

**NATIONELLT VÅRDPROGRAM "OMVÅRDNAD VID  
BRÖSTCANCER 2011"**

**Vårdprogrammets spridning, användbarhet samt plan för implementering**

Examinationsdatum: 2012-05-14

Kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 hp

Grundnivå

Kurs: HT10

Författare:

Marie Abrahamsson

Carina Bergström

Handledare:

Jörgen Medin

Examinator:

Monika Rydell Karlsson

## SAMMANFATTNING

Under de senaste decennierna har ett paradigmskifte skett inom omvårdnad, från att ha varit ett intuitionsbaserat område till att vara evidensbaserat. Detta innebär att den enskilda sjuksköterskan integrerar de bästa tillgängliga externa bevisen för att i samråd med patienten fatta beslut om olika omvårdnadsinsatser.

Flera studier visar dock att det är en låg användning av forskningsresultat bland sjuksköterskor i den kliniska vardagen och att införande av evidensbaserad omvårdnad i organisationer är en komplicerad och ofta långsam process.

Avsikten med evidensbaserade vårdprogram är att samordna vårdinsatser så att alla patienter i landet skall få en likvärdig vård som är den bästa med hänsyn till tillgängliga resurser. I juli 2011 kom det första nationella vårdprogrammet inom cancerområdet som enbart fokuserar på omvårdnad, Nationellt vårdprogram ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”. Detta vårdprogram har med hjälp av landets Onkologiska centra skickats ut till enheter i hela Sverige som behandlar patienter med bröstcancer.

Syftet med denna studie var att belysa spridningen och användbarheten av det nationella vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” samt om det fanns en plan för implementering.

Den metod som användes var en enkätundersökning. Inklusionskriteriet var chefsjuksköterskor på de 60 kliniker i Sverige som 2008-2009 rapporterade in till det nationella kvalitetsregistret för bröstcancer. Totalt skickades 122 enkäter ut och svarsfrekvensen var 58 procent.

I resultatet framkom det att 55 av 71 (77 procent) tillfrågade chefsjuksköterskor ansåg att evidensbaserade vårdprogram har stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom och 12 (17 procent) ansåg att det hade delvis betydelse. I Stockholm-Gotland regionen kände sju av åtta (88 procent) chefsjuksköterskor till vårdprogrammet. I västra regionen var det fem av 11 (45 procent) av chefsjuksköterskorna som hade kännedom om vårdprogrammet. Majoriteten av de chefsjuksköterskor som svarat på hur de vill att vårdprogrammet skall användas på deras enhet, uppger att det kommer att användas som en handbok i det dagliga arbetet. Hela eller delar av vårdprogrammet kommer att implementeras i verksamheten och det kommer även att användas som introduktionsmaterial till nyanställd personal.

Slutsatsen av denna studie var att majoriteten av de chefsjuksköterskor som svarade på enkäten ansåg att evidensbaserade vårdprogram har stor eller delvis stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom och i stort sett alla chefsjuksköterskor (98 procent) som kände till vårdprogrammet ”omvårdnad vid bröstcancer 2011” ansåg att vårdprogrammet hade fungerat/kommer att fungera som ett stort stöd i omvårdnadsarbetet med personer med bröstcancer.

**Nyckelord: Bröstcancer, evidensbaserad omvårdnad, vårdprogram, implementering.**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
God vård.....	1
Cancer .....	2
Regionala onkologiska centra (ROC) .....	3
Nationell cancerstrategi .....	3
Regionala cancercentra (RCC) .....	3
Vårdprogram.....	4
Evidensbaserad omvårdnad .....	4
Problemformulering.....	5
<b>SYFTE</b> .....	6
Frågeställningar .....	6
<b>METOD</b> .....	6
Urval .....	6
Genomförande .....	7
Databearbetning .....	8
Forskningsetiska överväganden.....	8
<b>RESULTAT</b> .....	9
<b>DISKUSSION</b> .....	19
Metoddiskussion .....	19
Resultatdiskussion .....	20
Slutsats.....	22
Fortsatt forskning.....	22
<b>REFERENSER</b> .....	23

**Bilaga I**    **Enkät**

**Bilaga II**    **Informationsbrev**

**Bilaga III**    **Sammanställning från 10**

## INLEDNING

Varje år insjuknar drygt 7 400 kvinnor i bröstcancer i Sverige.

*De psykologiska och sociala konsekvenserna av en cancersjukdom är ofta lika väsentliga som de fysiska. För varje enskild patient har cancer en speciell psykologisk betydelse och för varje familj där en medlem drabbas av cancer får sjukdomen sociala konsekvenser [ kursivering tillfogad] (Carlsson, 2007, s.13).*

Under de senaste decennierna har ett paradigmskifte skett inom omvårdnad, från att ha varit ett intuitionsbaserat område till att vara evidensbaserat. Detta innebär att den enskilda sjuksköterskan integrerar de bästa tillgängliga externa bevisen för att i samråd med patienten fatta beslut om olika omvårdnadsinsatser. Författarna till detta arbete kommer via sitt yrke som utvecklingssjuksköterskor på Regionalt cancercentrum i kontakt med vårdprogramprocesser. Tidigare har de evidensbaserade vårdprogrammen framförallt riktat sig till läkarprofessionen och omvårdnaden har inte fått samma utrymme som den medicinska specialiteten. I kontakten med kliniskt verksamma sjuksköterskor har det framkommit att det finns ett starkt behov av evidensbaserade vårdprogram där framförallt omvårdnad vid cancersjukdom lyfts fram. I juli 2011 publicerades det första nationella vårdprogrammet som enbart berör omvårdnad vid cancer, ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”. Av tradition har inte sjuksköterskeprofessionen för vana att arbeta enligt vårdprogram. Utifrån detta antagande är det troligen varierande om det finns rutiner på kliniken för att ta emot denna kunskap, sprida den vidare och implementera användningen av vårdprogrammet. Utgångspunkten för arbetet har varit att belysa om det finns kunskap/kännedom om det nationella vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” samt få en uppfattning om spridning, användbarhet och om det finns en plan för implementering.

## BAKGRUND

### God vård

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet (SOSFS 2005:12) belyser sex områden som viktiga för God vård. Enligt dessa föreskrifter ska God vård vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, den ska vara patientfokuserad och jämlik samt säker och effektiv. Dessutom ska medborgaren kunna få hälso- och sjukvård i rimlig tid.

God vård tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 1982:763) och tandvårdslagen [TL] (SFS, 1985:125). För den enskilde medborgaren såväl som för hälso- och sjukvårdens ledning ger dessa lagar förväntningar på vad God vård ska innehålla.

*Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården [ kursivering tillfogad] (2 § HSL, 2 § TL).*

För ledande funktioner inom hälso- och sjukvården ges även direktiv om hur vården ska utvecklas, säkras och organiseras.” Inom hälso- och sjukvård skall kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras”(31 § HSL ).”Ledningen av hälso- och

sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet” (28 § HSL).

Sammantaget utgör dessa paragrafer grunden för det systematiska kvalitetsarbetet. Föreskriften (SOSFS 2005:12) anger att vid planering, utförande, uppföljning och utveckling av verksamheten ska det systematiska kvalitetsarbetet skapa sådana förutsättningar att tillgängliga resurser kan användas för att uppnå kraven på patientsäkerhet, patienttillfredsställelse och kostnadseffektivitet. Detta innebär bland annat att en central uppgift för sjukvården är att alla patienter med cancer skall få en likvärdig utredning, behandling och uppföljning. Det är också en målsättning att handläggningen skall vara ändamålsenlig, väl samordnad och effektiv. För att leva upp till dessa målsättningar är det viktigt att representanter för alla de olika yrkeskategorier och vårdnivåer i sjukvården som behandlar patienter med cancer gemensamt utvecklar allt bättre vårdrutiner och samordnar sina aktiviteter (Socialstyrelsen, 2009).

### **Cancer**

Enligt Cancer i siffror, Socialstyrelsen (2009) är cancer ett samlingsnamn för de idag cirka 200 sjukdomar som karakteriseras av en okontrollerad celltillväxt. Nya sätt att behandla cancer har utvecklats under åren allteftersom kunskapen om sjukdomen ökar. För de flesta cancerformer finns ingen känd enskild utlösande faktor, men omgivningsfaktorer har stor betydelse. Hit hör bland annat vissa livsstilsfaktorer, virus, hormoner, radioaktiv strålning, olika cancerogena ämnen och ärftlighet. Av livsstilsfaktorerna är rökningens negativa effekt väl känd.

Enligt Cancerfondsrapporten (2011) diagnostiserades år 2007 uppskattningsvis 12 miljoner nya cancerfall i världen. Cancer är i industriländerna den näst vanligaste dödsorsaken och den tredje vanligaste i utvecklingsländerna. I världen avlider dagligen cirka 20 000 människor av en cancersjukdom.

Cancerfondsrapporten (2011) visar att dödligheten i cancer minskade i Sverige med 16 procent mellan åren 1985 och 2005. Totalt sett är dock cancersjukdom den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige och svarar för 23 procent av dödsfallen hos kvinnor och 26 procent av dödsfallen hos män. Antal personer som insjuknar i cancer har ökat de senaste decennierna. Orsaken till detta är att befolkningen blir äldre men också för att fler fall upptäcks med hjälp av screening och förbättrade diagnostiska metoder.

Enligt Cancerfondsrapporten (2011) diagnostiseras i världen årligen 1,3 miljoner fall av bröstcancer. Enligt Autier et al. (2010) har mammografiscreeningen som infördes under 1990- talet men också implementering av bättre behandlingar i form av hormonbehandling, kemoterapi, utvecklad strålbehandling och kirurgi bidragit till bättre överlevnad vid bröstcancer. En patient med bröstcancer passerar ofta flera olika instanser i vårdkedjan. Enligt Bröstcancerrapporten, Onkologiskt centrum(2011a) är kirurgi förstahandsval vid operabel cancer och första instansen för patienten blir således ofta kirurgkliniken. En stor del av patienterna får även adjuvant behandling som kan bestå av strålbehandling, cytostatika, hormonbehandling eller immunoterapi. Detta innebär också att biverkningarna blir många och komplexa och ställer höga krav på omvårdnaden. Vissa symtom som anemi och benmärgsdepression är relativt enkelt att upptäcka och behandla (Jönsson, 2009). Enligt Bergkvist och Wengström (2006) är illamående och kräkningar ett mycket stort problem för patienterna, trots att det finns mycket kunskap om och mediciner mot detta. Enligt Ahlberg, Ekman, Gaston-Johansson och Mock (2003) drabbar fatigue 70-100 procent av de patienter

som behandlas för cancer. Fatigue kan beskrivas som en pågående trötthet relaterad till cancersjukdom eller cancerbehandling. Enligt Jakobsson, Ekman och Ahlberg (2008) är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om vikten av att upptäcka dessa symtom för att kunna förstå patientens upplevelser. Di Maio et al.(2004) menar att kunskapen om cancerrelaterade symtom och tillgängligheten till evidensbaserade interventioner idag är bristfällig vilket leder till att patienterna har obehandlade symtom och får inte adekvat hjälp för att lindra dessa symtom. Landmark, Bohler, Loberg och Wahl (2008) visar med sin kvalitativa studie, där sju norska kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer intervjuades under en period av 10 veckor, två kategorier av behov som påverkade deras förmåga att hantera den förändrade livssituationen. Dessa två kategorier var: behovet av kunskap och behovet av psykosocialt stöd. Förutom den medicinska behandlingen är det av stor vikt att även tillgodose kvinnors behov av kunskap och psykosocialt stöd vid diagnos samt under och efter behandling. Resultaten från denna studie understryker behovet av att inkludera emotionella och sociala perspektiv i utformandet av omvårdnaden för patienter med bröstcancer.

I Sverige lever idag 85 000 kvinnor som någon gång fått diagnosen bröstcancer. Bröstcancerföreningens riksorganisation (BRO) är en ideell förening som har 11 000 medlemmar. Tack vare att det är en stor patientgrupp med god överlevnad är det också en stark patientförening. Dess uppgift är att främja och tillvarata bröstcancerbehandlades intressen beträffande vård och behandling. I det Nationella vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” framkommer det att ett av patientföreningens krav är att alla patienter skall ha en namngiven kontaktsjuksköterska (Onkologiskt centrum, 2011b).

### **Regionala onkologiska centra (ROC)**

Regionala onkologiska centra (ROC) bildades i slutet av 1970-talet för att bland annat skapa en bättre samordning och samverkan inom cancervården som innefattar så många olika medicinska specialiteter. I landet finns det sex Onkologiska centra, ett i varje hälso- och sjukvårdsregion. Den organisatoriska uppbyggnaden av dessa är anpassad till de förutsättningar som råder inom varje region. Huvuduppgiften för Onkologiska centra är att tillsammans med representanter från cancervårdens olika professioner driva regionalt vårdprogramarbete för att samordna cancervården på regional nivå. Inom ramen för detta skall vårdprogram för de vanligare cancersjukdomarna utarbetas av vårdprogramgrupper med stöd av ROC (Socialstyrelsen, 1974).

### **Nationell cancerstrategi**

I juli 2007 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredning med uppgift att lämna förslag till en nationell cancerstrategi för framtiden (SOU, 2009:11). Regeringen fastslår att en ökning de närmaste 10-15 åren av antalet som insjuknar i cancer och som lever med en cancersjukdom kan väntas. Den nationella cancerstrategin ska enligt regeringen ha sitt fokus på framtida behov och utmaningar. Den ska ha ett helhetsperspektiv och omfatta primär prevention, tidig upptäckt, diagnostik, behandling, palliativ vård, kunskapsbildning och kunskapsspridning. Frågan om patientperspektivet ska uppmärksammas särskilt.

### **Regionala cancercentra (RCC)**

Som en del i arbetet att förverkliga den nationella cancerstrategin föreslår utredningen (SOU, 2009:11) att Regionala cancercentra (RCC) bildas i anslutning till universitetssjukhusen. Befintliga Onkologiska centra (ROC) ska uppgå i RCC. Dessa Regionala cancercentra har under år 2011 startat sitt arbete i de sex hälso- och sjukvårdsregionerna.

Regionala cancercentra ska verka för att:

- Minska risken för att insjukna och dö i cancer.
- Förlänga överlevnad och förbättra livskvaliteten efter diagnos genom att främja överföring av kunskap mellan forskning och vård.
- Förbättra omhändertagandet av patienter med en cancersjukdom genom ett multidisciplinärt omhändertagande och utifrån ett helhetsperspektiv.
- Minska regionala skillnader och skillnader mellan befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnad i cancer.
- Ha informations- och utbildningsansvar gentemot länssjukvård och primärvård inom regionen.

### **Vårdprogram**

Som tidigare nämnts är en av ROC/RCC:s huvuduppgifter att bedriva regionalt/nationellt vårdprogramarbete i samarbete med representanter från cancervårdens olika professioner. Syftet med vårdprogram är att samordna vårdinsatser så att alla patienter i landet skall få en likvärdig vård som är den bästa med hänsyn till tillgängliga resurser (SOSFS, 1991:6 ). Dessa vårdprogramskrifter och kvalitetsrapporter utgör de yttre resultaten av vårdprofessionernas arbete och är i ökande omfattning viktiga delar i sjukvårdshuvudmännens beslutsprocess avseende prioritering och finansiering i vården (kunskapsstyrning). Vårdprogrammen ger också en grund för utvärdering och uppföljning av cancervården. Regionala eller nationella kvalitetsregister i anslutning till vårdprogrammen ger också möjlighet till att identifiera brister i vården för respektive cancerform (Socialstyrelsen, 2009).

I vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” (Onkologiskt centrum, 2011b) framkommer det att tidigare har vårdprogram framförallt riktat sig till läkarprofessionen och det ges mycket utrymme för den medicinska specialistprofessionen, såsom radiologi, patologi, kirurgi och onkologi. Helheten med omvårdnad som är så viktig för patient och närstående har inte fått samma utrymme.

I juli 2011 kom det första nationella vårdprogrammet inom cancerområdet som enbart fokuserar på omvårdnad, Nationellt vårdprogram ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” (Onkologiskt centrum, 2011b). Detta vårdprogram har med hjälp av landets Onkologiska centra skickats ut till enheter i hela Sverige som behandlar patienter med bröstcancer. Vårdprogrammet är utarbetat i samarbete med bröstcancerföreningen och som dess ordförande Elizabeth Bergsten skriver i förordet ”Dokumentet speglar en helhetssyn som, om den tillåts genomsyra vården, kommer att lyfta Svensk bröstcancervård i ett patientperspektiv” (Onkologiskt centrum, 2011b, s. 6). Hon skriver även att det är en förhoppning att alla patienter med bröstcancer och deras närstående kommer att få ta del av den omvårdnad som så väl beskrivs i dokumentet.

### **Evidensbaserad omvårdnad**

Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) definieras evidensbaserad omvårdnad både som ett förhållningssätt och en process. Processen innebär att den enskilda sjuksköterskan använder sig av omvårdnadsforskningens vetenskapliga resultat som komplement till andra kunskaper som kunskap om enskilda patienters och närståendes behov samt de organisatoriska och ekonomiska förutsättningar som råder inom vården. Vidare menar Willman et al. (2006) att en tillämpning av evidensbaserad omvårdnad i den dagliga verksamheten innebär att den

enskilda sjuksköterskan införlivar de bästa tillgängliga externa bevisen för att i samråd med patienten fatta beslut om olika omvårdnadsinsatser. Med bästa tillgängliga externa bevis avses de vetenskapliga bevis, som fås genom relevant patientnära systematisk forskning inom omvårdnadsområdet. För att kunna göra detta behöver sjuksköterskan kunna formulera en relevant klinisk forskningsfråga och ha kännedom om tillvägagångssättet för att finna vetenskaplig litteratur. Thiel (2008) visar med sin tvärsnittsundersökning att sjuksköterskor inte alltid har en beredskap att arbeta evidensbaserat. Majoriteten av de tillfrågade (72,5 procent) svarade att när de behövde information konsulterade de kollegor snarare än att använda sig av evidensbaserade artiklar eller böcker.

Eizenberg (2010) genomförde under 2007 en tvärsnittsundersökning med ett urval av 243 sjuksköterskor från norra Israel som arbetade på sjukhus eller i kommunen. Sambandet mellan bakgrundsfaktorer hos de inkluderade sjuksköterskorna och evidensbaserad omvårdnad undersöktes. Resultatet av undersökningen visade bland annat att implementering av evidensbaserad omvårdnad lyckats bättre på de enheter som hade tillgång till ett bibliotek med stort utbud av omvårdnads- och medicinska tidskrifter. Tillgång till datorer och Internet var också av stor betydelse. Flera studier har visat att det är en låg användning av forskningsresultat i den kliniska vardagen. Forsman, Gustavsson, Ehrenberg, Rudman och Wallin (2009) undersökte under år 2006 forskningsanvändningen hos sjuksköterskor ett år och tre år efter examination. I en annan studie av samma författare som genomfördes 2006-2007 undersöktes forskningsanvändningen hos sjuksköterskor de första två åren efter examination (Forsman et al., 2010). Dessa två studier drar samma slutsats, det är en låg användning av forskningsresultat och för lite forskningsresultat implementeras i det vardagliga arbetet. Även Boström, Ehrenberg, Gustavsson och Wallin (2009) visar med sin tvärsnittsundersökning på liknande resultat, att tillämpningen av evidensbaserad omvårdnad är låg två år efter examen, trots att det är ett viktigt mål i den svenska hälso- och sjukvårdsutbildningen sedan mitten av 1990-talet. Dessa resultat stödjer andra studier, att införande av evidensbaserad omvårdnad i organisationer är en komplicerad och ofta långsam process.

Implementering av nya riktlinjer behöver stöd och styrning från chef mot ett bestämt och accepterat mål. Nilsson (2005) menar att det är chefens roll att stödja och motivera medarbetarna till att fokusera och prioritera verksamhetens mål framför egna behov och intressen. I och med detta läggs också grunden till en utökad och breddad ledarskapskompetens inom den egna organisationen.

Enligt Newhouse (2007) är ledare inom vården nyckeln till om organisationen lyckas med att implementera evidensbaserad omvårdnad eftersom de förfogar över de mänskliga och materiella resurserna. Vidare menar Newhouse (2007) att en ledare som kan skapa en infrastruktur och möjliggöra en kultur för evidensbaserad omvårdnad kommer att förstärka en professionell arbetsmiljö där sjuksköterskorna känner sig engagerade i kliniska beslut baserade på bästa tillgängliga evidens. Stanton och MacRobert (2007) menar att en välkänd faktor som hindrar många ledare inom vården att arbeta evidensbaserat är rädsla; rädsla för att inte finna relevant vetenskaplig litteratur, rädsla för att det tar för mycket tid i anspråk att söka och läsa litteraturen samt att sedan använda sig av bästa tillgängliga evidens.

### **Problemformulering**

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) skall sjuksköterskan bland annat ha förmåga att implementera ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt Nilsen (2010)



kan implementering beskrivas som spridning och nyttiggörande av kunskap i olika bemärkelser i syfte att åstadkomma förändringar. Begreppet implementering brukar enligt Nilsen (2010) beskrivas med ord som genomföra, införa, applicera, utföra och sätta i verket. För att utföra en implementering måste personen i fråga först ha tagit det till sig, i detta fall vårdprogrammet, och beslutat sig för att ta det i bruk.

Sjuksköterskeprofessionen har av tradition inte för vana att arbeta utifrån vårdprogram då dessa tidigare framförallt riktat sig till läkarprofessionen. Utifrån detta antagande är det troligen väldigt varierande om det finns rutiner på kliniken för att ta emot dess kunskap, sprida den på kliniken och implementera användningen av vårdprogrammet "Omvårdnad vid bröstcancer 2011". Det är därför viktigt att belysa om det finns kunskap/kännedom om det nationella vårdprogrammet.

Efter kontakt med de sex Regionala cancercentra som finns i landet framkommer det att rutinerna ser väldigt olika ut för att informera om och sprida nya nationella vårdprogram på regional nivå (möte med nationell vårdprogramgrupp, 3 mars 2011). Mot bakgrund av detta är det av intresse att undersöka hur de olika Regionala cancercentra har lyckats sprida vårdprogrammet i respektive region.

## **SYFTE**

Syftet med undersökningen var att belysa spridningen och användbarheten av det nationella vårdprogrammet "Omvårdnad vid bröstcancer 2011" samt om det fanns en plan för implementering.

## **Frågeställningar**

Hur var fördelningen mellan sjukvårdsregioner och spridning av vårdprogrammet?  
Hur var fördelningen mellan yrkeserfarenhet och chefsjuksköterskans inställning till evidensbaserade vårdprogram?

## **METOD**

Som metod för detta arbete valdes en kvantitativ undersökning för att bland annat ta reda på hur stor andel av de tillfrågade som kände till vårdprogrammet. En kvantitativ undersökning syftar till att se samband, klassificera, förutsäga och förklara (Forsberg & Wengström, 2008). En beskrivande primärdataundersökning har utförts med en postenkät. Valet av metod grundar sig i att enkätundersökning är ett bra alternativ för att nå ut till många personer och till ett stort geografiskt område (Hansagi & Allebeck, 1994). Enligt Dahmström (2011) är enkätundersökning en bra metod som är relativt billig och kan genomföras på kort tid vilket var lämpligt i detta fall då tiden var begränsad och ingen ekonomi fanns för uppgiften. Fördelen med postenkät är också att respondenten kan vara anonym och svarar när han/hon själv vill och har möjlighet (Dahmström 2011).

## **Urval**

För att det skulle vara möjligt att genomföra denna undersökning under en begränsad tid valde författarna att göra en undersökning av en definierad population (Ejlertsson, 2003). Inklusionskriterierna var chefsjuksköterskor på de 60 kliniker i Sverige som 2008-2009 rapporterade in till det nationella kvalitetsregistret för Bröstcancer (Onkologiskt centrum, 2011a).

## Genomförande

Enkäten som användes vid datainsamlingen är utarbetad av författarna. För att komma fram till vilka frågor som var relevanta för enkätundersökningen utgick författarna dels från studiens syfte och frågeställningar och dels tog författarna del av tidigare utskickade enkäter från Onkologiskt centrum samt läste litteratur om ämnet. En pilotundersökning för att undersöka enkätens validitet gjordes på fyra sjuksköterskor på enheten där författarna till undersökningen arbetade innan den slutgiltiga versionen fastställdes. Enligt Forsberg och Wengström (2008) innebär validitet ett mätinstruments förmåga att mäta det som ska mätas. Sjuksköterskorna i pilotstudien fick först fylla i enkäten och därefter diskuterade författarna med sjuksköterskorna hur de uppfattat frågorna och om det fanns några oklarheter. Sjuksköterskorna arbetar på Onkologiskt centrum och samtliga har erfarenhet från cancervård och vårdprogramprocesser dessutom hade de också tidigare erfarenheter som chefer, utifrån detta ansågs dessa av författarna som representativa till undersökningsgruppen. Då samtliga tyckte att frågorna var tydliga och frågorna uppfattades liktydigt med författarnas syfte gjordes inga ändringar i enkäten efter pilotundersökningen.

Enkäten består av 12 frågor (bilaga I). De första fyra frågorna är bakgrundsfrågor och handlar om yrkeserfarenhet, geografisk tillhörighet samt klinik och enhet. De övriga frågorna rör kännedom om och syn på vårdprogrammet. En av frågorna är en öppen fråga där svaret anges med fritext, de övriga är strukturerade frågor med fasta svarsalternativ. Till två av de strukturerade frågorna finns dock möjlighet att skriva in ett svarsalternativ med fritext.

Bröstcancerrapporten visade endast vilken klinik som rapporterat in till det nationella kvalitetsregistret för bröstcancer. För uppgift om vilka enheter som berördes söktes information på det enskilda sjukhusets hemsida och i de fall informationen där var bristfällig kontaktades sjukhusets telefonväxel för att få kontaktuppgifter till de enheter som vårdade patienter med bröstcancer. Detta resulterade i 122 adresser dit enkäter skickades. Variationen på vilken enhet på respektive sjukhus i landet som behandlade patienter med bröstcancer var stor, varför enkäterna skickades ut till kirurgmottagningar, kirurgavdelningar, onkologmottagningar, behandlingsenheter och strålbehandlingsenheter. På vissa sjukhus fanns en bröstenheter där det ingick både mottagning, behandlingsenhet samt strålbehandling.

Vecka två 2012 skickades en första enkät ut. Den skickades till samtliga chefsjuksköterskor på de kliniker som fanns med i den nationella årsrapporten för bröstcancer, vilket var 122 enkäter. Ett informationsbrev (bilaga II) bifogades enkäten samt ett frankerat returkuvert. I informationsbrevet förklarades syftet med enkäten, vilka som var ansvariga för undersökningen samt kontaktuppgifter till dessa. I brevet framgår det att deltagandet var frivilligt. Enkäterna märktes med löpnummer för att göra det möjligt att skicka en påminnelse men de avidentifierades vid sammanställningen (Trost, 2007). Vecka fyra 2012 hade 48 av 122 respondenter (39 procent) svarat på enkäten varför en påminnelse skickades ut till de 76 chefsjuksköterskor som inte svarat på det första utskicket. I samband med att påminnelsen skickades ut så kasserades kodlistan. Enligt Trost (2007) underlättar det om varje formulär får ett löpnummer, vilket de också fick. Vartefter en enkät inkom klipptes löpnumret bort men ersattes av en bokstavskombination, detta för att göra det möjligt att kontrollera inmatade data. Eftersom märkningen var slumpmässig och inte dokumenterades fanns ingen möjlighet att spåra enkätens avsändare. Totalt hade 71 enkäter (58 procent) inkommit till och med vecka sex (2012-02-10) och dessa inkluderades i sammanställningen.

**Tabell 1. Antal utskick per region**

Region	Antal utskick
Norra	20
Uppsala- Örebro	34
Västra	14
Stockholm-Gotland	10
Sydöstra	20
Södra	24
Totalt	122

### **Databearbetning**

Enkätsvaren registrerades i dataprogrammet Excel vartefter enkäterna inkom. Varje svar registrerades utifrån en förutbestämd variabel det vill säga det första svarsalternativet på varje fråga fick siffran ett, andra svarsalternativet fick siffran två och så vidare (Dahmström, 2011). Samtliga enkäter registrerades och inmatningen kontrollerades av båda författarna innan den statistiska bearbetningen påbörjades. Resultatet redovisades med hjälp av tabeller och diagram, deskriptiv statistik användes (Ejlertsson, 2003).

På grund av att få respondenter tillhörde gruppen ”mindre än två år” och ”mer än 15 år” när det gällde yrkeserfarenhet så slogs dessa fem grupper samman till tre grupper i datasammanställningen. Mindre än två år och två till fem års erfarenhet redovisades som en grupp (< 6 år), sex- tio år som en grupp (6-10 år) och den tredje gruppen bestod av yrkeserfarenhet 11-15 år och mer än 15 år (> 10 år). I resultatet beskrevs även fördelningen av svar mellan regionerna. Av de 71 enkäter som inkom hade 46 (65procent) kännedom om vårdprogrammet. Vissa tabeller och figurer i resultatet berör enbart dessa 46 respondenter.

### **Forskningsetiska överväganden**

Samtliga deltagare informerades om att deltagandet var frivilligt (Ejlertsson, 2003). Inga uppgifter i resultatet kommer att kunna härledas till enskilda personer och materialet kommer att behandlas konfidentiellt (Trost, 2007). Enkätsvaren förvarades inlåsta, endast berörda personer hade tillgång till dessa och när sammanställningen är klar kommer materialet att kasseras (Ejlertsson, 2003). Materialet användes endast för det syfte som angavs i informationsbrevet (bilaga II).

Enligt Hansagi och Allebeck (1994) gäller fyra huvudkrav för individskydd: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Författarna anser att samtliga krav är uppfyllda i denna undersökning. Informationskravet uppfylldes genom att samtliga deltagare informerades om att deltagandet var frivilligt. Samtyckeskravet uppfylldes eftersom det var frivilligt att svara på enkäten och inga påtryckningar gjordes genom att poängtera hur stort värde det skulle vara för författarna om enkäten skickades in. Konfidentialitetskravet uppfylldes genom att det löpnummer som fanns på enkäten klipptes bort direkt när enkäten inkommit och det registrerades således inte på vilket sjukhus respondenten arbetade. Dock framkommer uppgifter om region- och kliniktilhörighet i enkäten, men då det i samtliga regioner finns ett stort antal kliniker som behandlar patienter med bröstcancer så ansågs det inte möjligt att spåra svaren till enskild klinik. Nyttjandekravet tillgodosågs genom att allt insamlat material endast användes till det syfte som angavs i informationsbrevet och när arbetet är slutfört kasseras materialet. Författarna ansökte inte om tillstånd att utföra undersökningen då patienter inte berördes. Vidare diskuterade författarna

om att ett informationsbrev skulle skickas till verksamhetscheferna på berörda kliniker, men valde att inte göra detta, då de ansåg att det var frivilligt för chefsjuksköterskan att fylla i enkäten och resultatet inte kunde kopplas till enskild klinik.

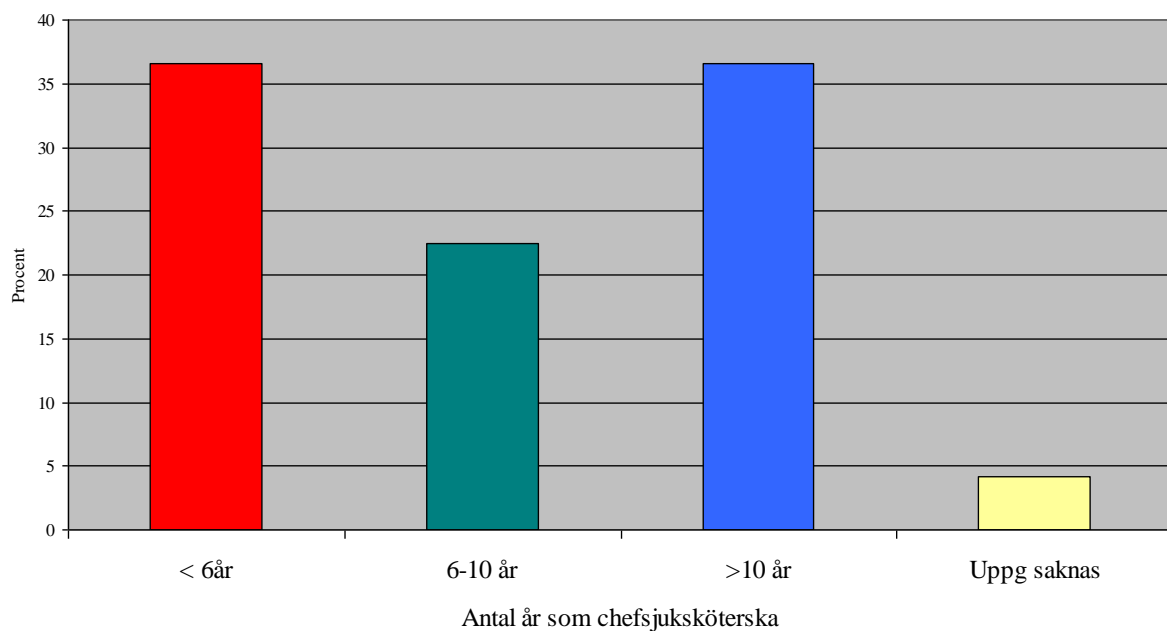
## RESULTAT

Resultatet redovisas med hjälp av stapeldiagram och tabeller. Totalt inkluderades 71 enkäter i sammanställningen vilket motsvarade en svarsfrekvens på 58 procent, bortfallet blev 42 procent. Av dessa 71 svarade 46 (65 procent) att de hade kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”. Vissa frågor har enbart besvarats av dessa 46 respondenter. Alla frågor redovisas separat med beskrivande text, några av frågorna har även delats upp på region samt yrkeserfarenhet.

### Yrkeserfarenhet som chefsjuksköterska

I datasammanställningen delades yrkeserfarenhet som chefsjuksköterska in i tre grupper. 16 av 71 chefsjuksköterskor (23 procent) tillhörde gruppen 6-10 års erfarenhet. I de övriga två grupperna var antalet exakt lika 26 av 71 chefsjuksköterskor (37 procent)

(Figur 1).



**Figur 1. Yrkeserfarenhet som chefsjuksköterska (n=71).**

### Regional tillhörighet

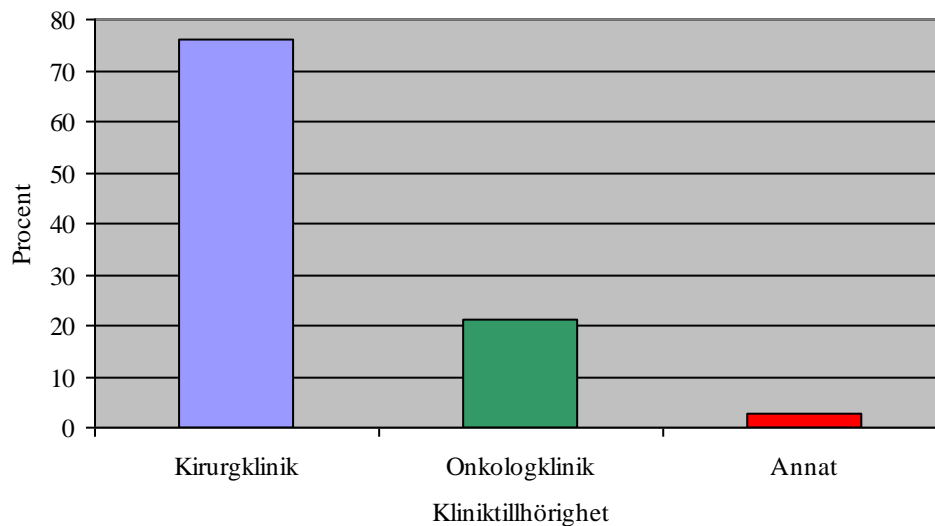
Flest enkätsvar, 18 av 71 (25 procent) kom från Uppsala-Örebro regionen men det var också den region som flest enkäter skickades ut till. Sett till andelen utskickade enkäter så hade Stockholm-Gotlandregionen högst svarsfrekvens (80procent). Norra och södra regionen hade lägst svarsfrekvens (45 respektive 46 procent) (Tabell 2).

**Tabell 2. Andel och antal respondenter som svarat på enkäten per region.**

Region	Utskick	Antal svar (n)	Andel svar (%)
Norra	20	9	45
Uppsala- Örebro	34	18	53
Västra	14	11	79
Stockholm-Gotland	10	8	80
Sydöstra	20	12	60
Södra	24	11	46
Uppgift saknas		2	

### Kliniktilhörighet

Av respondenterna arbetade 54 av 71 (76 procent) som chefsjuksköterska på kirurgkliniker, 15 av 71 (21 procent) på onkologkliniker. Två av 71 (tre procent) klassades som övrigt och var dels en medicinklinik med viss planerad kirurgi och en ”diagnostiserande avdelning” (Figur 2).



**Figur 2. Kliniktilhörighet (n=71).**

### Enhet

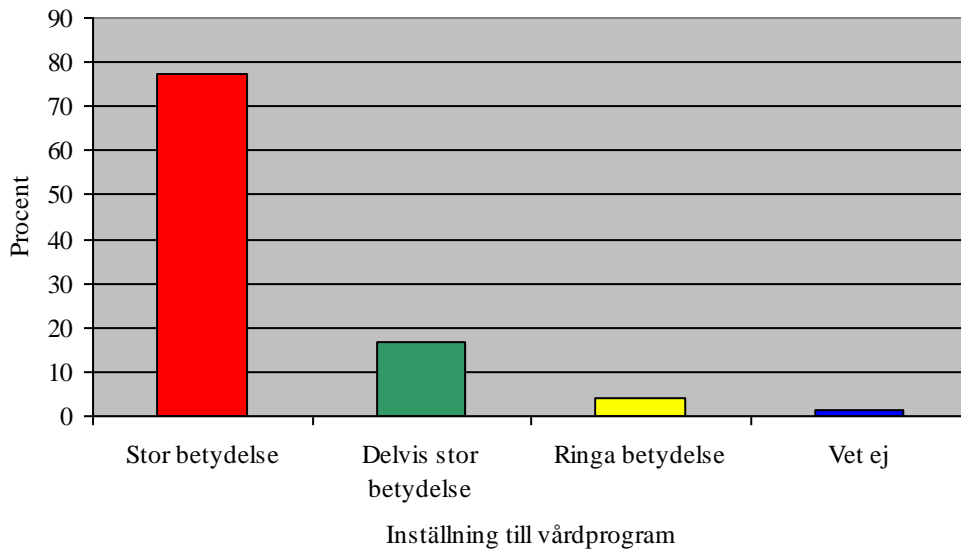
De flesta av respondenterna arbetade som chefsjuksköterska på mottagning eller på vårdavdelning. Knappt 20 procent av chefsjuksköterskorna hade i sitt uppdrag som chef ansvar för flera enheter där den vanligaste kombinationen var mottagning och behandlingsenhet. I tabellen presenteras dessa kombinationer som ”flera enheter” (Tabell 3).

**Tabell 3. Enheter där chefsjuksköterskan arbetade.**

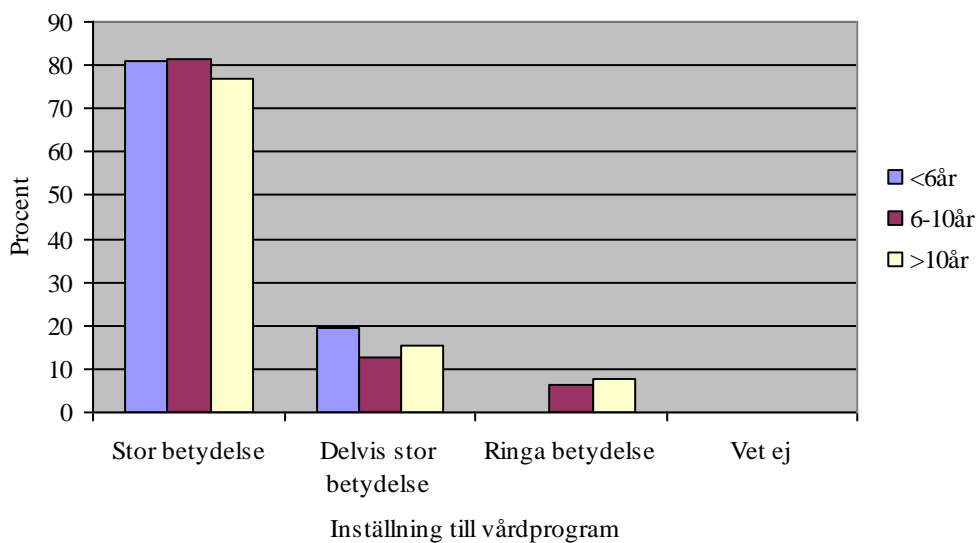
Enhet	Antal (n)	Andel (%)
Mottagning	34	48
Vårdavdelning	19	27
Behandlingsenhet	2	3
Strålbehandlingsenhet	3	4
Flera enheter	13	18
Totalt	71	100

### Inställning till evidensbaserade vårdprogram inom omvårdnad vid cancersjukdom

Av de 71 chefsjuksköterskorna ansåg 55 (77 procent) att evidensbaserade vårdprogram har stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom. 12 av 71 (17 procent) ansåg att evidensbaserade vårdprogram har delvis betydelse och tre av 71 (4 procent) menade att evidensbaserade vårdprogram har ringa betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom. Figur 3b visar fördelningen mellan chefsjuksköterskans inställning till evidensbaserade vårdprogram och yrkeserfarenhet. 21 chefsjuksköterskor av 26 (81 procent) i gruppen mindre än 6 års erfarenhet ansåg att evidensbaserade vårdprogram har stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom. I gruppen sex-tio års erfarenhet var det 13 av 16 (81 procent) som ansåg det och bland chefsjuksköterskor med mer än tio års erfarenhet ansåg 20 av 26 (77 procent) att evidensbaserade vårdprogram har stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom. Vissa respondenter hade inte uppgett antal år som chefsjuksköterska, därav ett färre antal personer i sammanställningen på fråga 3b (Figur 3a-b).



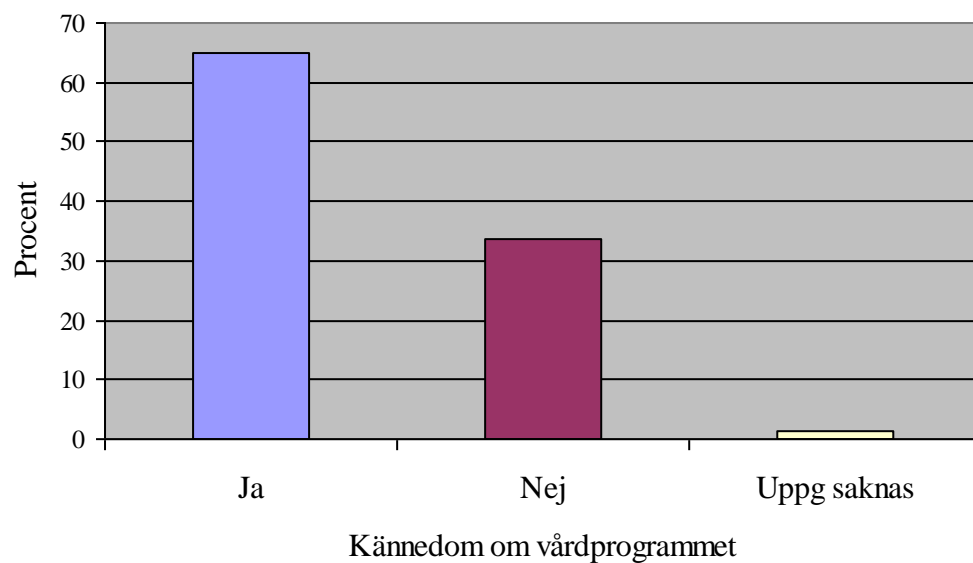
**Figur 3a. Chefsjuksköterskans inställning till evidensbaserade vårdprogram (n=71).**



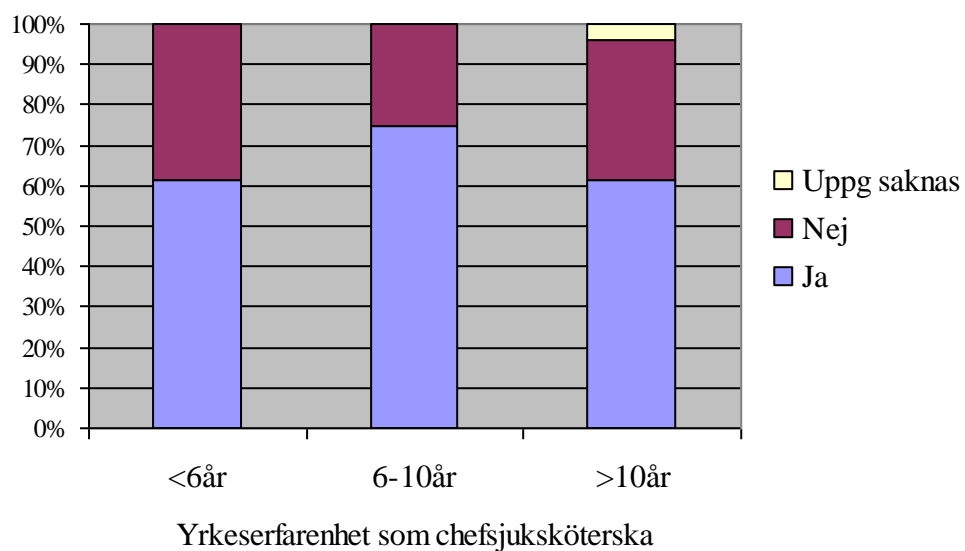
**Figur 3b. Chefsjuksköterskans inställning till evidensbaserade vårdprogram och antal år i yrket som chefsjuksköterska (n=68).**

#### Kännedom om dokumentet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”

Av de 71 respondenterna som svarade hade 46 (65 procent) kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”. Ungefär 60 procent av de med mindre än sex års erfarenhet och de med mer än tio års erfarenhet kände till vårdprogrammet, motsvarande siffra för gruppen sex- tio års erfarenhet var drygt 75 procent. Majoriteten av chefsjuksköterskorna i Stockholm-Gotland regionen (88 procent) kände till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”. I västra regionen var det 5 av 11 (45 procent) som hade kännedom om vårdprogrammet (Figur 4a-c).

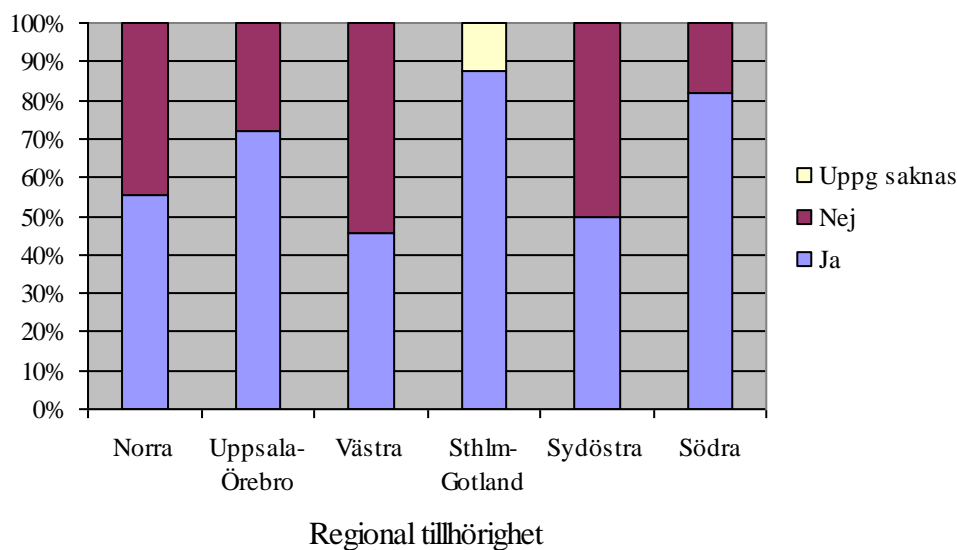


**Figur 4a. Kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” (n=71).**



**Figur 4b. Kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” och antal år i yrket som chefsjuksköterska (n=68).**

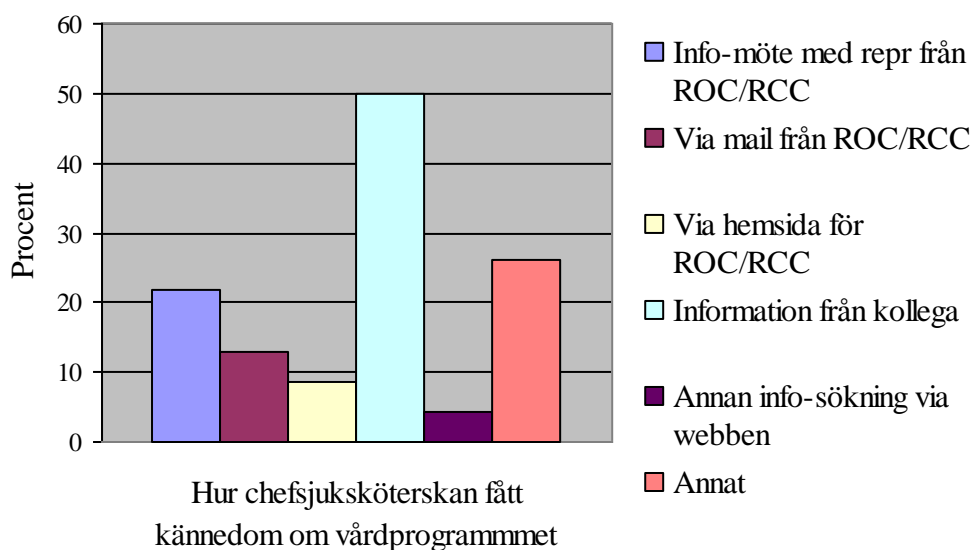




**Figur 4c. Kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” och regional tillhörighet (n=69).**

Hur chefsjuksköterskan har fått kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”

Av de 46 chefsjuksköterskorna som kände till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” hade 23 (50 procent) fått kännedom om vårdprogrammet via information från kollegor. 15 (33 procent) via nätverk och föreningar. I sydöstra regionen var det vanligaste sättet att få kännedom om vårdprogrammet via informationsmöte med representanter från ROC/RCC (33 procent). *Observera att vissa respondenter angett flera svarsalternativ varför totalsumman överstiger 100 procent (Figur 5 och tabell 4).*



**Figur 5. Hur chefsjuksköterskan har fått kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” (n=46).**

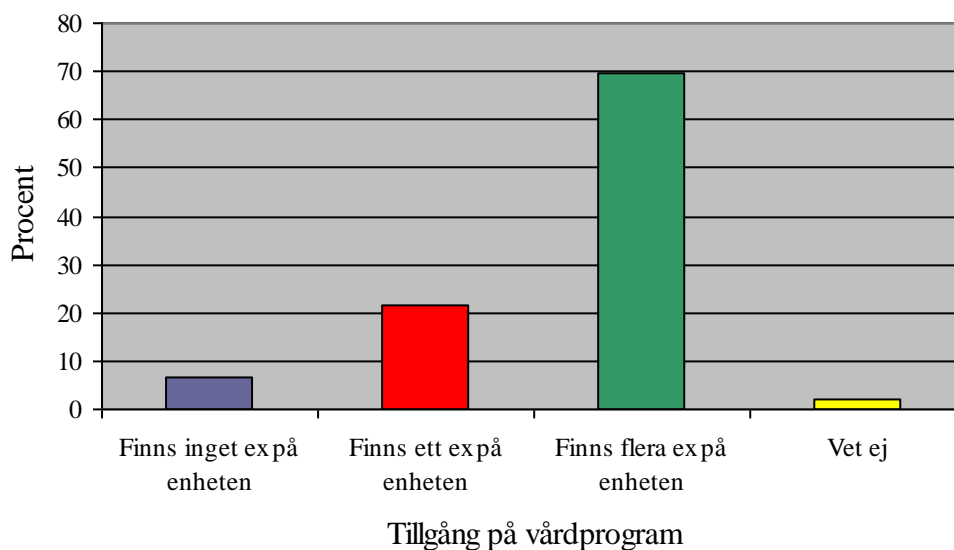
I fråga 7. Hur chefsjuksköterskan har fått kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” fick svarsalternativet ”annat” 15 svar och klassificerades enligt nedan:

**Tabell 4. Fördelning av svarsalternativet ”annat” i fråga 7.**

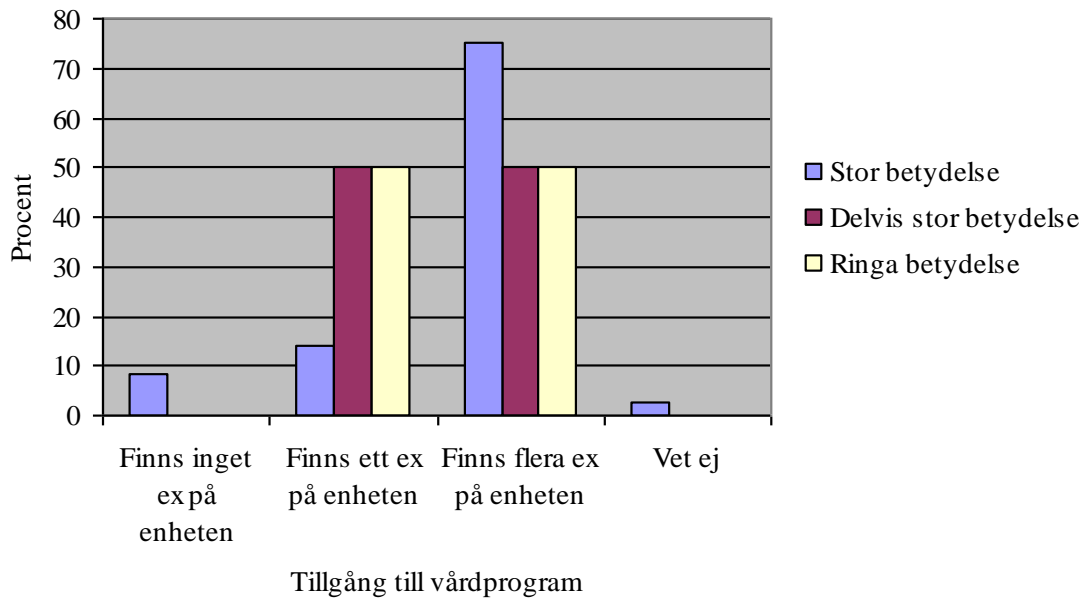
Kännedom om vårdprogrammet ”annat”	Andel (%)
Nätverket för sjuksköterskor i bröstcancervård	46
Föreningen sjuksköterskor i cancervård	
Regionalt nätverk för bröstsjuksköterskor	
Via information eller utskick från Regionalt cancercentrum	23
Från kollega	31

Tillgång till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” på enheten

Av de 46 chefsjuksköterskor som kände till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” hade över 90 procent tillgång till ett eller flera exemplar av vårdprogrammet på enheten. På de 36 enheter där chefsjuksköterskan ansåg att evidensbaserade vårdprogram hade stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom hade 27 (75 procent) tillgång till flera exemplar av vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” (Figur 6a- b).



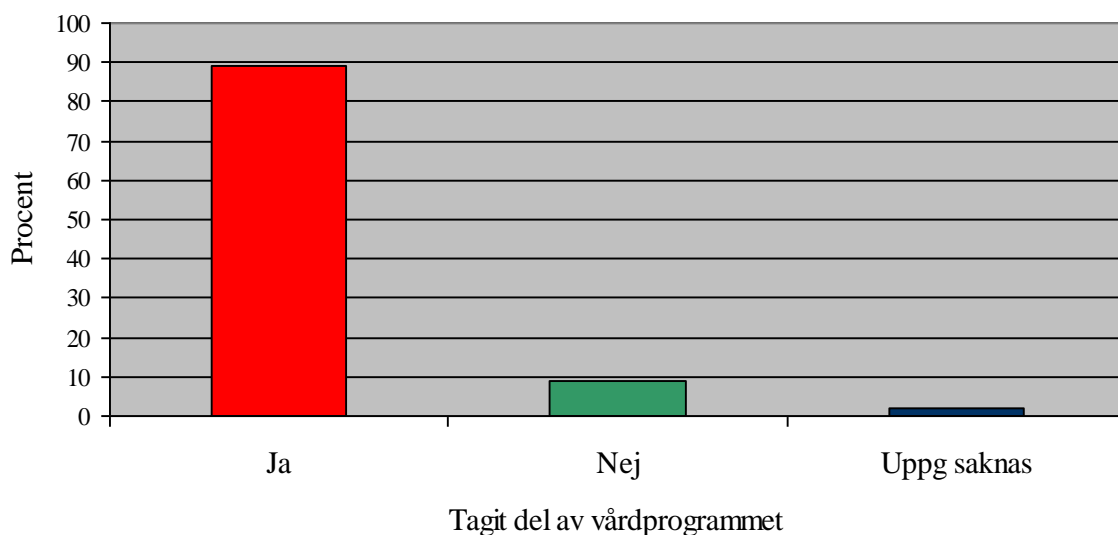
**Figur 6a. Tillgång till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” på enheten (n=46).**



**Figur 6b. Tillgång till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” på enheten och vilken betydelse evidensbaserade vårdprogram hade för chefsjuksköterskan (n=46).**

Har du och dina medarbetare tagit del av vårdprogrammet

Av de 46 chefsjuksköterskor som hört talas om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” hade 41 (90 procent) tagit del av vårdprogrammet tillsammans med sina medarbetare (Figur 7).



**Figur 7. Andel chefsjuksköterskor som tillsammans med sina medarbetare tagit del av vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” (n=46).**

### Hur chefsjuksköterska och medarbetare tagit del av vårdprogrammet

Av de 46 chefsjuksköterskor som hade kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” svarade 33 respondenter på frågan ”Hur har ni tagit del av vårdprogrammet”. Dessa svar grupperades (bilaga III) och delades in i fem grupper. 15 av 33 chefsjuksköterskor (45 procent) hade själva läst vårdprogrammet, tio av 33 (30 procent) hade tagit del av vårdprogrammet tillsammans med sina medarbetare på APT, planeringsdag, utbildningsdag, sjuksköterskemöte etc. (Tabell 5).

**Tabell 5. Fördelning av hur chefsjuksköterska och medarbetare tagit del av vårdprogrammet (n=33).**

Hur chefsjuksköterska och medarbetare tagit del av vårdprogrammet	Antal (n)	Andel (%)
Egen läsning	15	46
APT, planeringsdag, utbildningsdag, sjuksköterskemöte	10	30
Genomgång på möte samt egen läsning	3	9
Information från kollega	3	9
Information från kollega samt egen läsning	2	6

### Hur vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” kommer att användas

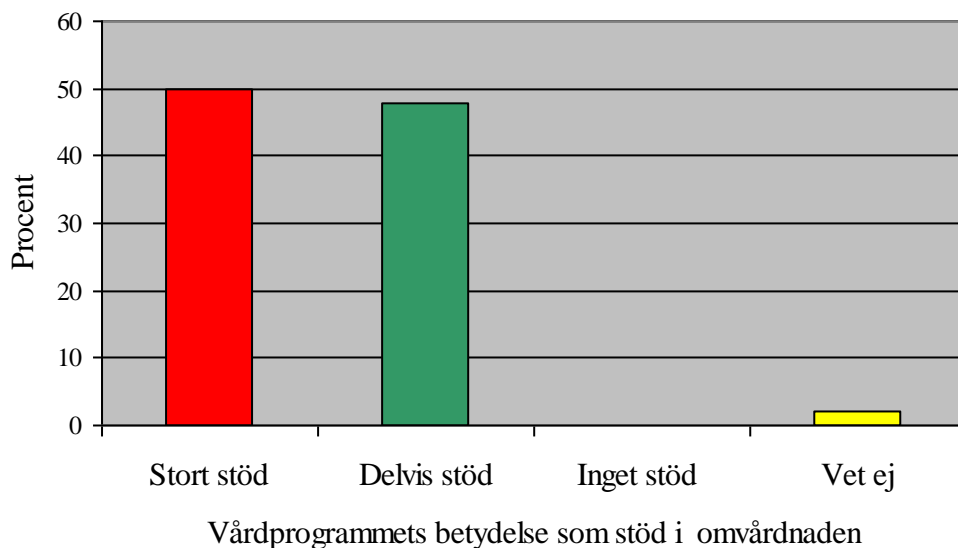
De flesta av chefsjuksköterskorna som svarat att de kände till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” svarade att vårdprogrammet ska fungera som en handbok i det dagliga arbetet (67 procent). Ungefär 40 procent svarade att vårdprogrammet skulle implementeras så att alla arbetar enhetligt efter vårdprogrammet eller de delar som berörde enheten. Ungefär 30 procent uppgav att de skulle använda vårdprogrammet som introduktionsmaterial till nyanställd personal. *Observera att respondenterna har kunnat välja två svarsalternativ varför totalsumman överstiger 100 procent (Tabell 6).*

**Tabell 6. Fördelning över hur vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” kommer att användas på de olika enheterna (n=46).**

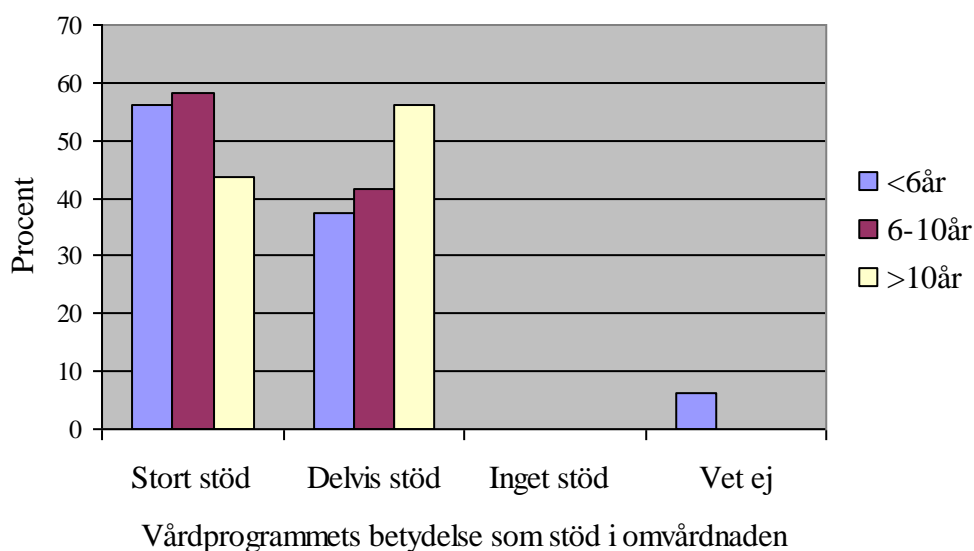
Hur chefsjuksköterskan framförallt vill att vårdprogrammet ska användas på sin enhet.	Antal (n)	Andel (%)
Introduktionsmaterial till nyanställda	14	30
Som en handbok att användas i dagligt arbete	31	67
Implementeras så att alla arbetar enhetligt efter vårdprogrammet eller de delar i vårdprogrammet som berör enheten	19	41
Kommer inte att användas	1	2
Frivilligt att användas av den som vill men inget gemensamt arbete i enlighet med vårdprogrammet	2	4
Vet ej	3	7

I vilken omfattning kan/har vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” fungerat som stöd i omvårdnadsarbetet med personer med bröstcancer

I stort sett alla 46 respondenter som kände till vårdprogrammet ansåg att vårdprogrammet hade fungerat/kommer att fungera som ett stort stöd (50 procent) eller delvis stöd (48 procent) i omvårdnadsarbetet med personer med bröstcancer på den egna enheten. Av de chefsjuksköterskor med yrkeserfarenhet mindre än sex år ansåg nio av 16 (56 procent) att vårdprogrammet hade fungerat/kommer att fungera som ett stort stöd. Motsvarande siffra för de chefsjuksköterskor med yrkeserfarenhet mer än tio år var sju av 16 (44 procent) (Figur 8a-b).



**Figur 8a. Vårdprogrammet som stöd i omvårdnadsarbetet med personer med bröstcancer (n=46).**



**Figur 8b. Vårdprogrammet som stöd i omvårdnadsarbetet med personer med bröstcancer och antal år i yrket som chefsjuksköterska (n=46).**

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

En kvantitativ metod i form av en enkätundersökning valdes för detta arbete. Syftet var att få en uppfattning om spridningen och användbarheten av det nationella vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” samt om det fanns en plan för implementering. Valet av metod ansågs vara den mest lämpliga med tanke på att tiden var begränsad och att ett stort antal personer i ett stort geografiskt område behövde kontaktas, trots att bortfallsrisken är stor med en postenkät (Dahmström, 2011). Författarna till detta arbete hade själva konstruerat enkäten. En pilotstudie genomfördes på fyra sjuksköterskor på enheten där författarna arbetar för att undersöka enkätens validitet, det vill säga enkätens förmåga att mäta det som avsågs att mäta (Forsberg & Wengström, 2008). Användning av en icke tidigare använd enkät kan ses som en svaghet i denna undersökning (Ejlertsson, 2003).

Då bröstcancer är en vanlig cancersjukdom med god prognos så innebär det att många människor i Sverige lever med sjukdomen. Enligt Jönsson (2009) kan personer med bröstcancer således påträffas inom alla specialiteter i vården, från primärvård till äldrevård. Att skicka enkäter till alla som behandlar patienter med bröstcancer ansågs omöjligt och utifrån detta ställningstagande valdes en definierad population ut (Ejlertsson, 2003). Inklusionskriterierna var således chefsjuksköterskor på de 60 kliniker i Sverige som 2008-2009 rapporterade in till det nationella kvalitetsregistret för Bröstcancer (Onkologiskt centrum, 2011a). Detta ansågs av författarna vara ett urval som täckte hela landet men dock långtifrån alla instanser som behandlar patienter med bröstcancer.

Av de 122 enkäter som skickades ut hade, efter en påminnelse 71 enkäter (58 procent) inkommit vid undersökningens slutdatum. Bortfallet blev 42 procent vilket kan anses högt. Enligt Dahmström (2011) är risken vid enkätundersökning att det blir ett stort bortfall. I denna undersökning skickades endast en påminnelse ut. Författarna ansåg att det inte var möjligt på grund av tidsbrist att skicka ytterligare en påminnelse. Två påminnelser hade dock antagligen ökat svarsfrekvensen. När enkäterna inkommit gavs svaren ett variabelvärde, det vill säga varje svar registrerades utifrån en förutbestämd variabel. Första svarsalternativet på varje fråga fick siffran ett, andra svarsalternativet fick siffran två och så vidare. Dessa data registrerades i ett Excel dokument. Enligt Dahmström (2011) underlättas sammanställningen om alla svar kodas med ett variabelvärde.

Deskriptiv statistik användes, vilket begränsade möjligheterna att analysera samband mellan olika frågor. Då författarnas statistiska kunskaper var begränsade och så även tillgången till och kunskapen om statistikprogram bedömdes det inte möjligt att använda mer avancerad statistik. Författarna ansåg dessutom att det förelåg en risk att göra statistiska uträkningar då materialet var litet på grund av att svaren i flertalet frågor delades upp i undergrupper.

Av de 71 enkäter som inkluderades i sammanställningen hade 65 procent kännedom om vårdprogrammet, detta resultat visar att inte bara de som kände till vårdprogrammet svarade på enkäten, vilket ger en större tyngd i resultatet.

Av respondenterna ansåg 77 procent att evidensbaserade vårdprogram har stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom. Detta är förhoppningsvis en spegling av hur det ser ut och bör se ut i vården. För att vara säker på att det förhåller sig på detta sätt behöver dock en större undersökning göras. Enligt Forsberg och Wengström (2008) avses med extern validitet

graden av generaliserbarhet det vill säga, om det är möjligt att generalisera resultatet från urval till population. Enligt författarna till detta arbete behöver en större undersökning med ett lägre bortfall utföras för att materialet skall vara generaliserbart.

### **Resultatdiskussion**

Syftet med denna studie var bland annat att belysa spridningen och användbarheten av vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”. I resultatet fanns samtliga regioner representerade och kännedom om vårdprogrammet fanns i hela landet, från norr till söder. Variationen på hur vården av patienter med bröstcancer ser ut i de olika regionerna i landet är stor. Norrland har ett stort upptagningsområde men trots detta är vården ganska centraliserad. Uppsala – Örebroregionen har sju landsting där varje landsting vårdar patienter med bröstcancer på många olika enheter. I denna diskussion har vi bortsett från att patienter med bröstcancer finns inom alla vårdinstanser och inriktat oss på de enheter som har den huvudsakliga bröstcancerbehandlingen. Detta gjorde att olika antal enkäter skickades ut till de olika regionerna. Flest enkäter skickades till Uppsala – Örebroregionen (34 stycken) och minst antal till Stockholm – Gotlandregionen (10 stycken). Sett till andelen utskickade enkäter så hade Stockholm-Gotlandregionen högst svarsfrekvens (80 procent). Norra och södra regionen hade lägst svarsfrekvens (45 respektive 46 procent).

#### Inställning till evidensbaserade vårdprogram inom omvårdnad vid cancersjukdom

Resultatet av enkätundersökningen visar att majoriteten av chefsjuksköterskorna (77 procent) ansåg att evidensbaserade vårdprogram har stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom. Detta stämmer väl överens med Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005), att sjuksköterskan bland annat skall ha förmåga att ta till sig ny kunskap och därmed verka för en omvårdnad i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt Newhouse (2007) är ledare inom vården nyckeln till om organisationen lyckas med att implementera evidensbaserad omvårdnad då de förfogar över de mänskliga och materiella resurserna. Att chefsjuksköterskorna i undersökningen ansåg att evidensbaserade vårdprogram har stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom, borde enligt författarna till detta arbete, underlätta implementeringen av vårdprogram.

Då materialet var litet är det svårt att dra några säkra slutsatser, det var dock en högre andel av respondenterna i Stockholm-Gotlandregionen som var av inställningen att evidensbaserade vårdprogram har stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom. Förklaringen till detta kan enligt författarna till detta arbete bero på att många av författarna till det nationella vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” verkar på olika enheter i Stockholm–Gotlandregionen och det är rimligt att tro att de fört informationen om vårdprogrammet vidare till kollegor (Onkologiskt centrum, 2011b).

Fördelningen av chefsjuksköterskans yrkeserfarenhet och inställning till evidensbaserade vårdprogram visade i denna undersökning en jämn fördelning oavsett yrkesår som chefsjuksköterska. Det är dock viktigt att påtala att materialet var litet. Som Boström et al.(2009) beskriver, är evidensbaserad omvårdnad ett viktigt mål i den svenska hälso- och sjukvårdsutbildningen sedan mitten av 1990 talet. Mot bakgrund av detta antog författarna till detta arbete att de chefsjuksköterskor med längre yrkeserfarenhet inte hade för vana att använda sig av evidensbaserad litteratur. I efterhand kan det tyckas ha varit bättre att fråga efter yrkeserfarenhet som sjuksköterska, då fler antal år som chefsjuksköterska inte automatiskt innebär att personen arbetat längre som sjuksköterska.

### Kännedom om dokumentet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”

Av de 71 respondenterna som svarade hade 46 (65 procent) kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”. Ungefär 60 procent av de med mindre än sex års erfarenhet och de med mer än tio års erfarenhet kände till vårdprogrammet, motsvarande siffra för gruppen sex- tio års erfarenhet var drygt 75 procent. Majoriteten av chefsjuksköterskorna i Stockholm-Gotland regionen (88 procent) kände till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”. I västra regionen hade 45 procent kännedom om vårdprogrammet. Enligt författarna till detta arbete skulle en av anledningarna till skillnaderna mellan regionerna kunna vara att flera av vårdprogrammets författare verkade i Stockholm-Gotland regionen. En annan anledning kan vara skillnader i de olika Regionala cancercentras sätt att sprida information. Båda dessa faktorer påverkar förmodligen resultatet.

### Hur chefsjuksköterskan har fått kännedom om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011”

Av de 46 chefsjuksköterskorna som kände till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” hade de flesta (50 procent) fått kännedom om vårdprogrammet via information från kollegor. Detta stämmer väl överens med resultatet från Thiels (2008) tvärsnittsundersökning som visade att majoriteten av tillfrågade sjuksköterskor (72,5 procent) konsulterade kollegor hellre än att själva söka information om evidensbaserade artiklar eller böcker. Vidare visar undersökningen att ett annat vanligt sätt att få kännedom om vårdprogrammet var via nätverk och föreningar förutom sydöstra regionen där det vanligaste sättet att få kännedom om vårdprogrammet var på informationsmöten med representanter från ROC/RCC. Enligt Socialstyrelsen (1974) är ett av Regionala onkologiska centras huvuduppdrag att tillsammans med professionen bedriva vårdprogramarbete. Dessa vårdprogram ska sedan med hjälp av ROC/RCC implementeras regionalt. Utifrån resultatet av denna undersökning anser författarna till detta arbete att ROC/RCC inte till fullo lyckats med sitt uppdrag att sprida information. För att lyckas med detta anser författarna att Regionala cancercentra behöver samarbeta bättre med de kliniskt verksamma sjuksköterskorna via exempelvis vårdprogramprocesser på regional- och nationell nivå.

### Tillgång till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” på enheten

Tillgången på vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” får anses vara god på de enheter där chefsjuksköterskan kände till vårdprogrammet, då över 90 procent hade tillgång till ett eller flera exemplar. På de 36 enheter där chefsjuksköterskan ansåg att evidensbaserade vårdprogram hade stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom hade 75 procent tillgång till flera exemplar av vårdprogrammet. Enligt Eizenberg (2010) är förutsättningarna att lyckas med att implementera evidensbaserad omvårdnad bättre på de enheter som har tillgång till tidskrifter inom omvårdnad och medicin.

### Hur har chefsjuksköterskan och medarbetare tagit del av vårdprogrammet

Av de 46 chefsjuksköterskor som hört talas om vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” hade 41 tagit del av vårdprogrammet tillsammans med sina medarbetare. Av dessa 41 respondenter hade 33 svarat på frågan ”Hur har du och dina medarbetare tagit del av vårdprogrammet? Majoriteten av dessa hade själva läst vårdprogrammet (44 procent) men en stor andel hade också haft genomgångar på utbildningsdagar och liknande (31 procent). Nilsson (2005) menar att implementering av nya riktlinjer behöver stöd och styrning från chef mot ett bestämt mål och det är chefens roll att stödja och motivera medarbetarna till detta. Att majoriteten av de tillfrågade chefsjuksköterskorna hade tagit del av vårdprogrammet tillsammans med sina medarbetare borde öka chansen till en lyckad implementering.



### Hur vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” kommer att användas

De flesta av chefsjuksköterskorna oavsett regional tillhörighet som kände till vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” svarade att vårdprogrammet kommer att fungera som en handbok i det dagliga arbetet (67 procent). Ungefär 40 procent svarade att vårdprogrammet skulle implementeras så att alla arbetar enhetligt efter vårdprogrammet eller de delar som berörde enheten. Ungefär 30 procent uppgav att de skulle använda vårdprogrammet som introduktionsmaterial till nyanställd personal. Forsman et al. (2009, 2010) visar i sina studier att det är en låg användning av forskningsresultat hos sjuksköterskor i den kliniska vardagen, svaren från chefsjuksköterskorna i denna studie visar dock att det finns en vilja att arbeta evidensbaserat. Newhouse (2007) menar att en ledare som kan skapa en infrastruktur som möjliggör en kultur för att arbeta evidensbaserat kommer att förstärka en professionell arbetsmiljö där sjuksköterskorna känner sig engagerade i kliniska beslut baserade på bästa tillgängliga evidens.

### I vilken omfattning kan/har vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer 2011” fungerat som stöd i omvårdnadsarbetet med personer med bröstcancer

I stort sett alla (98 procent) av de 46 respondenterna som kände till vårdprogrammet ansåg att vårdprogrammet hade fungerat/kommer att fungera som ett stort eller delvis stöd i omvårdnadsarbetet med personer med bröstcancer på den egna enheten. Enligt Jönsson (2009) är bröstcancer komplext att behandla, detta innebär att biverkningarna blir många och ställer därför höga krav på omvårdnaden. Landmark et al. (2008) menar att förutom den medicinska behandlingen vid bröstcancer är det av stor vikt att tillgodose kvinnors behov av kunskap och psykosocialt stöd vid diagnos samt under och efter behandlingen. Vårdprogram har tidigare framförallt riktat sig till läkarprofessionen och helheten med omvårdnad har inte fått samma utrymme. Författarna till detta arbete anser att resultatet av denna undersökning visar att det finns en vilja hos sjuksköterskeprofessionen att arbeta utifrån evidensbaserade vårdprogram om bara förutsättningar ges.

### **Slutsats**

Slutsatsen av denna studie var att majoriteten av de chefsjuksköterskor som svarade på enkäten ansåg att evidensbaserade vårdprogram har stor eller delvis stor betydelse för omvårdnaden vid cancersjukdom och i stort sett alla chefsjuksköterskor som kände till vårdprogrammet ”omvårdnad vid bröstcancer 2011” ansåg att vårdprogrammet hade fungerat/kommer att fungera som ett stort stöd i omvårdnadsarbetet med personer med bröstcancer. De vanligaste användningsområdena för vårdprogrammet var som introduktionsmaterial till nyanställda, som en handbok i det dagliga arbetet och ungefär 40 procent av de chefsjuksköterskor som kände till vårdprogrammet kommer att implementera hela eller delar av det på sin enhet.

### **Fortsatt forskning**

Det är viktigt med fortsatt forskning inom området för att belysa om användandet av evidensbaserade vårdprogram ökar, men även för att undersöka om organisationen blir bättre på att implementera evidensbaserad omvårdnad. Det är även viktigt att framöver kartlägga hur de olika Regionala cancercentra som finns i landet lyckas i sin roll, att föra information om regionala och nationella vårdprogram vidare ut till klinikerna. Finns inte kännedom om ett vårdprogram så blir det heller inte använt. Även om det inte går fort framåt så är chansen att lyckas bättre om dessa frågor lyfts fram.

## REFERENSER

- Ahlberg, K., Ekman, T., Gaston-Johansson, F., & Mock, V. (2003). Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *The Lancet*, 362(9384), 640-650.
- Autier, P., Boniol, M., La Vecchia, C., Vatten, L., Gavin, A., Hery, C., et al. (2010). Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*, 341, c3620.
- Bergkvist, K., & Wengström, Y. (2006). Symptom experiences during chemotherapy treatment--with focus on nausea and vomiting. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 21-29.
- Boström, A. M., Ehrenberg, A., Gustavsson, J. P., & Wallin, L. (2009). Registered nurses' application of evidence-based practice: a national survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(6), 1159-1163.
- Cancerfonden. (2011). *Cancerfondsrapporten*. Västra Aros: Edita.
- Carlsson, M. (2007). *Psykosocial cancervård*. Malmö: Studentlitteratur.
- Dahmström, K. (2011). *Från datainsamling till rapport-att göra en statistisk undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Di Maio, M., Gridelli, C., Gallo, C., Manzione, L., Brancaccio, L., Barbera, S., et al. (2004). Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer. *British Journal of Cancer*, 90(12), 2288-2296.
- Eizenberg, M. M. (2011). Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 33-42.
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Forsman, H., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Rudman, A., & Wallin, L. (2009). Research use in clinical practice - extent and patterns among nurses one and three years postgraduation. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1195-1206.
- Forsman, H., Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., & Wallin, L. (2010). Use of research by nurses during their first two years after graduating. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 878-890.
- Hansagi, H., & Allebeck, P. (1994). *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård. Handbok för forskning och utvecklingsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Jakobsson, S., Ekman, T., & Ahlberg, K. (2008). Components that influence assessment and management of cancer-related symptoms: an interdisciplinary perspective. *Oncology Nursing Forum*, 35(4), 691-698.

Jönsson, P-E., et al. and AstraZeneca Sverige, *Bröstcancer*. (2009). Södertälje: AstraZeneca Sverige.

Landmark, B. T., Bohler, A., Loberg, K., & Wahl, A. K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7B), 192-200.

Newhouse, R. P. (2007). Creating infrastructure supportive of evidence-based nursing practice: leadership strategies. *Worldviews on Evidence- Based Nursing*, 4(1), 21-29.

Nilsen, P. (Red.).(2010). *Implementering: Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, K. (Red.). (2005). *Att vara chef och ledare för omvårdnadsarbete*. Lund: Studentlitteratur.

Onkologiskt Centrum Stockholm-Gotland. (2011a). *Bröstcancer Nationell årsrapport 2009*.

Onkologiskt Centrum Stockholm-Gotland. (2011b). *Omvårdnad vid bröstcancer 2011*. Hämtad 30 november, 2011, från Onkologiskt Centrum:  
[http://www.swebcg.se/Files/Docs/Omvårdnad\\_vid\\_bröstcancer\\_2011.pdf](http://www.swebcg.se/Files/Docs/Omvårdnad_vid_bröstcancer_2011.pdf)

SFS 1996:787. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1985:125. *Tandvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2009). *Mot en effektivare kunskapsstyrning- kartläggning och analys av nationellt och regionalt stöd för en evidensbaserad praktik i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 5 november 2011, från  
Socialstyrelsen:[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)

Socialstyrelsen. (2009). *Cancer i siffror*. Hämtad 28 november 2011, från Socialstyrelsen:  
[http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/omcancer/cancer\\_i\\_siffror/Cancer\\_i\\_siffror\\_2009.pdf](http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/omcancer/cancer_i_siffror/Cancer_i_siffror_2009.pdf)

Socialstyrelsen. (1974). *Socialstyrelsens råd och anvisningar angående planering av onkologisk vård*. (32). Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden. Betänkande av Utredningen En nationell cancerstrategi*. Stockholm: Riksdagen.

SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS 1991:6. *Socialstyrelsens allmänna råd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stanton, M., & MacRobert, M. (2007). Putting the "easy" into evidence-based practice. *Professional Case Management*, 12(1), 5-13; quiz 14-15.

Thiel, L., & Ghosh, Y. (2008). Determining registered nurses' readiness for evidence-based practice. *Worldviews Evidence- Based Nursing*, 5(4), 182-192.

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.

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

Omvårdnad vid bröstcancer Nationellt vårdprogram 2011

1. Hur lång yrkeserfarenhet har du som chefsjuksköterska?

- < 2 år
- 2 – 5 år
- 6 – 10 år
- 11 – 15 år
- >15 år

2. Vilken region tillhör ert sjukhus?

- Norra regionen
- Uppsala- Örebro regionen
- Västra regionen
- Stockholm- Gotland regionen
- Syd- Östra regionen
- Södra regionen

3. Vilken klinik arbetar du på?

- Kirurgklinik
  - Onkologklinik
  - Annat
- 

4. Vilken enhet arbetar du på?

- Mottagning
- Vårdavdelning
- Behandlingsenhet
- Strålbehandlingsenhet

5. Vilken är din inställning till evidensbaserade vårdprogram inom omvårdnad vid cancersjukdom?

- Vårdprogrammen har stor betydelse för omvårdnaden
- Vårdprogrammen har delvis betydelse för omvårdnaden
- Vårdprogrammen har ringa betydelse för omvårdnaden
- Vårdprogrammen har ingen betydelse för omvårdnaden
- Vet ej

6. Har du hört talas om dokumentet - Omvårdnad vid bröstcancer Nationellt Vårdprogram 2011?

- Nej → enkäten klar
- Ja

7. På vilket sätt fick du kännedom om vårdprogrammet - Omvårdnad vid bröstcancer Nationellt Vårdprogram 2011?

- Informationsmöte med representanter från Regionala onkologiska centra(ROC) / Regionala cancercentra (RCC)
- Via mail från ROC/ RCC
- Via hemsida för ROC/RCC
- Information från kollega
- Annan informationssökning via webben
- Annat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Hur är tillgången till vårdprogrammet på er enhet?

- Det finns inget exemplar på vår enhet
- Det finns ett exemplar på vår enhet
- Det finns flera exemplar på vår enhet
- Vet ej

9. Har Du och dina medarbetare tagit del av innehållet i vårdprogrammet?

- Nej → fortsatt med fråga 11
- Ja

10. Hur har Ni tagit del av vårdprogrammet?

---

---

---

---

---

---

---

---

11. Hur vill du framför allt att vårdprogrammet ska användas på din enhet?

*Två svarsalternativ kan väljas*

- Introduktionsmaterial till nyanställda
- Som en handbok att användas i dagligt arbete
- Det kommer att implementeras så att alla arbetar enhetligt efter vårdprogrammet eller de delar i vårdprogrammet som berör oss.
- Kommer inte att användas
- Frivilligt att användas av den som vill men inget gemensamt arbete i enlighet med vårdprogrammet.
- Vet ej

12. I vilken omfattning anser du att vårdprogrammet kan fungera/har fungerat som stöd i ert omvårdnadsarbete med personer med bröstcancer?

- Inget stöd alls
- Delvis stöd
- Stort stöd
- Vet ej

Returadress:

Marie Abrahamsson/ Carina Bergström  
Regionalt cancercentrum  
S3:00  
Karolinska Universitetssjukhuset, Solna  
171 76 Stockholm



## SPRIDNING AV NATIONELLT VÅRDPROGRAM ”OMVÅRDNAD VID BRÖSTCANCER”

I juli 2011 skickades det Nationella vårdprogrammet ”Omvårdnad vid bröstcancer” ut till olika vårdgivare i Sverige. Vi kontaktar nu dig för att få en uppfattning om vårdprogrammets spridning, användbarhet samt om det finns en plan för implementering. Enkäten skickas till chefsjuksköterskor på de kirurg- och onkologkliniker som enligt Nationella bröstcancerreporten 2009 rapporterade till Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer.

Syftet med vårdprogrammet är att det ska fungera som ett stöd för de yrkeskategorier som möter patienter med bröstcancer. Dokumentet ska i så stor utsträckning som möjligt erbjuda evidensbaserad omvårdnad och psykosocialt stöd och på så sätt säkerställa möjligheten för patienten att få lika vård/omvårdnad av god kvalitet och på lika villkor oavsett var i landet man bor.

Deltagande i denna undersökning är helt frivilligt och resultatet kommer inte att kunna härledas till enskilda personer eller kliniker. Enkäten återsändes i bifogat svarskuvert. Resultatet av denna enkätundersökning kommer att rapporteras till landets Regionala cancercentrum för att de i sin tur skall kunna utvärdera och förbättra sitt arbete med spridningen av nya vårdprogram i respektive region.

Om du har några frågor eller kommentarer är du välkommen att kontakta oss.

Denna enkät ingår som en del i vår kandidatexamenuppsats på Sophiahemmets högskola i Stockholm och vi som skriver detta är sjuksköterskor och arbetar på Regionalt cancercentrum.

Bästa hälsningar

Carina Bergström  
Utvecklingssjuksköterska

Marie Abrahamsson  
Utvecklingssjuksköterska

Regionalt cancercentrum  
Karolinska Universitetssjukhuset,  
Stockholm  
Tfn 08- 517 74837  
[Carina.bergstrom@karolinska.se](mailto:Carina.bergstrom@karolinska.se)

Regionalt cancercentrum  
Karolinska Universitetssjukhuset,  
Stockholm  
Tfn 08- 517 72980  
[Marie.abrahamsson@karolinska.se](mailto:Marie.abrahamsson@karolinska.se)

Handledare  
Jörgen Medin  
Sophiahemmets högskola, Stockholm  
[Jorgen.medin@shh.se](mailto:Jorgen.medin@shh.se)

**Sammanställning av svaren på fråga 10.**

Hur chefsjuksköterska och medarbetare har tagit del av vårdprogrammet.  
Frågan fick 32 svar och klassificerades enligt nedan.

**APT, Planeringsdagar, Utbildningsdagar,**

Presentation på APT

Planeringsdagar både läkare och sjuksköterskor

Information vid två utbildningstillfällen för all personal, vårdprogrammet gicks igenom

Utvalda medarbetare deltog i presentation av vårdprogrammet, därefter har vi haft upprepade utbildningar för övrig personal på kliniken

Via information på presentationsmöte

APT, info från kollegor och läkare

Ssk möten på avdelningen, sektionmöten på kliniken

Information av bröstsjuksköterska samt bröstkirurg på utbildningsdag

Har haft en genomgång

**Läst vårdprogrammet**

Vårdprogrammet har distribuerats till alla sjuksköterskor

Läst igenom och kommenterat/reflekterat

Läst och tagit del av samt informationen och jämfört med de rutiner enheten har. Funderat över eventuella förbättringar.

Läst och diskuterat

Använts vid framtagandet av SOP och checklista för bröstcancerbehandling

Enskild läsning

De sjuksköterskor som arbetar på bröstmottagningen har gått igenom vårdprogrammet

Läst, diskuterat

Skickat till mig via mail som jag skrivit ut ett ex till mig och ett till kollega

Läst vårdprogrammet

Läst det vid olika tillfällen för att hålla sig uppdaterad

Det används på bröstmottagningen

Läst det

Det låg i personalrummet på avd. ett tag. Oklart hur många som läste det. Som

sektionsansvarig kommer jag att använda det vid nästa uppdatering av våra PM i samråd med våra läkare

**Genomgång på möte samt egen föreläsning**

Varje sjuksköterska har fått ett ex samt genomgång vid ssk möte

Genom aulaföreläsningar samt egna exemplar

Informationsmötet. Läst själva

Läst igenom. Tagit upp det på sjuksköterske möte

**Från kollega**

Vi har ett bröstteam som arbetar enligt vårdprogrammet men jag har bara fått muntlig info.

Ej sett det skriftligt

En av ”mina bröstssk:or” har varit med och skrivit vårdprogrammet

Min kollega är medförfattare

---

Från kollega samt egen läsning

---

Info från några som varit med och skrivit vårdprogrammet samt läst innehållet

Muntlig info. Från personer som varit på info möte om detta samt läst det skriftliga dokumentet

---