; på universitetet, i organisationen och hos sjuksköterskorna själva.

Många upplever att det saknas kommunikation mellan teori och praktik, detta leder till att det upplevs att det inte finns en förståelse hos kollegorna ”i verkligheten” när de nytexaminerade kollegorna kommer ut och har ett annat synsätt. Här är det väldigt lätt att skylla på organisationen, men många sjuksköterskor som jag intervjuat svarar att mycket ligger hos dem själva, deras attityder och deras eget sätt att hantera förändringar.

Det handlar mycket om att ta ansvar och vara delaktig. Det är lättare att lägga ansvaret på chefen och på organisationen än att titta på vad jag själv kan bidra med för att föra verksamheten framåt. Självklart kan organisationen befrämja genom att lyfta frågan, se till att det finns förutsättningar i form av lokaler, tid och resurser. Framför allt att det är förankrat i alla delar och hos alla medarbetare.

Det är önskvärt med tydligare fokus på ett gemensamt syfte och mål med det vi gör. För att vi tillsammans ska bidra till att ge patienten en så god vård som möjligt behöver vi bryta den kultur som grundar sig i ett revirtänkande, för det gynnar absolut ingen!

För att bibehålla den kunskap och erfarenhet som projektet genererade gäller det att fortsätta arbeta med metoder, lärande och utveckling. Det är en lång väg till ett förändrat synsätt och det gäller att aldrig slå sig till ro.

Organisationen och arbetsledningen har ett ansvar att fortsätta stödja en påbörjad utveckling och ska bidra med tydliga mål struktur för införande, modeller och möjligheter.

9 REFERENSER

Ansökan till Cancerfonden 2000

Projektdagbok 2001- 2003

Årsrapport 2002

Sammanfattning enkät om evidensbaserad omvårdnad 2002

Sammanfattning av studiecirkelar vid strålbehandlingsavdelningen, SU/S Göteborg 2002

Rapport, sammanställning ”Att utvärdera vården ur patientens perspektiv – ett utvecklingsprojekt vid strålbehandlingen, SU/Sahlgrenska Universitetssjukhuset ” 2002

Rapport, sammanställning ”Sjuksköterskeledd mottagning för bröstcancerpatienter under strålbehandling” 2002

Rapport, sammanställning ”Strålbehandling av barn i förskoleåldern, hur säkra stillaläge under behandlingen?” 2002

Årsrapport 2003

Slutrapport från projektledaren 2004

10 KONTAKT

Lillemor Lideborg
Tel: 031-97 30 34, mobil: 0705 710 500
e-post: lillemor.lideborg@telia.com



Cancerfonden

Cancerfonden • 101 55 Stockholm • Besök: David Bagares gata 5
Tel 08-677 10 00 Fax 08-677 10 01 cancerfonden.se