

Primärvården och evidensen

Evidensbaserad praktik i svensk offentlig primärvård ur olika perspektiv

Tobias Abelsson

Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa
Medicinska fakulteten
Sahlgrenska akademien, Göteborg



UNIVERSITY OF GOTHENBURG

Gothenburg 2023

Framsidesillustration: “Integrated” av Sara Gabrielsson

Primärvården och evidensen

Evidensbaserad praktik i svensk offentlig primärvård ur olika perspektiv

© Tobias Abelson 2023

Tobias.Abelson@gmail.com

ISBN 978-91-8069-151-2 (TRYCKT)

ISBN 978-91-8069-152-9 (PDF)

Printed in Borås, Sweden 2023

Printed by Stema Specialtryck AB



Till henne som kom med ljuset.

” Thank you for sharing my moment.”

Tobias Abellsson, Dar Es-Salaam, 19:e maj 2022

Primärvården och evidensen

Evidensbaserad praktik i svensk offentlig primärvård ur olika perspektiv

Tobias Abellsson

Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa
Medicinska fakulteten
Sahlgrenska akademien, Göteborg

Abstract

The development of information technology and growing insight into the limitations of the old paradigm of practicing medicine resulted in historical events that led to the emergence of evidence-based practice (EBP). Which centers upon putting the evidence of science and clinical knowledge of the health professional in dialogue with the patient and his or her needs and preferences in receiving care. The thesis aim to investigate the prerequisites of evidence-based practice following the evidence-based medicine (EBM) model. Which was accomplished by conducting four studies spread across the domains of evidence-based practice. The studies combined qualitative and quantitative methodology and results in a contemporary description of the attitudes towards evidence-based practice and its possibility to be applied within the primary healthcare organization of today.

The key findings of the thesis show that increasing demand for efficiency results in a chronic lack of time and resources to properly execute individual notions of what evidence-based practices ought to be. The deficiency of knowledge and resources is present on both co-worker and managerial levels. In addition, the results indicate that there exist attitudes towards research are somewhat reluctant, that is, that research and evidence-based practice are recognized as something positive and needed. Although research and tasks associated with evidence-based practice seemed somewhat extracurricular.

At the same time, it's mentioned that co-workers also stated that it was sometimes hard to get information relevant for use in primary care. The perceived barrier signals that the influence of economic value and efficiency takes precedence on a practice that ought to be aimed at helping the patient.

Primary healthcare is very much heavily reliant on information, which in turn is dependent of internal and external factors to direct resources such as time. Today, there is a growing patient-centered care. Aimed at reducing the existent gap between evidence and clinical practice.

Keywords: Evidensbaserad Praktik, Evidence-based Practice, EBP, Evidensbaserad Medicin, Evidence-based Medicine, EBM, Primärvård, Primary care, Evidens, Evidence, Implementering, Implementation, Attityder, Attitudes, Forskning, Research, Bibliotek, Library

ISBN 978-91-8069-151-2 (TRYCKT)

ISBN 978-91-8069-152-9 (PDF)

SAMMANFATTNING PÅ SVENSKA

Primärvården har sedan inrättandet av vårdcentraler på 1960-talet varit grunden för svensk vård och datainhämtning om folkhälsan. Forskning har således varit närvarande inom primärvården från början. Utvecklingen mot evidensbaserad praktik tog fart i och med 90-talets utveckling av IT-baserade informationssystem. Dessa underlättade produktion och spridning av vetenskapligt material, vilket gjorde att tillgängligheten ökade. I och med ökad tillgång till material uppstod också ett allt större problem då inte alla hade rätt förutsättningar för att kunna tolka och ta till sig dess innehåll. Detta återspeglades i primärvården på två sätt; det första genom patienter som kom att ställa högre krav på insikt och förståelse. Det andra genom att tillgång till, och utbildning i hur man hanterade informationsresurser påverkade tillämpandet av evidens, vilket i slutändan kom att ge en ojämlig vårdkvalité. I ett försök att råda bot på detta uppstod gradvis tanken på det som kom att kallas evidensbaserad praktik.

Syftet med denna avhandling är att undersöka förutsättningarna för att arbeta med vetenskaplig kunskap i enlighet med den gängse modell för evidensbaserad praktik. Vilket undersöks i fyra studier fördelade över metodens tre grundläggande områden: Patient, klinisk expertis och evidens. Samverkan av dessa resulterar i bästa möjliga vård under rådande förutsättningar anpassade för patienten och dennes bästa.

Resultaten visar på att informationsutvecklingen ställer allt högre krav på individen och dennes förståelse och förmåga att kunna ta till sig information. Som patient kan detta bli problematiskt om man inte förstår viktig information från sjukvården. Från vårdarbetarens sida upplevs stress över allt större krav på hög produktion, att vara uppdaterad och att samtidigt hinna med att navigera i en allt större professionell roll. Attityder och traditioner spelar roll i detta sammanhang när det kommer att visa på vad som anses som viktigt och behöver läggas tid på. Signalpolitik och ledarskapsvärderingar i form av ekonomiska strömmar spelar också en allt större roll i en hårdnande konkurrens om de offentliga medlen.

Primärvård är, och har alltid varit påverkad av informationsförmedling, eller bristen av den. Framväxten av evidensbaserad praktik och effektiviseringar bidrog till det humancentrerade begrepp "patientcentrerad vård" vi i dag ser i sjukvården med patienten som ett naturligt centrum vid alla avgöranden.

DELARBETEN

Följande delarbeten ingår i denna avhandling. I texten refererar till med romerska siffror:

- I. Abellsson T., Morténus H., Bergman S. & Karlsson A-K. Quality and availability of information in primary healthcare: the patient perspective, *Scandinavian Journal of Primary Healthcare*, 2020, Vol. 38, No. 1, 33-41
- II. Abellsson T., Morténus H., Karlsson A-K., Bergman S. & Baigi A. Evidence-based practice in primary healthcare from the managerial point of view – a national survey, *BMC Health Services*, 202, Vol. 21, Article number: 1014
- III. Abellsson T., Karlsson A-K & Morténus H. A feeling of ambiguity: A qualitative content analysis of managers experiences of EBP in Swedish primary care, *Journal of Healthcare and Leadership*, Vol 2022, No. 14, 143 – 153
- IV. Abellsson T., Morténus H., Karlsson A-K., Baigi A & Bergman S. The dilemma of the split between experiences and reality – health professionals’ reports of evidence-based practice in a primary care context: a mixed methods study, *Inskickad för granskning hos tidskrift, BMC Primary Care*

Appendix

- 1 – Intervjuguide studie I
- 2 – Enkätverktyg studie II
- 3 – Intervjuguide studie III
- 4 – EBPAS enkätverktyg studie IV
- 5 – Intervjuguide studie IV

INNEHÅLL

FÖRKORTNINGAR	III
DEFINITIONER.....	IV
1 FÖRORD	1
1.1 Min verklighet – ontologi, epistemologi och positionalisering.....	3
1.2 Primärvårdssystemet och forskning – Kort historik.....	7
1.3 Evidensbaserad vård; historia och ursprung	9
1.4 EBP som Filosofi	15
1.4.1 Begreppet evidens	18
1.4.2 Informationskompetens.....	20
1.5 EBP som arbetsprocess	21
1.5.1 De fyra stegen.....	22
2 SYFTE	26
3 METOD	27
3.1 Avgränsningar	28
3.2 Studiedesign.....	30
3.3 Studiekontext	31
3.4 Studie I.....	33
3.5 Studie II.....	35
3.6 Studie III	37
3.7 Studie IV	38
3.8 Etiska överväganden	41
4 RESULTAT.....	42
5 DISKUSSION.....	49
6 SLUTSATS	58
7 FRAMTIDA PERSPEKTIV	60
OMNÄMNANDEN.....	61
REFERENSER.....	63

FÖRKORTNINGAR

CA	Critical appraisal
EBM	Evidensbaserad medicin
EBP	Evidensbaserad praktik
IK	Informationskompetens
PV	Primärvård
SKR	Sveriges kommuner och regioner
VC	Vårdcentral

DEFINITIONER

Bias	Systematiska felkällor som hindrar en objektiv sanning att framträda ^{1,2} .
Critical appraisal	Metod för utvärdering av användbarhet av studieresultat ³ .
EBM/EBP	Medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag, tillsammans med klinisk erfarenhet och patientens preferenser ⁴ .
Evidens	Tillräckligt underbyggt vetenskaplig kunskap ⁵ .
Information	Det meningsfulla innehåll som överförs vid kommunikation i olika former ⁶ .
Informationsbehov	Upplevd kunskapsbrist inom ämne som beroende på angelägenhetsgrad kräver informationssökning för att fyllas ⁷ .
Informationskompetens	Förmågan att kunna söka, värdera och använda information ⁸ .
Primärvård	Vård som ska ges utan avgränsning gällande diagnos, ålder eller patientgrupp ^{7,9} .
Thesaurus	Systematisk förteckning över termer inom ett visst ämnesområde ¹⁰ .
Vårdarbetare	Person oavsett profession som arbetar inom primärvården med patientnära arbete.

1 FÖRORD

Direkt efter att människan föds börjar hon samla information om sin omgivning. Denna information omvandlas så småningom till kunskap som hon sedan använder för att bygga upp en förståelse för denna omvärld. Utan information samlad antingen genom våra sinnen och förnuft eller genom andras upplevelser och tankar står vi oss slätt. När denna avhandling skrivs är vi förhoppningsvis i slutfaserna av den Coronapandemi som drabbat världen sedan närmare tre år tillbaka. Denna pandemi belyste med förödande klarhet hur beroende vi är av att kunna söka upp information, avgöra dess trovärdighet och till sist förmedla kunskapen som denna information innehåller, på ett för alla, förståeligt sätt. Sjukvårdens och politikens roll i denna kedja har, tack vare denna pandemi, fått stå i rampljuset och framför allt sjukvårdens roll som informationsförmedlare har granskats av de starkaste lappar.

Arbetet du nu håller i din hand är resultatet av sex års idogt arbete. Projektet började som en naturlig förlängning av mitt arbete som sjukhusbibliotekarie. Specialistkompetensen för sjukhusbibliotekarier är bland annat att kunna söka och strukturera vetenskaplig information (evidens) för att förmedla den och lära ut hur man söker upp och utvärderar dess bevisvärde som kliniskt verksam. Att forskningsområdet kom att falla inom primärvården kom av att jag såg att det fanns förhållandevis liten efterfrågan av evidens och tjänster inom allmänmedicin hos oss på sjukhusbiblioteket. Denna i särklass mest omfattande specialiteten i svensk sjukvård, borde ha större forskningsaktivitet. Således torde det också vara den del av sjukvården som borde vara kraftigast representerad i efterfrågan på information och forskning hos oss som arbetar i sjukhusbiblioteken. Baserat på dessa egna iakttagelser utifrån tillgång till de regionala bibliotekstjänsternas statistik tyckte jag mig se ett blygsamt användande av de biblioteksresurserna manifesterade i min och mina kollegors yrkeskunskap.

Utifrån detta väcktes tankar på att undersöka upplevelsen av forskningsbaserad information, det som i mina studier kom att bli evidens, och hur primärvårdens användande av den knyter an till tankegodset om att all vård skall vara vetenskapligt underbyggd. Vidare också till hur man ser på begreppen evidens och evidensbaserat arbetssätt i primärvården. Det talades om att arbeta evidensbaserat och att information är avgörande för vårdkvalité och i slutänden patienternas välmående, men hur ser verkligheten ut i primärvården? Hur arbetar man med vetenskaplig kunskap i vårdvardagen och hur arbetar man för att nå upp kraven på att vara evidensbaserade? För att undersöka detta skapades de fyra delarbeten som denna avhandling bygger på.

De fyra studierna kom att bli utformade så att de var och en undersökte en aspekt av upplevelser och faktiskt användande av evidens i vården. Den första kom att bli från patientens perspektiv; hur dessa upplevde primärvårdens sätt att förmedla information. Min andra och tredje studie kom att undersöka chefernas syn på evidens och de förutsättningar de upplevde för att kunna medverka till att forskningsbaserad information används i primärvården. Den sista studien kom att handla om hur primärvårdens medarbetare upplevde sin roll i det evidensbaserade arbetet, vilka förutsättningar de upplevde sig ha för att kunna utöva ett evidensbaserat arbetssätt, och de känslor detta leder till. Genom att välja att undersöka alla involverade intressentgrupper i studierna förankras denna avhandling ytterligare i samma principer, hämtade från teoriramen kring evidensbaserad praktik; patient, evidens och klinisk expertis.

Förhoppningen var att kunna bidra med en ögonblicksbild över hur den offentliga svenska primärvården fungerar och har utvecklats som informationsorganisation historiskt fram till och med i dag. Samtidigt som dess medarbetares tankar kring evidens och dess inflytande i den dagliga verksamheten har fått utrymme att beskrivas. På så vis kan kanske en liten del av eventuella hinder för effektiv informationsspridning identifieras och belysas.

Tobias Abellsson, Malmö den 13:e april 2023.

1.1 MIN VERKLIGHET – ONTOLOGI, EPISTEMOLOGI OCH POSITIONALISERING

Kunskapsteoretisk ram

Som biologisk varelse bygger människan sin världsbild utifrån uppväxtmiljö, social kontext och erfarenhet¹¹. Dessa faktorer följer oss även in i forskningen och påverkar hela forskningsprocessen på ett fundamentalt sätt oavsett vilken vetenskaplig metod eller paradigm vi sorterar under^{1,11}. För att kunna återge forskning och öppna upp för så stor tydlighet i tolkningspremisses som möjligt är det därför viktigt att som forskare bemöda sig om att beskriva och diskutera sina möjliga felkällor. Detta avsnitt kommer således att handla om ontologi, epistemologi och Positionalisering¹.

Ontologi eller ”läran om varandet” söker svara på frågor som har med verklighetsuppfattning att göra^{11,12}. Att ge en entydig förklaring till min egen ontologiska grund är inte helt enkelt. I metafysiska begrepp kan vi konstatera att den inbyggda dualismen i ett tvärvetenskapligt område som det denna avhandling rör sig i, gör att världsåskådningen blir övervägande idealistisk. Detta trots att fenomenen som undersöks från början kommer från den materialistiska domänen (den mätbara medicinen). Kunskapen som söks i detta arbete utgår från att människan är en medveten, tänkande och reflekterande varelse som föds in i att söka information om den omvärld hon måste navigera i och förhålla sig till. Även om kunskapen i sig kan vara positivistiskt grundad i form av naturvetenskapliga data och antaganden, så är förutsättningen för att utföra evidensbaserade behandlingar att människan har förmåga och kunskap att inhämta och reflektera kring ”sann” information för att kunna använda denna.

Begreppet ”sanning” kan anta flera innebörder beroende på den kontext det används i. Ur materialistisk kontext utgår litteraturen från epistemologiska förutsättningar som ger fördel för det mätbara och således påvisbara så som man organiserade världen enligt naturvetenskaplig, positivistisk teori. Med tiden har dock influenser av mer samhällsvetenskapligt orienterade tankesätt fött medvetenheten om att sanning även kan ligga i att kunskapen som inhämtas kan bekräftas eller förkastas genom studier baserad på den egna inneboende erfarenheten eller konceptuella strukturer. Således kan man alltså se på sanningsbegreppet även ur en dialektiskt/konstruktivistisk synvinkel där sanningen hela tiden ifrågasätts och förändras allt eftersom den inneboende erfarenheten växer¹². Detta i sig kan ses som själva kärnan i en evidensbaserad hälso- och sjukvårdsmiljö. Detta eftersom en ständigt närvarande ödmjukhet

inför vetenskapen att man inte vet är ett prerogativ. Detta blir tydligt i en situation där människan ställs inför en kunskapslucka av något slag och måste omvärdera sin tidigare kunskap och inhämta ny kompletterande sådan. Denna informationsinhämtning blir en reaktion på ett upptäckt ”problem”. I ett försök att ombilda sin tidigare bristande kunskap och tillskansa sig ny kunskap försöker människan att dekonstruera och rekonstruera sin inre omvärld genom den nytillkomna informationen. På så vis hamnar man onekligen i ett konstruktivistiskt tankesätt¹².

Vårt epistemologiska förhållningssätt ger oss verktyg att beskriva hur vi ser på kunskap och vad det egentligen är¹². Om vi förhåller oss till världen så som varandes i både materialistisk och idealistisk på det ontologiska planet måste vi också anpassa vår syn på kunskap. Kunskapen om den omvärld vi som människor rör oss i får ses som begreppslig eller ”själslig” till sin natur. Detta innebär alltså att kunskapen om den materialistiska världen i viss mån existerar genom människans tankar och uppfattningar om verkligheten¹². Dock existerar den materialistiska världen i form av mätbara fakta utanför vår sinnevärld. Den fysiska verkligheten manifesterar sig i form av den biologiska kroppen. Acceptorar man att människans sinnen har en aktiv roll när det gäller att skapa hennes egna världsuppfattning, men att omvärlden faktiskt existerar oberoende av mänsklig tanke, då är den kunskapsteoretiska/kritiska realismen vår bästa guide att navigera efter. Den påvisar att det finns en av oss oberoende omvärld, men människan kan åtminstone till en del få sann kunskap om denna genom sina sinnen¹².

Arbetets metodologiska ram

Eftersom majoriteten av studierna i detta arbete hamnar inom den kvalitativa metodologins hägn, så beskriver denna kunskapsteori de bästa förutsättningarna för att nå och tolka våra resultat. De kvalitativa metoder som används rör sig i området kring hermeneutisk fenomenologi där studier av ett fenomen (i våra fall upplevelser) ges en hermeneutisk tolkning via texttolkningen i innehållsanalysen¹³. Forskarens roll i fenomenologisk metod är att försöka vara en så neutral ”åskådare” av studieobjektet som möjligt¹². Att försöka uppnå en förståelse för studieobjektet och det undersökta fenomenet åstadkoms exempelvis genom innehållsanalys. Genom denna strävar forskaren att beskriva fenomen genom att identifiera meningsbärande enheter för berättelserna, sortera och kondensera dem till ett sammanfattande tema. Genom genomträngandet av texterna (resultaten av transkriberade intervjuer) och insättande i sin kontext ses spår av hermeneutisk tolkning i denna process.

Som konstaterats är denna avhandling ett tvärvetenskapligt arbete mellan två vetenskapsdiscipliner; Medicin som är naturvetenskapligt och därmed av positivistisk natur, bygger på, vad Habermas namnger som instrumentell kunskap¹⁴. Biblioteks- och informationsvetenskapen är däremot samhällsvetenskapligt rotad och beroende av tolkande deskriptiv kunskap¹⁴.

Sättet man tar sig an att beskriva sina felkällor skiljer sig rent epistemologiskt mellan kvalitativ och kvantitativ metodologi¹. Den kvantitativa forskningen nämner möjligheterna för fel som ”bias”, inom kvalitativ forskningstradition talar man om ”positionalitet”¹. Således är både bias och positionalitetens huvudsakliga uppgift att etablera rāmärken för den kontext i vilken forskningen bedrivs¹. Inom kvantitativ forskning har man lång tradition av att genomföra studier där man i princip har att utgå ifrån att ett teoretiskt ramverk eller modell som kan anpassas till att lösa ett specifikt problem¹. Detta är ett diametralt annorlunda förhållningssätt gentemot kvalitativ forskning, där syftet är att öka kunskap genom förståelse av forskningsobjektet. Alltså forskarens förståelse för det undersökta objektet eller fenomenet. Människor är som bekant alla olika, med olika bakgrund och förutsättningar att tolka data. Detta gör att man ställer högre krav på detaljnivå när man beskriver sin bakgrund som vetenskapsman inom kvalitativ forskning¹. För att ge trovärdighet till sin forskning är just därför en av det viktigaste förutsättningarna för att kunna producera genuina beskrivningar av ett resultat att kunna känna igen och redogöra för sina egna förutsättningar för att ta fram och analysera vetenskap¹.

Forskarens bakgrund

Min egen kontextuella kanvas, som de vetenskapliga resultaten från studierna målas på, ser ut så här; Först av allt så genomfördes studierna i en för mig medfödd kulturell kontext med i huvudsak människor av samma kulturella bakgrund som deltagare. Dessutom har jag fördelen av att känna till sjukvårdsorganisationen då jag arbetat inom den regionala sektorn under mer än ett decennium. Min yrkesroll som medicinsk bibliotekarie och utbildning inom samhällsvetenskap har gett mig insikt i forskning och dess förutsättningar att bedrivs när det gäller att söka, bearbeta och tillämpa information i form av vetenskapliga artiklar. Jag har även kunnat få insikt i de kliniska förutsättningarna under vilka informationsinhämtning och tillämpning av forskning blir som mest aktuella.

Dock gör min bakgrund som samhällsvetare att jag har något av ett utifrånperspektiv när det kommer till medicinsk forskningstradition. Jag är inte skolad på samma sätt som de mer naturvetenskapligt skolade vårdarbetarna, vilka jag är satt att hjälpa i min yrkesroll. Min position inom regionen ger mig visserligen insikt i sjukvårdsorganisationen på en övergripande nivå, men en mindre insikt avseende hur lokalt arbete i primärvård bedrivs och vårdcentraler fungerar. Denna kunskap har naturligtvis ökat allt eftersom studierna genomförts men jag är fortfarande en icke kliniskt skolad akademiker i en kliniskt styrd verklighet. Detta kan ha gett effekter vad gäller möjligheter att genomföra vissa praktiska moment. Genom att vara sedd som "icke-klinisk stödpersonal" kanske jag representerar något som kan ses som en "lyx" ur en pressad hälsopersonals synvinkel. I praktiken som representant för biblioteksresurserna och i teorin som representant för extern forskning utanför den egna lokala kontexten. Detta kan ha bidragit till att man inte riktigt sett det värde som informationstjänster, eller för den delen, forskning om information har att ge när jag närmast mig mina presumtiva deltagare. Detta kan ha yttrat sig som en bortsortering av, eller motvilja i att delta i mina studier, vilket jag vid flera tillfällen erfarit under rekryteringsomgångarna i olika skepnader.

Min akademiska bakgrund spänner över systemvetenskap, datapedagogik samt biblioteks- och informationsvetenskap. Detta gör att jag kommer från en kontext med rötterna i samhällsvetenskap och därmed en tradition att skriva om, och bedriva, vetenskaplig forskning genom tolkande epistemologi inom den kunskapsteoretiska idealismens hägn. Att som kvalitativt inriktad samhällsvetare ge sig ut på en upptäcktsfärd "på andra sidan paradigmet" i den kvantitativt betonade medicinen har lett till ett antal kunskapsteoretiska kollisioner, just på grund av detta. Även om kvalitativa och mixade metoder har kommit att bli allt vanligare inom medicin så har jag genom mina studier sett exempel på kunskapshierarkier där mer empiriskt betonade forskningsresultat värderas som mer tillförlitliga än exempelvis kvalitativa. Typexempel på detta är rangordningen i den evidensbaserade praktikens evidens där RCT:er så gott som alltid varit standarden utifrån vilket evidens värderats¹⁵. Det finns även en ärvd motsägelse i att försöka tillämpa historiskt positivistiska metoder för att försöka mäta kunskap om människors upplevelser.

1.2 PRIMÄRVÅRDSSYSTEMET OCH FORSKNING – KORT HISTORIK

I svensk kontext bygger primärvården på en historia som sträcker sig tillbaka till 1600-talet och dess organisation för provinsialläkare^{16,17}. Sverige fick sin första vårdcentral (VC) genom socialstyrelsens ”principprogram för den öppna vården” som publicerades i slutet av 1960-talet^{16,17}. Redan från början var den underliggande tanken i skapandet av en primärvård att alla medborgare skulle få tillgång till sjukvård på samma villkor^{9,17}. Definitionen av begreppet primärvård kom dock att dröja fram till 1978 då både socialstyrelsen och världshälsoorganisationen WHO offentliggjorde dess definition under samma år^{16,18}.

Vårdcentralerna i det svenska systemet tjänade redan från början två syften. Dels var de utbudspunkter för den grundläggande allmänna vården, dels tjänade de som insamlingscentraler för information om befolkningen och dess levnadsvillkor¹⁷. VC organiserades kring distriktsläkaren vars titel etablerades formellt 1973 som ett resultat av att allmänmedicin etablerades som en egen specialitet¹⁷.

År 1981 fick allmänmedicin en egen utbildning i Sverige.^{16,17} Samtidigt, och sannolikt som ett resultat av, den allt mer ökande specialiseringen, grundades primärvårdens första forsknings- och utvecklingsenheter vid en del VC¹⁶. Det var lätt att se hur denna tilltagande specialisering ledde till höga krav på vetenskaplighet och ett driv att ta forskningen längre. Samma krav på vetenskaplighet är i dag inskrivna i lag som säger att all sjukvård skall ske på ”vetenskap eller beprövad erfarenhet”¹⁹.

I dag har primärvården kommit att utvecklas till att ha flera olika huvudmän med olika eller delvis olika uppdrag^{9,20}; Staten, har huvudansvar för lagstiftning och styrning genom myndigheter som Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)²¹. 21 Regioner, har till uppgift att förse medborgarna med den vård de behöver, 290 kommuner ansvarar för i huvudsak vård av äldre och personer med funktionsnedsättningar som inte behöver specialistvård^{9,20}. Fördelningen av resurser och uppdrag kan illustreras i begreppet vårdkedjan där sjukvårdens alla fyra nivåer är definierade⁹; Primärvård, länssjukvård, regionsjukvård och nationellt högspecialiserad vård.

Första instans, tillika huvudfokus för denna avhandling är primärvården, vars uppdrag är att förse befolkningen med grundläggande hälso- och sjukvård oavsett diagnos, ålder eller etnisk tillhörighet^{7,9}. Detta breda uppdrag ställer höga krav på organisation och enskild vårdarbetare i en rad av sammanhang avseende kunskaper inom profession, informationsinhämtning, med mera.

Så hur bär man sig då åt för att inhämta ny kunskap och hålla sig uppdaterad inom ett så stort kunskapsområde? Vidare vad är evidens? Mer specifikt vad är tillförlitlig vetenskaplig evidens? Alla dessa frågor är inte solklara och forskningsläget i primärvårdssammanhang är inte direkt uttömmande. Därför startade detta doktorandprojekt som ett arbete att försöka undersöka och klargöra synen på vetenskap och dess praktiska användning i svensk primärvård.

1.3 EVIDENSBASERAD VÅRD; HISTORIA OCH URSPRUNG

Bakgrunden till vad som i slutänden kom att bli evidensbaserad praktik (EBP) speglar i mångt och mycket utvecklingen av forskningsmetoder och det samhälle som bidrar till dess framväxt. Förenklat kan det sägas var en växande medvetenhet om svagheterna med det tidigare sättet att praktisera medicin. Vilket kännetecknades av att beslutsunderlaget för behandlingar baserades på antaganden av ett mer eller mindre osystematiskt studerande av sjukdomsorsaker och samband. Den enskilde läkaren var således beroende av sin erfarenhet och traderad kunskap för att fatta sina beslut. Denna anekdotiskt förvärvade kunskap har förts vidare mellan generationer av läkare och bildar då vad man kan säga vara anekdotiskt traderad kunskap. Utvecklingen har varit långt ifrån linjär och vissa av skeendena kom att utvecklas samtidigt inom olika vetenskapliga discipliner allt eftersom ett antal yrkesverksamma utvecklade teorier och inspirerades av varandra^{15,22-27}.

Rörelsen mot vad som kom att utvecklas till EBP fick sin början under 1960-talet och har sitt geografiska ursprung i USA och Canada^{4,23,24}. I ”Evidence-Based medicine: How to practice and teach EBM”, skriver Straus tillsammans med många av EBM-rörelsens förgrundsfigurer att EBM är resultatet av ”ett antal reaktioner från vårdsamfundet grundade i samhällsrörelser”²⁷. För att sätta utvecklingen i kontext krävs dock en kortare historisk resumé i urval, vi börjar på 1850-talet:

Det mer strukturerade och orsakssökande sättet att praktisera medicin växte fram bland annat med hjälp av Florence Nightingales omvårdnadsfilosofi i fältsjukhus i skuggan av Krimkriget^{24,28}. Nightingales iakttagelser ledde till en första ansats att systematiskt kartlägga orsak och möjliga samband till sjukdom och tillfrisknande. Detta gav de första dokumenterade kunskaperna vilka bidrog till att grundlägga en mer systematisk vård och på så vis förbättra patienternas chans till överlevnad²⁴. Rent filosofiskt kan man således alltså hävda att Nightingale var en av de tidiga föregångarna till EBP^{24,29}. Det kom dock att ta gott och väl ett århundrade innan nästa stora steg än mer systematisk användande av evidens blev aktuellt. Liksom för Nightingale var det resultatet av ett krig som kom att bli den drivande faktorn.

Den Brittiska kaptenen och läkaren Archie Cochrane började år 1941 att fundera på svårigheterna med att veta hur man väljer rätt behandling för sina patienter och medfångar utifrån det faktum att man inte vet utgången av valen man gör¹⁵. Upplevelserna från tiden som krigsfånge kom att forma Cochranes livsvärv där han kom att propagera för att bygga medicinska beslut baserade på så mycket evidens som möjligt.^{15,23,30}

Tankarna på att använda vetenskapliga metoder för att systematiskt eliminera de största felkällorna växte allt starkare och 1947 är ”The American Psychology Association” (APA) först med att anta en vetenskaplig integrering i definitionen av klinisk praktik. Psykologerna förväntades kunna integrera sina praktiska erfarenheter med senaste forskning och tillämpa dem med hänsyn till patienten.¹⁵

I slutet av 1940-talet genomfördes vad som kom att bli betraktad som den allra första dokumenterade RCT:n (Randomiserad kontrollerad studie). Genom att använda slumpen för att eliminera så mycket som möjligt av systematiska fel i urval och genomförande kom denna brittiska studie om antibiotikaanvändning att symbolisera slutet för det gamla auktoritära paradigmet inom medicin och omvårdnad²². Tilltron till denna nya typ av studie var dock låg och fortsatte att vara det ända fram till 1960-talet²⁶.

År 1967 myntades ett nytt begrepp ”klinisk epidemiologi” av Alvan Feinstein²³. Med detta begrepp introducerades tankegodset om att man som läkare borde kunna använda vetenskapliga principer som vägledning i val av behandlingsmetod. Detta genom att tillämpa statistiska metoder för att stödja klinisk diagnos och val av terapi²³. Begreppet kom att tas upp och utvidgas i betydelse av den kanadensiskamerikanske läkaren David Sackett, ofta kalladevidensbaserad medicins (EBM) fader^{3,31}.

Det var genom hans grundande av den första institutionen för ”Klinisk epidemiologi” vid McMasters universitetssjukhus i Canada 1967 som utvecklingen av EBM och senare EBP tog fart²⁵. Ett av huvudsyftena med utvecklandet av EBM var att söka åtgärda de onödiga risker som det gamla systemet hade inbyggt genom sin centrering kring individuell erfarenhet. Varierande vårdkvalité beroende på individuell kunskap och ojämlikhet i vårdtillgång beroende på var man bodde. Kostnaderna för detta kom att yttra sig som ökat lidande och en högre ekonomisk kostnad, vilket betalades av patienterna^{23,26,27,32}.

Redan vid införandet var tanken att ämnet skulle introducera läkarstudenterna för problembaserat lärande i patientsituationer^{3,31}. Tillsammans med Gordon Guyatt kom David Sackett under 70–80-talen att vidareutveckla den kliniska epidemiologin till att bli: ”Den i patientsituationer direkta tillämpningen av epidemiologiska och biometriska metoder i syfte att effektivisera återhämtningen hos patienten.”^{15,23}. Sackett hade hämtat inspiration till denna omformulering från Iain Chalmers tankar om att använda RCT:er och forskningssammanställningar (metaanalyser) som grund i medicinskt beslutsfattande^{23,25}.

Debatten kring hur medicin praktiseras ny fart 1972 då Archie Cochrane höll en omtalad föreläsning. I denna ifrågasatte han åter igen det traditionella sättet att utöva medicin och dess långsamhet att ta till sig ny evidens. Han efterlyste snabbare och effektivare metoder för uppdatering av den kliniska kunskapen³³.

1976 presenteras resultatet av en kanadensisk myndighetsgrupps arbete i form av ett rangordningssystem för evidens kallat ”Levels of Evidence” eller LOE²⁵. LOE var ett första utkast till en metod för att systematiskt rangordna medicinsk evidens i fyra nivåer baserat på dess förebyggande förmåga²⁵.

1981 skrev Sackett med flera ett flertal artiklar där man diskuterade kring ett nytt sätt att läsa klinisk litteratur, man kallade detta för ”Critical appraisal” (CA). Författarna hade sett ett alltmer ökande behov av inte bara teoretisera kring tankegodset av klinisk epidemiologi utan också visa praktiska tillämpningar^{23,25,27}. Dessa artiklar kom att bli grundarbetet varpå EBM och senare EBP lutar sig på²⁵.

Utvecklingen kring det teoretiska ramverket kring CA hade i början av 1990 nått så stor spridning att man grundade ”EBM Working Group” med syftet att fortsätta förfiningen av metoden²³. Man kunde med tiden konstatera att det fanns vissa brister i resonemangen kring CA. Bland annat att man fokuserade mer på värderingen av vetenskapliga resultat än själva den praktiska tillämpningen av dem. Vidare uppmärksammades en oregelbundenhet i definitioner av begrepp så som bias och användbarhet m.m.²³. 1991 etablerades begreppet EBM för första gången i det allmänna medvetandet av Guyatt och Sackett²³⁻²⁵. Detta i en artikel av Sackett där han presenterade EBM som användandet av bästa möjliga vetenskap och klinisk kunskap för att ge bästa möjliga vård till patienten. Eller i hans egna ord:

”EBM is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients”
D. Sackett 1991

EBM var vid denna tid redan känt på internationell nivå och integrerat i utbildningar på både grund och avancerad nivå⁴. EBM uppmanade medarbetare att diagnosticera patienterna baserat på vetenskap men att behandla dem i enlighet med deras egna preferenser och kontext^{4,24,29}.

The Cochrane foundation bildades 1993. Namnet togs som en hedersbetygelse till tidigare nämnda Archie Cochrane^{23,30}. The Cochrane foundation bildades i en strävan efter att bekämpa, eller åtminstone minimera risken för bias i kliniska beslut²³. Detta genom att effektivisera resursanvändandet så att man kunde använda begränsade kliniska resurser på absolut bästa sätt eftersom resurser förutsågs alltid vara en bristvara²⁴. Cochrane foundation kom genom detta att fortsätta marknadsföra RCT som den bästa formen av klinisk kunskap (evidens), men enbart om denna gagnar patientens väl²³.

Under 90-talet introducerades systematiska litteraturöversikter, eller metaanalyser, av Cochrane foundation²³. I och med detta utvecklades med tiden en helt egen metod för värdering (GRADE) och genomförande av systematiska litteraturöversikter. Tanken på att tillskriva evidens större eller mindre tyngd beroende på vilken typ kunskapskälla som ligger till botten för den²³. RCT:er var tyngst vägande evidens¹⁵, vidare kommer fallstudier och uttalanden från sakkunnig m.m. Denna rangordning brukar oftast illustreras med en pyramid där RCT bildar spetsen.

Under 2000-talet började utvecklingen inom informationstekniken göra att informationen som finns tillgänglig för varje individ uppkopplad till internet växte i allt snabbare takt. Detta fick Gordon Guyatt att yttra sig om att det kan vara oralistiskt att förvänta sig att varje individ skall söka, utvärdera och tillämpa evidens¹⁵. Problematiken bakom detta var att det tar mycket tid och kunskap att sortera bland vetenskapliga Studier¹⁵.

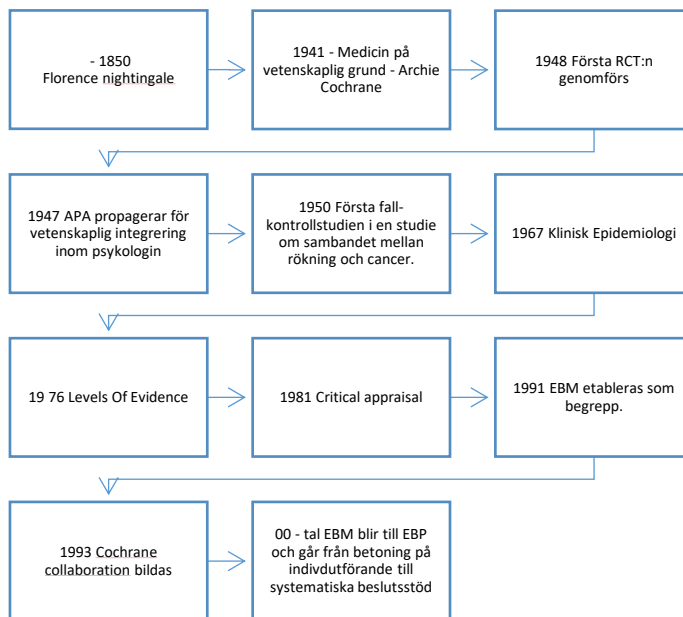
Under denna tid växte tankarna på specialiserade aktörer för framtagning av säker och kvalitetsmässigt god evidens i form av systematiskt sammanfattade kunskapsöversikter och standardiserade vårdriktlinjer för att underlätta lokalisering och användande av bästa tillgängliga evidens^{15,24}. I Sverige kom huvudansvaret för nationella kunskapsöversikter att ligga hos myndigheten ”Statens beredning för medicinsk och social utvärdering” (SBU)²¹. Kunskapssammanställningar och metaanalyser är i dag två av de främsta verktygen som används för att utöka forskningens nytta för patienter och kliniskt aktiva. Allt under parollen att göra den vetenskapliga kunskapen så lättillgänglig som möjlig utan specialkunskaper eller tid att individuellt utvärdera dess värde¹⁵.

I svensk kontext har SBU och Sveriges kommuner och regioner (SKR) med tiden kommit att bli huvudaktörer när man talar om evidens och evidensbaserade metoders implementering i svensk sjukvård. SBU uppfyller ungefär samma funktion som Cochrane foundation med skillnaden att SBU är en myndighet som sammanställer kunskapsunderlag²¹. Kunskapsunderlaget används sedan av socialstyrelsen för att skriva nationella riktlinjer inom sjukvård³⁴. Samarbetet mellan kommuner och regioner i SKR:s regi bidrar i nästa led till utveckling och implementering av svensk vårds styrning utifrån de nationella riktlinjerna^{35,36}. I egenskap av medlemsorganisation där samtliga Sveriges regioner är medlemmar har SKR ett nationellt kunskapsledningssystem på plats för att uppnå målen att förse Sverige med: ”En jämlik, resurseffektiv vård av hög kvalitet”³⁵. Systemet är med andra ord till för att underlätta omsättningen av bästa tillgängliga evidens i varje patientmöte. Alltså att tillse och underlätta implementering av den svenska evidensbaserade vården³⁵.

Generellt kan man säga att utvecklingen av EBP medfört att man gått från en rent kliniskt orienterad process till att innefatta patienten i större omfattning än som enbart subjekt för en aktuell terapiform²⁶. I och med Sacketts definition kom patientens sammanhang och förutsättningar att understrykas tydligare och det som en gång benämndes enbart EBM kom gradvis att genomgå en metamorfos. I dag går EBM även under synonymen EBP. EBP har i sin tur blivit ett paraplybegrepp för evidensbaserat arbetssätt inom de flesta kliniska professionerna. Det sammanförande i samtliga är att de strävar efter att förkorta avståndet mellan evidens och praktik²⁴. EBP kommer således hädanefter att användas primärt för att beskriva både EBM och EBP^{4,15,24,37}.

Till sist skall tilläggas att även om EBP har kommit att få stor genomslagskraft så är metoden inte utan sina kritiker när det gäller att påpeka brister^{4,29,38}. Detta medför att diskursen kring EBP fortfarande i allra högsta grad är levande och

har varit så ända sedan dess att det började implementeras, mer om detta i diskussionen.



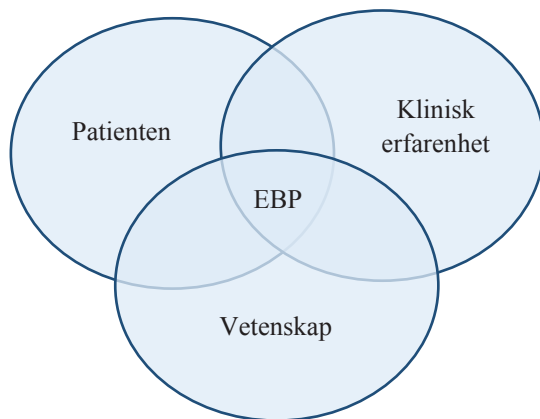
Figur 1. Generell tidslinje för utveckling av vetenskaplig metod till vad som kom att bli EBP.

1.4 EBP SOM FILOSOFI

I tidigare kapitel såg vi hur tankarna inom de medicinska vetenskaperna påverkades av den samhälleliga utvecklingen under 1900-talet. I dag har EBP kommit att utvecklas från den standardiserade problemlösande metod för klinisk problemlösning som den från början var^{4,26,27,33}. EBP ses numera som en filosofi baserad på individualism med yrkesspecifika tolkningar kompletterade av kontinuerligt lärande med hjälp av strukturerade arbetsstrategier och informationskompetens^{33,39}. Detta skifte i synsätt har gjort EBP till en allt mer integrerad del av modern vård^{39,40}. Socialstyrelsen definierar EBP enligt följande:

*”EBP är en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om åtgärder (insatser, metoder) till enskilda personer, kompletterat med professionell expertis och den berörda personens situation och önskemål”.*⁴¹

I denna svenska bearbetning av EBP begreppet ser vi samma intressesfärer som tidigare⁴. Liksom i originaldefinitionen är målet satt till att noggrant och rationellt använda den bästa tillgängliga vetenskapliga kunskapen för att ge bästa möjliga vård^{26,42,43}. Dock innebär inte alltid detta att det bäst vetenskapligt underbyggda behandlingen, är det bästa för patienten¹⁵. EBP är ett sätt att praktisera medicin där samverkan mellan medarbetare och patient ligger i fokus och vårdarbetaren letar upp, sammanväger och tillämpar resultaten av evidens i samråd med patienten^{4,27,29}. EBP är i alltså slutänden en systematisk strävan att, så långt det är möjligt, under rådande kunskapsläge och tillgänglighet av behandlingsmetoder att försöka tillgodose patientens egna och kontextuella behov^{4,26,29,41}. Man skulle alltså kunna hävda att EBP skapas i patientmötets dynamik^{29,42}. Detta illustreras av nedan vanligt förekommande figur i EBP sammanhang:



Figur 2. Illustration över EBP utifrån beskrivning av Sackett et.al. ⁴

Detta leder oss till två tankar som är viktiga att minnas när vi nu fortsätter att undersöka de olika delarna var för sig: EBP understryker att all kunskap är inte lika giltig när det gäller evidensvärde, vidare är inte all evidens i sig enbart definierad av vetenskaplig kunskap⁴².

Patienter har historiskt sett betraktats som något av en konsument som uthärdar en sjukdom eller behandling som en passiv mottagare ^{44,45}. I ett EBP sammanhang är patienten mer att betrakta som en samarbetspartner vars preferenser och kontextuella sammanhang är avgörande vad gäller att utvärdera och välja terapimetod⁴². Dialog och delaktighet är därför av vikt, varje individ bör ses som expert på den egna hälsan och ohälsan⁴². Vidare är chansen också större att nå bättre resultat med en engagerad patient ⁴².

Rollen som tillskrivs vårdarbetaren i EBP är medlare eller rådgivare²⁹. EBP ger vårdarbetaren möjlighet att använda den egna expertisen, yrkesskicklighet och erfarenheten som denne samlat på sig att när det gäller att avväga vad som kan vara bästa vägen att gå mellan vad forskningsresultaten visar och vad patienten kan ha störst nytta av²⁹. Varken erfarenhet eller vetenskaplig evidens är tillräckliga att fatta beslut på i sig själva²⁹. Ur ett etiskt och humanitärt synsätt är detta mycket tunga argument för att eftersträva EBP i så lång utsträckning som möjligt²⁹. Som Sackett själv beskriver det skulle en praktik utan klinisk expertis lätt kunna bli ohanterlig och inte tillämpbar i en patientsituation⁴. Lika lätt skulle en praktik utan extern klinisk evidens riskera att bli utdaterad och i vissa fall till och med skadlig för den enskilde⁴. Vårdarbetarens roll blir således att i samråd med patienten avgöra vad som kan vara lämpligast för denne i det enskilda fallet utifrån etik och moral.^{29,41,42}

I den ursprungliga definitionen av EBM låg fokus vad gäller att undersöka evidens på att få så mycket sammanvägd klinisk kunskap som möjligt om patientfall för att kunna bygga kvalificerade antaganden på hur specifik patient skulle reagera på specifik terapi³⁹. Vidare sågs den absolut säkraste formen av evidens vara den som uppnåddes om man kunde jämföra och sammanställa resultatet från flera individuella studier till en enda slutsats, alltså det som heter systematiska litteraturoversikter³⁹. Allt eftersom tiden gått har dock synen på vad som kan vara bästa tillgängliga evidens skiftat till att innefatta även evidens som inte är kvantitativt mätbar^{29,39}.

Att användningen av begreppet evidens har ökat i och med spridningen av EBP, innebär inte en automatisk förståelse för vad det egentligen innebär. Att förenkla det till att vara resultatet av kliniska studier kan göra det svårt i den kliniska verkligheten. Därför bör man också studera närmare vad som menas med begreppet evidens och dess tillämpning.

1.4.1 BEGREPPET EVIDENS

Begreppet evidens har sedan EBM rörelsens början på 1990-talet, växt i betydelse. Man talar nu om evidensbaserade metoder inom andra samhällsfunktioner än enbart vård och omsorg¹⁵. Med den ökande tillgången till information ökade även kraven på transparens och effektivisering. Evidens omtalas oftast i dessa situationer¹⁵. Till detta kommer tankar om att man har rätt att få samma tillgänglighet kvalitet på vård oavsett vart i landet man bor och vem man är. Detta går igen i vår egen hälso- och sjukvårdslag^{15,19}, och känns igen som en av de tändande gnistorna till hela EBM rörelsen som diskuterades i inledningen.

Att kunna avgöra vad som är bästa tillgängliga kunskap och att kunna tillämpa denna på ett bra sätt är en av kärnkompetenserna när det kommer till att utöva EBP⁴¹. För att kunna göra detta krävs det en definition av vad evidens är och vad det innefattar. Vi konstaterade tidigare att all kunskap är inte lika giltig när det gäller att vara evidens, vidare är inte all evidens i sig enbart definierad av vetenskaplig kunskap^{41,42}.

Evidens begreppet och dess existens vilar på att i största möjliga mån kunna utesluta möjliga felkällor och alternativa förklaringar¹⁵. Litteraturen ger ett antal förklaringar:

Nationalencyklopedins uppslagsverk definierar evidens som:

*Evide'ns (latin evade'ntia 'åskådlig framställning', 'tydlighet'), i allmän och filosofisk bemärkelse visshet eller det som ger visshet."*⁵

Hansson i boken "Användbar evidens: om följsamhet och anpassningar":

*"Ett vetenskapligt baserat kunskapsunderlag som säger att en viss insats/intervention har en viss effekt för vissa patienter under vissa förutsättningar"*¹⁵.

Socialstyrelsen definierar sin skrift "Om evidensbaserad praktik":

*"Evidens är bästa möjliga vetenskapliga grund"*⁴¹

Sackett lade i arbete med CA till att evidens är vidare något som uppstår när något är observerbart, upprepningsbart och således verifierbart under samma förutsättningar som det skapades. Alltså en rationell (kvantitativ) förhållning till en kontextuell sanning^{5,15,40,41,43}.

Av detta kan vi alltså dra slutsatsen att det finns ett antal snarlika definitioner som alla definierar evidens. Det sammanfattande för samtliga är att evidens definieras som någon form av vetenskapligt underbyggda kunskapsunderlag sammanställda från ett flertal olika källor som kan ses som något som vägleder snarare än avgör^{5,15,40,41,43}.

Avseende vad som ses som bäst evidens skiljer detta sig åt mellan kliniska discipliner i fråga om omfång och gradering³⁹. Traditionellt har EBM och EBP definierat och graderat evidens utefter en evidenspyramid där RCT:er har varit allenarådande standard avseende val av interventioner⁴⁰. Mer specifikt har man värderat systematiska översikter av dessa som den absolut högsta graden av evidens eftersom det ansetts att kondenserad kunskap av detta slag har minimal risk att ge missledande resultat⁴⁰. De har ett starkt ”bevisvärde” enligt CA och leder sannolikt till starkare grad av förutseende av en viss intervention⁴⁰.

Eftersom evidens nu kan definieras som ett kunskapsunderlag måste också kunskap definieras, vilket i sig är vad epistemologin ägnar sig åt. Förutom den i inledningen upptagna diskussionen kring detta får vi låta denna vetenskapligt tyngre definitionen vara vilande. Vår sammanfattande definition av kunskap får därför utgå ifrån nationalencyklopedin:

*Kunskap - fakta, förståelse och färdigheter, tillägnade genom studier eller erfarenhet.*⁴⁶

Rycroft går ett steg längre och delar upp den kliniska kunskapen i fyra kategorier: 1, Vetenskaplig forskning, 2, Klinisk erfarenhet, 3, Patienter, 4, Lokal kontext och fysisk omgivning⁴⁰. Kunskapsbegreppet kan således ses gå igen i de tre områdena för EBP: Evidens, Klinisk expertis och patient eftersom Rycrofts fyra kategorier visar på att bästa kunskap fås när vetenskap kombineras med klinisk erfarenhet och patientens egna önskemål och kontext

⁴¹

1.4.2 INFORMATIONSKOMPETENS

Att vara en god utövare av EBP bygger på att man inser att ett livslångt lärande är en grundförutsättning för att kunna öka sin förmåga⁸. Det livslånga lärandet förutsätter i sig en viss basförmåga i att kunna hantera information^{8,47}. Inom biblioteks- och informationsvetenskapen kallas dessa färdigheter informationskompetens (IK)⁸. IK har varit ett något flytande teoretiskt begrepp och används speciellt i diskurser kring utbildningsinnehåll och kunskapsutvärdering^{47,48}. År 2002 tillkom dock en formell definition av begreppet då den amerikanska biblioteksorganisationen för högre lärande, ACRL (Association and college and research libraries), etablerade informationskompetensen som:

”Förmågan att känna igen när information behövs, och att ha förmågan att lokalisera, utvärdera och effektivt använda den behövda informationen.”^{44,47-49}

Eller som Cantwell tolkar det i sin artikel:

*“En färdighet omfattandes reflektiv upptäckt av information, förståelse för hur information produceras och värderas och till sist, förståelse för hur man använder information för att uppnå ny förståelse och etisk delaktighet i lärandesammanhang.”*⁸

Med utgångspunkt från båda dessa definitioner är det inte svårt att se vilken plats IK fyller när det kommer till att arbeta enligt EBP⁴⁸. EBP bygger på den egna förmågan att kunna identifiera problem och utvärdera evidens i relation till den kontext man arbetar under för tillfället. Vilket svårligen låter sig göras utan att ha IK. EBP förutsätter således IK när det kommer till det egna arbetet⁴⁸. Detta blir ytterst viktigt när det kommer till evidens som faller utanför de traditionella evidens-pyramiderna⁴⁸.

I Sverige gavs kunskapsöversikten ”informationssökning och lärande” ut 2002 av Skolverket. Här redovisas samma tankar kring informationssökning som en del i lärandeprocess och inte enbart en uppsättning verktyg som skall läras att hantera^{50,51}. Det är således svårt att särskilja informationssökning och lärande. En lärande situation som bygger på problembaserat lärande och samspel, som EBP utgår ifrån, blir det omöjligt att inte ta med IK som en viktig färdighet att bemästra³³.

1.5 EBP SOM ARBETSPROCESS

EBP:s arbetsprocess kan definieras som ”Den praktiska processen att överföra en patients sjukdomshistoria till en klinisk frågeställning”⁴³. Att ha kunskap om detta är något som förväntas av varje vårdarbetare med legitimation^{19,52,53}.

Förutsättningarna för att arbeta evidensbaserat varierar beroende på individuella, organisatoriska och kontextuella förutsättningar²⁷. Vårdarbetaren behöver utöver sina kliniska förmågor även ha IK, vara öppen för livslångt lärande och ha en ödmjuk inställning till den egna kunskapens begränsningar^{27,33,43}. Upptäcker man kunskapsluckor leder dessa till ett informationsbehov^{7,27}. Är detta informationsbehov så pass akut att det omgående behövs ny information för att komplettera den gamla kunskapen måste en informationssökningsprocess inledas^{7,27}. Denna process är tidigare utforskad inom biblioteks- och informationsvetenskapen av bland annat Carol Khultahu som var den första att definiera en modell av informationssökningsprocessen varje individ genomgår när man upptäcker ett informationsbehov⁵⁴. Denna process att samla på sig data eller upptäcka kunskapsluckor i en specifik klinisk situation är alltså även den en förutsättning som EBP-processen grundar sig på⁵⁵.

Behovet av evidens skiftar alltså beroende på vilken klinisk situation man befinner sig i. Straus et.al. beskriver tre olika behovsnivåer för att beskriva vårdarbetarens behov, och användande, av evidens²⁷:

- (1) **Utförande läge.** Man följer arbetsmodellen för EBP:s samtliga fyra steg från frågeformulering till utvärdering och användning.
- (2) **Användande läge.** Man söker i redan sammanställda kunskapsunderlag efter färdiga rekommendationer som liknar patientfallet det rör sig om.
- (3) **Replikerings läge.** Man söker efter och följer rekommendationer yttrade av erkända kollegor.

Dessa tre lägen tillsammans med graden av upplevt informationsbehov avgör hur man tar sig an informationssökning och i slutänden användandet av evidensen som man får fram²⁷.

Den etablerade modellen av arbetsprocessen är indelad i fyra steg^{43,56} där informationsbehovet är startpunkten:

1.5.1 DE FYRA STEGEN

Steg 1 – Fråga

När man som vårdarbetare ställs inför en situation som uppdragar ett akut informationsbehov är det av yttersta vikt att man kan formulera sin sökfråga så att så många som möjligt av frågeställningarna inom området täcks in och blir sökbara i kliniska databaser^{43,52}. För att åstadkomma detta finns det en rad färdigkonstruerade frågeformulär. PICOTT (Patient, Intervention, Control, Outcome, Type of question, Type of study). Frågeformuläret är framtaget för att jämföra och utvärdera resultatet av främst kvantitativa frågeställningar om terapiformer men har med tiden kompletterats för att även ringa in kvalitativa metoder^{43,57,58}. Alternativa formulär mer inriktade på kvalitativa frågeställningar som ”SPIDER” (Sample, phenomenon of interest, design, evaluation, research type), har inte nått riktigt samma framgång, dock är formulärtyp en pågående diskurs⁵⁷. PICOTT har med tiden kommit att bli något av en standard på grund av att det används och rekommenderas av ”The cochrane foundation”^{43,58}.

Steg 2 – Söka

Andra steget i processen är att söka efter information med hjälp av PICOTT från steg ett⁵⁶. Viktigast i detta steg är att identifiera vilken datakälla man vill använda sig av för att få fram den typ av evidens som bäst besvarar frågeställningen⁴³. Att utifrån databasens thesaurus välja rätt ämnesord^{27,43}, och till sist välja vilken typ av sökstrategi man ska använda med hjälp av booleska operatorerna AND, OR, NOT⁴³. Databaserna som finns tillgängliga är oftast ämnesspecifika och ger sökresultat beroende på detta⁴³. Därtill bör man fundera efter avgränsningar så som studietyper, språk och publiceringsdatum för att nämna några⁴³. Detta steg kan sammanfattas i följande punkter som är giltiga oavsett specialitet^{33,56,59}:

1. Val av databas
2. Definiera Nyckelord m.h.a. thesaurus
3. Val av operatörer AND, OR, NOT
4. Begränsa resultatet med hjälp av databasens begränsningsverktyg.

Steg 3 – värdera

I det tredje steget återkommer de tidigare omtalade behovsnivåerna. Beroende på vilket informationsbehov man arbetar efter kommer man att behöva besluta sig för om man skall ta steget och ägna sig åt CA fullt ut. Eller om man väljer att gå på färdiga kunskapsöversikter ⁶⁰.

Evidenspyramider är framtagna som guider när det gäller att välja ut sina studier att tillämpa CA på. I toppen av dessa ligger alltid aggregerade studier som systematiska översikter. Dessa bedöms löpa minst risk att vara påverkad av olika bias ⁶¹. I litteraturen beskrivs CA som ett strukturerat sätt att så objektivt som möjligt försöka utvärdera kvalitet, lämplighet och trovärdighet på sitt evidensunderlag så att det blir det bästa man kan få fram ^{55,60}. I den mest basala formen bygger denna utvärderingsprocess på tre begrepp: Validitet (validity), är studiens undersökningsmetod den bäst lämpade för att resultatet skall vara giltigt? Reliabilitet (reliability), Kan studien upprepas med liknande förutsättningar. Tillämpbarhet (applicability), hur användbara är resultaten för aktuellt fall? ⁵⁵. Varje studie som hittats i informationssökningen utsätts för denna granskning och resultaten sammanställs för att mynna ut i en enda rekommendation ^{55,62}.

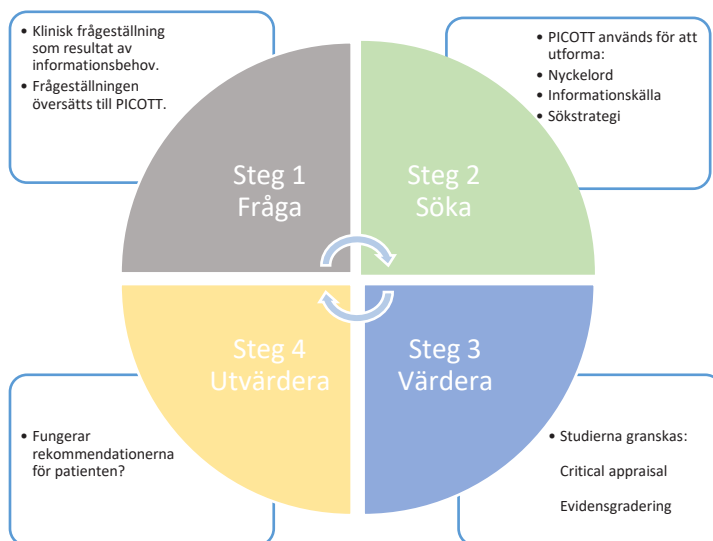
I dag finns det specialiserade organisationer som utför CA och sammanställer systematiska översikter om specifika frågeställningar ^{15,27}. Bland de äldsta är tidigare nämnda Cochrane foundation och deras egenutvecklade verktyg GRADE. Joanna Briggs institute och deras arbete med Levels of Evidence ⁶³.

Steg 4 – Tillämpa

I det fjärde steget är samspelet mellan vårdarbetaren och patienten i fokus. Med hänsyn till dennes preferenser och kontextuella förutsättningar för vårdarbetaren en dialog utifrån sin kliniska kunskap och den framkomna evidensens lämplighet. Detta ger de slutliga möjligheterna att tillämpa de rekommendationer man fått fram i tidigare steg ⁴³. Genom att vårdarbetaren förklarar och förmedlar kunskap kring evidensbaserade behandlingsmetoder till patienten, gemensamt kartlägga för och nackdelar samt uppmuntra patienten till att aktivt ta ställning i valen ⁴³. När man fram till det delade beslutsfattande som ligger nära EBP:s kärna.

I de fall där det saknas tillräcklig evidens kan riktlinjer utarbetade efter begreppet ”rimlig vård” användas som vägledning. Dessa är guider som regel ofta utvecklade av specialistföreningar och bygger på systematiska litteraturstudier åtföljda av rekommendationer i tre nivåer: Motiverad vård, kan vara motiverad vård, och Sällan motiverad vård ⁴³.

Något som ofta blandas ihop med evidens är det som går under bästa praxis (Best practice). Skillnaden mellan dem är dock att bästa praxis är bästa och mest önskvärda vård som kan ges. Till skillnad från EBP:s bästa möjliga vård under rådande förutsättningar⁴³. Detta innebär att bästa praxis, under vissa omständigheter, kanske utesluter viss evidens till fördel för utfallet för individen⁴³.



Figur 3. Arbetsprocessen för EBP inspirerad av Nordenström och Straus⁴³.

AVHANDLINGENS RATIONAL

Vetenskapliga studier behöver alltid en motivering till varför de genomförs. För denna avhandling gäller att det upptäcktes en generell kunskapsbrist kring innebörden av EBP och dess koncept och hur detta påverkar upplevelserna av att arbeta evidensbaserat. Det fanns få studier som undersökte upplevelser och inställningar till att arbeta evidensbaserat. Ännu färre som fokuserade på patienter, chefer och medarbetares specifika upplevelser av detta. Kort sagt fanns det tydliga luckor i vad som definierades som EBP och vad det egentligen innebar som praktisk arbetsmetod. Detta var grunden för denna avhandling och delstudier vilkas syften presenteras på nästa sida.

2 SYFTE

Avhandlingens övergripande syfte är: Att utifrån EBP modellen beskriva individens förutsättningar för, och upplevelser av vetenskaplig evidens i svensk primärvård.

Studiespecifika syften:

- I. Att undersöka patienters upplevelser av att kommunicera med och få information från primärvården.
- II. Att undersöka användande av och tillgänglighet till evidensbaserad information i svensk primärvård från primärvårdschefernas perspektiv.
- III. Att beskriva primärvårdscheferns förståelse av evidensbaserad praktik i primärvårdskontext samt deras möjlighet att påverka dess implementering.
- IV. Att undersöka attityderna till och erfarenheter av att arbeta evidensbaserat bland primärvårdens medarbetare.

3 METOD

Översiktstabell över de fyra delstudierna som ingår i denna avhandling:

Tabell 1. Metodologisk översikt av kappans innehåll

Studie	I	II	III	IV
Design	Kvalitativ, deskriptiv	Kvantitativ deskriptiv	Kvalitativ deskriptiv	Kvalitativ deskriptiv Kvantitativ deskriptiv Mixad metod
Deltagare	Patienter (n=17)	Chefer VC (n=186)	Chefer VC (n=8)	Vårdarbetare (n=190 / n=8)
Datainsamlings metod	Individuell intervju	Enkät	Individuell intervju	Enkät / Intervjuer
Analysmetod	Kvalitativ innehållsanalys	Kvantitativa test: Chi2-test Spearman's korrelationskoeff. Faktoranalys	Kvalitativ innehållsanalys	Deskriptiv statistik Kvalitativ innehållsanalys Mixad konvergent metod

3.1 AVGRÄNSNINGAR

Avhandlingens innefattar flera vetenskapliga discipliner alla med olika teoribildningar och konceptapparater. Detta har gjort att ett antal metodologiska val har skett under skrivandet av detta arbete för att kunna göra avhandlingen hanterbar inom ramen för en avhandling.

Det har till exempel varit nödvändigt att fokusera på teoribildning kring både EBM och EBP då dessa inte enbart var de först etablerade begreppen utan även de som kommit att ligga till grund för utvecklingen av andra mer eller mindre yrkesspecifika modeller av evidensbaserad praktik. Därför ägnas en stor del av introduktionen till att beskriva dess framväxt och betydelse för sjukvården generellt. Sett ur ett systemperspektiv är EBP resultatet av samhällsförändringar som tillåtit framväxten av tekniska och teoretiska resonemang kring exempelvis etik, juridik och klinisk effektivitet, för att nämna några områden. Detta är något som endast konstateras som påverkande faktorer men måste lämnas åt sidan i detta arbete. Vidare så finns det ett antal olika vidareutvecklingar på modellen kring EBP, eftersom det i längden blir tröttsamt att läsa att det just finns en massa olika avarter till modellen eller dess koncept så håller avhandlingen sig till modellen för EBP så som den är beskriven av Sackett och the EBM working group.

Tilläggs kan att även om avhandlingen handlar om EBP så har det även inom denna sfär varit tvunget att dra gränser för att inte komma för långt ifrån avhandlingens syftesbeskrivning. Därför har fokus kommit att hamna på EBP som förhållningssätt mer än arbetsmetod. Arbetsmetoden beskrivs men avhandlas inte på detaljnivå. Således kommer inte alla alternativ till metoder för att värdera och tillämpa evidens att beskrivas. Inte heller kommer alla databaser som finns tillgängliga eller alla aktörer för att sammanställa kunskapsöversikter att belysas.

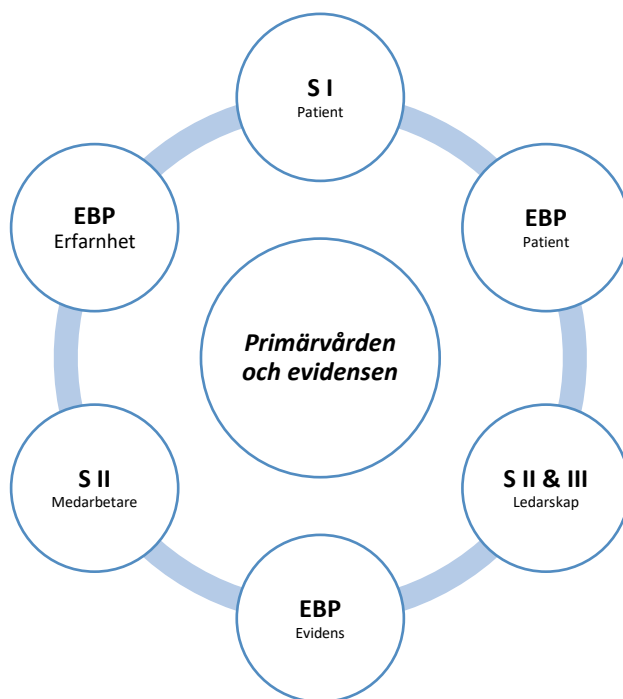
Arbetet är inte heller avsett som en organisationsvetenskaplig eller samhällsvetenskaplig analys av primärvårdsorganisationen med implementeringsarbete i förgrunden. Även om individen naturligtvis inte är oberörd av detta för att kunna arbeta och verka så kommer även detta att få betraktas som externa faktorer utanför avgränsningarna för detta arbete.

Även om arbetet rör sig kring informationsvetenskap och till viss del bygger på begrepp hämtade från detta vetenskapliga fält så har biblioteksrollen, hur intressant den än är för min profession fått stått tillbaka i mina studier. Biblioteken och kändedomen om dessa berörs. Likaväl beskrivs informationsbehov som start för en informationssökningsprocess, och vilken nytta biblioteksverksamheterna tillför en evidensbaserad organisation. Dock måste en gräns dras avseende att utforska den pedagogiska rollen biblioteken har och skulle kunna ta. Lika väl så måste också en gräns dras vid beskrivningen av den evidensbaserade informationspraktiken och dess tillämpning. Det är mycket närliggande ämnen men fokus är primärvård och dess medarbetare därför måste detta lämnas därhän i detta arbete.

3.2 STUDIEDESIGN

Denna sammanläggningsavhandling består av fyra delarbeten av vilka två är kvalitativa intervjustudier, en är kvantitativ enkätstudie och den sista är utförd med mixad metod bestående av en kombination av kvantitativ enkätstudie fördjupad med kvalitativa intervjuer.

Samtliga studier är utformade så att de bygger på en eller flera av de tre beståndsdelarna i EBP. Figur 1 visar sammanhanget av studierna och deras placering relaterat till modellen för EBP.



Figur 4. Artiklarnas relation till gren i modellen för Evidensbaserad Praktik

3.3 STUDIEKONTEXT

Tanke- och arbets sätt som bygger på EBP är etablerade i svensk sjukvård och dess organisationsstruktur. I dag ser vi en primärvård som har ett omfattande ansvar för att ge befolkningen bästa möjliga vård enligt rådande vetenskap eller beprövad kunskap¹⁹. Samma etiska patos ligger till grund för tankarna på EBP⁶⁴. I sin enkelhet kan denna utsaga verka tydlig. Dock kräver det att samverkan sker mellan patient, vårdpersonal och vetenskap. Just tanken på samverkan i alla led är viktig men ställer också nya och i vissa fall högre krav på att hantera information och kommunicera.

Kommunikation och information är således två grundstenar som ligger till grund för EBP, och därmed hela detta arbete. Detta återspeglas i mina delarbeten där vi kan se hur patienten upplever kommunikationen med vårdcentral och vårdarbetare i min första studie⁴⁴. I EBP ses det som eftersträvansvärt att patienten blir en medarbetande part i sin egen vård, vilket ställer krav på dennes förmåga att ta till sig information och kunna kommunicera⁴⁴.

För att vårdpersonal skall kunna få möjlighet att ta till sig information i den omfattning som ett evidensbaserat arbets sätt måste organisation och ledarskap möjliggör detta. Ett evidensbaserat förhållningssätt kräver att man på ledarskaps- och organisationsnivå aktivt arbetar med omvärldsbevakning och att ha ett klimat som tillåter medarbetarna tid och möjlighet att ta till sig ny kunskap inom sitt område^{30,32,65-68}. Det studerades i delarbeten II och III.

Till sist så innebär även utförandet av EBP att arbetsmiljön och inställningen till det evidensbaserade arbets sättet främjar medarbetarnas möjligheter till att tillämpa det. På individnivå är förutsättningarna för att kunna utöva vård enligt dessa krav att det finns tillgång till bra informationsresurser, kunskap i att kunna använda dem och ha informationskompetens^{69,70}. Detta studerades i delarbete IV.

Informationskompetens är att betrakta som en kärnkompetens när det kommer till att praktisera evidensbaserad vård³⁰. Rollen som utbildare och förmedlare av det strukturella tankegodset som ligger till grund för EBP har kommit att bli en fråga för biblioteken med deras specialistkompetens inom området^{8,44}. Genom detta är biblioteken en starkt bidragande faktor till att säkerställa en god och säker vård genom att tillhandahålla tillgång till och utbildning i informationssökning och kritisk utvärdering av sökresultaten, ett behov som verkar växa sig allt större^{71,72}. Sjukhusbibliotekens roll är i förändring i Sverige liksom internationellt^{71,72} förändringen är driven av behov av att kunna möta allt från ny informationsteknologi, informationsinhämtning och publiceringsfrågor⁷².

Denna avhandlingskontext hamnar således som en tvärvetenskaplig undersökning genom att utforska förutsättningarna för att arbeta evidensbaserat med avseende på informationsspridning, kommunikation och kännedom/hänsyn till evidens i en primärvårdskontext. En kontext där man inte har någon större forskningsvana men ändå har en av de mest krävande specialiteter när det kommer till att hålla sig uppdaterad och ha ett evidensbaserat förhållningssätt.

3.4 STUDIE I

Studie I är fenomförd med induktiv kvalitativ metod. Data i form av inspelade intervjuer inhämtades från patienter rekryterade vid tre offentliga VC. Sjutton patienter deltog varav 9 var män och 8 kvinnor. Åldern varierade mellan 31–84 år, med en medelålder på 65år. Samtliga intervjuer gjordes av en och samma intervjuare. Kvalitativ innehållsanalys, i enlighet med Graneheim och Lundman²⁰⁰⁴⁷³, användes för att analysera datamaterialet. Datainsamling skedde under 2018.

DATAINSAMLINGSMETOD

Urval av deltagare gjordes strategiskt avseende kön och ålder bland patienter som besökt en av tre olika vårdcentraler. Rekryteringsförfarandet kom att skilja sig något från vad som var planerat. Tanken var att få hjälp av de medicinska sekreterarna vid VC när det kom till att välja ut presumtiva deltagare i studien. Detta fick dock justeras efter hand och slutade med en intresseanmälan via formulär. Intervjusituationen för studie ett uppstod vid personligt, på förhand avtalat möte på neutral plats, i detta fall konferensrum på vårdavdelning. Intervjuerna utfördes med hjälp av intervjuguide (se appendix 1).

Datainsamlingen skedde genom personliga intervjuer. Största möjliga hänsyn togs till att försöka skapa en ostörd intervjusituation på så neutral plats som möjligt. Samtliga intervjuer spelades in och varade i genomsnitt ca 30 minuter. Efter inspelning transkriberades alla intervjuer Verbatim. Samtliga deltagare informerades i informationsbrev och strax innan inspelning att allt deltagande var frivilligt och att man kunde ta tillbaka sitt deltagande när man ville.

ANALYSMETOD

Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys så som den tolkats av Graneheim och Lundman⁷³. Att valet föll på innehållsanalys kom sig av denna metods lämplighet att fånga och beskriva innehållet i social kommunikation⁷³. Även om metoden, innehållsanalys, i sin ursprungliga form räknades som rent kvantitativ har den i dag kommit att utvecklas till att numera även kunna räknas till kvalitativ forskningsmetod⁷³.

Kvalitativ innehållsanalys har som huvudmål att undersöka ett specifikt fenomen⁷⁴. Målsättningen är att genom abstraktion av meningsbärande enheter finna gemensamma drag i källmaterialet¹¹. Man försöker genom de minsta meningsbärande enheterna, via underkategorier och kategorier till ett slutligt latent tema^{11,73}. Graneheim och Lundmans modell ger sex steg^{44,73}:

1. Samtliga forskare sätter sig in i materialet genom att läsa samtliga transkriberingar så att man når en full förståelse för materialet.
2. Utifrån syftet med studien identifieras de meningsbärande enheterna, vilka sedan diskuteras i ett gemensamt möte med berörda forskare.
3. De funna meningsbärande enheterna reduceras och kodas.
4. Koderna delas upp i underkategorier vilkas innehåll diskuteras utifrån studiens syfte. Underkategorierna samlas sedan till kategorier vilka åter igen diskuteras för att uppnå en verifierbarhet.
5. Slutligen tolkades det latenta innehållet i kategorierna och utvecklades till ett övergripande tema.
6. Resultatet redovisas till sist med hjälp av citat och tillhöriga beskrivningar av underkategorier, kategorier och teman.

Forskningsteamet bakom studien var sammansatt av flera yrkesgrupper alla med anknytning till sjukvården; medicinsk bibliotekarie, kommunikationsstrateg, kurator, epidemiolog och specialist i allmänmedicin, alla dessa bidrog på ett dynamiskt och varierande sätt under hela analysprocessens alla sammanstrålningar i grupper för att diskutera de olika stegen i processen.

3.5 STUDIE II

Studie II har en kvantitativ metod och är deskriptiv till sin natur. Studiens data samlades in med hjälp av, en av forskningsgruppen konstruerad enkät, som skickades ut till 565 primärvårdschefer spridda över hela Sverige. Instrumentet bestod av 24 frågor baserat på tidigare litteratur och beaktade även resultatet från Studie I ⁶⁵ (appendix II).

Forskningsteamet bestod av; en medicinsk bibliotekarie, en kommunikationsstrateg, en kurator, en epidemiolog och en specialist i allmänmedicin. Dessa olika kompetenser samverkade i skapandet av frågeinstrumentet.

DATAINSAMLINGSMETOD

Datainsamlingen skedde genom att frågeinstrumentet skickades ut till samtlig personal med chefsansvar för någon av Sveriges offentligt finansierade vårdcentraler. Kontaktinformation och webbsideadress till varje regions vårdcentraler hämtades utifrån uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Utifrån denna besöktes varje VC:s hemsida på 1177.se varifrån kontaktinformation till ansvarig chef hämtades. Totalt identifierades 564 möjliga deltagare i studien varav 186 slutligen genomförde enkäten. Av de 186 var 156 kvinnor och 30 män. Ålder på deltagarna var mellan 30–66 år med en median på 53år. Ett informationsbrev med inbjudan om att delta i studien skickades ut. En vecka efter utskick skickades en påminnelse ut till de som ej slutfört enkäten. Detta upprepades tre gånger så totala antalet utskick blev fyra. Bakgrundsvariablerna innefattade; ålder, kön, utbildningsnivå och invånarantal i upptagningsområdet för VC.

ANALYSMETOD

Analysen började med att frågeformuläret dekonstruerades och dess frågor omgrupperades i fyra nya empirisk skapade kategorier som alla beskrev olika aspekter av att arbeta med evidens ur VC-chefers perspektiv.

Dessa testades sedan med Kaiser-Meyer-Olkin och Bartlett's test of sphericity för att mäta modellens relevans. Chi2-test genomfördes på samtliga kategorier för att kunna avgöra signifikans och rangordning av dess delfrågor. För att kunna mäta validiteten på frågeinstrumentet, och styrkan i sambanden mellan kategorierna utfördes en explorativ faktoranalys så som den beskrivs av Williams⁷⁵. Faktoranalysens data extraherades genom principiell komponentanalys med varimax rotation och egenvärde=1.

Den mest relevanta faktorn var baserad på bakgrundsfrågor rörande kännedom om, och interaktion med sjukhusbibliotek. Denna faktor fick således bilda en femte kategori kallad "Library operations". Spearmans korrelationskoefficient beräknades också för att ur en kompletterande synvinkel studera sambandet mellan denna faktor och övriga kategorier. Samtliga test som genomfördes var dubbelsidiga och signifikansnivån 0,05.

3.6 STUDIE III

I likhet med första studien är även Studie III induktiv till sin natur. Studien bygger på data hämtad från inspelade intervjuer med vårdcentralsschefer. Samtliga chefer för de 23 offentligt finansierade VC i länet bjöds in att delta. 8 av de inbjudna kom att delta i intervjuerna. Utav dessa var 8 kvinnor och 1 man. Medelåldern var 49 år. Samtliga intervjuer gjordes av en och samma intervjuare.

DATAINSAMLINGSMETOD

Datainsamling skedde 2020. Under tiden som studien genomfördes rådde pandemirestriktioner. Detta påverkade möjligheten att hålla personlig kontakt. Rekryteringen gick till så att ett informationsbrev med inbjudan via länk skickades ut till samtliga vårdcentralchefer i länet. Efter en vecka skickades påminnelser ut till de som inte svarat. Detta upprepades så att samtliga hade fått tre förfrågningar.

Datainsamlingen för studie tre fick ske på distans genom telefon på grund av nämnda restriktioner. Även dessa intervjuer genomfördes med intervjuguide (se appendix 2). Samtliga intervjuer spelades in och varade i genomsnitt ca 30 minuter. Samtliga deltagare informerades i informationsbrev och strax innan inspelning att allt deltagande var frivilligt och att man kunde ta tillbaka sitt deltagande när man ville.

ANALYSMETOD

Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys, i enlighet med Graneheim och Lundman²⁰⁰⁴⁷³. Se dataanalys, studie I. Datainsamling skedde under 2020. Transkribering gjordes Verbatim av förste författaren. Analysprocessen fortsatte sedan med uttagning av meningsbärande enheter, kondensering, kodning, kategoribildningar och temabildning. Allt genom att samtliga tre författare genomförde analysens steg individuellt och diskuterade till konsensus. För fullständig beskrivning vänlig se föregående kapitel om studie I.

3.7 STUDIE IV

Studien har genom sin konvergenta design inslag av både kvalitativ och kvantitativ metod. Metoden är beskriven av Bryman och Cresswell^{11,76}. I korthet kan metoden summeras som att en dubbel och var för sig sekventiell datainsamling och analys gjordes på det kvalitativa respektive kvantitativa materialet samtidigt. Resultaten av dessa sammanvägdes till sist i ett gemensamt resultat (fig. 5).

DATAINSAMLINGSMETOD

Kvantitativ gren:

Datainsamlingen bestod av ett utskickat introduktionsbrev med en länk till undersökningsformuläret. Inbjudan skickades ut totalt fyra gånger till en maillista bestående av samtliga medarbetare utan chefsansvar på samtliga offentliga vårdcentraler i regionen. Totalt var antalet möjliga individer 625, utav dessa slutförde till sist 190 svarsenkäten vilket gav en svarsfrekvens på 30,4%. Utav dessa var 39 män och 151 kvinnor. Enkäten baserades på frågeformuläret EBPAS-15 (se appendix IV).

EBPAS-15 är en internationellt använd enkät som har översatts och validerats på svenska⁷⁷. Frågorna syftar till att fånga upp attityder till evidensbaserad praktik hos hälso- och sjukvårdspersonal. Baserat på frågorna kan en totalsumma och fyra delskalor (Requirements, Appeal, Openness, Divergence) beräknas. Skalan för totalsumman går från 1–4 och för respektive delskalor från 1–4. De fyra domänerna heter: *Requirements* (mäter frågeställningar kring när man skulle kunna tänka sig använda en ny evidensbaserad terapimetod), *Appeal* (Under vilka förutsättningar man skulle vara tilltalande med en ny metod), *Openness* (Hur öppen man är för att testa nya terapimetoder.) och *Divergence* (När och hur man kan anse sig avvika från EBP). Utöver frågorna i instrumentet kompletterades också enkäten med obundna variabler så som ålder, kön, utbildning, längd på arbetstid och yrkestitel. Divergence-skalan har i tidigare studier visat sig vara svårtolkad⁷⁷, vilket bidrog till valet att komplettera studie IV med en kvalitativ gren.

Kvalitativ gren:

Datainsamlingen bestod av en utskickad inbjudan till samtliga som slutfört enkäten vilken upprepades tre gånger för ett totalt antal av fyra utskick med inbjudan till intervju. Totalt genomfördes sex intervjuer med 8 deltagare (sex enskilda intervjuer och två intervjuer med två personer) från flera yrkesgrupper representerade på vårdcentraler: ST läkare, distriktsläkare, psykolog, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Intervjuerna genomfördes med frågeguide (se appendix V) och transkriberades Verbatim av förste författaren.

ANALYSMETOD

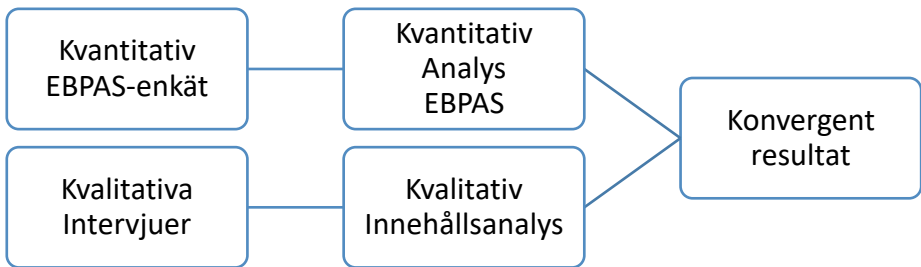
Kvantitativ gren

De oberoende variablerna ålder, utbildning, profession, tid i arbete och kön sammanställdes i tabellform för att beskriva populationen. Efter detta beräknades EBPAS medelvärden enligt beskriven metod från Aarons2004⁷⁸. Detta innebar i konkreta steg:

1. Medelvärden i beräknades för varje EBPAS underdomän enligt verktygets instruktioner.
2. Hypotesprövning genom test av de oberoende variablernas medelvärdena gentemot varje EBPAS fyra deldomäner och ett totalt EBPAS medelvärde.
3. Medelvärdena tolkades enligt verktygets instruktioner.

Kvalitativ gren:

Analysen i den kvalitativa grenen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys, i enlighet med Granehim och Lundmans metod⁷³, så som beskrivits under analysdelen i kapitlet om studie I.



Figur 5: Översikt över Creswells mixade konvergenta metod.

Konvergent analys

Den konvergenta analysen genomfördes i enlighet med Creswells beskrivning av mixad metod⁷⁶. Denna bestod i att gemensamt studera resultatet av EBPAS subdomäner med de kvalitativa kategorier som framkommit i den kvalitativa analysen. Resultatet illustrerades med en sammanflätande tabell som illustrerade vilka av EBPAS subdomäner som fanns närvarande i de kvalitativa underkategorierna. På så vis kunna sammanlänka närvaron av attitydbeskrivningarna i EBPAS med vad som framkommit under de fördjupande intervjuerna. Resultatet av EBPAS och intervjuerna samskrevs och kombinerades i resultatet för att få fram ny fördjupande kunskap.

3.8 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Delarbetena i denna avhandling bygger på forskning på människor. Dock är denna av icke-invasiv art då de enbart fokuserar på frivillighet och deltagarna har hela tiden haft möjlighet att ta tillbaka sitt deltagande när som helst utan förklaring.

De etiska överväganden som gjorts har skett i samband med konstruktion av detta forskningsprojekt och dess delarbeten. Deltagarna i alla studier har tillfrågats och givit sitt godkännande till att delta och publicera resultaten från studierna. Inga interventioner i form av läkemedels tester, terapiformer eller andra alternativa ingrepp i den fysiska kroppen har gjorts.

Projektplanerna för samtliga delstudier har granskats av etikprövningsnämnden och renderat i tillstånd att utföra dem (Studie I–III, Dnr: 2017/281) eller rådgivande yttrande om att etikprövning inte behövs (Studie IV, Dnr 2021-05583-01).

4 RESULTAT

STUDIE I PATIENTUPPLEVELSEN AV PRIMÄRVÅRDEN

Den första studiens population valdes utifrån tanken på EBP-modellens cirkel som utgår från patienten och dennes kontext (Figur 2). För att undersöka detta valdes kvalitativ innehållsanalys. Slutligt antal deltagare hamnade på 17 deltagare, varav 9 män och 8 kvinnor. Åldersspannet på deltagarna var mellan 31 och 84 år.

Resultatet av innehållsanalysen i studien gav ett tema ”En känsla av oförutsägbarhet”. Detta tema vilade på tre kategorier: ”Behov av tillgänglighet”, ”Behov av anpassning” och ”informationsutbyte”. Kategorin ”Behov av tillgänglighet” samlade deltagarnas upplevelser av hinder för att komma i kontakt med VC och att få information eller råd. Kategorin ”Behov av anpassning” samlade deltagarnas upplevelser av att bli sedda som individer och hur vården anpassades efter deras behov. Den tredje kategorin ”Informationsutbyte” redovisar deltagarnas syn på kvalitén av information de fick från primärvården och hur de värderade denna.

Så som framkom av resultatet upplevde deltagarna att det var jobbigt att navigera vårdssystemet (kategori ”behov av tillgänglighet”). Denna känsla av motighet tycktes sedan dröja sig kvar när man väl kom till ett besök. Då fanns det en känsla av tidspress och ibland upplevd brist på intresse för det egna patientfallet hos vårdpersonalen patienterna mötte (kategori ”behov av anpassning”). Detta kunde i vissa av fallen hänvisas till att språkförbistring och kulturella barriärer förekom mellan patient och vårdgivare (kategori ”Behov av anpassning”). Efter vårdbesöket upplevdes en generell tröghet i vårdssystemet när det kom till att få uppföljning och resultat som utlovats vid besök (kategori ”behov av tillgänglighet”).

Man hade helt enkelt en känsla av att vara tvungen att vara på tårna för att i många fall själv ligga på för att få reda på eftersökt information eller resultat (Tema: en känsla av oförutsägbarhet). Känslor av att inte känna sig sedda och tillfredsställande informerad ledde till att patienterna själva ägnade sig åt informationsinhämtning på nätet. Informationskällor som ansågs vara betrodda var förutom 1177 vårdguiden även familj och vänners kunskaper/råd (kategori informationsutbyte).

Resultatets tema ”en känsla av oförutsägbarhet” sammanfattade materialets latent mening av en viss osäkerhet inför mötet med primärvården hos deltagarna.

STUDIE II OCH III – VÅRDCENTRALSLEDNINGENS SYN PÅ EBP OCH DESS FÖRUTSÄTTNINGAR.

De två på varandra följandes studierna II och III undersökte förutsättningarna för att tillhandahålla evidens ur ett ledarskapsperspektiv. De genomfördes under åren 2019 – 2020. Studie II utfördes som en deskriptiv enkätstudie vars resultat analyserades utifrån i synnerhet en faktoranalys. Studie III genomfördes som en uppföljande kvalitativ intervjustudie som analyserades med kvalitativ innehållsanalys i fördjupande syfte.

Populationen för studie II kom att bestå av 186 vårdcentralchefer från hela Sverige. Av dessa var 156 kvinnor och 30 män. Åldern på deltagarna var 30 – 65 år, medianåldern var 53 år, Svansfrekvens var 33%.

Resultatet av enkäten sammanställdes i fyra kategorier utifrån frågornas innehåll: *Policy and guidelines*, *Capture*, *Access*, *Management*. *Policy and management* samlade frågor kring hur man upplevde genomslaget av riktlinjer och huruvida man kände till dem. *Capture* innehåll frågor kring hur man hanterade ny evidens och om man såg detta som en extra påfrestning. *Access* frågade kring medarbetarnas möjlighet att tillgodogöra sig evidens i form av kunskap om var de finns och tillgänglig tid. *Management* sökte sammanfatta öppenhet för ny evidens.

Resultatet visade att så gott som samtliga chefer sade sig känna till EBP och dess inflytande i primärvårdens dagliga verksamhet. Vidare sades evidens generellt sett behöva en viss nivå av anpassning innan man kunde tillämpa den i den egna organisationen. Vikten av att alla vårdmedarbetare kunde hålla sig uppdaterade underströks i resultatet. Detta inkluderade även dem själva. Policys och riktlinjer ansågs som varandes viktiga och påverkade hela verksamheten. Detta kunde även ses i den dagliga verksamheten ansågs det. Man visste var man skulle vända sig för att få information om gällande riktlinjer och policys. Man uppgav vidare att man ägnade 2 till 3 timmar om veckan för att uppdatera sig.

Genom faktoranalysen upptäcktes starka innebörders sammanhang mellan frågor kring kännedom om och samarbete med sjukhusbiblioteken. Vilken skapade en ytterligare kategori kallad "library operations". Kategorin visade på liten eller icke förekommande samröre med biblioteksverksamheten i regionen.

Populationen för studie III bestod 8 deltagare varav 7 kvinnor och 1 man. Medelåldern var 49 år och hälften hade arbetat i mer än 10 år som chef. Svarsfrekvensen för denna studie var 35%. Samtliga intervjuer analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet av innehållsanalysen gav kategorierna: "Skapa EBP", "Utöva ledarskap" och "Förstå den kontextuella meningen av evidens". Kategorin "skapa EBP" avsågs samla utsagor som berörde användandet av evidens, värderingen av den och den generella inställningen till evidens hos chef och organisation". Kategorin "utöva ledarskap" samlade deltagarnas upplevelser om vad ledarskap är och de förutsättningar som krävs för att skapa ett ledarskap som stödjer EBP. Den sista kategorin "Förstå den kontextuella meningen av evidens" beskriver förutsättningarna för att förstå evidens och hur man använder denna i vardagen för att stimulera medarbetarna att arbeta evidensbaserat.

Den främsta orsaken till stress upplevdes vara den ständiga bristen på tid. Detta gällde både på deras eget arbetssätt, då de sade sig vara medvetna om att de inte använde evidens eller evidensbaserade källor i riktigt lika stor utsträckning som man visste förväntades av dem (kategori: utöva ledarskap). Men också när det gällde att kunna förse sina medarbetare med tillräcklig tid för att de skulle kunna klara av samma uppgift(kategori: skapa EBP). Man sade sig kunna lita på att sina medarbetare skötte denna uppgift som det var men var också medveten om att det fanns en viss önskan om mer tid på arbetet emellan patientbesöken (kategori: utöva ledarskap).

Medvetenheten om, och positiviteten till EBP som rapporterades av cheferna (kategori: skapa EBP) kom på så vis att kollidera med organisationens krav på ekonomisk balans och att upprätthålla ett visst patientflöde (kategori: utöva ledarskap). Detta kom så att ge upphov till studiens slutliga tema "En känsla av kluvenhet". Vilket illustrerade de intervjuades känsla av att vara medvetna om EBP och de krav detta ställer på dem och deras medarbetare och deras medvetenhet om organisationens krav på ekonomisk balans (kategori: förstå den kontextuella meningen av evidens). Denna kollision mellan att tro sig veta och vilja underlätta för sina medarbetare å ena sidan och att vara underställda instruktioner och krav på produktion å andra.

STUDIE IV – VÅRDARBETARNAS INSTÄLLNING TILL EBP OCH UPPLEVELSEN AV ATT ARBETA EVIDENSBASERAT.

Resultatet för första grenen blev totalt fem medelvärden fördelade över fyra underdomäner i enlighet med verktygets instruktioner (Requirements= 2.8, Appeal = 3.1, Openness = 2.9, Divergence = 1.5, Totalt = 2.8). Medelvärdena hade alla ett maximalt värde på 4 och minimalt värde på 1 (chronbachs alpha = 0.76). Varje domän tillskrev och mätte ett psykometriskt värde för uppfyllande av de frågekriterier som verktyget var skapat med.

Generellt presenterade resultatet en positiv attityd till EBP och evidensbaserade arbetssätt. Detta framgår av EBPAS totala medelvärde på 2.8. Det fanns ett par signifikanta samband; kvinnor med mer än tio års arbetslivserfarenhet var mer benägna att använda nya EBP metoder om det krävdes av dem (requirements = 2.9 för kön och yrkeserfarenhet), än de som hade färre yrkesaktiva år. Vidare så kunde man se ett samband mellan arbetslivserfarenhet och synen på hur man kunde tillåta sig att gå utanför riktlinjerna (divergence = 1.4 för anställda mer än tio år). Äldre medarbetare verkade således hysa större tilltro till erfarenhetsbaserad kunskap.

Gren 2 kompletterade den tidigare analyserade deskriptiva statistiken genom intervjuer kring synen på evidens och evidensbaserat arbetssätt. Analysen resulterade i två kategorier: ”att hantera EBP i primärvård” och ”att ta till sig EBP i primärvård”. Dessa mynnade sedan ut i ett övergripande tema som kom att bli ”känslan av att känna sig splittrad mellan erfarenhet och verklighet”.

Kategorin ”att hantera EBP i primärvård” samlar upplevelser av att arbeta enligt EBP och attityder till användandet av EBP i vårdmiljön. Den andra kategorin ”att ta till sig EBP i primärvård” beskriver möjligheterna att ta till sig och utöva EBP i kontext av forskningsklimat på arbetsplatsen, kollegial diskurs om evidens och nya praktiker och till sist den egna inställningen till evidens.

En genomgående positiv attityd till EBP och att använda sig av evidens framkom i resultatet (kategori: att hantera EBP i primärvård). Det framkom att det fanns upplevda problem med att försöka arbeta evidensbaserat i primärvården. Det största och hindret var allt som oftast bristen på tid. Tid att hinna läsa in sig på nya rön lika väl som tid att hinna uppdatera sig i varje patientfall.

Man upplever inte heller att det fanns ett klimat som stimulerar till diskussion och vidareutveckling av EBP i primärvården (kategori: att ta till sig EBP i primärvård). Vissa av informanterna uttryckte det som att det är svårt att hitta evidens medan andra inte. Det tillgängliga kunskapsläget var alltså skiftande beroende på patientgrupp och diagnos.

Man ansåg generellt att man arbetade evidensbaserat oftast med utgångspunkt från att man följde vårdriktlinjer och visste vad dessa betydde samt att man kunde hitta dem (kategori: att hantera EBP i primärvård). Det verkade dessvärre vara svårare att öppet och opartiskt diskutera evidens och evidensens roll. Det med hänvisning till att det kunde upplevas som jobbigt för kamratanda och arbetsmiljö då inte alla kände att de orkade eller hade förmågan att hinna med att uppdatera sig i en allt stridare ström av evidens (kategori: att ta till sig EBP i primärvård).

Sammanfattningsvis sade man sig känna till EBP men var medvetna om att man inte alltid arbetade enligt denna princip (kategori: att hantera EBP i primärvård). Vid frågan om vad evidens var gavs ett antal olika svar som varierade från definitioner som: ”ren sanning” till exempel på källor som: ”vårdriktlinjer” (kategori: att hantera EBP i primärvård). Dagens primärvård upplevdes av medarbetarna som att den saknade verktyg för att man skulle kunna arbeta evidensbaserat fullt ut (kategori: att ta till sig EBP i primärvård). Lägg till det faktum att det förmedlades en frånvaro av både intresse och incitament för att främja forskning från organisationshåll (kategori: att ta till sig EBP i primärvård). Detta resulterade i en naturlig följd av att intresset för forskning och utveckling svalnade eller inte alls väcktes hos medarbetarna. Detta uttrycktes tydligt i man inte prioriterade att hålla sig så uppdaterad ”som man borde”. Eller att man valde bort att påbörja forskning på grund av att man upplevde en tidsbrist och att det inte lönade sig för individen (kategori: att ta till sig EBP i primärvård).

Den mixade konvergenta analysen visade att de olika domänerna i EBPAS återkom i den kvalitativa analysens olika underkategorier. En sammanvägning av resultaten ses i Tabell 2. Där framgår att just domänen Divergent, det vill säga brytningen mellan att använda EBP eller avvika från den får en fördjupad förklaring i det kvalitativa resultatet och belyses i alla underkategorierna. Detta illustrerar den komplexitet som medarbetarna i vården upplever i sitt förhållningssätt till evidens vad det gäller teori/förväntningar och faktisk praktik.

Tabell 2 – Konvergenstabell EBPAS – Kvalitativ innehållsanalys Studie 4.

	Requirements	Appeal	Openness	Divergence
<i>The patient encounter and EBP</i>	X		X	X
<i>Evidence versus experience</i>	X		X	X
<i>Availability of evidence</i>	X	X		X
<i>Barriers to using EBP</i>	X	X	(X)	X
<i>Reliance on evidence</i>		X	X	X
<i>Collegial dialogue</i>		X	X	X
<i>Research climate</i>				X

Ett X i tabellen betyder att subdomänen i EBPAS också kom upp i intervjuerna och gav upphov till en underkategori i den kvalitativa analysen.

Sammanvägda resultat

Syftet med denna avhandling är att med hjälp av dess fyra delarbeten beskriva de individuella förutsättningarna för och inställningen till att använda evidens utifrån ramverket EBP:s olika intressenters synvinklar.

Det sammanvägda resultatet av de fyra studierna kan beskrivas som att det finns en genomgående tidsbrist som upplevs som hindrande för patienter, när de inte upplever sig hörda eller få tillräckligt med tid att samtala om sina krämpor under pågående läkarbesök⁴⁴. För chefer ansågs tiden vara en dyrbar resurs eftersom man upplevde en press ovanifrån att hålla ekonomin på VC i balans. Detta medförde att man inte kunde tillåta så mycket i fråga om utbildningstid, tid för forskning eller tid att efterforska patientfall³⁰. När det gällde vårdarbetaren upplevdes även där en tidspress som gjorde att man kände att EBP fick stå tillbaka⁷⁹. Tiden var även en faktor när det kom till att försöka få utbildning och tid till verksamhetsutveckling som kunde behövas⁷⁹.

Det fanns en generellt positiv syn på evidens och att arbeta evidensbaserat både hos VC chefer och Vårdarbetarna^{30,65,79}. Dock fanns det variationer i den individuella synen på evidens, EBP och forskning. Vårdcentralchefer ansåg sig generellt kunna ha tillräcklig IK för att uppfylla sina informationsbehov dock hade de inte riktigt samma tilltro till vårdarbetarna under sig⁶⁵. Vidare ansåg man att evidens var ständigt närvarande och i vissa fall en börda⁶⁵. Forskning sågs som något som var bra men som sällan efterfrågades av dem själva⁶⁵. Trots att man ansåg sig ha god IK och kännedom om EBP hade man ingen eller liten kontakt med bibliotek⁶⁵. Vårdarbetarna å sin sida ansåg att evidens var en självklarhet och något man hade att förhålla sig till⁷⁹. Det fanns dock en upplevelse om att det var svårt att hålla sig uppdaterad på grund av informationsöverflöd och tidsbrist⁷⁹. Det ansågs också ibland vara socialt komplicerat att ta upp och diskutera ny evidens med kollegor⁷⁹. Evidens var något man generellt tillskrev stor vikt under utbildning och som nyutexaminerad, dock kom denna att minska i betydelse allt eftersom man fick en egen erfarenhetsgrund att stå på⁷⁹. Forskning efterfrågades i större utsträckning då evidens ansågs vara bitvis svår att få tag i⁷⁹. Åtminstone evidens som var tillräckligt anpassad efter verklighetens patientfall⁷⁹. Dessvärre sågs det inte som mödan värt att själv forska eftersom detta sågs som en extra aktivitet utöver att ta emot patienter. Dessutom en aktivitet som inte premierades i större utsträckning⁷⁹.

Utifrån ett informationsperspektiv kan det konstateras att primärvårdens brist på tid, samordning av vad evidens innebär och hur denna kan förbättras tillsammans med varierande IK påverkar vården negativt. Det verkar också råda en förvirring kring vad EBP innebär och hur man skall kunna tillämpa den bästa formen av den i en svensk kontext. Utifrån dessa sammanvägda resultat kan det konstateras att primärvårdens medarbetare och patienter upplever en pressad vårdssituation med förvirring, kluvenhet och en känsla av att inte göra som man kanske borde ha gjort.

5 DISKUSSION

EBP är kanske mest att betrakta som en reaktion att försöka förstå och bringa ordning i ett informationsflöde som har väldigt stor inverkan i många personers liv. Dess krav på bästa tillämpbara just nu tillgängliga evidens är under ständig utveckling och har varit pågående sedan lång tid och haft en brokig förhistoria^{3,23-25,31,80}. Den röda tråden har varit tillgång till information och kravet på att tillämpa den på bästa sätt^{25,31,80}. För patienten har det varit historisk brist på insikt i sjukdom och behandlingsalternativ. För vårdarbetaren har det rört sig om att hitta och kunna utvärdera information om alternativa terapier för att kunna ge bästa möjliga vård^{25,80}. EBP har bidragit till att förändra synen på vetenskaplig kunskap och att hantera en allt större informationsmängd. EBP rörelsen kan således ses som en reaktion av informationssamhällets framväxt och frigörandet av information²⁷.

De viktigaste fynden i avhandlingens fyra studier har varit följande: Patienter känner sig övergivna och vilsna om de inte förstår den information de får, eller ännu värre blir utan⁴⁴. Vidare känner VC-chefer och vårdarbetare en frustration över att inte kunna arbeta så som de fullt ut önskar^{30,79}. Den vetenskapliga evidensen har en påverkan för hur VC styrs och primärvårdens förutsättningar att få tid till EBP syntes i studie II⁶⁵. Attityden till EBP och evidens förmedlas genom VC-chefs prioritering av resurser. Denna bidrar till att skapa ett arbetsklimat vilket styr den allmänna inställningen till vad som prioriteras i arbetet³⁰. Inställningar och attityder som i viss mån tvingas på vårdarbetarna i en VC men som också styrs av vårdarbetarnas egen inställning till EBP^{79,81}. Attityderna och förutsättningarna för den individuella vårdarbetaren avgörs i stor utsträckning av utbildningsnivå och yrkeserfarenhet^{32,79}. Detta i sin tur, har visat sig vara av stor betydelse för forskningsklimat och den vårdkvalité som erbjuds patienten²⁶.

Patienternas allmänna erfarenhet var en känsla av att vara utelämnad och vilsen. En känsla som i sin tur bottnar i en bristande kommunikationsförmåga hos flera vårdarbetare i primärvården⁴⁴. Det vi egentligen pratar om här är alltså ett ouppfyllt informationsbehov från patienten i form av att patienten inte känner att de vårdarbetare de möter generellt sett inte kan förmedla information om deras egen sjukdom eller alternativ som gör att de kan förstå situationen⁴⁴. Studien visar också på att informationsbehoven som finns ställer höga krav på informationskompetensen hos patient lika väl som vårdarbetare då kliniska beslut fattas. Detta bekräftar vad som tidigare framkommit i litteraturen kring hur viktigt det är med att patienter känner sig delaktiga. Att en känsla av oppgiveness och vilsenhet infinner sig när man upplever att mottagaren för

frågeställningar om den egna hälsan inte agerar som förväntat, är i många fall förståelig. Patienterna uppgav att de hade ett högt förtroende för informationen man fick från vårdarbetare inom primärvården⁴⁴. Dock upplevde de problem när det gällde att förstå och göra sig förstådd på ett sätt som gav upplevelsen av att de blev sedda i sitt sammanhang⁴⁴. Förståelsen av informationen grundar sig som vi tidigare sett i förtroendet som uppstår mellan patient och vårdarbetare, men är även i allra högsta grad beroende av patientens egna informationskompetens, patienter i dag har olika förutsättningar och olika typer av utbildningsnivå vilket kan ställa till det när man känner att informationen man får ifrån primärvården är otillräcklig eller bristande i trovärdighet⁴⁴. Vidare har patienterna i dag tillgång till nästan samma information som vårdarbetarna. Informationskompetens (IK) har därmed kommit att bli ett etablerat samlingsbegrepp för färdigheterna som krävs för att kunna söka upp, värdera och tillämpa information för att täcka ett informationsbehov^{8,49,51}. Att kunna navigera och sälla bland information kräver IK och när det gäller kliniska studier även förmåga att hantera critical appraisal (CA) för att kunna tillgodogöra sig information på ett korrekt sätt. Detta upplevs ofta som svårt för en vårdarbetare, utmaningen blir då mångfalt större för någon som inte har någon högre utbildningsbakgrund. Det blir således svårt att uppnå samförstånd och delat beslutsfattande så som är det yttersta målet för sann EBP^{4,26,27}.

Det finns studier som visar på att det, bland vårdarbetare, finns en tendens att överskatta sina förmågor när det kommer till informationssökning och kritisk granskande^{52,53}. Förmågan att söka information verkade utvecklas allt eftersom man fick erfarenhet av att arbeta enligt EBP^{52,79}. Cullen menade att majoriteten av läkarstudenter som fått utbildning i informationssökning ”sporadiskt” eller ”sällan” återvände till biblioteket på grund av tidsbrist eller att man hade en känsla av att man borde kunna och vara självförsörjande⁵². Liknande inställning såg vi bland VC chefer^{30,79}. Ofta saknar man dessutom rutin för att regelbundet hålla sig uppdaterad inom informationssökning och CA. Det man får med sig från utbildningen är inte nog för att man skall minnas detta när man tar sig ut med examen⁵². Lägg till detta att tillgången till kvalitativa informationskällor så som databaser eller beslutsstöd kan skilja sig något mellan regioner⁷¹ så blir det en grogrund för olika förutsättningar att praktisera allmänmedicin. Dessa typer av olikheter var en av anledningarna till att EBP rörelsen startade^{15,27}.

På grund av den enorma informationstillgången och den allt mer pressade vårdsituationen kan EBP i dag kanske inte förväntas att praktiseras av varje individ i varje enskilt patientfall i den mening att man där ska ägna sig åt CA. Utvecklingen har snarare kommit att bli så att EBP innebär ett arbetssätt där man har kunskapen att utvärdera kunskapsöversikter och litteratursammanställningar över de vanligaste diagnoserna och symptomen. Snabbare tillgång till information gynnar i sin tur relationen till och samtalet med patienterna. Vilket slutligen oftast leder till ökad följsamhet^{44,82}.

Avseende genomförande och följsamhet av evidens så är det i allra högsta grad beroende av individuella egenskaper, vi har tidigare nämnt informationskompetens som en viktig faktor, men attityder och övertygelser spelar också en stor roll när det gäller implementering av evidens och följsamhet till vårdriktlinjer från vårdarbetarnas sid i val av terapiform. Från patientens sida vad gäller följsamhet gentemot valda terapimetoder och rekommendationer. Chefers inställning och förmedlade attityd kring forskning, evidens och produktion kan ha påverkan på det lokala arbetsklimatet och dess öppenhet för att diskutera evidens och utföra vetenskapliga undersökningar³⁰. Denna inställning går igen gnom de vårdalternativ vårdarbetaren har när man står inför val av terapier, informationskällor och så vidare. Vårdarbetarens attityder ger i sin tur genklang i de valen presenteras och hur patientsamtalen förs.

Primärvården är inte i dag inte anpassad för att tillåta forskning eller för den delen tillräcklig tid för att ge den bästa möjliga vård i dagens samhälle. Detta kan te sig motsägelsefullt eftersom primärvården och dess specialitet allmänmedicin är den absolut största kliniska specialiteten vi har i dag och torde således vara den som har störst behov av att få fram ny och pålitlig evidens kring frågeställningar som rör sig utanför de traditionellt kvantitativa evidensvärderade frågeställningarna som hittills varit rådande. Denna brist på forskningsincitament tyder på att det finns ett stort gap mellan vad man har kunskap om och vad som praktiskt görs när det gäller att praktisera EBP⁸³. Detta är ett etablerat faktum som också utpekats av WHO som en av primärvårdens största utmaningar⁸³. Som vi tidigare sett är detta gap också en av drivkrafterna till varför EBP utvecklades^{15,27,83}. Vilket kvarstår än i dag. Konsekvenserna av denna kunskapslucka kan bli allvarliga, ibland till och med dödliga i form av bristande vårdkvalité⁸³.

I Sverige har vi 21 regioner med mer eller mindre skiftande sätt att styras och sina egna tolkningar på prioriteringar av resursfördelningar och kulturella signaler kring vad som bör anses vara viktigt att lägga resurserna på i den dagliga verksamheten. Detta kan kanske ses i den generella positiva attityd som förmedlas till EBP bland medarbetare och chefer, men som dessvärre kanske inte alltid håller hela vägen. Det kan vara så att man tillkännager en viss ståndpunkt för att vara politiskt korrekt men i praktiken frångås detta av endera anledningen. Tidsbristen är en genomgående barriär även i övrig litteratur som avhandlar primärvårdens förutsättningar att arbeta evidensbaserat^{32,33,69,81,84-86}. Vidare upplevdes det att man försökte arbeta enligt EBP, men att man inte kunde tillåta några större resurser för att göra detta^{30,79}. Allt sådant fick tas på fritid eller tid emellan patienter vilket var svårt att få till³⁰.

Attityderna som vårdcentralcheferna förmedlade i båda studierna signalerar i praktiken den värdering som hela verksamheten gör när det kommer till att se på evidens och forskning^{30,32}. Vårdcentralcheferna insåg att det var tvunget att arbeta enligt EBP men inte kunde tillåta tid att hålla sig uppdaterad på grund av att de kände ekonomiskt tvång från primärvårdsledning. Detta gjorde att de upplevde en moralisk slitning när det kom till att försöka leva upp till dessa krav³⁰. Det var svårt att leva upp till att producera evidensbaserad vård när man inte kunde tillåta utbildningstillfällen eller konferenser på grund av ekonomiska skäl. Här ser vi en tydlig påverkan av ekonomisk styrning som ett resultat av politiska beslut fattade inom primärvårdsorganisationens ledning. Primärvården lika väl som resterande sjukvården är beroende av ny forskning och vidareutveckling av EBP för att utvecklingen och i slutänden patientsäkerheten framåt. Faktum är dock att forskning och produktion av kunskap upplevdes som något som skulle kunna hinnas med utöver det ordinarie arbetet och sällan efterfrågades av cheferna själva⁶⁵. Den i grund och botten positiva inställning till EBP som nedprioriteras till förmån för den kliniska verklighetens krav på effektivitet och ekonomisk gångbarhet var något som yttrades^{32,79}. Att ständigt hålla ekonomisk balans samtidigt som man håller god vårdkvalité sågs som en utmaning⁶⁵. Det fanns litet eller inget upplevt stöd från resterande primärvårdsorganisationen när det gällde att tillämpa och arbeta enligt EBP³⁰.

Dessa svårigheter att börja forska eller ta andra initiativ utöver grundläggande verksamhet framkom även i vår fjärde studie⁷⁹. Man förmedlade en känsla av att inte se vikten av att forska eftersom det inte gav några ekonomiska eller andra fördelar. När deltagarna i fjärde studien tillfrågades om evidens och dess betydelse framkom att det fanns en spretig definition på vad evidens skulle vara, de flesta håll sig till att det skulle vara forskningsresultat som visade på en ”sanning”⁷⁹. Liksom sina chefer uppgav man en generell positiv inställning till att arbeta evidensbaserat och hålla sig till evidens⁷⁹. Även här såg man dock att tiden var en tvingande faktor som ofta upplevdes lägga hinder för att arbeta ”som man borde”⁶⁵. De flesta antydde att de visste vad EBP var och att det egentligen inte lade något hinder för hur man arbetade om man bortsåg från tiden⁷⁹. Detta syntes också i enkätunderlaget där man kunde se ett signifikant samband mellan utbildningsgrad och positiv inställning till EBP.

Ser man på primärvården med utgångspunkt från VC verkar EBP mer innebära ett arbetssätt och styrmedel för ett effektivt och patientsäkert arbete. Studie II och III undersökte just hur EBP märks och påverkar det lokala arbetssättet på vårdcentralen^{30,65}. Det som framkom här var att EBP sades vara en påtaglig faktor genom de policys och vårdriktlinjer som ständigt fanns närvarande. Dock uppgavs det att det förekom behov av att arbeta om vårdriktlinjer och annan evidens så att de passade den egna verksamheten^{30,65}. Anpassningar som kräver goda kunskaper i IK och CA. Generellt kunde man se ett gott självförtroende när det kom till att finna information som behövs och tillämpa den. Detta var i sig intressant eftersom man också sade sig känna till sjukhusbibliotekens existens men sällan eller aldrig använde dess tjänster⁶⁵. Denna inställning kunde ses ”ärvas” av medarbetarna⁷⁹. Att inte använda sig av bibliotekens tjänster vad gäller att söka information och för den delen hålla sig uppdaterade i IK och CA är en stor brist i sig. Denna brist skulle kunna härledas till en avsaknad av dialog mellan bibliotekariet och profession^{8,71}. Biblioteket ger oftast en ökad effektivitet i nyttjande av arbetstid och ekonomi⁷¹. Detta ger i sin tur goda bieffekter i egenskap av god och säker vård genom stärkt IK och tillgänglig kunskap⁷¹. Vidare spelar biblioteksresurser en viktig roll avseende att hålla vidareutbildningar eller uppdateringsfällen i CA⁵².

Medarbetarnas största problem när det kom att arbeta enligt evidens ansågs vara att de inte hade möjligheten eller utrymme för det⁷⁹. Det sågs också som att man hade svårt att diskutera ett evidensbaserat förhållningssätt kollegor emellan på vårdcentralerna⁷⁹. Antydningar om att kunskapen om EBP inte fanns hos alla kollegor förekom, detta gjorde socialt svårt att sakligt diskutera evidens då alla inte hade samma förutsättningar⁷⁹. Många med längre tid i yrket ansåg sig kunna lita mer på sin egen erfarenhet och kunde upplevas som svåra att ha att göra med i metodologiska diskussioner då dess gärna blev tagna som personlig kritik mot den egna kompetensen⁷⁹. Detta faller väl in med tanken på att EBP ter sig som något svårfattligt och abstrakt för någon som inte har utbildning inom EBP, vilket kan ge svårighet i att få till ett gott samtalsklimat³⁸. För att motverka denna typ av låsningar baserade på bristande kunskap, arbetsklimat eller olika definition av koncept skulle en professionsöverskridande utbildning och standardisering av EBP möjligtvis vara till hjälp⁵³.

Bristen på samordning när det gäller definition och användandet av evidens är problematiskt för fullständig integrering av EBP^{29,53}. En bristande kunskap i EBP och dess metodologi kan lätt leda till att man tror sig arbeta evidensbaserat när man i verkligheten egentligen mer arbetar enligt gamla rutiner och traditioner⁵³. Även om man säger sig vara positivt inställd till EBP är det dessvärre inte alltid går igen i det praktiska handlandet^{32,53}. Det kan ligga nära till hands att tänka att man när man arbetar kliniskt blir ”inskolad” eller påverkad av den lokala arbetskulturen så till den grad att man tror sig arbeta evidensbaserat på samma sätt^{53,87}. Det är även svårt att komma ifrån tanken att det finns en medvetenhet bland vårdarbetare att man skall arbeta evidensbaserat och att det åligger var och en att säkerställa att man gör det. Har men inte fått en tydlig definition från sin utbildningstid eller med tiden hunnit glömma så är det inte så lätt att inta ett evidensbaserat förhållningssätt.

Resultatet från studie IV visade på att det fanns en ”spretighet” i följsamheten gentemot evidens. Även om verktyget EBPAS hade svagheter i mätningen av just följsamheten så kan detta ses som en indikation på att kritiskt tänkande utvecklades med yrkeserfarenheten⁷⁹. Eller att man genom sin yrkeserfarenhet blev mindre benägen att ta till sig ny evidens och därmed använde sina traditionellt beprövade metoder. Båda alternativen kan sägas vara intressanta eftersom det kritiska tänkandet och att veta när man ska och inte ska applicera evidens för att i så stor mån som möjligt tillgodose sin patients behov, är en viktig del som betonas av litteraturen i ett gott sätt att praktisera EBP^{15,27}. Det andra alternativet är mer nedslående och kanske det som förmedlades mest av deltagarna i studie fyra⁷⁹.

Primärvården har varit långsam i att omhänderta och utbilda i de kompetenser som krävs för fullödigt EBP-arbete⁵³. Detta kan till viss del tillskrivas komplexiteten i sjukvårdsorganisationer som kräver ett flerfrontsinförande på många nivåer samtidigt för att få effekt⁵³. För att lyckas med att öka individuella incitament att ta till sig och möjliggöra användandet av EBP, skulle det krävas ett antal organisationskulturella skiftningar som i högre grad möjliggör forskning. Detta bygger på att man i sin tur behöver öka den, i dag stora, förändringsbenägenhet som är genomgående i sjukvårdsorganisationen⁵³. Utan dessa eller liknande förändringar kvarstår stora hinder som bidrar till minskad effektivitet och vårdkvalité⁵³.

Metodologisk diskussion

Här är ett omnämnande om de dubbla analysmetoderna i studie III på sin plats. Faktoranalysen i denna studie gav inte så mycket information som vi hade förväntat oss. Därför fick vi välja alternativa analysmetoder för vår deskriptiva statistik som vi samlat in. Men trots detta resulterade just faktoranalysen i ett nytt samband mellan kategorierna som gav en ny femte kategori. Vilket i slutänden bidrog till att utveckla resultatet ytterligare.

Eftersom de studierna med kvantitativ metod genomfördes med hela populationen som studieunderlag genomfördes ingen Power-beräkning för att kalkylera urvalsstorleken. Det relativt begränsade observationsantalet i studien kan sannolikt ha reducerat studiestyrkan något.

När det kommer till de kvalitativa studierna har dessa ett relativt litet deltagarantal. Detta kan väcka frågor, speciellt eftersom vi i kvalitativ metodik inte har några specifika sätt att testa detta på så som exempelvis de kvantitativa powerberäkningarna⁸⁸. Istället för Power beräkningar brukar man använda sig av mättnads begreppet inom kvalitativ forskning. Detta innebär att när man som forskare upplever att nya intervjuer inte tillför något annat än mer eller mindre redundant data⁸⁹. Mättnad var exempelvis en del i vad som avgjorde att datainsamlingen i studie I avslutades. Eftersom mättnads begreppet kan kännas något trubbigt har Malteruds presenterat ett alternativt begrepp ”informations kraft” som tar hänsyn till syfte, specificitet i urval av deltagare och metod som används i analys⁸⁸. Eftersom urvalet skett utifrån syftesformulering och med hänsyn till deltagarnas insatthet i fenomenet vi ville undersöka samt med hänsyn till tillgång av deltagare. Således är antalet deltagare att betrakta som tillräckligt ur informationskraftssynpunkt^{88 89}. Begreppet informations kraft spelade även roll i beslutandet kring när antalet deltagare var nog i studie III och IV.

Även om det finns ett flertal olika analysmetoder för kvalitativa data så valdes den kvalitativa innehållsanalysen med hänsyn till dess utrymme för att redogöra för både det manifesta (bokstavstrogn) och latent (analysbundna) innehållet och på så vis ge den bild som bäst gör materialet rättvisa. Att söka förståelse för ett upplevt fenomen görs bäst genom beskrivningar av fenomenet från de som upplever det⁸⁹. Genom att abstrahera denna mening medverkar vi som forskare till att skapa utökad mening i datamaterialet än enbart materialet i sig^{90,91}.

Generaliserbarhet är inte ledande norm i kvalitativ forskning på samma sätt som inom kvantitativ forskning⁹². Fokus ligger snarare på social, kulturell och historisk kontext med mera. Därför beskrivs generaliserbarhets begreppet snarare genom urval av deltagare och dess aspekter av det upplevde fenomenet man vill undersöka⁹². I sammanhanget som denna avhandling utspelar sig har jag därför försökt att få till ett så brett urval som möjligt i rekryteringarna till delstudierna. Urval genom spridning av kön, ålder, yrkestillhörighet och utbildningsnivå har varit sådant som uppenbart kunnat bidra till olika aspekter som jag försökt fånga in.

Hur man som kvalitativ forskare redovisar trovärdighet i sina studier kan variera⁹³. Eftersom samtlig kvalitativ analys har skett i enlighet med Graneheim och Lundmans metod kan vi först och främst lyfta fram konformiteten som första trovärdighetskälla. I innehållsanalysen innebär det att ett flertal forskare har varit inblandade i varje steg av analysprocessen från att läsa transkriberingar, till att gemensamt diskutera meningsbärande enheter, kondenseringar, koder, underkategorier, kategorier och tema. Att ha en gruppdiskussion om varje steg och bolla tankar kring hur materialets tolkas utifrån fler forskares erfarenheter skänker trovärdighet i sig. Att illustrera resultatet med citat och detaljerat beskriva kontext och analys ger ytterligare möjlighet för läsaren att bilda sig en uppfattning kring studiens trovärdighet⁸⁹.

Till sist, lite om replikerbarhet som i kvantitativ forskning ses som ett kännetecken för pålitligheten i en studie. Som kvalitativ forskare kan man som tidigare nämnts, enbart vara så tydlig man kan när det kommer till att beskriva urvalsprocess, population och analys. Dock kommer inte resultatet av en kvalitativ studie att kunna upprepas även om man är nog så noggrann i urval och analys. Detta mest beroende på att man som kvalitativ forskare lever med ett ständigt konstituerande. Forskaren som försöker genomföra någon av mina studier till exempel kanske inte alls kommer att få varken samma utfall i rekrytering eller analys beroende på att intervjupersoner och forskningsgrupp med största sannolikhet kommer att vara annorlunda. Även om man väljer samma forskargrupp och försöker få tag i samma deltagare så kommer faktum fortfarande att vara att alla medverkande har gjort denna studie innan och på så vis kommer det att påverka resultatet redan från början.

6 SLUTSATS

Tillämpningen av EBP har gått fort. Detta ställer höga krav på varje individuell vårdarens förmågor att kunna hitta, utvärdera och anpassa evidens. Att utveckla denna typ av kunskap och förhållningssätt till att integrera vetenskap och vetenskaplig metodik i en profession tar tid³². Denna tid är i dag en stor bristvara i hela sjukvårdsorganisationen. Den påverkan som denna har över varje enskilt patientfall verkar vara påtaglig och riskerar att påverka hälso- och sjukvården negativt. Risk för felbehandlingar, ökad emotionell stress hos patienter och vårdarbetare och missade utbildningstid riskerar snarare att öka ineffektivitet och försämra vårdkvalité i stället för att försöka tillgodose det motsatta. En summering av studieresultaten styrker detta:

- Ur chefernas synvinkel är tidsbristen och organisationens krav på effektivitet en hindrande faktor som ger upphov till en moralisk/etisk kluvenhet.
- Bristen på resurser medför en minskad möjlighet att utveckla individuell förståelse för EBP och forskningsbaserat arbetssätt.
- Tidsbristen upplevs av patienterna som en känsla av övergivenhet och nyckfullhet i deras kontakt med primärvården.

Gapet mellan praktik och förväntad användning av evidens är tydlig i litteraturen så väl som i resultatet av de genomförda studierna³². Den positiva inställningen till EBP som yttrats av majoriteten av deltagarna ekar ihålligt när de praktiska möjligheterna och verkliga förhållningssättet till evidens och att arbeta med den belyses.

Det sammanvägda resultatet från denna avhandling ger följande:

- Det finns ett behov i primärvården att stärka sitt evidensbaserade arbete, på vårdcentralsnivå lika väl som individuell nivå, eftersom det ligger ett mervärde i att närma sig tanken på att producera egen vetenskaplig evidens. I slutänden kan detta även tillföra mervärde i form av ökad säkerhet patienterna.
- Man behöver någon form av samordning när det gäller utbildningsinsatser och vidareutbildning för att komma tillrätta med olikheterna i val av behandlingsmetoder som än i dag förekommer.
- Organisationsövergripande förändringar som involverar samtliga personalgrupper med olika grader av insats är nödvändiga för att få ett stort genomslag av EBP.
- Det behövs ett samordnat professionsövergripande förtydligande av EBP:s koncept och metodik.
- Det finns en kronisk tidsbrist vilket leder till påverkan av prioritering av resurser.

Till sist, det går inte att bortse ifrån att alla sjukvård handlar om kunskap och kunskapsförmedling individer emellan. Kunskap bygger på medvetenhet om att man har ett problem och vilken erfarenhetsnivå man har av liknande problem. Erfarenhet fås genom praktik och samtal med kollegor. Så vården är i allra högsta grad även en social konstruktion. Paradoxalt nog kommer man alltså inte ifrån att man, trots sin strävan efter objektivitet förr eller senare återkommer till värderingar, normer, kultur osv förmedlade av de människor man har tilltro till.

7 FRAMTIDA PERSPEKTIV

Primärvården är i dag på väg in i en allt mer digitaliserad verklighet, vilket kommer att ställa nya krav på organisation i form av organisationskultur och ledning när det gäller synen på att ta till sig information. Så som jag förstått det av mina studier i ämnet kommer det även att bli allt mer aktuellt att öppna upp för ett mer forskningsintegrerande arbetssätt vilket innebär ökad aktivitet för att tydliggöra vad det innebär att arbeta evidensbaserat, vad evidens är och hur den påverkas av den allt högre takt med vilken forskning produceras.

I dag har vi en situation där AI-börjar göra sig allt mer påmind i form av olika integrerade system. I Halland har vi projektet för informationsdriven vård som ett nära exempel. Men vi har också artificiell intelligens som kan producera text som är svår att urskilja från vetenskapliga texter, då tänker jag på Chat GPT.

Den öppenhet och teamkänsla som präglar primärvården har varit en styrka som i många fall är en tillgång. Denna sociala kontext med tillgång till olika expertis kommer att bli ännu mer viktig i ett samtal där man ödmjukt och öppet kan dela med sig av kunskaper kring informationskompetens och evidens. Så som EBP är till dess kärna.

Kort sagt så är primärvården i behov av att förbättra informationsflöden som inte gäller patientinformation, man bör se till att medarbetarna får de bästa förutsättningar att ägna sig åt den bästa möjliga vården. Så som det är i dag har vi gång på gång fått bevisat att tid och ekonomi styr mycket i en verksamhet vars egentliga syfte är altruistiskt och inte ekonomiskt. Detta kan i högsta grad spåras till det ersättningsystem som ligger till grund för VC:s ekonomi⁹⁴.

I och med vårdreformen ”God och nära vård” signaleras nu en tydligare fokusering på patienten och dennes rätt till likvärdig vård och kontinuitet. Detta är det senaste exemplet i primärvårdskontext där myndigheter lägger vikt vid forskning och forskningsmiljöer inom primärvård^{94,95}.

Den största och viktigaste utmaningen som ligger för primärvården är en fortsatt utveckling av det evidensbaserade arbetssättet. Detta innebär bland annat en integrering av professionsövergripande definitioner av, och utbildning i, viktiga begrepp som evidens, kritisk utvärdering av denna, informationskompetens med mera. Tillsammans med utbildningsinsatser på grundutbildningar och lokal nivå kommer man kunna öka förståelsen av ett evidensbaserat arbetssätt och på så vis falla väl in i framtidens behov av effektivare beslutsfattande och bättre vårdkvalité för patienten.

OMNÄMNANDEN

Detta arbete har formats och slipats till en ädelsten under flera år och nu är jag både glad och stolt över att kunna sätta denna avhandling som krona på verket. Det ligger sanning i påståendet jag fick höra i början av min resa: ”Det är inte bara en akademisk resa, det är en personlighetsutveckling.” Det är få ord som är sannare än så och dessa kan intygas av de alla som gjort denna resa. Men en resa som denna görs inte i ensamt majestät, man måste ha hjälp och goda råd på vägen. Därför vill jag nu nämna ett antal av mina ciceroner vid namn:

Helena, vi har känt varandra länge och din vakenhet på nya infall och tankebanor har varit ovärderlig hjälp.

Ann-Kristin, du var en av de som först såg min potential, som bibliotekarie, men även som doktorand. För det är jag evigt tacksam. Du har genom oändliga timmar, av samtal om högt och lågt verkligen varit ett stöd för mig i min utveckling.

Amir, även du är en klippa som med humor och värme alltid funnits till hands även när du haft det som mest hektiskt.

Stefan, du var den som såg potential i mitt projektförslag och mig när jag började denna resa och hjälpte mig in här på Sahlgrenska, det var ett stort steg att gå utanför akademigränsen och verkligen forma en bro mellan medicin och biblioteks- och informationsvetenskap på detta sätt. Jag vill påstå att det inte är så många bibliotekarier som fått den chansen.

Tack! Ni fyra har polerat detta arbete tillsammans med mig och gjort det till vad det är i dag genom att ibland stångas med min envishet och ibland heja på mig. För det är jag ytterst tacksam och glad.

Glenn Larsson, jag hade nöjet att få hjälpa dig som bibliotekarie när du gjorde denna resa för ca fyra år sedan. Nu är jag där du var och våra samtal kring denna gemensamma resa har inspirerat mig mycket under åren.

Kerstin Fjällman-Schärberg, tack för din entusiasm och ditt stöd i arbetet under åren. Du visade mig möjligheterna till utveckling och hur ett gott ledarskap kan vara.

Inga-Lill Jern Larson och Bengt Widgren, ni var de två som hjälpte mig att få mina planer på forskning till verklighet när resan började, tack för möjligheten till denna otroliga resa!

Kära Sara, tack för ditt ovärderliga stöd i min skrivprocess. Du har med din unika förståelse för den vetenskapliga processen och min personlighet verkligen varit min ledstjärna och ovärderliga stöd i mina sista två år av detta arbete. Med varsam hand har du alltid funnits där och hjälpt mig till rätta när jag känt att det var som svårast. Våra metodologiska diskussioner och dina råd har hjälpt mig till en djupare förståelse än aldrig förr. Jag är lyckligt lottad som fått dig som följeslagare på livets stig. Nu har du hjälpt mig att slutföra denna resa jag påbörjade för så länge sedan. Nu är det tid för firande och äntligen kunna säga; ”Vi klarade det!”

Fantastiska Agnes, Tack för glädjen och alla hjärtliga skratt. De har varit välkomna avbrott i tunga tankar.

Så, till sist vill jag rikta ett särskilt tack till min övriga familj: Mor Maj-Louise, Far Nils-Erik. Syskonen Emilia, Jonas, Daniel och hela högen av släktingar. Alla har ni bidragit på något sätt till detta arbete och fått mig att gå framåt.

Många är ni som gått både vid min sida och före för att bana vägen för mitt arbete, dessvärre är ni allt för många för att tackas enskilt. Men utan mina kollegor vid FoU, särskilt mitt gäng av bibliotekarier, gamla som nya, hade jag inte nått hit redan innan utsatt tid.

Tack till er alla för vad ni gett mig under denna mitt livs största resa. Det ger mig en otrolig glädje och tilltro till framtiden att jag har sådana människor i min omgivning som er.

/Tobias

REFERENSER

1. Jafar AJN. What is positionality and should it be expressed in quantitative studies? *Emerg Med J*. May 2018;35(5):323-324. doi:10.1136/emermed-2017-207158
2. Bias. NE - Nationalencyklopedin2023.
3. Smith R, Rennie D. Evidence based medicine: an oral history. *BMJ*. Jan 21 2014;348:g371. doi:10.1136/bmj.g371
4. Sackett DEa. Evidence based medicine- what it is and what it isn't. *The BMJ*. 1996;312(7023):71-72.
5. Evidens. NE - Nationalencyklopedin2023.
6. Information. NE - Nationalencyklopedin2023.
7. Swinglehurst D. Information needs of United Kingdom primary care clinicians *Health Information and Libraries Journal*. 2005;22:196-224.
8. Cantwell LP, McGowan BS, Planchon Wolf J, et al. Building a Bridge: A Review of Information Literacy in Nursing Education. *J Nurs Educ*. Aug 2021;60(8):431-436. doi:10.3928/01484834-20210722-03
9. Det svenska sjukvårdssystemet. Vetenskapsrådet. Accessed 20220923, 2022. <https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html>
10. Tesaurus. NE - Nationalencyklopedin2023.
11. Bryman A. Social Research Methods. Oxford university press; 2012:809.
12. Åsberg R. Ontologi, epistemologi och metodologi - En kritisk genomgång av vissa grundläggandevetenskapsteoretiska begrepp och ansatser. Göteborgs universitet; 2000.
13. Yin RK. Kvalitativ forskning från start till mål. Studentlitteratur; 2011:324.
14. M. HF, D. CJ. Research Methods in Language Policy and Planning : A Practical Guide. First ed. Wiley; 2015:231. Accessed 20221102.
15. Hansson H, von Thiele Schwarz U. *Användbar evidens: om följbarhet och anpassningar*. Natur & kultur; 2017.
16. Swartling PG. Den svenska allmänmedicinens historia. *Läkartidningen*. 2006;103(24 - 25):1950 - 1953.
17. Primärvård. NE - Nationalencyklopedin2023.
18. *Health for all*. Orient Black Swan; 2015:168.
19. Sveriges R. Hälso- och Sjukvårdslag (1982:763). 1982;
20. Olsson O. Så styrs sjukvården i Sverige. SKR. 2023-04-13, Accessed 2023-04-13, 2023.

- <https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/ansvarsfordelningsjukvard.64151.html>
21. Om SBU. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Accessed 2023-04-13, 2023. <https://www.sbu.se/sv/om-sbu/>
 22. Horwitz RI, Charlson ME, Singer BH. Medicine based evidence and personalized care of patients. *Eur J Clin Invest*. Jul 2018;48(7):e12945. doi:10.1111/eci.12945
 23. Sur RL, Dahm P. History of evidence-based medicine. *Indian J Urol*. Oct 2011;27(4):487-9. doi:10.4103/0970-1591.91438
 24. Mackey A, Bassendowski S. The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice. *J Prof Nurs*. Jan - Feb 2017;33(1):51-55. doi:10.1016/j.profnurs.2016.05.009
 25. Thoma A, Eaves FF, 3rd. A brief history of evidence-based medicine (EBM) and the contributions of Dr David Sackett. *Aesthet Surg J*. Nov 2015;35(8):NP261-3. doi:10.1093/asj/sjv130
 26. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, et al. Evidence-Based Medicine A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*. 1992;268(17):2420-2425. doi:10.1001/jama.1992.03490170092032
 27. Straus SE, Glasziou P, Richardson SW, Haynes BR. *Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM*. Elsevier; 2019:324.
 28. Selanders L. The Power of Environmental Adaptation: Florence Nightingale's Original Theory for Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(1):81-88.
 29. Freddi G, Roman-Pumar JL. Evidence-based medicine: what it can and cannot do. *Ann Ist Super Sanita*. 2011;47(1):22-5. doi:10.4415/ANN_11_01_06
 30. Abellsson T, Karlsson Å-K, Morténus H. A Feeling of Ambiguity: A Qualitative Content Analysis of Managers' Experiences of Evidence-Based Practice in Swedish Primary Care. *Journal of Healthcare Leadership*. 2022;Volume 14:143-153. doi:10.2147/jhl.S371643
 31. Evidence-Based Medicine: An oral history. *Jama*; 2014. p. 44:46 min.
 32. Mortenius H, Fridlund B, Marklund B, Palm L, Baigi A. Utilisation of strategic communication to create willingness to change work practices among primary care staff: a long-term follow-up study. *Prim Health Care Res Dev*. Apr 2012;13(2):130-41. doi:10.1017/S1463423611000624

33. McKenna H, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence based practice in primary care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud.* May 2004;41(4):369-78. doi:10.1016/j.ijnurstu.2003.10.008
34. Nationella riktlinjer. Socialstyrelsen. Updated 2021-09-28. Accessed 2023-03-29, 2023. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/>
35. Lawrence M. Nationellt system för kunskapsstyrning. Sveriges Kommuner och Regioner. Updated 20230216. Accessed 20230323, 2023. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/systemforkunskapsstyrning.48276.html>
36. *SBU:s metodbok*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2020. <https://www.sbu.se/sv/metod/sbus-metodbok/>
37. Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *J Clin Nurs.* Nov 2004;13(8):913-24. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01007.x
38. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N, Evidence Based Medicine Renaissance G. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ.* Jun 13 2014;348:g3725. doi:10.1136/bmj.g3725
39. Youngblut, Brooten. Evidence-based Nursing Practice Why Is It Important? . *AACN clinical issues.* 2001;12(4):468-476.
40. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *NURSING AND HEALTH CARE MANAGEMENT AND POLICY.* 2004;47(1):81-90.
41. Om evidensbaserad praktik. Socialstyrelsen; 2012.
42. Att arbeta evidensbaserat - En guide för praktiskt arbete. Socialstyrelsen; 2020.
43. Nordenström J, Edgren G. *Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår.* 5 ed. Nordic medical publications; 2019:106.
44. Abellsson T, Mortenius H, Bergman S, Karlsson AK. Quality and availability of information in primary healthcare: the patient perspective. *Scand J Prim Health Care.* Mar 2020;38(1):33-41. doi:10.1080/02813432.2020.1718311
45. Patient. NE - Nationalencyklopedin2023.
46. Kunskap. NE - Nationalencyklopedin2023.
47. Saranto K, Hovenga EJS. Information literacy—what it is about?: Literature review of the concept and the context. *International Journal of Medical Informatics.* 2004;73(6):503-513. doi:10.1016/j.ijmedinf.2004.03.002

48. Jacobs SK, Rosenfeld P, Haber J. Information literacy as the foundation for evidence-based practice in graduate nursing education: a curriculum-integrated approach. *J Prof Nurs*. Sep-Oct 2003;19(5):320-8. doi:10.1016/s8755-7223(03)00097-8
49. Information Literacy Competency Standards for Higher Education. Association of college and research libraries (ACRL). Accessed 2023-03-03, 2023. <https://crln.acrl.org/index.php/crlnews/article/view/19242/22395>
50. Limberg L, Hultgren F, Jarneving B. *Informationssökning och lärande*. 2002:193. Accessed 2023-03-03. <https://www.skolverket.se/download/18.6bfaca41169863e6a65468b/1553957653473/pdf935.pdf>
51. Limberg L. *Att söka information för att lära : en studie av samspel mellan informationssökning och lärande*. 2 tr ed. vol 16. Skrifter från Valfrid. Valfrid; 2001:273, [1], 8, [2].
52. Cullen R, Clark M, Esson R. Evidence-based information-seeking skills of junior doctors entering the workforce: an evaluation of the impact of information literacy training during pre-clinical years. *Health Information & Libraries Journal*. 2011;28(2):119-129. doi:10.1111/j.1471-1842.2011.00933.x
53. Saunders H, Gallagher-Ford L, Kvist T, Vehvilainen-Julkunen K. Practicing Healthcare Professionals' Evidence-Based Practice Competencies: An Overview of Systematic Reviews. *Worldviews Evid Based Nurs*. Jun 2019;16(3):176-185. doi:10.1111/wvn.12363
54. Kuhlthau CC. Model of the Information Search Process. *Advances in Librarianship*. 1994;18:58.
55. Fineout-Overholt E. A guide to critical appraisal of evidence. *Nursing Critical Care*. 2019;14(3)doi:10.1097/01.CCN.0000554830.12833.2f
56. Stillwell S, Fineout-Overholt E, Mazurek-Melnyk B, Williamsson K. Evidence-Based Practice, Step by Step: Searching. *American Journal of Nursing*. 2010;110(5):7.
57. Methley AM, Campbell S, Chew-Graham C, McNally R, Cheraghi-Sohi S. PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res*. Nov 21 2014;14:579. doi:10.1186/s12913-014-0579-0
58. Eriksen MB, Frandsen TF. The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *J Med Libr Assoc*. Oct 2018;106(4):420-431. doi:10.5195/jmla.2018.345

59. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell S, Williamson K. Evidence-Based Practice_ Step by Step The Seven steps of evidence based practice. *American Journal of Nursing*. 2009;110(1):51-53.
60. Buccheri RK, Sharifi C. Critical Appraisal Tools and Reporting Guidelines for Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. Dec 2017;14(6):463-472. doi:10.1111/wvn.12258
61. Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. *Evid Based Med*. Aug 2016;21(4):125-7. doi:10.1136/ebmed-2016-110401
62. Mhaskar R, Emmanuel P, Mishra S, Patel S, Naik E, Kumar A. Critical appraisal skills are essential to informed decision-making. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. Jul 2009;30(2):112-9. doi:10.4103/0253-7184.62770
63. Burns PB, Rohrich RJ, Chung KC. The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. *Plast Reconstr Surg*. Jul 2011;128(1):305-310. doi:10.1097/PRS.0b013e318219c171
64. Wester P, Brunström M, Carlberg B. Evidensbaserad medicin (EBM) – Översikt. Internetmedicin.se. Updated 2019-05-26. Accessed 2022-09-06, 2022. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/ovrigt/evidensbaserad-medicin-ebm-oversikt/>
65. Abellsson T, Mortenius H, Karlsson AK, Bergman S, Baigi A. Evidence-based practice in primary healthcare from the managerial point of view - a national survey. *BMC Health Serv Res*. Sep 26 2021;21(1):1014. doi:10.1186/s12913-021-07023-w
66. Bianchi M, Bagnasco A, Bressan V, et al. A review of the role of nurse leadership in promoting and sustaining evidence-based practice. *J Nurs Manag*. Nov 2018;26(8):918-932. doi:10.1111/jonm.12638
67. Flodgren G, Rojas-Reyes MX, Cole N, Foxcroft DR. Effectiveness of organisational infrastructures to promote evidence-based nursing practice. *Cochrane Database Syst Rev*. Feb 15 2012;(2):CD002212. doi:10.1002/14651858.CD002212.pub2
68. Spehar I, Sjøvik H, Karevold KI, Rosvold EO, Frich JC. General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. Mar 2017;35(1):105-110. doi:10.1080/02813432.2017.1288819

69. Andrews J, et al., . Time, Cost, Information Seeking Skills and Format of Resources Present Barriers to Information Seeking by Primary Care Practitioners in a Research Environment. *Evidence Based Library & Information Practice*. 2007;2(3):3.
70. Li S, Cao M, Zhu X. Evidence-based practice: Knowledge, attitudes, implementation, facilitators, and barriers among community nurses-systematic review. *Medicine (Baltimore)*. Sep 2019;98(39):e17209. doi:10.1097/MD.00000000000017209
71. Sjukhusbibliotek 2019 - För säkrare vård. Kungliga biblioteket; 2019. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:kb:publ-47>
72. Ganshorn H, Giustini D. New Directions in Health Sciences Libraries in Canada: Research and Evidence based Practice Are Key. *Health Info Libr J*. Sep 2017;34(3):252-257. doi:10.1111/hir.12190
73. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. Feb 2004;24(2):105-12. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
74. Olsson H, Sörensen S. *Forskningsprocessen*. 4 ed. Liber AB; 2021:327.
75. Williams B, Onsmann A, Brown T. Explorative factor analysis a five step guide for novices. *Journal of emergency primary healthcare*. 2010;8(3)
76. Creswell JW, Vicki L, Plano C. *Designing and conducting mixed methods research*. 2018.
77. Santesson AHE, Bäckström M, Holmberg R, Perrin S, Jarbin H. Confirmatory factor analysis of the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS) in a large and representative Swedish sample: is the use of the total scale and subscale scores justified? *BMC Medical Research Methodology*. 2020/10/14 2020;20(1):254. doi:10.1186/s12874-020-01126-4
78. Aarons GA. Mental Health Provider Attitudes Toward Adoption of EvidenceBased Practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Ment Health Services research*. 2004;6(2):61-74.
79. Abellsson T, Mortenius H, Karlsson AK, Baigi A, Bergman S. The dilemma of the split between experiences and reality – health professionals’ reports of evidence-based practice in a primary care context: a mixed methods study. *BMC Primary Care*. 2023;(Under review)
80. Claridge JA, Fabian TC. History and development of evidence-based medicine. *World J Surg*. May 2005;29(5):547-53. doi:10.1007/s00268-005-7910-1

81. Mortenius H, Marklund B, Palm L, Fridlund B, Baigi A. The utilization of knowledge of and interest in research and development among primary care staff by means of strategic communication - a staff cohort study. *J Eval Clin Pract.* Aug 2012;18(4):768-75. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01672.x
82. Sakai Y, Kunimoto C, Kurata K. Health information seekers in Japan: a snapshot of needs, behavior, and recognition in 2008. *J Med Libr Assoc.* Jul 2012;100(3):205-13. doi:10.3163/1536-5050.100.3.011
83. Nilsson Kajermo K, Alinaghizadeh H, Falk U, Wandell P, Tornkvist L. Psychometric evaluation of a questionnaire and primary healthcare nurses' attitudes towards research and use of research findings. *Scand J Caring Sci.* Mar 2014;28(1):173-85. doi:10.1111/scs.12037
84. Lruwaili B, Thirunavukkarasu A, Alsaidan AA, et al. Knowledge, Attitude, and Practice towards Evidence-Based Medicine among Northern Saudi Primary Care Physicians: A Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel).* Nov 14 2022;10(11)doi:10.3390/healthcare10112285
85. Halcomb E, Ashley C. Australian primary health care nurses most and least satisfying aspects of work. *J Clin Nurs.* Feb 2017;26(3-4):535-545. doi:10.1111/jocn.13479
86. Niedzwiedzka BM. Barriers to evidence-based decision making among Polish healthcare managers. *Health services management research.* 2003;16(2):106-115. doi:10.1258/095148403321591429 [doi]
87. Mortenius H, Baigi A, Palm L, Fridlund B, Bjorkelund C, Hedberg B. Impact of the organisational culture on primary care staff members' intention to engage in research and development. *J Health Organ Manag.* 2015;29(2):234-51. doi:10.1108/JHOM-03-2013-0067
88. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res.* Nov 2016;26(13):1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
89. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract.* Dec 2018;24(1):9-18. doi:10.1080/13814788.2017.1375091
90. Graneheim UH, Lindgren BM, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today.* Sep 2017;56:29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002

91. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* Nov 2005;15(9):1277-88. doi:10.1177/1049732305276687
92. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *Eur J Gen Pract.* Dec 2017;23(1):274-279. doi:10.1080/13814788.2017.1375090
93. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *Eur J Gen Pract.* Dec 2018;24(1):120-124. doi:10.1080/13814788.2017.1375092
94. God och nära vård en primärvårdsreform. Sveriges Riksdag. 2023.
https://www.regeringen.se/contentassets/85abf6c8cfdb401ea6fbd3d17a18c98e/god-och-nara-vard--en-primarvardsreform_sou-2018_39.pdf
95. God och nära vård. Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-vard/>

APPENDIX I – INTERVJUGUDE STUDIE I

- Vilket är ditt yrke?
- Hur länge har du gått i skolan? Vilken är din utbildningsbakgrund?
- Vad tänker du om information och kommunikation generellt i primärvården?
- Kan du berätta om hur du upplevde ditt senaste besök på vårdcentralen?
- Hade du förberett ditt besök på något vis?
- Hur kände du när du kom, kan du beskriva dina tankar kring din hälsa?
- När besöket var över, hur kändes det?
- Visste du vad som skulle ske härnäst och vad för behandling som fanns till buds?
- Är det några återbesök planerade? Om ja, vad tycker/känner du inför det?
- Om man har informationstanken i huvudet, vad kännetecknar ett gott mottagande och en bra sjukvårdare enligt dig?
- Kan du beskriva någon gång du känt att det funnits svårigheter i dina kontakter med primärvården?
- Vad känner du inför att du som patient förväntas vara med och fatta beslut som rör din behandling?
- Hur brukar du leta om du har någon fundering kring sjukdom och hälsa?
 - Vad avgör om du känner att du kan lita på information du råkar på?
 - Vilken form av information föredrar du?
 - Vad/vem brukar du lita mest på när det kommer till att få bra information?
- Det finns tre begrepp jag skulle vilja veta hur du ser på i ett sjukvårds-informationsperspektiv:
 - Trovärdighet
 - vetenskaplighet
 - informationskompetens
- Har du något övrigt du tänker på eller känner inför det vi pratat om denna stund?

APPENDIX II – ENKÄTVERKTYG STUDIE II

DEL 1: BAKGRUND

De första 5 frågorna handlar om din bakgrund och professionella roll:

1: KÖN

- Kvinna
- Man
- Annat / Vill inte uppge

2: ÅLDER:

- Fritextsvar

3: VILKEN ÄR DIN YRKESTITEL?

- Fritextsvar

4: ANTAL BOENDE I DITT LANDSTING / DIN REGION.

(VÄNLIGEN MARKERA DET ALTERNATIV SOM TÄMMER BÄST IN PÅ DITT LANSTING)

- Mindre än 500.000 invånare
- 500.000 till 1.000.000 invånare
- Mer än 1.000.000 invånare
- Vet ej.

5: HÖGSTA SLUTFÖRDA EXAMENSIVÅ:

- Gymnasieexamen
- Kandidat
- Magister
- Master
- Doktorexamen
- Annat

DEL 2 EVIDENS PÅ ARBETSPLATSEN

Följande 5 frågor är menade att undersöka hur du och din organisation arbetar med evidens och evidensbaserad praktik..

6: I VILKEN UTSTRÄCKNING ARBETAR DIN ORGANISATION UTIFRÅN VÅRDRIKTLINJER OCH STYRDOKUMENT? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1–5 NEDAN.)

- 1 (*Liten utsträckning*)
- 2
- 3
- 4
- 5 (*Stor utsträckning*)

7: ANSER DU ATT STYRDOKUMENT SOM T. EX. PM OCH VÅRDRIKTLINJER INVERKAR TYDLIGT I VERKSAMHETENS VARDAG? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1-5 NEDAN.)

- 1 (*Lite*)
- 2
- 3
- 4
- 5 (*Mycket*)

8: HUR MYCKET TID LÄGGES PÅ ATT TA FRAM ELLER OMARBETA DOKUMENT SOM SKALL VERKA FÖR EN ENHETLIG BEHANDLING AV DIAGNOSER I DIN VERKSAMHET? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1-5 NEDAN.)

- 1 (*Lite*)
- 2
- 3
- 4
- 5 (*Mycket*)

9: UPPLIVER DU ATT KRAVET PÅ ATT ARBETA EVIDENSBASERAT LÄGGER PRAKTISKA HINDER ELLER FÖRSVÅRAR ARBETET? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1-5 NEDAN.)

- 1 (*Sällan*)
- 2
- 3
- 4
- 5 (*Ofia*)

10: UTVÄRDERAR NI AKTUELL KUNSKAP PÅ LEDNINGSNIVÅ I SAMBAND MED INFÖRANDE AV NYA BEHANDLINGSSÄTT

- Ja*
- Nej*

DEL 3: INFORMATIONSMÄTNING

Följande 4 frågor gäller dina informationsvanor och kunskap om var du finner information.

11: HUR VIKTIGT ANSER DU SOM CHEF DET ÄR ATT DINA MEDARBETARE ÄGNAR SIG ÅT INDIVIDUELL INFORMATIONSMÄTNING FÖR ATT UTVECKLAS SOM MEDARBETARE OCH SÄKERSTÄLLA VÅRDKVALITÉN? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1-5 NEDAN.)

- 1 (*inte viktigt*)
- 2
- 3
- 4
- 5 (*Viktigt*)

12: HUR OFTA SÖKER DU SOM CHEF INFORMATION FÖRKNIPPAD MED DIN YRKESROLL ELLER VERKSAMHETSOMRÅDE?

(Vänligen ange uppskattad tid du lägger på informationssökning/uppdatering varje vecka.)

- Mindre än 1 timme/vecka
- 1–2 timme/vecka
- 3–4 timme/vecka
- 5 timmar eller mer/vecka

13: VET DU VAR DU HITTAR ALTERNATIVA BESLUTSSTÖD DÅ BEFINTLIGA VÅRDRIKTLINJER ELLER ANDRA STYRDOKUMENT INTE RÄCKER TILL? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1–5 NEDAN.)

- 1 (Jag vet inte var jag finner kompletterande information)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Jag vet var kompletterande information finns)

14: VET DINA MEDARBETARE VART DE SKA VÄNDA SIG FÖR ATT HITTA ALTERNATIVA BESLUTSSTÖD VID TILLFÄLLEN DÅ VÅRDRIKTLINJER ELLER ANNAT STYRDOKUMENT SAKNAS? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1–5 NEDAN.)

- 1 (De vet inte var kompletterande information finns)
- 2
- 3
- 4
- 5 (De vet var kompletterande information finns)

DEL 4: ATT ARBETA MED NY INFORMATION

Följande 4 frågor rör din organisations arbetssätt när det kommer till att implementera nya behandlingssätt och idéer.

15: ANSER DU ATT PRIMÄRVÅRDEN GENERELLT SKULLE VINNA PÅ ATT SNABBARE ANPASSA SIG EFTER NY EVIDENS? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1–5 NEDAN.)

- 1 (Jag håller inte med)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Jag håller med)

16: I VILKEN UTSTRÄCKNING SER DU NYA TANKAR OCH IDÉER OM ARBETSSÄTT SOM STIMULERANDE? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1–5 NEDAN.)

- 1 (Liten utsträckning)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Stor utsträckning)

17: I VILKEN UTSTRÄCKNING ANSER DU ATT NYA TANKAR OCH IDÉER OFTA GER MERARBETE? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1–5 NEDAN.)

- 1 (Liten utsträckning)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Stor utsträckning)

18: HUR ÄR DET ATT INFÖRA NYA ARBETSSÄTT I DIN VERKSAMHET / ORGANISATION? (VÄNLIGEN MARKERA DITT SVAR I SKALA 1–5 NEDAN.)

- 1 (Svårt)
- 2
- 3
- 4
- 5 (Lätt)

DEL 5: FÖRHÅLLANDET MELLAN PRIMÄRVÅRDEN OCH DET REGIONALA SJUKHUSBIBLIOTEKET.

De 5 sista frågorna rör ert samarbete med sjukhusbibliotek eller de regionala informationsresurserna.

19: SAMARBETAR DIN VERKSAMHET MED REGIONENS MEDICINSKA BIBLIOTEKSENHET

- Nej
- Ja
- Övrigt

20: JAG VET VILKEN HJÄLP SOM FINNS ATT FÅ VID VÅRT MEDICINSKA BIBLIOTEK.

- Nej
- Ja

21: SENASTE GÅNGEN JAG HADE KONTAKT MED REGIONENS MEDICINSKA BIBLIOTEK VAR:

- Mindre än en månad sedan.
- Mindre än sex månader sedan.
- Över ett år sedan.

**22: NÄR FICK DU SENAST INFORMATION FRÅN DITT LANDSTINGS ELLER REGIONS
MEDICINSKA BIBLIOTEK?**

- Mindre än en månad sedan.
- Mindre än sex månader sedan.
- Över ett år sedan.

**23: TYCKER DU DET ÄRLÄTT ATT KOMMA I KONTAKT MED PERSONAL PÅ DET MEDICINSKA
BIBLIOTEKET?**

- Nej
- Ja

24: ÖVRIGT

- Fritextsvar

APPENDIX III – INTERVJUGUIDE STUDIE III

- 1 Beskriv hur du är involverad i vårdcentralens dagliga verksamhet
- 2 Vad innebär det enligt din uppfattning att arbeta evidensbaserat?
- 3 Hur arbetar ni med ny kunskap på den här vårdcentralen?
- 4 Vilken betydelse anser du att nya forskningsrön har för arbetet i primärvården?
- 5 Hur ser det ut när det gäller forsknings och utvecklingsprojekt på den här vårdcentralen?
- 6 Vilken typ av stöd har medarbetarna för att kunna arbeta evidensbaserat?
- 7 Vilket ansvar resp. stöd har du som chef för att främja ett evidensbaserat arbetssätt?
- 8 Hur gör ni på den här vårdcentralen för att tillse att patienterna får den information om sin hälsa som de behöver?
- 9 Som jag förstår det innehåller chefskap flera olika delar där strategier för verksamhetsutveckling finns med som en del. Hur ser du på olika delar av chefskapet? Tankar kring detta?

Bakgrundsfrågor:

Ålder

Utbildning

Arbetstid som VC chef.

APPENDIX IV – EBPAS ENKÄTVERKTYG STUDIE IV

Denna intervjuguide bygger på Santesson et.al:s översättning och är kompletterad med 4 bakgrundsfrågor.

EBPAS

Inledningsvis kommer här några bakgrundsfrågor:

Vilken är din yrkestitel?
Vilken är din högsta avslutade utbildningsnivå?
Hur länge har du arbetat i nuvarande profession?
Hur gammal är du?

Nedanstående frågor handlar om dina känslor inför att använda nya terapimetoder, interventioner eller behandlingar. Med manualiserad terapi menas interventioner med specifika riktlinjer och/eller delar, som antingen beskrivs i en manual och/eller ska följas på ett strukturerat/förutbestämt sätt.

	Inte alls	Liten	Måttlig omfattning	Stor	Mycket stor omfattning
55. Jag tycker om att pröva nya former av terapimetoder/interventioner för att hjälpa mina patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Jag är villig att pröva nya former av terapi/interventioner även om jag måste följa en behandlingsmanual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Jag vet bättre än forskare hur jag ska ta hand om mina patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Jag är villig att använda olika nya typer av terapimetoder/interventioner som är utvecklade av forskare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Forskningsbaserade behandlingar/interventioner är inte kliniskt användbara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Klinisk erfarenhet är viktigare än att använda manualiserade terapimetoder/behandlingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Jag skulle inte använda manualiserade terapimetoder/interventioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Jag skulle prova en ny terapimetod/intervention även om den skiljer sig mycket från hur jag brukar göra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Primärvården och evidensen
Evidensbaserad praktik i svensk offentlig primärvård ur olika perspektiv

Om du fick träning i en för dig ny terapimetod eller intervention, hur troligt vore det att du tar till dig den om:

	Inte alls	Liten	Måttlig omfattning	Stor	Mycket stor omfattning
63. Den var intuitivt tilltalande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Den verkade rimlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Din chef krävde det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Din klinik krävde det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Socialstyrelsen krävde det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Kolleger använde den och var nöjda med den	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Om du upplevde att du hade fått tillräckligt med träning för att kunna använda den på rätt sätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 APPENDIX V – INTERVJUGUIDE STUDIE IV

Evidens och EBM

- Definitioner
- Vardag
- Klinik (arbete)
- Vetenskapliga belägg
- Patient
- Professionell kunskap
- Egen roll

Yrke och regler

- Ny kunskap (hur?)
- Krav (externa och interna)
- Nya behandlingar
- Skillnad över tid?
- Ledarskap

Utbildning och kunskap

- Grundutbildning
- Forskning
- Vidareutbildning

