





VETENSKAP
OCH BEPRÖVAD
ERFARENHET
VÅRD

ISBN 978-91-983575-7-8

© VBE programmet och författarna

Grafisk form Johan Laserna

Tryckt av Media-Tryck, Lunds universitet, Lund 2019

Innehåll

Förord	9
NILS-ERIC SAHLIN	
Kunskap för praktiken: Discovery, evaluation och implementation	13
INGALILL RAHM HALLBERG	
I skarven mellan vetenskap och beprövad erfarenhet	23
IRÉN TIBERG	
Två roller för beprövad erfarenhet inom hälso- och sjukvård	31
ANNIKA WALLIN	
Vikten av obruten vårdkedja: Snabbspår för patientens bästa	41
AMI HOMMEL	

Kan beprövad erfarenhet bekräftas
49 med praxis-baserad evidens?

BIRGITTA BERNSPÅNG

57 Medverkande

Förord

I nätupplagan av Vårdförbundets medlemstidning *Vårdfokus* kan man den 10 april 2012 läsa att en sjuksköterska utfäst en belöning på 10 000 kronor till den som kan tala om vad begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet "egentligen står för". Så här står det: "Det är 30 år sedan begreppet 'vetenskap och beprövad erfarenhet' togs in i lagstiftningen och det används flitigt i tillsynsbeslut. Men vad det egentligen innebär finns det ingen klar och tydlig definition på ..." Förklara innebörden eller sluta använda begreppet är med andra ord budskapet.

Sannolikheten för att priset någon gång kommer att delas ut bedömer jag som närmast obefintlig. Ge mig en definition så skall jag ge dig en annan. Det går alltid att hävda att just den föreslagna definitionen är vag och/eller flertydig. Problemet är inte unikt för begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet, Men det betyder inte att vi inte skall sträva efter klara definitioner. De definitioner vi ger bringar ordning och skärpa och bidrar till bättre beslutsfattande och användbara regelverk, även om de för den skull inte behöver vara värda att prisbelöna.

Vetenskap och beprövad erfarenhet (VBE) är ett sexårigt forskningsprogram finansierat av Riksbankens jubileumsfond. Detta är den åttonde skriften i en serie småskrifter som vi publicerar och som alla handlar vetenskap och beprövad erfarenhet, med fokus på ett eller annat tillämpningsområde. Hittills har vi belyst följande områden: medicin, juridik, skola, miljö, politik och socialtjänst. Detta nummer ägnas åt vård.

Våra kartläggningar har lärt oss att begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet definieras olika inom olika områden. Läkare menar inte riktigt samma sak som sjuksköterskor. I skolans värld betyder vetenskap och beprövad erfarenhet något annat än i hälso- och sjukvården. Begreppet har en delvis annan betydelse och funktion i miljöbalken än i skollagen eller i patientsäkerhetslagen. Det finns, för att tala med förra århundradets vetenskapsteoretiker, en anmärkningsvärd ämnesinkommensurabilitet eller, skulle man kunna säga, inkommensurabilitet mellan tillämpningsområden. Vi har inte endast ett begrepp utan många. Vart och ett mer eller mindre omsorgsfullt definierat.

Detta betyder inte att begreppet är oviktigt, att det skall "tas bort". Vetenskap och beprövad erfarenhet är inte ett vetenskapligt begrepp. Det är ett politiskt begrepp, en politisk eller administrativ markör. Man kan jämföra med den så kallade försiktighetsprincipen, en princip som står i konflikt med många grundläggande principer för sunt beslutsfattande och därför inte alltid rekommenderar samma

beslut som flera av de mest kända teorierna för rationellt beslutsfattande. Men försiktighetsprincipen är inte en fulländad beslutsregel, utan en politisk markör, ett rättessnöre som säger vad vi bör göra när vi står inför beslut som potentiellt har mycket negativa konsekvenser och samtidigt ett svajigt kunskapsunderlag. Och som sådant har det haft betydande inverkan på rader av beslut tagna av bland annat Europeiska unionen.

Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet har sedan slutet av 1800-talet varit en fyrbåk för svensk hälso- och sjukvård. Vi vill ju att det vi gör i vården, och även inom andra områden, uppfyller rimliga krav på förankring i erfarenhet och vetenskap. Det förment oklara begreppet uppmuntrar till kunskapssökande och har blivit en garant för epistemisk redlighet – för att vi ärligt och noggrant värderar den information och kunskap vi har, att vi öppet redovisar kunskapsluckor och osäkerhet. Vissa av våra myndigheter har till uppgift att göra precis detta, till exempel Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Socialstyrelsen. Kloka regioner inrättar särskilda råd med uppgift att använda dessa utvärderingar och egna kunskapsöversikter för att göra prioriteringar i hälso- och sjukvården. I sin tur betyder detta att vi försöker minska riskerna för att någon kommer till skada eller får betala dyrt till följd av verkningslösa behandlingar. Vi vill med begreppet alltså även markera att kvacksalveri och humbug inte kan accepteras i hälso- och sjukvården.

Under 2018 påbörjade några av forskarna i vårt program en undersökning av hur hälso- och sjukvårdspersonalen ser på beprövad erfarenhet. Slumpmässigt utvalda arbetsterapeuter, läkare och sjuksköterskor fick svara på en rad frågor. Hur är vetenskap och beprövad erfarenhet relaterade? Hur påverkar vetenskap och beprövad erfarenhet yrkesrollen och beslutsfattandet? Resultaten är när detta skrivs inte färdiganalyserade, men Annika Wallin redogör i sin uppsats för några spännande olikheter som kan utläsas av enkätsvaren.

Denna skrift handlar som sagt om vård och hur viktigt begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet är även inom detta område. Kanske inte så väldefinierat som filosofen i oss alla skulle önska men ett begrepp som pekar med hela handen.

Nils-Eric Sahlin för VBE-programmet*

* Vetenskap och Beprövad Erfarenhet – VBE – är ett forskningsprogram som startade 1 januari 2015. Programmet finansieras av Riksbankens jubileumsfond och är internationellt och flervetenskapligt. Deltagarna i programmet representerar Lunds universitet, Malmö universitet och Formas i Sverige, Carnegie Mellon University och Harvard Medical School i USA samt University of Leeds i Storbritannien och knyter samman forskare från områdena filosofi, psykologi, kognitionsvetenskap, juridik, medicin och företagsekonomi.

VBE-programmets forskare går att läsa om på <http://www.vbe.lu.se>.

Kunskap för praktiken

Discovery, evaluation och implementation

INGALILL RAHM HALLBERG

Svensk omvårdnadsforskning har utvecklats snabbt sedan området formellt etablerades vid landets lärosäten. Antalet professorer har passerat hundra och möjligheten till forskarutbildning finns vid de flesta lärosäten med sjuksköterskeutbildning. Det i sig innebär inte att all forskning är av sådan utformning och kvalitet att den kan informera praktiken om hur man bäst hanterar en vård- eller behandlingssituation. Det ska inte ses som en brist i forskningen då kunskapsutveckling baserad på forskning är en stegvis process. Forskningen bidrar till upptäckt av dimensioner av ett fenomen (discovery) och i nästa steg kan upptäckten leda till forskning om hur ett fenomen kan påverkas/interveneras (evaluation) så att ett bättre resultat uppnås än det som uppstår om naturen har sin gång eller det som rådande praktik åstadkommer. Kunskapen som ska implementeras i praktiken ska vara så vetenskapligt kritiskt granskad att man kan utesluta att den skadar någon eller något, att den

maximerar utfallet jämfört med det som redan är i bruk och att resurserna används på ett kostnadseffektivt sätt. Sådan kunskap uppnås inte genom någon enstaka studie. Den kräver långsiktighet, granskning från olika håll och en design som faktiskt kan ge ett svar om effekt och effektivitet av en intervention (Hallberg 2015). En översiktlig granskning av första generationens omvårdnadsforskare visade att de arbetade systematiskt och långsiktigt med ett avgränsat problemområde (Hallberg 2019) medan senare års utvärdering av svensk vårdforskning pekat på fragmentering av forskningen (Hallberg 2003). En betydande dominans av studier med en huvudsakligen deskriptiv ansats har också identifierats vid granskning av publikationer i de högst rankade vetenskapliga tidskrifterna inom "nursing" (Mantzoukas, 2009). Resultaten av sådan forskning är inte mogna att implementeras/införas i praktisk vårdverksamhet. Dessvärre bidrar instruktionerna från vetenskapliga tidskrifter ibland till förvirring då de ofta kräver att författaren ska formulera vilken betydelse resultaten har för praktiken. Det ger ett sken av att observationer baserade på tvärsnittsstudier, kvalitativa studier etc. är färdiga för implementering i vården.

Forskning innebär en förenkling av den verklighet som medicinsk behandling, vård och omsorg innebär. Förenklingen innebär också att de resultat som uppnås kan ha låg extern validitet då den intervention som testas för effekter genomförs på ett sätt som rimmar illa med hur den senare

ska implementeras i praktiken. Det kan innebära att effekten helt försvinner. Det finns en hög medvetenhet bland forskare om denna problematik. Allt oftare ser man i den vetenskapliga litteraturen begrepp som "real world trial", "real world evidence", "pragmatic trials", "explanatory versus pragmatic trials", "comparative effectiveness", "complex interventions". Den ökande förekomsten av dessa begrepp kan tolkas som att det sker en utveckling i synen på hur forskning av relevans för praktiken bäst genomförs. Det förs också diskussioner om hur olika kvalitetsregister (real world data) ska kunna användas för att studera behandlings- och vårdförlopp. Siktet är inställt på bättre extern validitet i meningen att forskningen ska ligga så nära praktikens villkor och förutsättningar som det är möjligt med hänsyn tagen till risken för faktorer som stör intern validitet.

Comparative effectiveness (CER) har som det ser ut i litteraturen haft mest genomslag i USA. Som benämningen antyder handlar det om att jämföra olika interventioner i hälso- och sjukvården för att få underlag för slutsatser om vilken som fungerar bäst för vilka patienter och under vilka omständigheter samt vilken metod som har störst fördelar och minst risker (Dang & Kaur 2016). Det omfattar hela vårdkedjan från förebyggande, diagnostik, behandling och uppföljning samt kvalitetsutveckling. Ansatsen är således forskning i praktiken på de metoder som är i bruk eller att det som är i bruk ställs mot en ny variant av metoden. Det är en tilltalande ansats så till vida att den beforskar

praktiken för dess effektivitet till skillnad från när forskaren inför och beforskar någon ny oprövad metod. En avhandling från Linköping, Källman 2015, är enligt min mening ett exempel på CER. Avhandlingen handlar om lägesförändring för att förebygga trycksår hos svårt sjuka, medvetslösa eller sköra personer. I olika jämförande studier kommer författaren fram till att rådande praktik med vändschema enligt vedertagna riktlinjer kanske inte är det bästa sättet att förebygga trycksår. Källman fann bland annat att rådande vändschema inte tar hänsyn till om personen vänder eller rör på sig på egen hand eller om personens blodflöde reagerar på tryck, en så kallad tryckinducerad vasodilatation som skyddar vävnaden för tryckskada. Dessutom var kunskapsläget oklart vad gäller vilket läge som bidrar till bäst mikrocirkulation, sidoläge, ryggläge etc. I den aktuella avhandlingen visade sig ryggläge med så kallad tiltning (en spetskudde som förs in under madrassen) bidra till bäst mikrocirkulation. Sammantaget använde forskaren sig av olika metoder för att kunna dra slutsatser om effektiviteten i rådande trycksårprofylax, särskilt avseende vändschema samt vilket läge som var mest effektivt för att minska risken för dålig cirkulation i de områden som var utsatta för tryck. Vården skulle sannolikt gagnas av om många fler av de metoder som tillämpas blev föremål för vetenskaplig belysning innan nya metoder förs in utifrån. Vändschema har använts i många år. Det är oklart, åtminstone för författaren av denna text om etablerade metoder som vändschema en

gång i tiden byggde på vetenskap eller om det var ett exempel på beprövad erfarenhet. Metoder för att studera effekten av en intervention typ vändschema var inte så utvecklade som den är numera, till exempel mätning av blodcirkulationen i vävnad som är utsatt för tryck. Studier av ovan beskrivna slag indikerar också betydelsen av att inte utgå från att det som görs i praktiken är fel eller ovetenskapligt men att nya metoder och perspektiv kan vara till hjälp för att utveckla rådande praktik.

Begreppen "Explanatory respektive pragmatic trials" används för att skildra ett kontinuum från förklarande/explanatory till pragmatiska interventionsstudier. I förklarande studier testas hypotesen att interventionen ger resultat av betydelse under ideala omständigheter dvs. då många faktorer hålls under kontroll t.ex. organisation, bemanning, forskarens kontroll över hur interventionen genomförs. En pragmatisk interventionsstudie (även kallad naturalistisk) testar interventionens relativa effekter som ett alternativ i rutinvård (den riktiga världen) med siktet inställt på att interventionen ska fungera i vardaglig vård och ha hög generaliserbarhet och samtidigt bevara så hög intern validitet som möjligt. Det är möjligt att man i de fall en i praktiken oprövad metod ska studeras för dess effekt detta görs inledningsvis bäst under kontrollerade förhållanden. När väl positiva resultat visats testas interventionen under förhållande som är så lika vårdens vardag som möjligt. Diskussionen om "pragmatic trials" har sitt ursprung i tidigt 1950-tal

men har fått ny uppmärksamhet på senare tid. Bland annat har en grupp forskare, GetReal, publicerat en serie om utveckling och design av pragmatiska studier i *Journal of Clinical Epidemiology*, 2017. En modell till ledning för planeringen av en pragmatisk interventionsstudie, design, metoder och genomförande har utvecklats, PRECIS-2 tool (Loudon et al 2015). Den omfattar nio olika aspekter att ta ställning till när man planerar en pragmatisk studie. Sådana aspekter är i vilken utsträckning deltagarna är de samma som de som skulle få interventionen i det verkliga livet, i vilken utsträckning det krävs extra åtgärder för att rekrytera deltagare, hur lik organisationen där interventionen testas är jämfört med var den är tänkt att fungera, hur lik tillgången på resurser, personal, kompetens, organisation är jämfört med hur/var den är tänkt att fungera etc. Loudon et al (2015) förespråkar att forskaren inledningsvis tar ställning till var på skalan förklarande respektive pragmatisk intervention forskaren vill genomföra studien. Det vill säga om interventionen ska studeras under ideala omständigheter eller studeras för hur och om den fungerar under vardagliga praktiska omständigheter. Forskaren kan använda sig av de nio aspekterna i planeringen och ska samtidigt vara väl medveten om att det inte är en fråga om antingen eller utan om ett kontinuum. Studien av vårdkedjan för patienter med höftfrakturer som presenteras av Hommel i denna skrift skulle i min tolkning mycket väl vara ett exempel på en pragmatisk interventionsstudie (s. 41). Den har haft stort

genomslag i praktiken nationellt och uppenbarligen även internationellt vilket kan bero på att den i genomförandet är väl integrerad i den vardagliga vården. Den tröghet i implementering av nya forskningsresultat som ibland anförs kan delvis förklaras av att studiens design ligger för långt ifrån vårdens vardag.

Ytterligare ett exempel på utveckling i synen på forskning om interventioners effekter och effektivitet är den av Medical Research Council, UK, presenterade modellen för utveckling och genomförande av så kallade komplexa interventioner i hälso- och sjukvården. Modellen publiceras i en ny version 2019. Tillägg har också gjorts om processevaluering. Modellen belyser och exemplifierar en process från utveckling av interventionen, testning av dess genomförbarhet och pilotarbete till evaluering och implementering. Processen är inte linjär och innebär att man i de olika faserna kan behöva backa och gå tillbaka till utvecklingsfasen eller till pilotarbete före det att man går till en storskalig evalueringsstudie. I rapporten diskuteras också olika experimentella designer beroende på vilken frågeställning man avser att studera. På ett förtjänstfullt sätt lyfts processen från noggrann litteraturgenomgång, teoriutveckling fram till en väl genomtänkt och testad utvärdering av interventionens effekter, olika tänkbara modeller för att inkludera respondenter samt forskning omkring processen för interventionen. I mindre omfattning lyfts multi-metoddesign fram samt problem relaterade till implementering. Richards och Hallbergs (2015) handbok

om forskning om komplexa interventioner har kommit till i ett försök att ytterligare fördjupa metod- och designfrågor. Det saknas dock en diskussion om i vilken utsträckning man kan eller bör planera studien på skalan från explanatorisk till pragmatisk. Det skulle troligen tillföra ytterligare en dimension till planeringen. Fenomenet komplexa interventioner har uppenbarligen haft genomslag i forskningen då en snabb litteratursökning (PubMed) på "Complex intervention studies" och "Nursing" mellan 1979 och 2018 gav 6715 träffar. När sökningen begränsades till Systematic Reviews blev resultatet 69 publikationer. En första läsning av de systematiska litteraturstudierna visade en stor bredd med ett klart fokus på interventionsstudier i vården t.ex. måltider i sjukhusmiljö, nutritionsvård, smärtlindring, förflyttning från vård i hemmet till vårdboende etc. Vanligast var studier som rörde äldre, långtidsvård, leva med livslång sjukdom som cancer, astma, KOL. Således tycks modellen för genomförande av komplexa interventioner haft stort genomslag i forskningen.

Förekomsten av interventionsstudier i en design som är närmare den vardagliga vården illustrerar en utveckling som är spännande. Den kan hjälpa forskare att designa studier som ligger nära praktiken och antagligen få ett snabbare genomslag om interventionen visar sig vara effektiv. Den kan dock inte helt och hållet ersätta att vården också vilar på beprövad erfarenhet. Det mesta i vårdens vardag består av komplexa situationer med många samverkande faktorer. För

att lösa enskilda situationer på bästa sätt sker i många fall en sammansmältning både av vetenskapligt prövad kunskap och av beprövad erfarenhet. I den sammansmältningen ingår mest troligt också utövarens kunskap om anatomiska, fysiologiska, psykologiska och sociala processer generellt, dvs. basala kunskaper som ingår i hälso- och sjukvårdsutbildningar. Vården kan inte reduceras till att den vilar på antingen det ena eller det andra. Lika lite kan det som var vetenskapligt prövad kunskap vid en tidpunkt bestå då ny kunskap och nya metoder ställer tidigare kunskap på ända. Nya vetenskapliga och tekniska metoder gör det möjligt att på ett nytt sätt studera etablerade metoder och bekräfta eller avfärda dem.

Referenser

- Dang, A., Kaur, K. Comparative effectiveness research and its utility in in-clinical-practice. *Perspect Clin Res* 7:9–14, 2016.
- Hallberg, IR. Svensk Vårdforskning 2003; I Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag; *Socialdepartementet*. Ds 2003:56, sid 297–383. Fritzes Stockholm, 2003.
- Hallberg, IR. Knowledge for Health Care Practice. I *Complex Interventions in Health: an Overview of Research Methods*. Eds Richards, DA & Hallberg, IR. Routledge. 2015 <http://www.routledge.com/books/details/9780415703161/>
- Hallberg, IR. Nursing Science in Sweden (in press): Internal and external forces contributing to its development. In Hafsteinsdottir, TB., Jonsdottir, H., Kirkevold, M., Leino-Kilpi, H., Lomborg, K.,

- Hallberg, IR (eds). *Leadership in Nursing: Experiences from the European Nordic Countries*. Springer, 2019.
- Källman, U. *Evaluation of repositioning in pressure ulcer prevention*. Linköping University Medical Dissertations No. 1445, LiU tryck Linköping, 2015.
- Loudon, K., Treweek, S., Sullivan, F., Donnan, P., Thorpe, KE. The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose. *BMJ* 2015;350:h2147, 2015.
- Mantzoukas, S. The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006: A quantitative content analysis. *Int Nurs Stud*, 46(4). 479–489, 2009.
- Medical Research Council. *Developing and evaluating complex interventions: following considerable development in the field since 2006*, MRC and NIHR have jointly commissioned an update of this guidance to be published in 2019. [WWW.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance](http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance)
- Richards, DA and Hallberg, IR (eds). *Complex Interventions in Health: an Overview of Research Methods*. Routledge, 2015. <http://www.routledge.com/books/details/9780415703161/>

I skarven mellan vetenskap och beprövad erfarenhet

IRÉN TIBERG

Interventioner inom hälsovetenskap är oftast komplexa på så sätt att de innehåller flera komponenter, men även så till vida att de utvärderas i en så pass komplex miljö som hälso- och sjukvården, där det finns en mängd komponenter som på olika sätt samverkar och har betydelse för utfallet. Inte sällan inkluderar också interventioner inom hälsovetenskap mänskligt beteende, vilket gör forskningen än mer komplex. Medical Research Council gav år 2000 ut ett ramverk med riktlinjer i syfte att avhjälpa en del av svårigheterna med att planera, genomföra och rapportera komplexa interventioner. Ramverket omfattar forskningsprocessens fyra faser: utveckling, testning, evaluering och implementering. Varje fas innebär inte sällan en eller flera studier, vilket betyder att det tar avsevärd tid innan en innovation, om den visar sig vara genomförbar och kostnadseffektiv, kan komma patienterna, hälso- och sjukvården och samhället till godo. Ramverket uppdaterades år 2008 eftersom det fanns brister som var

förbisedda i den tidigare publiceringen, till exempel gavs inte tillräcklig uppmärksamhet åt den senare delen av forskningsprocessen då forskningsresultat ska implementeras i den kliniska verksamheten. Tillsammans med en bok där riktlinjerna diskuteras och fördjupas (Richard och Hallberg, 2015) har ramverket varit en ovärderlig metodologisk hjälp för den enskilde forskaren och har sannolikt haft en avgörande betydelse för forskningskvaliteten inom hälsovetenskapen.

I ramverkets första fas utvecklas en intervention, vilket inkluderar genomgång av kunskapsläget och identifiering av en kunskapslucka. I denna fas beskriver forskaren sin innovation och modellerar med stöd av en teori eller till exempel kvalitativa forskningsresultat hur interventionen rimligen kan leda till förväntad effekt. I nästa fas testas hela eller delar av interventionen med avseende på genomförbarhet och/eller pilottestas studiens process i sin helhet. Baserat på dessa resultat kan studien behöva justeras, och det kan också innebära att forskaren behöver gå tillbaka till den tidigare fasen och tänka om. Först i den tredje fasen evalueras interventionen med adekvat styrka i relation till effekter och kostnadseffektivitet. Eftersom interventioner inom hälsovetenskapen ofta består av flera delar och det är helheten som utvärderas och som således kan sägas ha vissa effekter, och om studien inte är utformad för att utvärdera varje enskild komponent av interventionen, går det således inte att säga att delarna har en viss effekt.

Implementering av evidensbaserade interventioner utgör grunden för hälso- och sjukvårdens utveckling. Everett M. Rogers (2002) beskriver att det finns fyra huvudsakliga faktorer som har betydelse för implementering: 1) innovationen, det vill säga forskningsidén; 2) hur innovationen kommuniceras; 3) tid; och 4) det sociala system där innovationen ska implementeras. Det som är slående i implementeringslitteraturen är att implementering av interventioner inom hälso- och sjukvård sällan lyckas och att interventioner endast delvis blir implementerade. Eftersom det är summan av delarna som är evidensbaserad är kunskapen som blivit implementerad i de fallen inte evidensbaserad.

Vetenskap och beprövad erfarenhet är viktiga begrepp och förekommer i flera lagtexter som berör hälso- och sjukvården. Att förändra rutiner för kliniskt arbete inom hälso- och sjukvården är svårt även om det innebär uppenbara evidensbaserade fördelar för patienter och anhöriga, för hälso- och sjukvården och samhället. Hur är det möjligt? Det finns inget säkert svar på den frågan, men inom ramen för denna skrift kan det möjligen vara tillåtet att fundera och reflektera kring frågan.

Utifrån Rogers teori kan implementering beskrivas som en social process som över tid kommuniceras bland medlemmar i en grupp i syfte att nå en gemensam förståelse. Implementeringsutfallet är med andra ord helt beroende av den grupp individer som arbetar på den plats där implementeringen sker. Beprövad erfarenhet bygger på vad

professionen uppfattar som god praxis. Denna bygger ofta på en samlad uppfattning av ett stort antal kliniska experter med lång och bred erfarenhet. Vad som är god praxis kan också vara mer lokalt, vilket blir tydligt när vårdens olikheter kring en specifik patientgrupp i olika delar av landet och i olika länder synas och jämförs. Forskning inom hälsovetenskap handlar inte sällan om att intervensera i det som skulle kunna sägas vara god praxis eller beprövad erfarenhet. Om andra rutiner än de som i många år varit god praxis visar sig vara mer effektiva och således bör implementeras, hamnar vårdgivarna i en situation då vetenskap och beprövad erfarenhet ställs mot varandra. Den enskilde medarbetaren förväntas kanske förändra sitt sätt att arbeta eller kanske sitt förhållningssätt, vilket sannolikt spelar en roll för medarbetares benägenhet att ta till sig en innovation. Indirekt kan innovationen också bli en kritik av det arbete som den enskilde praktiserat under lång tid. Ofta ställer det mindre krav på den enskilde medarbetaren att fortsätta med de rutiner som är välbekanta än att lära sig nya rutiner. I betänkandet "Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter" (SOU 2018:77) framgår det att krav på att yrkesutövare kontinuerligt ska uppdatera sin yrkeskompetens finns för vissa av de reglerade yrkena i Sverige, till exempel djurhjälsopersonal, dock inte för sjuksköterskor och barnmorskor. Sju yrkesförbund framförde 2015 i en skrivelse till regeringen önskemål om att Sverige bör införa krav på systematisk kompetensutveckling med

en plan för varje medarbetares fortbildning. Förbundet betonar även att vården nu närmar sig en gräns där det inte längre går att garantera att alla patienter får träffa yrkesutövare som är uppdaterade på nya rön och effektiva behandlingsmetoder.

Den nya patientlagen (2014:821) syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Förändrade rutiner med syfte att främja och stärka patientens intresse är heller inte alltid samma sak som att det främjar den enskilde medarbetarens mer personliga intresse. Det kan innebära andra arbetstider, och kanske innebär det en större arbetsbörda och ett mer flexibelt arbetssätt i syfte att kunna möta den enskilde patientens behov av vård och stöd. Det är då inte svårt att förstå att evidensen för ett visst arbetssätt bara är en liten del av det som har betydelse för huruvida en intervention blir helt, delvis eller inte alls implementerad. Lagar, organisation, ledarskap och vilka individer som gruppen består av är andra faktorer som har en avgörande betydelse för implementeringens utfall. Det är heller inte så svårt att se att innovationen i sig själv har betydelse, för det är sannolikt mindre komplicerat att implementera teknisk utrustning som underlättar vårdgivarens arbete och sparar tid än att implementera en intervention som inkluderar ett förändrat förhållningssätt gentemot patienten, såsom att erbjuda en mer personcentrerad vård.

Trots de metodologiska utmaningar som det innebär att utvärdera komplexa interventioner i en så komplex miljö som hälso- och sjukvården är, framstår trots allt implementeringen som den absolut största utmaningen, eftersom den kräver än större uppmärksamhet inte bara i forsknings-samhället utan i samhället i stort. Planeringen av den sista fasen av Medical Research Councils ramverk behöver i långt större omfattning integreras i de tidiga faserna när en intervention planeras. Det understryker också betydelsen av att interventionernas genomförbarhet testas innan betydande mänskliga och ekonomiska resurser investeras i att utvärdera en intervention avseende effektivitet. Vidare är det rimligt att anta att intresseorganisationer framöver behöver få en allt viktigare funktion i forskningsprocessens alla steg. För att forskning inom hälsovetenskap verkligen ska komma patient och samhälle till godo behöver också hälso- och sjukvården skapa bättre förutsättningar för att yrkesutövare ska kunna utföra arbetsuppgifter i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Referenser

- Medical Research Council. A framework for development and evaluations of RCTs for complex intervention to improve health, 2000. Available from: <http://www.mrc.ac.uk/Utilities/Documentrecord/index.htm?d=MRC003372>.
- Craig, P., et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*,

337(7676), 2008.

Richards, D.A., Hallberg, IR. (eds.). Complex interventions in health. An overview of research methods. New York and London: Routledge, 2015.

Rogers, E.M. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press, 2014.

Patientlagen – SFS 2014:821

Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter, SOU 2018:77

Två roller för beprövad erfarenhet inom hälso- och sjukvård

ANNIKA WALLIN

”Då är det väl såhär att finns det tydliga å bra studier då brukar de såhär väga väldigt tungt så att slutsatserna mellan dom blir så att säga vägledande. Finns det INTE det, då blir det ju mer lite tyckande å tyckande som baserar sej på erfarenhet då va. Så att ju, jag tror att man lite grovt kan säga ungefär såhär att ju mindre tydlig evidens det finns desto mer lutar man sej på egen eller andras erfarenhet. Det här brukar funka det här brukar gå bra eller där här brukar inte vara nån bra kombination eller nåt sånt.”

”Nä jag vet inte men det finns ju till exempel vi pratade om blåsträning vi pratade om bäckenbottenträning som är en del av interventionen som är, finns evidens för. Men det är väldigt dåligt beskrivet VAD det är blåsträning, hur GÖR man å så å där tycker jag kanske såna med lång erfarenhet av att ha tränat patienter i blåsträning skulle kunna exemplifiera såhär å såhär å på det här sättet gör vi och det skulle vara liksom kunna ligga till grund ...”

Det här är två experter inom hälso- och sjukvården som uttalar sig om begreppet beprövad erfarenhet och hur det förhåller sig till vetenskaplig evidens. Både beprövad erfarenhet och vetenskap krävs för god hälso- och sjukvård. Det säger bland annat patientlagen. Men uttalandena antyder att det finns olika sätt att se på relationen mellan vetenskap och beprövad erfarenhet inom hälso- och sjukvården.

I det första citatet beskrivs beprövad erfarenhet som ett andrahandsalternativ. Det är en sämre form av kunskap som fyller i luckorna när de tydliga och bra studierna saknas. Vår källa verkar dessutom se beprövad erfarenhet som synonym med egen och andras personliga erfarenhet.

I det andra citatet tycks det som om beprövad erfarenhet kan spela en roll som tydliga och bra studier – hur bra de än är – inte kan. Hur man faktiskt gör när en patient blåstränar och vad som ger upphov till eventuella förbättringar kan vara svårt att mäta och beskriva. Det kan också vara praktiskt svårt att underordna ett rent vetenskapligt arbetssätt. Det är kanske något som måste visas eller upplevas för att man ska kunna återskapa det. Eventuellt är arbetssättet för beroende av organisationsform och personal för att enkelt kunna flyttas mellan kontexter. Här fyller den beprövade erfarenheten i en kunskapslucka, men den gör det på ett sätt som en vetenskaplig studie inte skulle ha kunnat göra. Den beprövade erfarenheten har en egen, distinkt, roll.

Vi vet att beprövad erfarenhet kan förstås på olika sätt. Olika perspektiv kan läggas på begreppet, som bland annat

att beprövad erfarenhet är något som har sitt ursprung i hälso- och sjukvårdens faktiska arbete, att det är något som är tillräckligt vedertaget, att det är något som en enskild anställd kan ha och så vidare (Persson och Wahlberg, 2015, beskriver detta som dimensioner).

Här vill jag inte diskutera vad beprövad erfarenhet är. Istället vill jag fånga upp det jag tycker mig ana i citaten här ovan: att beprövad erfarenhet kan användas på olika sätt. Den kan spela rollen som andrahandsalternativ men också vara oersättlig. Troligtvis avgör den roll beprövad erfarenhet spelar också hur den behandlas. En oumbärlig kunskapskälla förtjänar att tas till vara och att kritiskt granskas. Andrahandsalternativ behandlas sällan med samma respekt.

I citaten ovan uttalar sig en läkare (första citatet) och en arbetsterapeut (andra citatet) om relationen mellan vetenskap och beprövad erfarenhet. Kan det vara så att det sätt på vilka dessa två yrkesgrupper arbetar påverkar hur de ser på beprövad erfarenhet, och hur de tycker den kan användas?

Under våren 2018 försökte mina kollegor och jag att ta reda på mer om hur hälso- och sjukvårdspersonalen ser på beprövad erfarenhet (se bland annat Wahlberg, Wallin, Persson & Dewitt, 2018). Vi skickade ut en enkät* till tre

* Enkäten skickades till 700 slumpmässigt valda arbetsterapeuter, 700 läkare och 700 sjuksköterskor som fanns med i Yrkesdatabasen från 2015. 51% av de tillfrågade svarade.

olika yrkesgrupper: arbetsterapeuter, läkare och sjuksköterskor. En av de frågor vi ställde handlade om hur vetenskap och beprövad erfarenhet förhåller sig till varandra. Vi frågade hur viktiga var och en av dem var för sunt beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Vi frågade också hur säkra och systematiska de var. I enkäten fanns även en fråga om vilken roll den personliga erfarenheten spelar, men den kommer jag inte att gå in på här. Dessa frågor berör alltså vilken roll beprövad erfarenhet spelar (i hälso- och sjukvården) jämfört med andra kunskapskällor (som vetenskapliga studier).

Av de som svarade på vår enkät verkade läkarna uppleva störst skillnad mellan vetenskap och beprövad erfarenhet i hälso- och sjukvården. De ansåg att beprövad erfarenhet är mindre viktig, säker och systematisk än vetenskap är. Detsamma gjorde de tillfrågade arbetsterapeuterna och sjuksköterskorna, men den upplevda skillnaden var mindre i dessa två grupper. Vetenskap spelar den viktigaste rollen för alla tre yrkesgrupperna, men sjuksköterskor och arbetsterapeuter anser att den beprövade erfarenheten har en roll som i större utsträckning liknar vetenskapens. Vad beror detta på?

Vi kan hitta en ledtråd i en annan av enkätens frågor. Vi bad våra tillfrågade att ange hur mycket de höll med om följande påstående: "Att det finns beprövad erfarenhet av en behandling inom hälso- och sjukvården betyder att den har blivit noga prövad i praktiken inom hälso- och sjukvården." De svarande som i högre grad höll med om att beprövad erfarenhet innebär att något är noga prövat upplevde att

vetenskap och beprövad erfarenhet är mer lika varandra i hur viktiga, säkra och systematiska de är. Detta samband gällde oavsett vilken yrkeskategori de tillfrågade tillhörde. Ser man beprövad erfarenhet som något som är noga prövat i praktiken blir dess roll inom hälso- och sjukvården mer lik den vetenskapligt underbyggda kunskapens roll.

Men vad beror sambandet på? Det är svårare att svara på den här frågan med hjälp av våra enkäter. Det kan vara så att om man ser beprövad erfarenhet som noga prövad, så blir den mer värdefull i förhållande till vetenskap. Det kan också vara så att de som anser att beprövad erfarenhet är värdefull vill befästa det genom att tillskriva den en noggrann prövning. Eller så gäller båda. Klart är i alla fall att det finns en koppling mellan hur tillförlitlig man anser att beprövad erfarenhet är och vilken roll man är beredd att låta den spela i förhållande till vetenskapen.

Bland dem som svarade på vår enkät var sjuksköterskorna mest benägna att hålla med om att beprövad erfarenhet är "noga prövad i praktiken". Det är möjligt att detta har med sjuksköterskornas arbetsuppgifter att göra. Vi kan till exempel notera att de oftare än de andra två yrkesgrupperna håller med om att beprövad erfarenhet är något som innebär att det "finns dokumenterad information om vad som hänt när den använts". Som kontrast kan nämnas att läkare oftast håller med om att beprövad erfarenhet "är det som är uppenbart för den som har god erfarenhet av yrket".

Det är viktigt att komma ihåg att beprövad erfarenhet

med största sannolikhet både förstås och används på olika sätt av olika individer inom de yrkesgrupper vi undersökt. Det vore olyckligt att utifrån våra resultat dra slutsatsen att det finns ett "läkar-sätt" att använda beprövad erfarenhet på och att det sättet fundamentalt skiljer sig från sjuksköterskans eller arbetsterapeutens utnyttjande av beprövad erfarenhet. Jag skulle istället vilja föreslå att skillnader mellan yrkesgrupperna beror på att arbetsuppgifter och arbets-sätt skiljer sig åt mellan dem. Man kan också tänka sig att yrkesgrupperna – eller olika segment inom yrkesgrupperna – har olika syn på vetenskap och beprövad erfarenhet eftersom de har olika professionell ålder (Brante, Johnsson, Olofsson & Svensson, 2015). Läkaryrkets längre historia borde rimligtvis innebära att man hunnit göra en större mängd vetenskapliga studier som är relevanta för yrkesgruppen. Man har också haft tid att formulera forskningsfrågor och resultat på ett sätt som hjälper yrket att omsätta den inhämtade kunskapen i praktiken. Men ingen av yrkesgrupperna är homogen och det är troligt att det finns stor variation inom de olika grupperna i hur man ser på beprövad erfarenhet och dess roll.

Men låt oss återvända till de två inledande citaten. Jag har redan argumenterat för att de speglar två olika sätt att förstå vilken roll beprövad erfarenhet har. Hur ser dessa roller ut, och vad kan de ha för konsekvenser?

I det ena fallet (det första citatet) är beprövad erfarenhet inget annat än något att falla tillbaka på när vetenskaplig

evidens saknas. Hade vi haft fullständig information baserad på vetenskapliga studier så hade den beprövade erfarenheten inte behövts. I citatet verkar beprövad erfarenhet också ses som en personlig form av erfarenhet – en erfarenhet som i och för sig kan relateras till kollegornas erfarenheter – men ändå är kopplad till individen. Det verkar rimligt att den som ser beprövad erfarenhet som något som härbärgeras av en individ också tillskriver den en mindre central roll inom hälso- och sjukvården. Det är svårt att noga pröva något med de begränsade erfarenheter och förmågor en enskild individ har. Det finns naturligtvis inget tvingande i detta – det är fullt möjligt att se en personligen härbärgerad beprövad erfarenhet som viktigare än vetenskap för beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. Jag misstänker dock att det är mindre vanligt. Ser man beprövad erfarenhet som något som är lokaliserat hos en enskild individ är det alltså inte särskilt egendomligt att man vill ersätta den med god vetenskaplig evidens.

I det andra inledande citatet har beprövad erfarenhet en större tyngd. Den spelar rollen av en egen, praktisk kunskap. Den ersätts inte enkelt (som citatet visar) av vetenskaplig evidens, eftersom den innehåller processer som är svåra att beskriva i ord och som inte enkelt testas med en standarduppsättning av vetenskapliga metoder. Å andra sidan behöver den beprövade erfarenheten i så fall innehålla något som garanterar dess tillförlitlighet. På något sätt ska man försöka granska den kritiskt – kanske genom

att använda den systematiskt, eller genom dokumentation av när och hur den används. När skolans värld pratar om beprövad erfarenhet som är ”systematiskt prövad, dokumenterad och genererad under en längre tidsperiod och av många” (Skolverket, 2013, 11; Persson & Persson, 2017), knyter det an till denna syn på beprövad erfarenhet. Här är den beprövade erfarenheten något som i sig självt kan garantera tillförlitlighet. Jag misstänker att den här formen av beprövad erfarenhet behövs allra mest i områden med mindre tillgång till relevanta vetenskapliga studier. Detta skulle exempelvis kunna vara i professioner som är något yngre: så som sjuksköterskor och i synnerhet arbetsterapeuter (se Brante, Johnsson, Olofsson & Svensson, 2015). Det kan också vara så att vissa typer av procedurer – exempelvis hur man bäst blåstränar en patient – behöver ett högre mått av beprövad erfarenhet för att kunna generera ett tillförlitligt resultat. Men med denna viktigare roll kommer också ett ökat ansvar. Den förutsätter en vilja och ett engagemang för att pröva tillförlitligheten hos metoder och idéer som inte direkt lånar sig till den vetenskapliga metodiken.

Referenser

- Brante, T., Johnsson, E., Olofsson, G., Svensson, L. Professionerna i kunskapssamhället: en jämförande studie av svenska professioner. Stockholm: Liber, 2015.
- Persson, J., Wahlberg, L. Vår erfarenhet av beprövad erfarenhet: Några

begreppsprofiler och ett verktyg för precisering. Läkartidningen 49, 2015.

Persson, A., Persson, J. Vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet i högre utbildning och skola. VBE Skola, 2017.

Persson, J., Vareman, N., Wallin, A., Wahlberg, L., Sahlin, N-E. Science and proven experience: A Swedish variety of evidence based medicine and a way to better risk analysis? Journal of Risk Research, 2017.

Skolverket. Forskning för klassrummet. Vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet i praktiken. 2013.

Wahlberg, L. Wallin, A., Persson, J., Dewitt, B. Beyond a reasonable (conceptual) doubt. Empirical and theoretical perspectives on the medico-legal assessment of evidence in Swedish health law. Manuskript under bedömning, 2018.

Vikten av obruten vårdkedja

Snabbspår för patientens bästa

AMI HOMMEL

Snabbspår för högprioriterade patienter med olika skador eller sjukdomar har funnits i många år som en naturlig del av vården. Att rädda hjärnan vid stroke, eller rädda hjärtat vid infarkter där det finns snabbspår till effektiv evidensbaserad vård har kunnat påvisas i ett stort antal artiklar där data kommer från de nationella kvalitetsregistren Riksstroke och Swedeheart. Att nationella kvalitetsregister används såväl i förbättringsarbete som i forskning är lovvärt och önskvärt samt kan påverka patientsäkerheten positivt.

Det har inte alltid varit naturligt att arbeta för en säker vård. Florence Nightingale blev ifrågasatt av läkare och officerare när hon ville organisera om fältsjukhusen under Krimkriget, men tack vare The Times i England som skrev om soldaternas situation fick hon uppdraget att organisera om fältsjukhusen. Nightingale koncentrerade sig på hygien, rent vatten och avlopp och lyckades sänka dödligheten från 50 procent till två procent, vilket hon visade med epidemio-

logisk data i de välkända rosendiagrammen (Nightingale, 1859). Ernest Amory Codman, som var en framgångsrik kirurg vid Harvarduniversitetet i Boston, USA, kämpade för idén att läkarna måste följa upp slutresultatet av behandlingen av varje patient. Han kallade detta The End Result Idea och presenterade själv resultat i *A study in hospital efficiency, as demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital* (Codman 1917). Hans kollegor var inte lika intresserade av att redovisa data. När Codmans modell testades fann de att bara 89 av 692 sjukhus höll måttet, och då brände den församlade eliten på Waldorf Astoria i New York upp hela materialet!

Tillsammans med Florence Nightingale lade Codman grunden för det vi idag kallar kunskapsbaserad vård där det gäller att använda statistik och resultatuppföljning för att förbättra vården. Från 1970-talet har de svenska nationella kvalitetsregistren växt fram, och idag är antalet över 100. Data från de nationella kvalitetsregistren ligger ofta till grund för nationella riktlinjer och används till att påvisa vikten av snabbspår för patienternas bästa. Tyvärr tittar forskare ofta på hårda utfallsmått som död och vårdtid, men patientens upplevelser och nöjdhet borde vara lika högt värderade. Som Hippokrates sa: "Where the art of medicine is loved, there is also love for the humanity". Patienterna ska ses som subjekt, inte som objekt. En grupp av patienter som inte tidigare har varit högt prioriterade i den svenska hälso- och sjukvården men som är det sedan

12 år tillbaka är patienter med höftfraktur. Två sjuksköterskor, Ami Hommel och Karin Björkman Björkelund, som var doktorander vid Institutionen för hälsovetenskaper, medicinska fakulteten, Lunds universitet, startade en interventionsstudie 2003-04-01 som avslutades 2004-03-31. Interventionen bestod av sju evidensbaserade komponenter och de tre första började i ambulansen, där ambulanssjuksköterskorna administrerade syrgas som sedan fortsatt gavs efter operation tills att patienten kunde hålla sin saturationsnivå över 90%. Komponent två var intravenös vätska och komponent tre adekvat smärtbehandling. Vid ankomsten till universitetssjukhuset i Lund skulle en sjuksköterska möta upp inom fem minuter och en läkare inom 30 minuter. Komponent fyra var att patienterna skulle transporteras till röntgen och sedan direkt till en vårdavdelning. Komponent fem var att förebygga trycksår genom utbildning av personal, riskbedömning av trycksår och tryckförebyggande åtgärder. Komponent sex var att prioritera de patienter som skulle opereras och komponent sju att näringsdrycker gavs till alla patienter två gånger om dagen.

Resultatet visade att patienter med höftfraktur kräver ett avancerat omhändertagande. Trycksårsfrekvensen halverades i interventionsgruppen, förvirringen minskade med 64 procent och färre komplikationer uppstod. Dessutom visades att kortare tid till operation genererade kortare vårdtider på akutsjukhuset och kortare rehabiliteringstid. Patienter med ASA-klassificering 1 och 2, relativt friska patienter som

fick vänta längre tid än 24 timmar för operation på grund av administrativa orsaker, hade högre mortalitet inom fyra månader än de som opererats inom 24 timmar. Dessutom visades att patienter som blir utlokaliserade till andra vårdavdelningar på grund av platsbrist drabbas av signifikant fler komplikationer och har längre vårdtid (Hommel 2007). Resultaten har bland annat fått till följd att Sverige har som mål att 80 procent av alla patienter med höftfraktur ska vara opererade inom 24 timmar.

Patienter som intervjuades om den nya vårdkedjan sa att de var mycket nöjda med det snabba omhändertagandet men att smärtlindringen inte varit adekvat (Hommel 2012). Det introducerade snabbspåret vidareutvecklades efter en interventionsstudie, SOS involverades och prioriterade patientgruppen högre. Tidigare prioriterades patienter som trillat på natten på ett äldreboende till sjuktransport om personal inte ringde förrän på morgonen när de kunde konstatera att den äldre personen inte kunde stå på sina ben. Det innebär att det inte var någon sjuksköterska med och att det kunde gå flera timmar innan ambulansen kom till äldreboendet. På sjukhuset ändrades rutinerna så att patienter med höftfraktur transporterades till en vårdavdelning direkt via röntgen av ambulanssjuksköterskan. Det innebär att den genomsnittliga tidsåtgången när patienter med höftfraktur anlände till sjukhuset, röntgades och kom till en vårdavdelning och lades i en mjuk säng var under 30 minuter. Andra studier kopplade till patientgruppen i Lund har ytterligare

förändrat rutinerna för ambulanssjuksköterskan, som nu tar blodprover på patienten redan på skadeplatsen, vilket kan påskynda tid till operation ytterligare (Jonsson m fl 2018).

Patienter med höftfraktur prioriteras idag högre i akutsjukvården än tidigare. Men patientgruppen är inte homogen, och därför är det viktigt att den enskilda patienten ses som en individ som när han eller hon ska ingå i det team som tar beslut om vården. Cirka 30 procent av patienterna med höftfraktur har kognitiv svikt när de drabbas av höftfraktur och har därmed svårt att delta i beslut. Men fortfarande behandlar vi inom sjukvården alla patienter som en homogen grupp. Studier (Gesar m fl 2017) visar att kognitivt friska patienter uppger att de måste anpassa sig till vården på sjukhuset och att höftfrakturen påverkar dem även fyra månader efter operationen. De som klarar sig bäst är de som redan före frakturen har en stark drivkraft. Konklusionen är att patienterna behöver psykologiskt stöd för att bättre klara av den påfrestning som det innebär att drabbas av en höftfraktur.

Ytterligare forskning på snabbspår för patienter med höftfraktur har gjorts vid Karolinska Institutet, där sjuksköterskan Paula Kelly Petersson i sin avhandling (2018) visade att snabbspår minskade väntetiden med tre timmar och att längre väntetid är korrelerat med allvarliga komplikationer. Även ambulanssjuksköterskan Glenn Larsson, Lunds universitet, har i en studie (2011) visat att snabbspår kan minska komplikationer och minska vårdtid.

En sammanställning av studier som Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerade 2015, Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team, visade att vid rehabilitering av äldre patienter efter operation av höftfraktur ger interdisciplinära team bättre aktivitets- och funktionsförmåga och förflyttningsförmåga än konventionell rehabilitering. Det saknades underlag för att lyfta fram något specifikt interdisciplinärt program som är bättre än något annat.

Sammanfattningsvis är det för patienternas bästa viktigt med en obruten vårdkedja för många patientgrupper, där patienter med höftfraktur är en stor grupp med omkring 17 500 patienter årligen i Sverige. Det är tydligt att snabbspår är bra för patienter, men fortfarande kan vården förbättras. En pilotstudie som rapporteras i en masteruppsats (Loodin 2019) indikerar att införande av kolhydratladdning till patienter med höftfraktur kan halvera antalet komplikationer och även gör att fler patienter når upp till sitt nutritionsbehov de första dagarna efter operation. En större studie planeras för att bekräfta resultatet.

Referenser

Codman, A.E. A study in hospital efficiency: As demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital, Joint Commission Resources, 1917. Nytryck, BiblioBazaar, Charlstone, SC: Nabu press, 2014.

- Gesar, B., Bååth, C., Hedin, H. & Hommel, A. Hip fracture, an interruption that four months later has consequences on everyday personal life. *Int J Orthop Trauma Nurs.* Aug;26:43–48, 2017. doi: 10.1016/j.ijotn.2017.04.002.
- Hommel, A. Improved safety and quality of care for patients with a hip fracture -Intervention audited by the national quality register RIKSHÖFT, Bulletin No. 29 from the Unit of Caring Sciences, Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, Lund, 2007.
- Hommel, A., Kock, ML., Persson, J. & Werntoft, E. The Patient's View of Nursing Care after Hip Fracture. *ISRN Nurs*, 2012;2012:863291. doi:10.5402/2012/86
- Jonsson, M.H., Hommel, A., Turkiewicz, A., Ekelund, U., Melander, O., Englund, M. & Bentzer, P. Plasma lactate at admission does not predict mortality and complications in hip fracture patients: a prospective observational study. *Scand J Clin Lab Invest.* Oct 1:1–7, 2018. doi:10.1080/00365513.2018.1514650.
- Kelly Pettersson, P. Improving the quality of care for hip-fracture patients: studies on fast-track to surgery and adverse events. Avhandling: KI. Stockholm, 2018. ISBN 978-91-7831-088-3.
- Larsson, G. & Holgers, KM. Fast track care for patients with suspected hip fracture. *Injury.* 42(11): 1257–1261, 2011. doi:10.1016/j.injury.2011.01.001.
- Loodin Å. The effects of preoperative oral carbohydrate drinks on energy intake and postoperative complication after hip fracture surgery – A pilot study. Masteruppsats inskickad till tidskrift, 2019.
- Nightingale, F. Introduction by Joan Quixley. I. Notes on nursing: What it is and what it is not. Glasgow & London: Blackie & Son Ltd, 1974/1859. ISBN 0-216-89974-5.

Rehabilitering av äldre personer med höftfrakturer – interdisciplinära team. SBU-rapport nr 235. Stockholm: SBU, 2015. Tillgänglig 2019-02-07 från https://www.sbu.se/contentassets/e6cod-255a3b54ff29cc0cb5af35eddcdb/rehabilitering_aldre_hoftfrakturer_interdisciplinara_team_2015.pdf

Praxisbaserad evidens som beprövad erfarenhet

BIRGITTA BERNSPÅNG

All hälso- och sjukvård ska bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom den evidensbaserade medicinen har Sackett och medarbetare alltsedan sin första utgåva av *Evidence-based medicine – EBM* (Sackett, et al., 1997) på ett liknande sätt betonat att medicinsk verksamhet och vård ska bedrivas som en sammansmältning av bästa vetenskapliga bevis, klinisk expertis och patienters värderingar och omständigheter. De två första komponenterna är detsamma som det vi i Sverige benämner vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vad är då beprövad erfarenhet eller klinisk* expertis? Vems erfarenhet är beprövad och ska användas i den kliniska verksamheten? Hur beprövad ska den vara för att användas som underlag för kliniska beslut? Hur ska erfarenheten

* Med klinisk i denna text menas olika verksamheter där vårdpersonal arbetar och behöver inte innebära en sjukvårds klinik, utan kan vara inom annan verksamhet.

vara prövad (beprövad) för att kunna utgöra den grund varpå vården ska bedrivas?

Arbetsterapi är ett av de yrken inom vården som rymmer legitimerad personal och således bedriver sin verksamhet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetsterapi är en ung vårdprofession som har funnits i Sverige i 75 år och endast de senaste 20 åren inom akademien. Forskning inom arbetsterapi har dock förekommit internationellt under längre tid, och i Sverige disputerade den första arbetsterapeuten 1982. Idag finns över 200 disputerade arbetsterapeuter i Sverige, vilket innebär att det numera finns vetenskap inom arbetsterapi inom ett flertal områden.

Arbetsterapi har ett tydligt individfokus, då dess huvudfokus ligger på att möjliggöra och stödja individens dagliga görande, individens prioriterade och önskade görande. Arbetsterapeuten utreder och bedömer individens förutsättningar, möjligheter och hinder för att kunna göra det hen vill och behöver kunna göra för att ha ett bra liv. Det kan gälla såväl att klara den personliga vården i hemmet och kunna tillgodogöra sig kunskap i skolan som att kunna utföra uppgifter på en arbetsplats. Individen ska kunna göra det som krävs i de miljöer där hen vill och behöver kunna utföra sina önskade sysslor.

Arbetsterapi utgörs oftast inte av akuta insatser, även om akuta insatser förekommer inom vissa kliniska verksamheter. Arbetsterapi är oftare planerade åtgärder som genomförs över längre tid i en process som påbörjas i

samband med insjuknande eller vid behov av åtgärder för att klara dagliga sysslor. Idag finns arbetsterapi inom regional sjukvård likaväl som inom kommunal verksamhet, rehabilitering, habilitering, skola och preventiva verksamheter.

Arbetsterapi börjar med en utredning som utmynnar i en målformulering. Processen går vidare genom en interventionsfas och slutligen en utvärderingsfas. Den arbetsterapeutiska processen har beskrivits av ett flertal teoretiker inom arbetsterapi, och en av de beskrivna processerna har även formulerats som ett arbetsterapiprogram (Fisher, 2009) med information om *vad* som görs i de olika faserna och *hur* det ska göras.

Inom Region Västerbotten har denna process under några år arbetats fram till ett tydligt generellt arbetsterapi-program och ett flertal mera specifika arbetsterapiprogram. Dessa program används idag av flertalet arbetsterapeuter inom olika verksamheter i Västerbotten och ger struktur åt arbetsterapeutens åtgärder genom alla faser i processen. Denna struktur utgör utgångspunkt för en nyligen utarbetad modell med en manual för arbetet att systematiskt samla in data i verksamheten för att visa på effekten av den kliniska verksamheten. Detta gör det möjligt att visa vad den kliniska erfarenheten ger för resultat. Det möjliggör således datainsamling för att bygga den egna praktikens evidens. Data som samlas in under utredningen, under genomförande av interventioner och vid mätning av resultat av

insatta åtgärder under hela processen kan då utgöra den dokumenterade beprövade erfarenheten.

I de initialt initierade projekten utifrån den nya manualen har en klinisk fråga formulerats utifrån den metodik som anges inom EBM, dvs. PICO: *population, intervention, control* och *outcome* (resultat). I den kliniska kontexten finns i dessa projekt ingen kontrollgrupp. Den kliniska frågan definierar en population. Populationen kan vara personer med ett specifikt symtom, en diagnos, en skada eller omständigheter som påkallar en definierad intervention som genomförs för alla personer som identifieras som den definierade populationen. Mätningar av för arbetsterapi relevanta och definierade aktivitetsnedsättningar och delaktighetsinskränkningar genomförs och mål sätts för behandlingsperioden och för att klargöra utgångsläget.

Utredningsfasens olika komponenter som arbetsterapeuten fokuserar på har därefter klargjorts. Arbetsterapeuten identifierar individens styrkor och problem i sitt görande, observerar utförande av aktivitet samt definierar och beskriver de moment eller handlingar som individen inte utför eller inte kan utföra. En bedömning görs av görandet om det sker effektivt, utan ansträngning, på ett säkert sätt och självständigt. Detta utgör, tillsammans med resultaten av eventuella mätningar med instrument, den baslinje eller utgångspunkt som effekten eller resultatet av interventionerna ska mätas mot. Här formuleras

även ett mål för den eller de interventioner som därefter påbörjas och genomförs inom angiven tid i formulerade mål.

De interventioner som genomförs beskrivs så detaljerat som möjligt genom hela processen, med innehåll, tidsåtgång och antal tillfällen. För att underlätta dokumentation kan ett formulär tas fram i Excel eller liknande programvara.

Efter genomförda interventioner med varje individ i populationen görs en utvärdering med samma metoder som användes vid dokumentation av utgångsläget. Även dessa mätningar dokumenteras och kan användas för återkoppling till varje individuell patient.

När denna strukturerade datainsamling pågått en tid finns det möjlighet för kollegorna att plocka fram dokumentationen och tolka resultatet av insatta åtgärder för vald population. Genomfördes utredningen enligt planen? Användes överenskomna bedömningsmetoder? Utfördes åtgärderna enligt överenskommen metodik? Vad blev resultatet? Vid denna genomgång kan justeringar göras av hela processen, resultaten kan granskas och det kan göras en värdering av huruvida metoden är effektiv för denna population, om den ska strykas från tillgängliga åtgärder eller om den ska förfinas ytterligare.

Genom hela processen är dokumentationen bärare av viktig information om den kliniska verksamheten. Denna insamlade information kan smidigt plocka fram underlag

för att informera om den beprövade erfarenheten, vid arbetsplatsträffar, för verksamhetschefer och på seminarier med kollegor eller liknande.

Dokumentationen i manualen och den som görs för varje vald population där åtgärder systematiseras underlättar för nyanställda och för studenter och gör det även enklare att gå tillbaka och se vad som gjorts om det inte fungerat, så att det kan revideras utifrån ny kunskap och ny vetenskap inom området.

Metoden för att systematisera eller strukturera sin kliniska/praktiska verksamhet är på inget sätt unik för den arbetsterapeutiska professionen. Det unika är de metoder, utgångslägen och fokus som arbetsterapeuter använder, men systematiken och strukturen kan användas av många flera professioner eller hela verksamheter. Metoden innebär att utarbeta ett vårdprogram och en tydliggjord process för vård och rehabilitering i form av ett kliniskt projekt med en definierad population, en beskriven intervention och ett eller flera definierade resultatmått. Andra yrkesgrupper inom vård och rehabilitering i hälso- och sjukvården kan genomföra liknande kliniska projekt.

De data som samlas in kan och bör även beforskas. Det finns idag metoder som beskriver hur data inom klinisk verksamhet kan utgöra data för studier. Till exempel kan CER och liknande metoder användas för analys och slutsatser.

I många verksamheter idag efterfrågas evidensbaserade

metoder. Det som efterfrågas är oftast – underförstått – den vetenskapliga evidensen. EBM tydliggör som nämnt att ett evidensbaserat arbetssätt innebär en sammansmältning av vetenskapliga bevis, klinisk expertis och patientens värderingar och omständigheter. Det är därför vår intention med framtagande av en manual för praxisbaserad evidens, att kunna klargöra att även den kliniska verksamheten behöver systematiseras och dokumenteras. Detta kliniska underlag kan då integreras med den vetenskapliga evidensen och tillika patientens eller individens värderingar och omständigheter. Först då kan vi säga att vi har det som krävs för att enligt definitionen av EBM kunna arbeta evidensbaserat. Vår manual kan inspirera till att påbörja arbetet med att systematisera den kliniska erfarenheten för flera yrkesgrupper. Den information som den strukturerade processen producerar ger en tydlig indikation på vilken/vilka åtgärder som är effektiv för populationen. På så sätt utgör resultatet välgrundad kunskap om den beprövade erfarenheten.

För våra forskare innebär detta arbete att det kommer att finnas tillgång till data från olika verksamheter där intressanta och viktiga forskningsfrågor behöver besvaras. Ett informerat samtycke för datainsamling och för framtida forskning bör därför alltid inhämtas. För flertalet vårdyrken, som alla är unga inom akademien, kan detta utgöra en god grund för projekt om interventioners effekter. Forskning om detta efterfrågas mycket idag. När verksamheter på ett systematiskt sätt genomför och dokumenterar sina inter-

ventioner finns det goda möjligheter att, efter etiska tillstånd, genomföra forskningsprojekt som kan bidra till den vetenskapliga evidensen.

Referenser

- Fisher AG. Occupational Therapy Intervention Process Model – OTIPM. Three Star Press:Fort Collins, Colorado, 2009.
- Sackett D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Elsevier: Edinburgh, 1997.
- Straus, S.E., Glasziou, P., Richardson, W.S. & Haynes, R.B. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Fifth edition. Elsevier: Edinburgh, 2019.

Medverkande

BIRGITTA BERNSPÅNG, senior professor i arbetsterapi, Umeå universitet

AMI HOMMEL, forskare, Institutionen för vårdvetenskap, Malmö universitet

INGALILL RAHM HALLBERG, professor emerita, Lunds universitet

NILS-ERIC SAHLIN, professor i medicinsk etik, Lunds universitet, och forskare inom VBE-programmet.

IRÉN TIBERG, forskare, Barn och familjers hälsa, Lunds universitet

ANNIKA WALLIN, docent i kognitionsvetenskap, Lunds universitet, och forskare inom VBE-programmet





