

5/06

EN TIDNING FRÅN SVENSK
SJUKSKÖTERSKEFÖRENING

Omvårdnads

magas

Evidensbaserad vård
– vetenskaplig kunskap i praktiken

Koordinatorsjuksköterska
med nyckelroll i cancervården

Samtal hjälper mot hypertoni

SÄRTRYCK

Evidensbaserad vård

TRIAGE

Sortering av akutpatienter
kräver större kunskap

FORSKNING I TEORI OCH PRAKTIK

EVIDENSBASERAD VÅRD

– att använda vetenskaplig kunskap i det dagliga vårdarbetet

En av de största utmaningarna just nu är att åstadkomma en evidensbaserad vård i det dagliga vårdarbetet. I princip handlar denna utmaning om att hantera en stor mängd föränderlig information, främst vetenskaplig sådan, och att systematiskt tillämpa den i det dagliga arbetet. Denna artikel avser dels att tydliggöra innebörden av begreppet evidensbaserad vård, dels att visa på möjliga vägar att åstadkomma en evidensbaserad vård.

TEXT CHRISTEL BAHTESEVANI, ANIA WILLMAN, MADELEINE ROHLIN, RAGNAR LEVI

ILLUSTRATIONER TOVE HENNIX

Användning av vetenskaplig information i vården är inget nytt. Detta är tvärtom något som länge eftersträvats och som också lyfts fram i hälso- och sjukvårdens styrdokument som fastställs av Socialstyrelsen. Det nya ligger snarare i dels den snabba vetenskapliga utvecklingen som producerar en allt stridare ström av nya forskningsresultat, dels de dramatiskt förändrade tekniska förutsättningarna som gett ökade möjligheter att sprida information. Redan 1998 fanns 17 000 facktidskrifter inom det medicinska området (1). Inom omvårdnad är det inte lika många tidskrifter, men den engelska omvårdnadsforskaren Nicky Cullum har identifierat 440 tidskrifter som publicerar artiklar inom omvårdnadsområdet (2). Databasen Medline, en relevant databas för vårdpersonal, innehåller idag över 15 miljoner indexerade artiklar från mer än 32 000 tidskrifter. En sökning på sökordet "stroke" under våren 2005 gav 92 438 träffar och mer än en tredjedel av dessa (34 064) hade tillkommit efter den 1 januari 2000 (3).

Denna enorma mängd information kan snarare vara ett hinder än en tillgång för den enskilda sjuksköterskan som söker ett tillförlitligt och trovärdigt beslutsunderlag för sin verksamhet. Det blir näst intill en omöjlighet i klinisk verksamhet att överblicka all denna information, det är knappt ens möjligt inom den egna specialiteten. Andra svårigheter avseende användning av forskningslitteratur är att den oftast är skri-

ven för forskarsamhället, inte för personer som är kliniskt verksamma. Dessutom kan resultaten från olika studier vara motstridiga. Det finns svensk forskning som visar att sjuksköterskor har en positiv attityd till forskning och till användning av forskningsresultat men anger att de saknar tid och stöd från organisation och ledning för att kunna tillämpa desamma. De anser sig sakna kunskaper i att söka och kritiskt värdera forskningsresultat och de har önskemål om mera lättillgängliga beskrivningar av forskningsresultaten (4–8).

Det är lätt att som enskild sjuksköterska resignera inför de nya kraven som ställs från såväl allmänhet som tillsynsmyndigheter, att använda tillgänglig vetenskaplig information. Men i stället för att ge upp måste vi hitta sätt att hantera kunskapsmassan, sätt att sovra och sammanställa kunskapen på ett användbart sätt.

EVIDENSBASERAD VÅRD

– ETT SAMLINGSBEGREPP

Det engelska begreppet "evidence-based medicine" har lanserats för att betona att insatserna i hälso- och sjukvården så långt som möjligt bör vila på vetenskaplig grund (9). Redan under 1970-talet påtalade den engelske läkaren Archie Cochrane behovet av att sammanställa forskningsresultat för att på så vis effektivisera en utvärdering av befintliga behandlingsalternativ (10). Detta var starten på det som idag kan beskrivas som en evidensrörelse.

Den här artikeln är av en lite annan karaktär än de artiklar man brukar kunna läsa i Omvårdnadsmagasinet. Den sträcker sig över fler sidor än vad som är vanligt och den är inte heller skriven av journalister. Låt inte mängden information avskräcka dig. Ämnet är viktigt och ett av Svensk sjuksköterskeförenings prioriterade områden för de närmaste åren. Siffernoterna hänvisar till den omfattande referenslista som finns att läsa i anslutning till artikeln på Omvårdnadsmagasinets hemsida www.omvardnadsmagasinet.se.

Evidensbaserad medicin definieras som en integration av de bästa vetenskapliga bevisen med klinisk expertis och patientens värderingar (11). Inom omvårdnadsområdet startade intresset för att undersöka forskningsanvändningen i klinisk verksamhet under 70-talet (12). Denna forskningsgren som kom att på engelska benämnas "research utilisation", kom under 80-talet att bidra till modellbildningen för kvalitetsutveckling inom vården (13). En i Sverige populär modell för kvalitetsutveckling i vården var till exempel DySSSy (Dynamic Standard Setting System). Enligt Estabrooks (12) anslöts forskningsgrenen "research utilisation" till evidensrörelsen under 90-talet och begreppet "evidence-based practice" etablerades.

I Sverige är det framför allt Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) som fört ut och etablerat begreppet evidensbaserad medicin. Ursprungligen var SBU:s arbete genomsyrat av ett medicinskt perspektiv, men sedan mitten av 90-talet

2 m

1,60 m

1,40 m

1,20 m

1,00 m



har detta förändrats och begreppet evidensbaserad hälso- och sjukvård eller det kortare evidensbaserad vård är de termer som oftare används.

Evidensbaserad hälso- och sjukvård är i svensk litteratur definierat som både ett förhållningssätt och en process (3). Förhållningssättet avser en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga bevis som underlag för vårdbeslut. Processen avser att systematiskt sammanställa, kvalitetsgranska, värdera, tolka och tillämpa befintliga forskningsresultat. Denna definition visar på att det dels beror på den enskilda vårdarens vilja eller attityd att faktiskt använda ett faktaunderlag hämtat från forskning. Dels att det är en process att framställa en slags produkt som är detta faktaunderlag. Faktaunderlaget ska vara granskat, värderat och tolkat och visa på hur forskningens resultat kan tillämpas.

Evidensbaserad vård innebär en strävan efter att ge en vård på säkrare vetenskaplig grund och att göra detta på ett medvetet

vis. Evidensbaserad vård innebär en medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap och att integrera detta med klinisk erfarenhet och patientens preferenser (14).

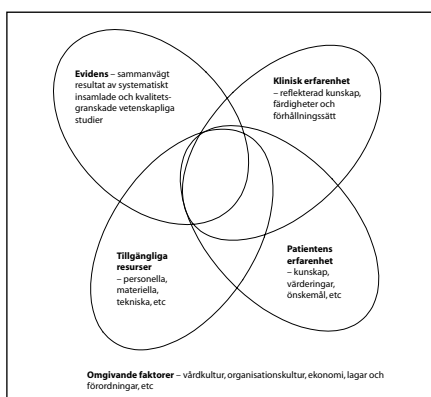
Ett faktaunderlag som kan vara till hjälp för enskilda sjuksköterskor i strävan att åstadkomma en evidensbaserad vård är de systematiska litteraturöversikterna. Detta är kunskapssammanställningar där författarna utifrån en viss klinisk frågeställning har samlat in, granskat och vägt samman alla tillgängliga forskningsresultat. Sammanställningen görs på ett systematiskt vis så att man kan dra samlade och vetenskapliga slutsatser om nyttan och eventuella risker med olika metoder för diagnos, prevention och behandling. Systematiska litteraturöversikter kan till exempel besvara frågeställningar avseende omvårdnad vid behandling av personer med depressionsjukdomar (15), omvårdnad vid behandling av personer med schizofreni (16) eller byte av perifer venkateter (17). Utifrån lit-

teraturöversiktens kvalitetsgranskade och sammanvägda resultat – evidens – kan det också vara möjligt att jämföra olika metoders nytta i förhållande till vad de kostar, med andra ord deras kostnadseffektivitet.

EVIDENSBASERAD VÅRD – EN BESLUTSPROCESS

Naturligtvis räcker det inte i den enskilda vårdssituationen att sjuksköterskan har kunskap om evidensen (kvalitetsgranskade och sammanställda forskningsresultat). Evidens kan och bör inte tillämpas mekaniskt och lika på alla personer som har behov av vård. En evidensbaserad vård innebär att sjuksköterskan analyserar varje patients unika vårdssituation och med ledning av evidensen väljer den åtgärd som med största sannolikhet kommer att göra mest nytta och minst skada. I analysen ingår också att utifrån sjuksköterskans kliniska erfarenhet välja de insatser som på bästa sätt ger de resultat som patienten önskar och har behov av och att valet görs i samråd med patienten och ►

► eventuellt de närstående. Tillgängliga resurser i den kliniska verksamheten påverkar givetvis även beslutet. Till exempel oavsett om forskning visar att det finns viss evidens för att en perifer venkateter bör bytas regelbundet, med exempel på 12–48 timmar, för att undvika tromboflebit (17) kan man inte genomdriva detta om inte patienten själv vill detta (förutsatt att patienten är välinformerad och har förmåga till egna beslut) eller om det inte finns fler venkatetrar av relevant sort att tillgå. Figur 1 illustrerar det mångfald av faktorer som finns i den enskilda vårdsituationen och som påverkar vilka beslut som kommer att fattas.



Figur 1. Illustration av faktorer som påverkar mötet med den enskilda patienten och som möjliggör en evidensbaserad vård (modifierad efter Rohlin, m fl (14), Willman, m fl (3)).

EVIDENSBASERAD VÅRD OCH MYTER

Det råder flera missuppfattningar och myter om evidensbaserad vård (18). En myt är att man i vården enbart bör använda metoder som det finns evidens för. Detta är naturligtvis varken möjligt eller rimligt. Att det i många fall saknas studier om nytan av olika metoder behöver inte betyda att dessa saknar effekt – brist på bevis ska inte sammanblandas med brist på effekt. I stället visar brist på bevis att vi ofta har behov av att initiera forskning om sådana metoder där bevis är önskvärda. En annan myt är att som bevis gäller enbart randomiserade kontrollerade studier. Inte heller detta stämmer. Vilken typ av forskningsstudie som ger bästa bevis avgörs av den frågeställning vi vill besvara. Frågeställningar som rör patienters eller vårdgivares värderingar, upplevelser och erfarenheter kan inte bäst belysas med randomiserade studier utan kan bäst besvaras av studier som använt kvalitativa forskningsmetoder. Gäller det däremot att jämföra nyttan av olika behandlingsalternativ då kan rando-

miserade studier, det vill säga studier som har en slumpmässig fördelning av deltagarna till olika grupper, ofta utgöra ett användbart beslutsunderlag.

I debatten hävdas ibland att den evidensbaserade verksamheten tränger ut andra värden i vården, då i första hand de humanistiska och sociala. Detta är ytterligare en missuppfattning. Den evidensbaserade vården måste kombineras med sjukvårdspersonalens erfarenheter, förmåga till empati, etiska förhållningssätt eller förekommande vårdideologi. Den står inte i ett motsatsförhållande till allt detta, utan måste ses som ett komplement. Inte heller konkurrerar den evidensbaserade vården med patienters och anhörigas erfarenheter, preferenser eller engagemang, alla avgörande delar för ett gott vårdresultat. Det vetenskapliga underlaget utgör endast en av flera komponenter som tillsammans kännetecknar den goda vården. Det är denna delkomponent, det vetenskapliga underlaget, som vi vill göra så starkt och praktiskt tillämpbart som möjligt (19).

Ytterligare en myt som gjorts gällande är att evidensbaserad vård leder till vård enligt ”kokboken”. Inte heller detta resonemang är rimligt utifrån tanken vi redan fört fram om att man väger samman evidens med

patientens preferenser och vårdgivarens kliniska erfarenhet (fig. 1). Det vore orimligt att påstå att varje patient eller vårdsituation är så unik att det är omöjligt att tillämpa någon som helst generell och vetenskaplig kunskap. Mera rimligt är då att ställa sig själv frågan om det finns skäl att anta att just denna patient eller vårdsituation är annorlunda än i studierna och i så fall på vilket vis. För att kunna göra detta krävs det beprövad erfarenhet – det vill säga klinisk erfarenhet som är en kritisk reflektion över gjorda erfarenheter i olika vårdsituationer.

Framstegen inom klinisk forskning och den tekniska utvecklingen innebär att vi måste ställa nya frågor. Är det rimligt att använda och sprida metoder inom vården utan att utvärdera dessa systematiskt, utan att vi vet om de verkligen är till nytta för patienter och närstående? Genom att skapa en evidensbaserad vård där vi systematiskt utnyttjar befintlig vetenskap, evidens, kan patienterna ges en vård på säkrare grund och vi kan identifiera kunskapsluckor och därmed främja klinisk forskning som kan fylla luckorna.

FRÅN EVIDENS TILL RIKTLINJE

I tider med fokusering på patientsäkerhets-

Evidens är en term med ursprung från latinets *evidentia* ”tydlighet”

Evidens är:

- bästa sammantagna vetenskapliga bevis
- det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga studier som ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet

Evidensbaserad vård är:

- att i vården använda kritiskt granskade resultat från forskning
- ett medvetet sätt att använda evidens
- bästa sammantagna vetenskapliga bevis – i beslutsfattande inom vården
- en logisk följd av ledstjärnorna ”vetenskap och beprövad erfarenhet”

Evidensbaserad vård behövs för att:

- kliniska beslut ska kunna fattas på säkrare grund i syfte att värna om och förbättra människors hälsa
- främja snabbare spridning av bevisat effektiva metoder

- bromsa spridning av bevisat ineffektiva eller skadliga metoder
- bidra till att hushålla med vårdens resurser genom att satsa på de metoder som gör störst nytta
- hantera stora informationsmängder genom att systematiskt söka, sovra och sammanställa fakta
- klargöra behovet av klinisk och patientnära forskning
- identifiera kunskapsluckor

Evidensbaserad vård är inte att:

- enbart använda metoder som det finns evidens för
- enbart ta hänsyn till randomiserade studier
- mekaniskt följa evidens från forskning utan att ta hänsyn till varje patients unika förutsättningar och vårdgivarens kliniska erfarenhet

frågor och kvalitetsutveckling inom svensk hälso- och sjukvård är det inte längre rimligt att ställa sig frågan om en evidensbaserad vård är attraktiv – detta ter sig självklart. Snarare är frågan hur vi kan åstadkomma en evidensbaserad vård och vilka lämpliga strategier och hjälpmedel som står till buds för att stödja och främja en evidensbaserad vård. En strategi kan vara att framställa och använda beslutsunderlag som kan fungera som stöd för kliniskt verksamma i enskilda vårdssituationer. Exempel på beslutsunderlag är till exempel kliniska riktlinjer, vårdprogram, standardvårdplaner, rutiner, PM, etc. Det är inte alltid helt lätt att särskilja de olika beslutsunderlagen åt rent namnsmässigt i praxis och benämningarna används inte på ett enhetligt sätt. Till exempel visar Socialstyrelsens kartläggning att begreppet standardvårdplan (SVP) kan tolkas väldigt olika. Av 782 dokument, som sänts in som standardvårdplaner var 4 procent SVP med kunskapsöversikt, 52 procent var SVP utan kunskapsöversikt och resterande 44 procent utgjordes av vårdprogram, checklistor, PM eller andra dokument (20). I denna artikel kommer vi att använda uttrycket klinisk riktlinje som enhetligt begrepp för beslutsunderlag användbara i praxis och definierar detta som ett systematiskt utformat utlåtande som ska vara ett stöd för personal och patienter i beslut om lämpliga vårdinsatser vid specifika kliniska förhållanden (21).

Kliniska riktlinjer kan vara en framkomlig väg att omsätta en stor mängd fakta till ett praktiskt, lättillgängligt och användbart format och kan användas för att minska olämpliga variationer av vårdinsatser (22, 23). Om en riktlinje ska kunna bidra till en evidensbaserad vård bör den naturligtvis i första hand baseras på systematiskt insamlad, granskad och sammanvägd vetenskaplig kunskap.

Precis som det är viktigt att kritiskt värdera forskningsresultat innan man använder dem i praxis är det viktigt att kritiskt värdera de kliniska riktlinjer som man avser använda. Det finns studier som visar att riktlinjer över lag inte nödvändigtvis är av hög kvalitet och att karakteristika hos avsändaren inte alltid borgar för en hög kvalitet. Det finns redovisat att specialistföreningar publicerat riktlinjer av otillfredsställande kvalitet. Men det finns även exempel på att riktlinjer som är framtagna inom strukturerade och koordinerade pro-

Frågor till hjälp vid kritisk granskning av kliniska riktlinjer:

- Innehåller riktlinjen en klar och detaljerad beskrivning av alla viktiga alternativ och dess effekter?
- Har en explicit och relevant process för att identifiera, välja ut och sammanställa bevis använts?
- Har en explicit och relevant process för att överväga det relativa värdet hos olika effekter använts?
- Redovisar riktlinjen ny viktig utveckling inom området?
- Är riktlinjen granskad till exempel av "referees"/"reviewers" eller andra?
- Är rekommendationerna ändamålsenliga och kliniskt viktiga?
- Redovisas vetenskaplig styrka på lämpligt vis?
- Råder det osäkerhet mellan bevis och redovisade värderingar i riktlinjen?
- Överensstämmer riktlinjens syfte med eget syfte?
- Är rekommendationerna tillämpbara för de patienter som de avses att användas för?

gram ofta håller hög kvalitet (24). Det ter sig således som att en kritisk värdering är nödvändig innan man inför riktlinjen i sin verksamhet.

Det finns en del hjälpmedel att tillgå avseende kritisk värdering av en klinisk riktlinje. Bland annat har det inom ett större forskningsprojekt skapats ett instrument för bedömning av riktlinjer. Projektet benämns AGREE – Appraisal of Guidelines Research and Evaluation. Tanken bakom utvecklingen av instrumentet var att harmonisera utvecklingen av riktlinjer inom Europa och att minimera dubbelarbete. Instrumentet kan användas för bedömning av riktlinjer av alla tänkbara slag och finns tillgängligt via Internet på projektets hemsida. Det finns även en svensk version att tillgå (25). Exempel på aspekter av riktlinjens innehåll som bedöms via instrumentet är processen att samla in och sammanställa evidens, metoderna för formulering och uppdatering av rekommendationerna, utformning, språk, organisatoriska, beteendemässiga, och ekonomiska följder av tillämpning. Ett annat hjälpmedel att använda vid granskning av riktlinjer är de frågor som sammanställts av sakkunniga inom området och som redovisas i faktaruta 2.

FRÅN RIKTLINJE TILL PRAKIS

Det är rimligt att anta att kliniska riktlinjer och andra former av beslutsstöd kommer att få en allt större betydelse i vården. Det blir då också viktigt att granska både riktlinjers tillförlitlighet och deras överförbarhet till den egna verksamheten samt att värdera deras användbarhet i kliniska sam-

manhang. Det finns forskning som visar tendenser till förbättringar för både patienter, personal och organisationen i stort när man använder evidensbaserade kliniska riktlinjer, men mer forskning behövs för att säkerställa detta (26).

För att utveckla en evidensbaserad vård kan en av flera möjliga strategier alltså vara att utforma och använda kliniska riktlinjer, som bygger på bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap. Det är visat (27, 28) att det är mer sannolikt att riktlinjer används om de:

- är evidensbaserade
- innehåller konkreta beskrivningar av förväntade insatser
- följer gängse normer inom området
- kräver få förändringar avseende organisation eller nya färdigheter

Införande och användning av kliniska riktlinjer är en omfattande process som övergripande kan beskrivas innehålla ett antal steg vilka påverkar varandra (3, 29). Hur väl man genomför varje enskilt steg påverkar de följande stegen. Vissa omständigheter som uppstår i ett steg kan leda till att man bör ompröva övriga åtgärder. Processen omfattar sju steg:

- val och framställning av riktlinje
- kartläggning av hinder och möjligheter för användning
- val av strategier för att kunna införa riktlinjen
- val av metoder för utvärdering av användning och effekter av detta
- genomförande av utvalda strategier
- genomförande av återkommande utvärderingar

- regelbunden återkoppling till personal av utvärderingsresultat

Det är väl beskrivet i litteraturen att det är viktigt att i förväg kartlägga såväl hinder som möjligheter som kan finnas i den enskilda verksamheten för att nå optimala förutsättningar vid införande av en riktlinje (30–32). Förändring av den kliniska verksamheten kan möta hinder på många olika nivåer, hos patient/närstående, den individuella vårdaren, arbetsteamet, organisationen och till och med hos det omgivande samhället. Det mesta talar för att det är en god idé att ha en välgrundad kännedom om befintliga hinder i verksamheten och åtgärder riktade mot specifika hinder verkar vara mest effektiva (27). Metoder som syftar till att förändra praxis bör skraddarsys efter bland annat den aktuella praxisförändringen, målgruppen och det kliniska sammanhanget (33). Ett konkret exempel på svårigheter att följa rekommendationer

redovisas i en studie som undersökt följsamhet av handhygieniska rutiner (27). De problemområden som där lyfts fram är:

- kognition (personal var inte övertygade om bevisen)
- motivation (rädsla för hudirritationer hos personalen)
- rutiner hos individ samt interaktioner inom teamet (avsaknad av ömsesidigt ansvarstagande och kontroll, otillfredsställande ledarskap)
- funktioner inom sjukhuset (arbetsbelastning, faciliteter).

Lika viktigt som att kartlägga hinder är att kartlägga möjligheter, faktorer som kan bidra till att genomdriva och bibehålla en önskvärd förändring. En förändringsvillig personal, specialkompetenta medarbetare, teknisk support via datorsystemen är alla goda exempel på möjligheter som med välriktade strategiska insatser kan bidra till att förändringen ska lyckas.

Det kan vara lämpligt att starta kartläggningen med att identifiera de individer och grupper som kommer att påverkas vid införandet. Syftet med detta är att bedöma deras förutsättningar att påverka införandet utifrån dels deras inflytande och dels deras vilja att stödja processen. Personer som har både en stark vilja att påverka processen och ett stort inflytande i verksamheten kan påverka positivt. De behöver uppmärksamhet och information för att kunna vara till hjälp att driva processen framåt. Personer med stort inflytande men liten vilja att stödja förändringen behöver ett bemötande som neutraliserar negativa effekter på införandet. Gentemot dessa kan det till exempel vara viktigt att söka konsensus, bygga upp goda relationer, erkänna behov, använda externa konsulter och att undvika provocerande handlingar (32).

Nästa steg i kartläggningen innebär att skapa en tydlig bild av vårdmiljön och vilka förutsättningar i denna som kommer att påverka införandet. Hit hör strukturer för beslutsfattande, förändringsbenägenhet, kommunikationssystem (formella och informella), stöd från ledning, kunskaper, färdigheter och attityder hos personalen, befintliga system för kvalitetsvärdering, resurstillgång (finansiell såväl som personella) samt interdisciplinära relationer (32). Utifrån kartläggningen beslutas det om vilka strategier som kan vara lämpliga för att genomföra förändringen. Det finns en hel del vetenskaplig kunskap på detta område även om det fortfarande saknas allmängiltiga svar vad avser betydelsen av budskapens karaktär, befintliga kunskaper och attityder och andra situationsspecifika förhållanden. De flesta interventioner som är studerade visar någon slags effekt, men ingen sticker ut som överlägset bättre än de andra (27). Utifrån en systematisk översikt redovisar Bero m fl (30) vilka interventioner som är studerade samt deras effekt, se tabell 1.

I en senare publicerad systematisk översikt redovisas ett liknande resultat som i Bero m fl (30), med den skillnaden att en kombination av olika interventioner inte verkade vara mer effektivt än enstaka (24). I denna senare studie granskades 235 studier som utvärderat spridning och implementering av riktlinjer och i 86 procent av studierna observerades det förbättringar av en medeffekt på 10 procent. Författarna menar att

Tabell 1. Interventioner och deras effekt i förändringsarbete inom hälso- och sjukvård efter Bero m fl (30).

Effekt	Intervention
Genomgående effektiva	Föreläsningar av externa utbildare
	Påminnelser (manuella eller datoriserade)
	Mångfasetterade interventioner (kombination av två eller flera av följande: granskning och återkoppling, påminnelser, lokal konsensusprocess eller marknadsföring)
	Interaktiva utbildningsformer (deltagande i workshops som inkluderar diskussioner och/eller övningar)
Varierande effekt	Granskning och återkoppling (eller sammanfattning av klinisk utvärdering)
	Användning av lokala opinionsbildare (personer som av sina kollegor anses ha inflytande)
	Lokal konsensusprocess
	Interventioner förmedlade från eller via patienter
Liten eller ingen effekt	Utbildningsmateriel (distribution av riktlinjer, audiovisuell materiel, elektronisk materiel)
	Enstaka utbildningstillfälle (föreläsningar)



även om förändringen ter sig modest rent siffermässigt så är den i ett folkhälsoperspektiv sannolikt klinisk betydelsefull.

När man väl bestämt sig för vilka strategier för implementering som verkar lämpliga så blir det nödvändigt att ta beslut om lämpliga metoder att utvärdera både följsamheten till riktlinjen som ska införas och de effekter som kan följa på detta. Ett vanligt sätt att utvärdera följsamhet är att undersöka praxis för ett urval av rekommendationerna till exempelvis via patientjournaler, register eller annan befintlig dokumentation. Effekter av vårdinsatserna kan mätas på olika nivåer men ytterst är det förbättringar i patienternas hälsa och livskvalitet som eftersträvas. Vilka mätmetoder som ska väljas beror på riktlinjernas innehåll och de effekter som kan förväntas för patienter, personal eller organisation om man följer riktlinjerna. Om en riktlinjen till exempel anger att byte av perifer venkateter bör ske inom 12–48 timmar för att förhindra tromboflebit, så kan man mäta följsamhet genom att registrera alla sådana byten. Hälsoeffekten kan mätas genom att man undersöker förekomsten av tromboflebit samt deras svårighetsgrad. Ofta påbörjas en

mätning redan innan förändringsarbetet inleds för att det ska vara möjligt att jämföra mätresultaten före och efter införandet av riktlinjerna.

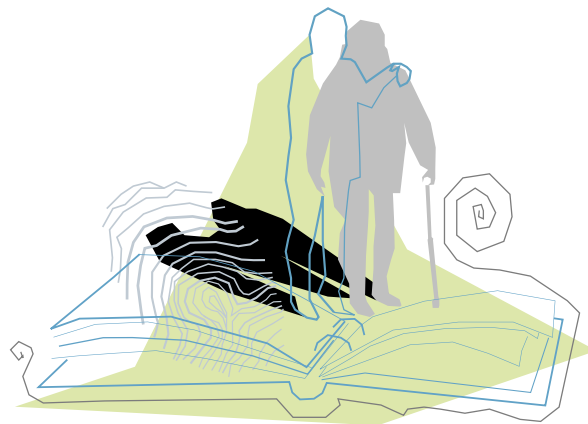
Det gäller att upprepa uppföljningen, dels för att följa verksamheten och kontrollera om det behövs ytterligare åtgärder, dels för att stödja motivationen så att förändringen består och inte klingar av när det ”nya” blir rutin eller ny personal börjar. Regelbunden återkoppling av resultatet av utvärderingarna till personal är viktigt av flera skäl. Dels stimulerar det till följsamhet till riktlinjen men det kan även användas för att identifiera de problemområden som kan finnas. I en studie av Marshall m fl (34) som undersökt personalens erfarenheter vid införande av riktlinjer för behandling av venösa bensår redovisas att återkopplingen var till hjälp bland annat med att identifiera otillräcklig dokumentation. Allt som man avsåg mäta i dokumentationen registrerades inte av ansvarig personal, något som kunde förändras när problemet väl var upptäckt. Ett annat hinder som identifierades var att patienterna hade svårt att fullfölja behandlingen som planerat, vilket då kunde undersökas vidare.

EVIDENSBASERAD VÅRD – EN UTMANING

Vårdens förändringsarbete genomförs i en komplex verklighet som påverkas av personalens individuella kunskaper och färdigheter, men också av patienters värderingar, organisatoriska förutsättningar, resurstillgång, ledarskap och politiska intressen. En framgångsrik förändring är således beroende av alla dessa perspektiv och det behövs mer forskning för att få mer kunskap om vilka faktorer som har en avgörande betydelse i förändringsprocessen (27). En forskargrupp från Storbritannien har utifrån erfarenheter från forskning och kliniskt kvalitetsarbete utvecklat en teoretisk modell för framgångsrik implementering kallad PARIHS-modellen (The Promoting Action on Research Implementation in Health Service). Modellen visar på den komplexitet som existerar när förändringsarbete ska bedrivas i klinisk verksamhet och lyfter fram tre komponenter, evidens, vårdmiljö och underlättarfunktioner, som alla samspelar inbördes. För varje komponent finns ett antal förutsättningar som påverkar hur väl förändringsarbetet kan utföras. Modellen föreslår att en framgångsrik implementering är möjlig när evidensen är vetenskapligt ►►

► robust och stämmer överens med såväl den allmänna uppfattningen inom professionen som patienters erfarenheter. Vårdmiljön är förändringsbenägen i en välvilligt inställd kultur med starkt ledarskap, det finns lämpliga former för utvärdering och återkoppling samt interna och externa aktörer kan underlätta förändringen (35–41). Modellen finns översatt till svenska av Svensk sjuksköterskeförening (SSF) som publicerat den i en strategi för sjuksköterskor som vill lära mer om möjligheter att använda resultat från forskningen (42). Strategin kan användas av såväl kliniskt verksamma sjuksköterskor som ledare inom vården och går att hämta i fulltextversion från SSFs hemsida (www.swenurse.se, *Publikationer, Vårdutveckling*).

Ett annat medel som kan vara till hjälp när det gäller införande av kliniska riktlinjer är en samling redskap (en uppsättning råd, anvisningar och verktyg) som tagits fram av en expertgrupp med sjuksköterskor och forskare i samarbete med The Registered Nurses Association of Ontario (32). I detta dokument beskrivs hela processen för implementering och det tillhandahålls även ett antal blanketter och formulär som kan



vara till hjälp under arbetets gång. Toolkitet finns tillgängligt på RNAO:s hemsida (www.rnao.org) och är så långt det är möjligt baserat på ett vetenskapligt underlag.

Evidensbaserad vård kan bara bli verklighet om de som arbetar i och leder vården är beredda att arbeta för detta och om beslutsfattarna ger dem det mandat som krävs. Det är således både upp till den enskilde medarbetaren och till dem som är ledare inom vården att ta ställning till och arbeta för en evidensbaserad vård. Förändringar genomförs ofta bäst i lagarbete, gärna över professionsgränser. En evidensbaserad vård är egentligen inget konstigare än en vård på säkrare grund. Vård som skapas av personal och patienter tillsammans, med utgångspunkt från ett bättre och tydligare beslutsunderlag. 📖

Christel Bahtsevani. Doktorand, universitetsadjunkt, leg. sjuksköterska. Hälsa och samhälle, Malmö högskola, 205 06 Malmö. Deltagit i arbete med kunskapssammanställningar vid SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering). Tel: 040-665 74 27. E-post: christel.bahtsevani@hs.mah.se.

Ania Willman. Fil. dr., universitetslektor, vårdlärare, leg. sjuksköterska. Sektionen för hälsa, Blekinge Tekniska Högskola, 371 79 Karlskrona. Deltagit i arbete med kunskapssammanställningar vid SBU, fd ledamot av SBU:s vetenskapliga råd. Tel: 0455-38 54 64. E-post: ania.willman@bth.se.

Madeleine Rohlin. Professor, över tandläkare. Odontologisk röntgendiagnostik, Odontologiska fakulteten, Malmö högskola, 205 06 Malmö. Ledamot av SBU:s styrelse. Tel: 040-665 80 10. E-post: madeleine.rohlin@od.mah.se.

Ragnar Levi. Läkare, informationschef. SBU, Box 5650, 114 86 Stockholm. Tel: 08-412 32 11. E-post: levi@sbu.se.

Referenslista finns i anslutning till artikeln på Omvårdnadsmagasinet's hemsida www.omvardnadsmagasinet.se.

Omvårdnadsmagasinet ges ut av Svensk sjuksköterskeförening (SSF).

Svensk sjuksköterskeförening är en professionell sammanslutning av leg sjuksköterskor. SSF arbetar med forsknings-, utvecklings- och utbildningsfrågor, yrkesetiska frågor och fortbildning inom vård och omsorg.

Omvårdnadsmagasinet är en medlemsförmån för SSFs medlemmar. Vill du prenumerera kostar det 300 kr i Sverige, 350 kr i Norden och 400 kr i övriga världen.



Svensk sjuksköterskeförening, SSF
Baldersgatan 1, 114 27 Stockholm,
Tel 08- 412 24 00 Fax 08-412 24 24

E-post omvardnadsmagasinet@swenurse.se,
Hemsida www.omvardnadsmagasinet.se

Chefredaktör och ansvarig utgivare
Rolf Månsson, 08-30 87 03, rolf@srmedia.se