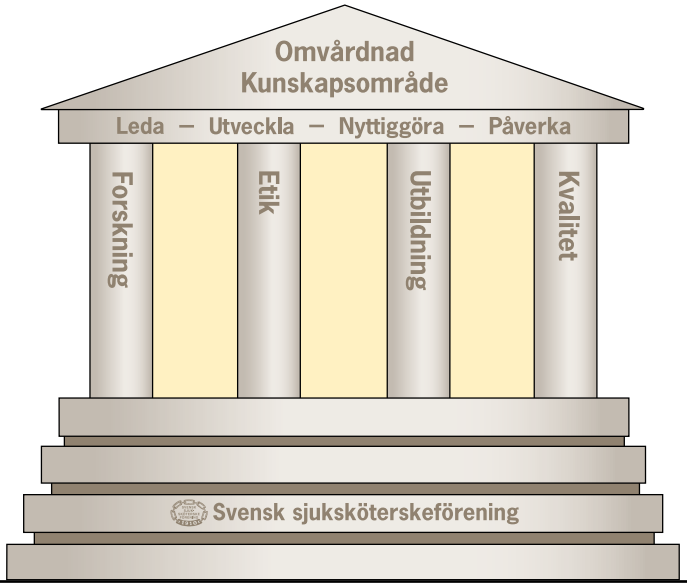
SVENSK SJUKSKÖTERSKEFÖRENING

VETENSKAPSKAFÉ REPO

Studiecirkel med reflektion över evidens
och personcentrering i omvårdnad

Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionsförening. Vi är en ideell förening som företräder professionens kunskapsområde omvårdnad. I över hundra år har vi tagit ansvar för och engagerat oss i omvårdnad – i forskning, etik, utbildning och kvalitet – för patientens, vårdens och hela samhällets bästa. www.swenurse.se



Produktionsfakta

UTGIVARE: Svensk sjuksköterskeförening, Baldersgatan 1, 114 27 Stockholm Tel 08-412 24 00 www.swenurse.se
FOTON & ILLUSTRATIONER: Colourbox **GRAFISK FORM & REPRO:** Losita Design AB **TRYCK:** Åtta.45 Tryckeri AB, 2019
ISBN-NR: 978-91-85060-53-5

INNEHÅLL

5 **Förord**
6 **I. GRUNDLÄGGANDE UTGÅNGSPUNKTER**
6 **Bättre omvårdnad på vetenskaplig grund**
10 **Metoder inom omvårdnad**
11 Patientfall 1: Metoder för omvårdnad i samband med primär- och äldrevård
12 Att våga ställa kloka frågor
13 Kunskapsläget förändras över tid – exemplet PVK
15 **Vetenskapligt förhållningssätt**
15 Erfarenhet och utvecklingsinriktat lärande
17 Evidens och kunskapsbaserad vård
19 Personcentrerat förhållningssätt
21 Den reflektiva omvårdnadsprocessen
24 **II. ARBETSMATERIAL TILL VETENSKAPSKAFÈERNA**
24 **REPO – en studiecirkel för reflektion över evidens och personcentrering i omvårdnad**
24 Studieplan för 6 REPO-kafé-möten
26 Tips till cirkelledaren
27 Litteratur till studiecirkeln
29 Möte 1
31 Möte 2
33 Möte 3
35 Möte 4
37 Möte 5
39 Möte 6
41 **III. BILAGA**
60 **IV. FÖRDJUPNINGSLITTERATUR OCH REFERENSER**

Projektet har genomförts av:
Svensk sjuksköterskeförening med stöd av SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Uppdraget gavs till Ania Willman. Tack också till Beatrice Carlsson, Oili Dahl, Pernilla Garmby, Henrika Jormfeldt, Birgitta Olofsson, Cecilia Olsson, Eva Törnvall, Helle Wijk och Theres Willman som alla bidragit med underlag till patientfallen.

Författare:
Ania Willman, leg.sjuksköterska, emerita professor i vårdvetenskap har omfattande erfarenhet av att arbeta med evidens och kunskapsbaserad vård. Flera av hennes vetenskapliga publikationer är systematiska litteratursammanställningar inom omvårdnad. Under sammanlagt elva år deltog hon i SBU:s vetenskapliga råd. Ania Willman har också tidigare varit ordförande för Svensk sjuksköterskeförening.

FÖRORD

Svensk sjuksköterskeförening har tidigare med framgång publicerat material för att utveckla omvårdnaden och förtydliga sjuksköterskans profession. Nu följer vi upp dessa satsningar med ett pedagogiskt material som ska inspirera till viktiga frågor om de metoder som används i det dagliga omvårdnadsarbetet. Varför ser rutinerna ut som de gör? Finns det bättre metoder som borde användas i stället? Hur kan omvårdnaden bli ännu bättre?

Vi har valt kaféformatet för vårt syfte eftersom vi tror att det är trevligt att träffas över en fika och diskutera arbetssätt och rutiner. Den röda tråden, en reflektiv, evidensbaserad och personcentrerad omvårdnadsprocess (REPO) hoppas vi väcker lusten att tillsammans diskutera och tänka kring arbetssätt och rutiner. Här är forskning och evidens en självklar utgångspunkt. Det handlar om att hela tiden utveckla omvårdnaden – bland annat utifrån bästa vetenskapliga bevisning.

Varför behövs detta? I en pressad vardag finns risken att omvårdnad bedrivs på rutin, med föreställningar om vad som är bra för enskilda personer. En del av de åtgärder som används gör inte den nytta som man hoppades när rutinerna infördes, och en del rutiner har blivit föråldrade. Forskning och vetenskaplig utvärdering kan därför bidra till att den omvårdnad som bedrivs når sitt mål på ett ännu bättre sätt.

Vetenskapskaféet REPO är ett förslag på en studiecirkel med sex möten, där verksamma sjuksköterskor kan fördjupa diskussionen om kritiskt tänkande inom omvårdnad med fokus på evidens i vardagen. Som stöd i diskussionerna finns texter med grundläggande utgångspunkter och arbetsmaterial med studieplan, diskussionsfrågor samt några patientfall. Diskussionsfrågorna kan användas för att i strukturerad form, utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt, resonera om omvårdnadsproblem – antingen med utgångspunkt i patientfallen eller med hjälp av exempel från den egna verksamheten. Det finns även förslag på ytterligare fördjupningslitteratur för den som vill veta mer.

Studiecirkeln riktar sig till dig som är legitimerad sjuksköterska, oavsett om du är på grundutbildningsnivå eller specialistutbildad. Materialet kan även användas i grund- och specialistutbildningen.

Svensk sjuksköterskeförening och Ania Willman ansvarar för innehållet. Synpunkter på innehållet tas gärna emot av Svensk sjuksköterskeförening.

Stockholm, mars 2019
Ami Hommel
Ordförande Svensk sjuksköterskeförening

Ökad kunskap kan göra omvårdnaden bättre, säkrare och mer jämlik.

BÄTTRE OMVÅRDNAD PÅ VETENSKAPLIG GRUND

Den starka kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården ställer höga krav på att sjuksköterskor håller sig uppdaterade om nya rön och välgjord forskning. Liksom övriga vårdprofessioner har sjuksköterskor ansvar att tillämpa kunskapsbaserad vård, och vara en garant för omvårdnad i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför måste kliniskt verksamma sjuksköterskor få möjlighet att, under hela yrkeslivet, fortsätta att utveckla sitt kritiska tänkande och att använda forskningsresultat.

Sjuksköterskeprofessionen är autonom. Det innebär bland annat att varje sjuksköterska har eget ansvar att hålla sig uppdaterad om ny forskning inom yrkesområdet samt om de lagar och föreskrifter som reglerar sjuksköterskans arbete. Sjuksköterskans etiska ansvar, som regleras av den etiska koden (Svensk sjuksköterskeförening, 2014a), innebär att varje sjuksköterska ansvarar för eget handlande, omvårdnadens kvalitet och vilken vård samhället erbjuder. Omvårdnad är ett självständigt kunskapsområde – ett område som sjuksköterskor har ansvar för. I ansvaret för kunskapsområdet ligger också kravet att utveckla och förbättra omvårdnaden utifrån forskningens samlade resultat. Alla sjuksköterskor behöver föra en kontinuerlig dialog om vad omvårdnad på vetenskaplig grund innebär för yrkesutövningen och hur evidensbaserad kunskap ska kunna nyttiggöras.

Med ökad kunskap och snabbare tillämpning av tillförlitlig kunskap skulle vi kunna ge bättre omvårdnad. Vi kan alla medverka till att kunskapen sprids så att bevisat effektiva metoder kan ersätta föråldrade rutiner och arbetssätt. I valet mellan olika åtgärder är det givetvis de effektivaste alternativen som ska användas i första hand. Vetenskaplig evidens kan hjälpa oss att undvika åtgärder som i olika undersökningar har visat sig göra mer skada än nytta eller som inte är tillräckligt verksamma. Ingen ska behöva utsättas för verkningslösa åtgärder om det går att undvika. Därför måste ett vetenskapligt, evidensbaserat synsätt vara en av grundpelarna i svensk hälso- och sjukvård.

Detta synsätt är inte enbart förenligt med personcentrerad vård utan det är en förutsättning. Personcentrerad vård och omvårdnad innebär att sjuksköterskan sätter personen i centrum framför sjukdomen. Behovet av vård gäller för hela människan och sjuksköterskan möter personen som en värdefull och jämbördig partner. Det förutsätter att sjuksköterskan har en öppenhet, vilja och intresse av att lyssna på personens egen berättelse och förståelse av sin situation. Vidare innebär det att personens egen berättelse och

beskrivning av behov ges lika stor betydelse i planering och genomförande av vården och omsorgen som de professionellas bedömningar och identifierade behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a).

Evidensbaserad vård betyder enkelt uttryckt en strävan att bygga vården på bästa möjliga vetenskapliga grund. För sjuksköterskors arbete är detta också ett lagstadgat krav (Patientsäkerhetslag, SFS 2010:659). Idag använder vi inte de forskningsresultat som finns i tillräckligt hög utsträckning samtidigt som somliga nya åtgärder börjar tillämpas i vården utan att ha prövats vetenskapligt. Andra metoder, som är föråldrade men som har blivit rutin, fortsätter att användas. Våra metoder och åtgärder behöver ifrågasättas, granskas och omprövas. Evidensbaserad vård och omvårdnad innebär att systematiskt använda vetenskapliga resultat från välgjorda undersökningar.

”Evidensbaserad vård och omvårdnad innebär att systematiskt använda vetenskapliga resultat från välgjorda undersökningar.

Människan ses som en helhet med fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner.

Omvårdnadsforskning ger vetenskapligt underlag för god omvårdnad. Forskningsområdet syftar till ökad kunskap och förståelse – och det kan göra omvårdnaden bättre, säkrare och mer jämlik för såväl enskilda personer som för deras närstående. Strävan att arbeta evidensbaserat i vården handlar om att utvärdera effekt och nytta av olika insatser, och att tillämpa resultaten av sådana utvärderingar, så att man väljer de insatser som gör mesta möjliga nytta och som medför minsta möjliga risk. Dessutom är det viktigt att jämföra effekterna med kostnaderna för olika insatser, så att man kan hushålla med vårdens resurser och få ut mesta möjliga hälsa och livskvalitet för varje krona.

Vi behöver använda ett vetenskapligt förhållningssätt, alltså utveckla ett reflekterande arbetsklimat där professionen diskuterar, kritiskt granskar, använder och analyserar forskningsresultat utifrån erfarenhet och sammanhang.

Det är viktigt att:

- bedöma *relevansen* i de forskningsresultat som finns, alltså om resultaten bedöms vara tillämpliga i den vårdmiljö och för de patienter som avses,
- bedöma *tillförlitligheten* i de forskningsresultat som finns, alltså hur säkra och rättvisande de är, och
- utgå från *sammanhanget*, det vill säga i vilket sammanhang (kontext) producerades resultaten och i vilket sammanhang ska de användas.

Forskningen inom omvårdnad pågår inom flera områden och den handlar bland annat om rutiner och metoder. Det kan till exempel handla om förhållningssätt vid samtal med patienter, om metoder för behandling av svårläkta sår, om bemötande vid cancerdiagnos och undervisning för patienter med diabetes. Omvårdnadsforskningen handlar om personer i alla åldrar och den utgår från en helhetssyn på människan. Detta innebär att människan ses som en helhet med fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner som alla påverkar varandra. Helheten blir med andra ord större än summan av delarna. Forskning inom omvårdnad lyfter fram patientens och de närståendes upplevelser vid sjukdom och ohälsa samt undersöker nya metoder och omvårdnadsåtgärder för bästa effekt. Vidare söker forskningen svar på hur vårdpersonalen kan stödja och underlätta människors tillfrisknande och hur god livskvalitet kan uppnås vid långvarig sjukdom och i livets slutskede (Svensk sjuksköterskeförening, 2014b).

Forskare arbetar med att aktivt, strukturerat och metodiskt studera en fråga för att skaffa nya kunskaper och ökat vetande. Forskning av god kvalitet publiceras framförallt som artiklar och systematiska översikter i

vetenskapliga tidskrifter som granskas kritiskt av andra forskare och kliniskt verksamma personer.

Vetenskaplig forskning delas ofta in i grundforskning och tillämpad forskning. Inom det medicinska vetenskapsområdet kan det vara svårt att dra en tydlig gräns däremellan. Med grundforskning menas det metodiska sökandet efter kunskap utan någon bestämd tillämpning som mål. Detta hindrar inte att resultatet på sikt kan resultera i en teori, eller ett resultat som indirekt påverkar den kliniska verksamheten, men oftast ger resultat från grundforskning upphov till nya forskningsidéer. Grundforskning kan utgå från ett problem i vården, men forskningsstudierna är sällan inriktade på att testa olika sätt att lösa kliniska problem. Med tillämpad forskning menas det metodiska sökandet efter kunskap med en bestämd tillämpning av denna kunskap som mål (Wallén, 1996). Klinisk patientnära forskning, en form av tillämpad forskning, utgår ofta från ett problem med klinisk förankring och bedrivs i nära anslutning till hälso- och sjukvården och är ofta inriktad på direkt patientnytta. Patientnära omvårdnadsforskning kan med fördel bedrivas i samverkan med andra kunskapsområden som till exempel medicin, pedagogik, arbetsterapi eller psykologi.

METODER INOM OMVÅRDNAD

Utvärderingsforskningen inom vårdområdet diskuterar ofta metoder, och med metoder menas allt ifrån arbetssätt, förhållningssätt, åtgärder och rutiner till förebyggande program, medicinsk teknik och läkemedel. På engelska används av historiska skäl termen health technology assessment för det som på svenska kallas vetenskaplig utvärdering av vårdens metoder. Men health technology syftar inte enbart på teknik, som man skulle kunna tro, utan i termen ryms alla möjliga slags insatser.

I omvårdnadssammanhang är det kanske mindre vanligt att använda ordet metod. I stället används ofta ord som åtgärd, arbetssätt eller handling. Det handlar om ett planmässigt tillvägagångssätt för att uppnå ett visst resultat. Det som sjuksköterskan gör inom ramen för omvårdnadsprocessens struktur – till exempel bedömning, planering, genomförande och utvärdering – kan beskrivas som metoder. Det kan innefatta allt från högteknologiska insatser till stöd i existentiella kriser. Men det kan också handla om att identifiera och tillfredsställa fundamentala behov samt identifiera risker och resurser hos patienten/personen. Omvårdnadsåtgärder kan vara metoder för att bedöma lidande och välbefinnande, metoder för att ge stöd, förebygga och behandla samt för att utvärdera och mäta resultat. Exempel på metoder i omvårdnad kan vara psykosocialt stöd vid cancersjukdom, datorbaserad utbildning till patienter med hjärtsvikt, individuellt utformade träningsprogram vid ätsvårigheter, mätning av smärta, standardiserad bedömning av trycksår och behandlingsinsatser mot obstipation (Willman et al, 2003).

För att kunna ge bästa möjliga vård och omvårdnad till varje person behövs tillförlitlig kunskap om metoder för omvårdnad. Eftersom utvärdering av metoder ofta syftar till att belysa i vilken utsträckning de är säkra och nyttiga är det viktigt att förtydliga metodernas syfte och förväntade effekt på förhand. Det kommer ständigt nya forskningsresultat och nya metoder. Forskarna undersöker om de nya metoderna är bättre än de gamla. Ett problem kan vara att inte alla forskningresultat är tillförlitliga. Vetenskapliga metoder kan användas mer eller mindre skickligt, och forskare kan formulera sina frågor och tolka sina resultat på ett vinklat sätt. Resultatens tillförlitlighet blir därefter. Därför bör man inte lita på en enstaka undersökning. Som regel bör man i stället se om det finns andra studier som stärker eller motsäger resultaten. Målet är givetvis att använda de bästa metoderna – de som gör mest nytta, innebär minst risk och inte skadar.

Patientfall 1 kan användas för att resonera om hur man identifierar metoder inom omvårdnad, vilka syften som sjuksköterskan har med olika metoder och hur man vetenskapligt kan undersöka om metoderna fungerar bra eller dåligt för att uppnå dessa syften. Fler fallbeskrivningar finns i bilagan som börjar på sidan 42.

Patientfall 1: Metoder för omvårdnad i samband med primär- och äldrevård

Du är sjuksköterska och arbetar vid en vårdcentral när du lyssnar på Karls berättelse:

”Jag heter Karl och är 80 år. Min hustru är två år yngre, men hon fick tidigt diagnosen demens av Alzheimers typ så nu finns hon på ett särskilt boende. Jag bor ensam kvar i vår lägenhet. Ända sedan min hustru blev sjuk för över 15 år sedan har jag skött inköp och matlagning, men nu när jag är ensam är det inte så roligt att laga mat längre. Tidigare panerade jag fisk och gjorde köttfärslimpa men nu blir det mest halvfabrikat och smörgås. Maten smakar inget och det hjälper inte att salta. De senaste åren har jag gått ner lite i vikt och det känns som om musklerna försvinner. Jag har något läkemedel som gör att jag är rysligt torr i munnen. Jag tog upp det med läkaren på vårdcentralen och han hänvisade till sjuksköterskan.”

Du funderar nu på innehållet i Karls berättelse och hur du ska kunna hjälpa honom. Du har lyssnat in att Karl har problem med ätande och näringstillförsel. Vilka metoder har du att tillgå?

Exempel på metoder som sjuksköterskan kan använda:

- bekräftande samtal med Karl om upplevelsen av ensamhet
- rådgivande samtal med Karl om läkemedelsbiverkningar
- strukturerade metoder för att upptäcka personer med risk för undernäring
- fördjupade bedömningar vad gäller ätsvårigheter
- särskilda åtgärder; till exempel bedömning av munhälsan, tillägg av näringsdryck.

Fråga 1. Varför ska man inte ge mat eller dryck till en patient som ligger plant?

Denna fråga vet vi svaret på, vi har lärt oss det i utbildningen och även upplevt konsekvenser när det ändå händer.

Svar: Patienten kan mycket lätt svälja fel och få mat eller dryck i luftstrupen, med risk för skador på strupen, risk för kvävning och risk för lunginflammation på grund av mat eller dryck i lungorna som orsakar inflammation.

Lästips: Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Re-Aktion! Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Broschyren går att ladda ner från: www.swenurse.se/publikationer.

Fråga 2. Varför ska man kontrollera urinmängden i urinblåsan före till exempel operation, trots att patienten just har kissat?

Denna fråga kanske vi inte vet svaret på, men den är redan studerad, så vi kan läsa oss till svaret eller fråga kollegor.

Svar: Urinblåsan fylls inte på kontinuerligt utan oregelbundet och vid nervositet kan urinblåsan bli full väldigt snabbt på grund av kärlsammandragning. Även andra orsaker spelar roll. Om patienten har en full urinblåsa över tid finns hög risk för urinretention och skador som kan kvarstå livslångt.

Fråga 3. Hur påverkar upprepad venös provtagning venerna och hur kan man minska ärrbildning i kärlen?

Denna fråga är ännu på det hela taget obesvarad – vi har hittat vår kunskapsfråga!

Att våga ställa kloka frågor

Kritiskt tänkande är en del av den vetenskaplighet som vården enligt lag ska bygga på. Det handlar inte om att vara negativ utan om att ställa kloka frågor som kan undersökas vetenskapligt, helst utan några förutfattade meningar. De insatser som görs i vården ska inte enbart avgöras av vad enskilda experter råkar tycka, utan de ska så långt som möjligt ha en grund i vad som faktiskt har visat sig fungera. Forskare ska ha undersökt frågan på ett så rättvisande sätt som möjligt.

Till exempel gäller detta när någon föreslår att man ska börja med en ny metod. Innan metoden börjar användas är det viktigt att ta reda på att den åtminstone är säker att använda och inte gör mer skada än nytta. Och det ska finnas tillförlitligt underlag för detta, till exempel i form av ett antal välgjorda studier och systematiska litteratursammanställningar.

Det kan också vara viktigt att undersöka om en metod som har använts länge fortfarande behövs och om den verkligen gör sådan nytta som man hoppas. Den kanske har föråldrats och borde ersättas. I vissa fall är svaret så uppenbart att ingen behöver fråga vad forskningen har visat. Det behövs till exempel ingen forskning som visar att man genom att stoppa en blödning kan rädda livet på en människa som blöder rikligt. Men alldeles för ofta gör vi bara som vi brukar, eller som någon annan säger till oss, utan att någonsin ta reda på vad forskningen visar.

När man söker vetenskapliga svar visar det sig ibland att det saknas forskning. Ingen vet säkert vilken metod som är den bästa, och om det finns något vi kan förändra för att förbättra omvårdnaden. Då har man hittat en vetenskaplig kunskapslucka. Det är då vi måste forska!

Det finns flera anledningar till varför det behövs forskning om en viss metod under lång tid. En av de vanligaste anledningarna till att det är svårt att säga bestämt att en viss metod har effekt är att de enskilda studierna om metoden är för små och för olika. Med för små studier menar vi ofta att det är för få deltagare i studien för att vi med säkerhet ska kunna lita på studiens resultat. Ett exempel på en tillförlitlig studie är en randomiserad kontrollerad undersökning som är både randomiserad och jämförande (kontrollerad). Randomiseringen, den slumpmässiga fördelningen av deltagare till de jämförda grupperna, är enda sättet att säkert undvika systematiska fel (bias) i fördelningen. Om studien dessutom har många deltagare blir risken mindre att slumpen gör grupperna signifikant olika. En annan anledning till att det saknas tillförlitliga svar kan vara att metoden förändras över tid. Inom omvårdnadsområdet kan studier om perifer venkateter (PVK) illustrera detta.

Kunskapsläget förändras över tid – exemplet PVK

Inläggning av perifer venkateter, PVK är sedan mer än 40 år tillbaka en vanligt förekommande åtgärd i hälso- och sjukvården. Det finns beräkningar som visar att upp till 70 procent av alla patienter inom akutvården behöver en PVK, i USA handlar detta om cirka 200 miljoner PVK per år och i Sverige cirka 5 miljoner per år (SBU, 2005; Rickard et al, 2012).

PVK används för att intravenöst ge patienter vätska, näring, blodprodukter och läkemedel. Patienten behöver ofta PVK i en vecka eller mer. Den vanligaste komplikationen är tromboflebit, som kan ge rodnad, ömhet, svullnad, smärta och palpabel hårdhet i venen. När metoden var ny uppmärksammades att ett flertal patienter fick tromboflebit eller infektion. Då skapades rekommendationer om tätare byten. År 2013 angav *Vårdhandboken*, som många använder, att en perifer venkateter, PVK skulle vara inlagd kortast möjliga tid, och borde bytas var 48:e till 72:a timme. Detta medförde ett ökat

Idag rekommenderar *Vårdhandboken* byte av PVK var 72:e timme för vuxna. För barn och svårstuckna personer kan bytesintervallen förlängas men då med extra inspektion minst var 8:e timme samt tydlig dokumentation. Om PVK:n applicerats akut utan adekvat huddesinfektion bör den bytas snarast eller så fort patientens tillstånd tillåter. PVK:n ska vara inlagd kortast möjliga tid och avlägsnas vid avslutad behandling. Behovet av PVK ska utvärderas dagligen (www.vardhandboken.se).

antal nålstick för patienterna, en ökad arbetsinsats och ökade kostnader för arbete och materiel. Redan år 2013 kommenterade SBU den samlade forskningen och skrev att den samlade forskningen inte kunde visa på någon avgörande fördel med så täta byten. Kunskapsläget hade ändrats. Sjukvården kunde välja att byta PVK mer sällan eller vid klinisk indikation, förutsatt att man tätt och regelbundet kontrollerade att det inte uppstått komplikationer. Vetenskapliga studier av senare datum rekommenderar fortlöpande och regelbunden inspektion med byte av PVK först vid tecken på komplikation, ett förhållningssätt som kombinerar effektivitet (inklusive kostnadsmedvetenhet) med minsta möjliga obehag för patienten. Även forskare inom Cochranesamarbetet publicerade år 2016 en forskningssammanställning som visar att det inte finns belägg för att byta PVK annat än när problem börjar uppstå. Några studier om antal stick och ärrbildning finns inte.

Vad gäller svensk vård idag rekommenderar *Vårdhandboken* byte av PVK var 72:a timme för vuxna. För barn och svårstuckna personer kan bytesintervallen förlängas men då med extra inspektion minst var 8:e timme samt tydlig dokumentation. Om PVK:n applicerats akut utan adekvat huddesinfektion bör den bytas snarast eller så fort patientens tillstånd tillåter. PVK:n ska vara inlagd kortast möjliga tid och avlägsnas vid avslutad behandling. Behovet av PVK ska utvärderas dagligen (www.vardhandboken.se).

Med tiden har vi fått allt bättre kunskap. En stor skillnad mellan tidiga och senare års vetenskapliga studier är också det material som PVK tillverkas av. Tidiga katetrar gjordes av stål eller till exempel polyetylen. Moderna PVK görs av låg-irriterande material, som till exempel bio-kompatibel polyuretan.

Förutom katetermaterialet kan utvecklingen av tromboflebit också påverkas av infusionens och/eller läkemedlets sammansättning. De vanligaste problemen med dagens PVK är troligen infiltration och ocklusion (stopp) eller ofrivilligt avlägsnande på grund av dålig fixering (Rickard et al, 2012).

VETENSKAPLIGT FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Erfarenhet och utvecklingsinriktat lärande

En stödjande arbetsorganisation som ger utrymme för reflektion är en förutsättning för erfarenhetsbaserat och utvecklingsinriktat lärande. Dessutom kan personliga egenskaper som nyfikenhet, mod att våga reflektera över egna och andras kunskaper och erfarenheter vara viktiga för att tillvarata och utveckla erfarenhetsbaserad kunskap. Det samma gäller uppmärksamhet och vakenhet för både det generella och det specifika i situationer.

Det unika med den erfarenhetsbaserade kunskapen är att den enbart kan skaffas genom deltagande och handling samt att den oftast inte är granskad. Först när den blir synliggjord, genom reflektion och i samtal med andra, kan den också granskas och utvecklas. På det sättet kan den bli en del i den beprövade erfarenheten, en kollektiv och delad kunskapsgrund.

Från mitten av 1900-talet sågs lärandet som en process som inkluderade utveckling av hela individen och pedagogen John Deweys valspråk ”Learning by doing” fick stort inflytande. Enligt Dewey (2004) uppstår kunskap när vi prövar oss fram i arbete och utbildning. Syftet med all utbildning är att utveckla individens förmåga till problemlösning och kritiskt tänkande. Enligt Kolb (1984), ett annat namn inom pedagogiken, innefattar lärandet de mänskliga funktionerna tanke, känsla, varseblivning och beteende. Lärandet ses som en kontinuerlig process. Individer lär genom upplevelser och av att arbeta reflekterande.

Utmärkande för utvecklingsinriktat lärande är att ha ett ifrågasättande och kritiskt prövande förhållningssätt till uppgifter, mål och andra förutsättningar, samt en beredskap att påverka och förändra sina arbets- och livsvillkor. Fokus ligger på att lära sig att formulera problem och inte endast att lösa givna problem. I stället för att främst ställa frågan ”Hur?” kommer frågorna ”Vad?” och ”Varför?” i förgrunden. Ett utvecklingsinriktat, kreativt lärande förutsätter en beredskap att ifrågasätta och omtolka uppgifter, mål och omvärldsbetingelser, samt att utveckla och pröva nya metoder och arbetssätt (Ellström, 1996; Engeström, 1999).

Ett utvecklingsinriktat lärande bygger på förmågan till kritiskt tänkande. Kritiskt tänkande innebär att med öppet sinne, och ett icke dömande förhållningssätt, tillämpa resonemang och logik på okända idéer, åsikter och situationer för att ifrågasätta, värdera, dra slutsatser och därigenom införliva ny kunskap.

”Ett utvecklingsinriktat lärande bygger på förmågan till kritiskt tänkande.

Evidens och kunskapsbaserad vård

Strävan att evidensbasera vårdverksamheten startade inom det medicinska området som ett svar på att Archie Cochrane, en brittisk läkare, under 1970-talet uppmärksammade betydelsen av att utvärdera effektivitet och nytta inom området. Cochrane kritiserade sina kollegor för att inte använda tillgängliga forskningsresultat och efterfrågade systematiska sammanställningar av forskning om effekten av olika behandlingsmetoder. Principerna för evidensbaserad medicin vann så småningom gehör och omfattar idag alla vårdens professioner.

Utvecklingen fortsatte i början av 2000-talet när patientens rätt att ta ett informerat beslut om sin vård och behandling lyftes fram i ett uttalande kallat "Sicily statement". Där tydliggjordes att en evidensbaserad vård kräver att besluten är baserade på bästa aktuella, tillgängliga, giltiga och relevanta bevis och att patientens förmåga att kunna ta ett informerat beslut beror på hur personalen informerar och vägleder patienten (Dawes et al, 2005). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I Sverige stiftades också en ny lag, Patientlagen (SFS 2014:821). Där tydliggjordes kravet att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja mellan dem.

Det är mot bakgrund av den här utvecklingen som man idag ska se evidensbaserad omvårdnad. Det kan definieras både som ett förhållningssätt och en process. Processen innebär att man i det dagliga vårdarbetet använder sig av omvårdnadsforskningens vetenskapliga resultat som komplement till andra kunskaper. Den vetenskapliga kunskapen kompletteras och kombineras med kunskap om enskilda personers/patienters och familjers behov, önskemål och upplevelser samt med den professionella erfarenhetskunskapen. När sjuksköterskor tillämpar evidensbaserad omvårdnad i den dagliga verksamheten integrerar de bästa tillgängliga externa bevis för, till exempel en omvårdnadsbehandling, med annan kunskap för att tillsammans med personen/patienten fatta beslut om olika omvårdnadsinsatser (Willman et al, 2016).

Evidensbaserad vård och omsorg bygger alltså inte enbart på vetenskaplig kunskap utan förutsätter att vårdaren samtidigt beaktar erfarenhetsbaserad professionell kunskap och patientens kunskap om sina upplevelser, behov och önskemål. Ibland har den erfarenhetsbaserade kunskapen i debatten framställts som helt fristående från vetenskaplig kunskap trots att de båda typerna av kunskap i praktiken ofta bygger på varandra. Professionell

Evidens är "Det sammanvägda resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade vetenskapliga observationer, som ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet så att de sammantaget kan anses utgöra "bästa tillgängliga bevis" i en viss fråga." https://www.sbu.se/sv/var-metod/sbu-ordlista.

I en kunskapsbaserad vård används insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap (evidens) på ett metodiskt sätt och som tillsammans med reflekterad, kollektiv klinisk erfarenhet (beprövad erfarenhet) ligger till grund för handlandet.

erfarenhet byggs upp i ett vårdsammanhang som ska bygga på vetenskaplig grund. Och erfarenhetsbaserad kunskap utgör många gånger ett underlag för forskningsfrågor.

Numera är det vanligt att använda begreppet kunskapsbaserad vård för att betona behovet av olika kunskapskällor. Den vetenskapligt empiriska kunskapsformen kan inte ensam ge svaret på vad som är god vård. I en kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård behövs såväl faktakunskap som förståelsekunskap, färdighetskunskap och förtrogenhetskunskap för att uppnå en vård av god kvalitet.

I en kunskapsbaserad vård används insamlad, granskad, värderad och sammanställd vetenskaplig kunskap (evidens) på ett metodiskt sätt och som tillsammans med reflekterad, kollektiv klinisk erfarenhet (beprövad erfarenhet) ligger till grund för handlandet. Dessutom krävs kunskap om bemötande och kommunikation och kunskap om enskilda patienters förståelse, önskemål och förväntningar. Slutligen krävs det ett genomtänkt etiskt förhållningssätt med kunskap om de olika värden som kan stå på spel i vårdbeslut.

Personcentrerat förhållningssätt

Den person som blir patient och behöver vård hamnar i ett beroendeförhållande till de professionella vårdarna. Detta förhållande karaktäriseras av begreppet makt. Vårdarna har makten bland annat för att de har kunskapen, till exempel om hälsa och sjukdom (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b). Förhållningssättet personcentrerad vård kom delvis som en reaktion på detta. Man ville skapa förutsättningar för patienten att göra evidensbaserade val i relation till sin hälsa, men också att respektera personens val. De ökade kraven på att personer ska vara delaktiga i sin egen vård kopplas ofta ihop med den världsomspännande rörelsen för mänskliga rättigheter.

Under 1980- och 1990-talen formulerades det uttryckliga målet att ha patienten i fokus för vården, men trots ansträngningen kan man inte säga att detta har lyckats (Willman, 2011). Kanske beror det på att patientbegreppet är ett kollektivt begrepp och genom att använda det så styr vi tanken bort från personen. Kanske beror det på att begreppet patient är gammalt och knutet till föråldrade synsätt och strukturer där patienterna fortfarande är längst ner i beslutskedjan och har minst att säga till om. Även om det nya begreppet personcentrerad vård är populärt finns det ingen entydig definition. Begreppet har sina rötter i det holistiska synsättet, som innebär ett avståndstagande från den sjukdomsorienterade modellen på hälsa.

Fyra övergripande synsätt på personcentrerad vård kan identifieras:

- Det första synsättet kan kanske beskrivas som ett folkhälsopolitiskt perspektiv där personcentreringen beskrivs som ett partnerskap mellan vårdarna, patienten och familjen (när det är lämpligt). Detta partnerskap ska garantera att vårdbesluten respekterar patientens behov, önskningar och förväntningar samt att patienten har nödvändig utbildning och stöd för att fatta beslut och delta i den egna vården.

- Det andra synsättet innebär att man talar om personcentrerad vård i ett ekonomiskt perspektiv. Patienten är konsument i en vårdmiljö. I ett konsumentperspektiv är det viktigt att patienten kan fatta informerade beslut som balanserar kostnader mot kvalitet, bekvämlighet och service. I detta synsätt är alla presumtiva patienter välinformerade internetanvändare och kapabla beslutsfattare som kan skilja på evidensbaserad information och reklamtrix från vårdgivare, läkemedelsföretag och andra aktörer på en öppen marknad.

En god omvårdnad förutsätter ett professionellt förhållningssätt. Mötet utgår från personens berättelse och karaktäriseras av en ömsesidig öppenhet för varandras kunskap där vården utformas i partnerskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2016 (b)).

> Personcentrerat förhållningssätt i omvårdnad bygger på ett humanistiskt sätt att se på människan.

- Det tredje synsättet innebär att tidiga beskrivningar av patientcentrerad vård beskrivs som en relation mellan patient och vårdare som integrerar patientens perspektiv och önskemål i beslutsfattandet. Synsättet innebär att man ska involvera patienten i beslut om behandling, förbättra kommunikationen mellan patient och vårdare och inkludera familjemedlemmar i vården. Detta synsätt beskrivs som verksamhetens perspektiv (det kliniska perspektivet) och kritiseras för att det är traditionellt, kontrollerande och paternalistiskt till sin natur.

- Det fjärde synsättet är det som lyfter fram personens perspektiv, där vi stödjer personen att vara involverad i en individualiserad vård. Forskning visar att vård utifrån personens perspektiv ska prioritera respekt, hänsynsfullhet, kompetens, effektivitet, personens delaktighet i beslut, tid för vård, tillgänglighet, information, kommunikation samt efterfråga personens behov. Personcentrerad vård är endast personcentrerad om dessa faktorer finns med och det finns en medvetenhet om vad de innebär i praktiken (Willman, 2010).

Personcentrerat förhållningssätt i omvårdnad bygger på ett humanistiskt sätt att se på människan och handlar om relationen mellan vårdare och patient. Det är viktigt att se människan bakom åldrande, symtom och/eller beteenden. Vårdaren synliggör och bekräftar personen, och försöker sätta sig in i hens situation. Vårdaren lyssnar till personens berättelse och inbjuder till delat beslutsfattande och bemyndigande genom medverkan och kommunikation. Det gäller att få personen att känna sig trygg och bekväm i situationen. Vårdaren tar personen och hens berättelse på allvar, lyssnar med empati, bekräftar och söker dialog. Personen ska uppleva sig jämbördig i relationen, få utrymme att berätta hur hen uppfattar och ser på situationen/symtomen och att hens erfarenheter respekteras. På det sättet skapas förutsättningar för delaktighet i de beslut som fattas (Ekman, 2014; Persson et al, 2017; Silén, 2018).

Den reflektiva omvårdnadsprocessen

Omvårdnad beskrivs ofta som en process i olika faser: bedömning, (anamnes och omvårdnadsdiagnos), planering, genomförande och utvärdering. Det här sättet att beskriva omvårdad ger en bra teoretisk ram för problemlösning och kritiskt tänkande. På ett liknande sätt kan även forskningsprocessen indelas i faser.

Omvårdnadsteoretikern Ida Orlando (1961) var den som introducerade begreppet ”den reflektiva omvårdnadsprocessen” (deliberative nursing process). Processen innebär ett medvetet förhållande till, och aktivt reflekterande över, patientens beteende, sjuksköterskans egen reaktion och de övervägda omvårdnadsåtgärder som behövs för att patienten ska uppleva tillfredsställelse med sin situation. Sjuksköterskan ska initiera och utveckla en dynamisk relation till patienten för att de tillsammans ska identifiera och tillfredsställa patientens unika behov. Orlando lyfter fram perception, tanke, känsla och handling och menar att dessa utgör grunderna för sjuksköterskans reflektiva omvårdnadshandlingar. I varje omvårdnadssituation bör sjuksköterskan ställa sig fyra frågor, alla i relation till patientens reaktioner och handlingar:

Vad ser du? Vad tänker du? Vad känner du? Hur handlar du?

Det är väsentligt att se vad en patient ger uttryck för med sitt beteende, att tänka och fundera över vad det kan innebära och att sedan handla, till exempel genom att fråga vad patienten vill och åtgärda detta. Kunskap är en förutsättning genom hela processen.

Bedömningsfasen startar när sjuksköterskan iakttar och lyssnar på patientens berättelse. Sjuksköterskans erfarenhetskunskap påverkar vad som inkluderas i bedömningen. Till exempel kan fokus ligga på symtom och tecken, kunskapsbrister hos patienten eller faktorer i vårdmiljön som kan påverka patientens välbefinnande eller utgöra en risk. Sjuksköterskan tänker kring situationen, ställer sig kritiska frågor utifrån olika sätt att se på denna och problematiserar vårdsituationen. Analysen påverkas av såväl faktakunskap som erfarenhetsbaserad kunskap. Sjuksköterskans reflektion över situationen påverkas även av förhållningssättet till och känslan för patientens situation. När sjuksköterskan sedan handlar ska handlingarna vila på kunskap, vetenskaplig kunskap med evidens och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskan utvärderar och reflekterar över handlingarnas resultat och erhåller därigenom ny erfarenhet.

> ”Sjuksköterskan ska initiera och utveckla en dynamisk relation till patienten.

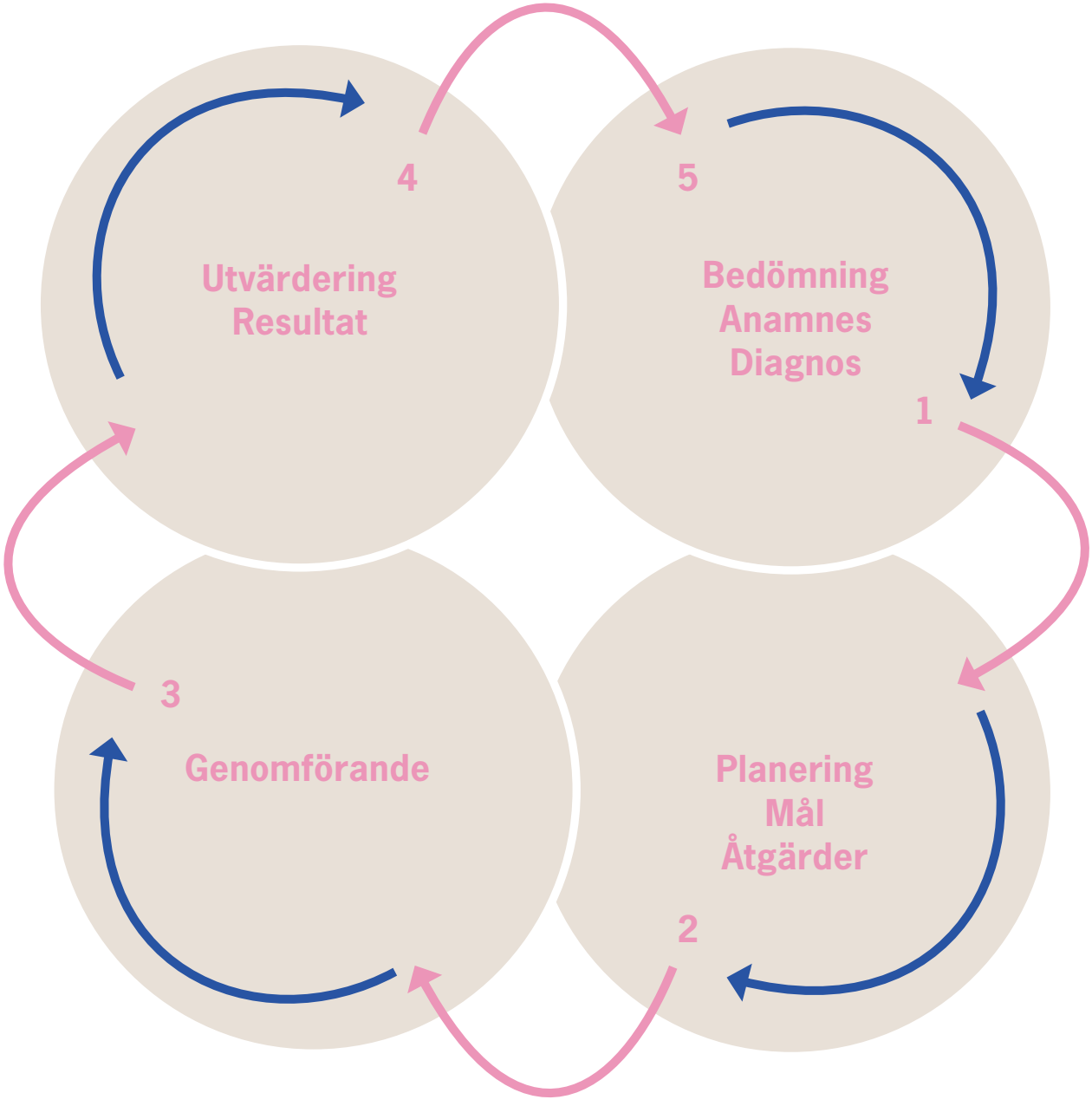
Redan år 1976 sammanfattade WHO omvårdnadsprocessen i faserna:

- Assessment of nursing need and resources
- Planning for nursing intervention
- Implementation of the plan (including process recording and with emphasis on outcomes)
- Evaluation and feed back

(WHO. (1976). Nursing Process Work-Book. Regional Office for Europe.

Den Nobelprisbelönade psykologen Daniel Kahneman (2017) har beskrivit den mänskliga tendensen att dra förhastade slutsatser. Går vi bara på vårt första intryck är vi betydligt mer lättlurade än vi tror. Enligt Kahneman sker det mänskliga tänkandet enligt två olika principer som han kallar system 1 och 2. Ettan står för ett snabbt, mer eller mindre automatiskt tänkande, medan tvåan är långsammare och mer analytiskt. System 1 ligger som ett raster över verkligheten och gör ständiga snabbtolkningar, något som kan vara nödvändigt för att fatta snabba beslut. System 2 däremot, både förstår statistik och kan ifrågasätta ettans tolkningar, men det tar mer tid och medveten reflektion. Ett kritiskt förhållningssätt kräver att även system 2 används. Även forskningsresultat kan läsas och tolkas på detta sätt. Om vi snabbtolkar forskningsresultat utifrån ett första intryck och utan att reflektera är risken stor att vi med system 1 drar förhastade slutsatser. Med system 2 får vi en mer nyanserad bild som kan integrera olika sorters kunskap. Det är nödvändigt för ett kritiskt förhållningssätt.

Orlando lyfter fram att den professionella sjuksköterskan först och främst måste förstå patienten/personen, dels utifrån hens tidsrum och sammanhang och dels utifrån hur sjuksköterskan själv handlar i relation till patientens perspektiv. Det handlar alltså om att få en nyanserad bild av patienten som person. Sjuksköterskan måste också inse att patienten påverkas av vad sjuksköterskan säger och/eller av vad sjuksköterskan gör. Detta innebär att både patienten och sjuksköterskan måste ge sig tid att reflektera och att båda måste få tid att använda system 2, i enlighet med Kahnemans principer. Målet för omvårdnaden är enligt Orlando att sjuksköterskan ska skapa en dynamisk relation mellan sig och patienten för att på så sätt kunna stödja patienten i att uttrycka sina unika behov/problem/svårigheter med avsikt att de ska kunna tillfredsställas.



Figur 1. Omvårdnadsprocessen är en cirkulär process med faserna Bedömning (1) Planering (2) Genomförande (3) Utvärdering (4) och ny Bedömning (5 = 1) och så vidare.

REPO – STUDIECIRKEL MED REFLEKTION ÖVER EVIDENS OCH PERSONCENTRERING I OMVÅRDNAD

> Materialets fokus är kritiskt tänkande och reflektion över person-centrerad och evidens-baserad omvårdnad.

Ett trevligt sätt att dela kunskap är att diskutera i en studiecirkel. I en studiecirkel om bättre omvårdnad på vetenskaplig grund kan man på ett lättsamt sätt formulera problem, söka efter vetenskapligt underlag och diskutera metoder och åtgärder. Vi kallar studiecirkeln för vetenskapskaféet REPO, där REPO står för en reflektiv, evidensbaserad och personcentrerad omvårdnadsprocess.

Materialets fokus är kritiskt tänkande och reflektion över personcentrerad och evidensbaserad omvårdnad. Målsättningen med diskussionerna är att deltagarna efter de strukturerade träffarna ska ha diskuterat vad kritiskt tänkande inom omvårdnad innebär, ha identifierat metoder i omvårdnad, diskuterat sökstrategier för att hitta litteratur, studerat en systematisk översikt samt diskuterat dess vetenskapliga kvalitet.

Studieplan för 6 REPO-kafémöten

Målgruppen för studiecirkeln är grund- och specialistutbildade sjuksköterskor.

Syftet med studiecirkeln är att verksamma sjuksköterskor ska fördjupa diskussionen om kritiskt tänkande inom omvårdnad med fokus på evidens i vardagen.

Formen för materialet är en studiecirkel som gärna kan utformas som ett kafé med rundabordsdiskussioner. Antalet deltagare i studiecirkeln kan diskuteras, ju färre deltagare ju djupare diskussioner och lärande, å andra sidan kan för få deltagare ge för lite input och stimulans. Idealt bör det vara mellan 6–10 deltagare i en cirkel. Studiecirkeln kan delas upp på sex (eller fler) tillfällen, till exempel ett kafé varannan vecka, en gång per vecka eller en gång per månad, beroende på verksamhetens art. Denna studieplan omfattar sex möten men den går utmärkt att dubblera, till exempel genom att möte ett delas upp på två tillfällen, möte två delas på två tillfällen och så vidare. Fördelen med totalt tolv möten är att diskussioner och reflektioner kan fördjupas och allt material kan behandlas mer grundligt.

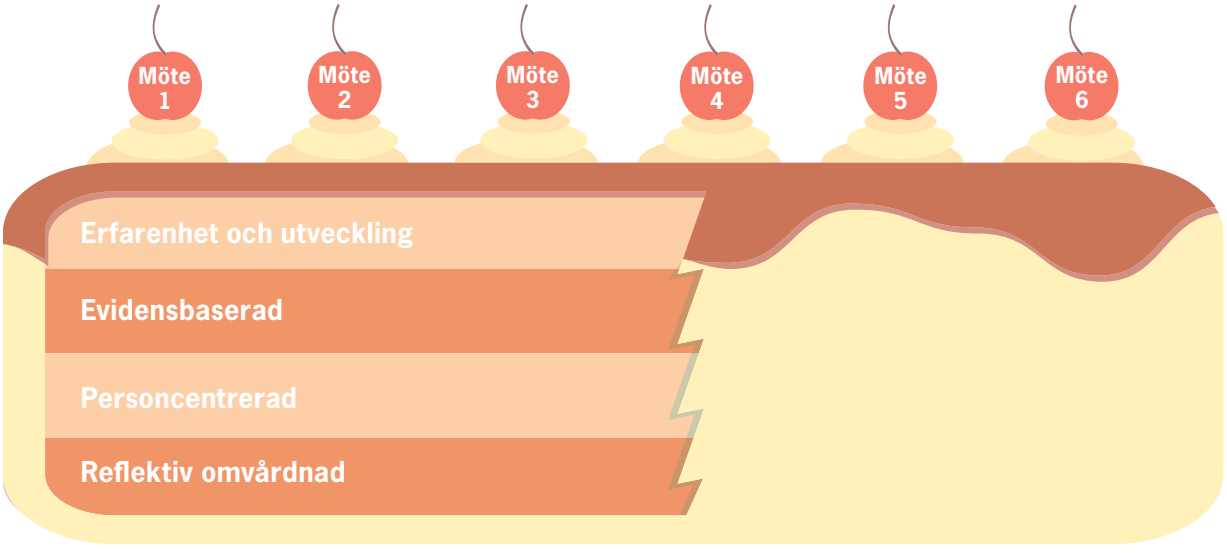
Varje mötesträff bör ägnas minst en timma, gärna längre tid (beror på antalet deltagare). Förutsättningen för bra och givande diskussioner är att deltagarna har läst anvisad litteratur inför varje nytt möte.

Innehållet består av litteraturanvisningar, diskussionsfrågor och exempel på ”fall” som leder till att deltagarna studerar, reflekterar över och diskuterar hur de kan formulera viktiga frågor om evidens och praktik i vardagliga arbetssituationer, och hur dessa frågor kan besvaras.

Utbildningsinnehållet är indelat i sex ”tårtbitar” som alla består av fyra lager; (1) erfarenhet och utvecklingsinriktat lärande, (2) evidens och kunskapsbaserad vård, (3) personcentrerat förhållningssätt och (4) den reflektiva omvårdnadsprocessen. Avsikten är att dessa fyra lager ska ingå i varje tårtbit, det vill säga ligga som grund för alla möten även om de diskuteras djupare under möte ett.

I arbetsmaterialet finns också några fallbeskrivningar (se bilaga). Dessa kan användas för att resonera kring hur man identifierar metoder inom omvårdnad, vilka syften sjuksköterskan har med olika metoder och hur man vetenskapligt kan undersöka om metoderna fungerar för att uppnå dessa syften.

Arbetsmaterialet innehåller även förslag på diskussionsfrågor att inleda och följa upp varje möte med. Vid varje möte bör någon utses som gör anteckningar, denna uppgift kan med fördel gå laget runt.



Förberedelser: Studiecirkeln förbereds genom att deltagarna bekantar sig med texterna ”Grundläggande utgångspunkter” i denna broschyr och anvisad litteratur. Alla deltagare kan ha nytta av att skaffa boken ”Bättre behandling, vilka vetenskapliga bevis behövs i vården?” som publicerats av SBU år 2015. Boken kan laddas ner utan kostnad från SBU:s hemsida på adress SBU.se eller beställas i tryckt format från SBU.

Även den föreslagna översikten om patientdelaktighet, SBU Bereder Rapport 260/2017 ”Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården” kan laddas ner utan kostnad från SBU:s hemsida.

Avslutning: Efter det att studiecirkeln är avslutad bör man göra en skriftlig utvärdering och kommentera frågorna: Vad fungerade bra? Vad fungerade mindre bra? och Hur kan arbetet fortsätta? Den skriftliga utvärderingen överlämnas till ansvariga.

Förslag till fortsättning kan vara att deltagarna reflekterar över och diskuterar vad de lärt sig och hur de använder sin nya kunskap. Ett annat förslag kan vara att gemensamt läsa en vetenskaplig artikel inom ett område som är relevant för den egna verksamheten, och diskutera fynden utifrån frågan om vetenskaplig tillförlitlighet. Ytterligare förslag kan vara att starta ännu en studiecirkel men denna gång utgå från metoder i den egna verksamheten, söka evidens och diskutera fynden.

Tips till cirkelledaren

Studiecirkeln bör ledas av en cirkelledare med uppgift att ”hålla samman cirkeln”. Cirkelledaren har till uppgift att se till att datum och klockslag för de sex (eller fler) träffarna bestäms så att alla deltagare har den informationen vid cirkelns start.

Cirkelledaren bör se till att lokal är bokad till alla träffar/kaféer och gå ut med en påminnelse till deltagarna inför varje träff. Allt för att öka engagemanget.

Cirkelledaren bör ha tillgång till, och bekantat sig med rekommenderad litteratur, antingen som böcker eller angivna länkar. SBU:s HANDBOK kan vara en viktig litteraturkälla för cirkelledaren.

Cirkelledaren bör ha förberett varje nytt möte/kafé genom att läsa igenom texter, ta fram länkar och bistå deltagarna genom att hålla ”den röda tråden”.

Cirkelledaren bör ”leda” diskussionen och uppmuntra till gemensam diskussion, utan krav på att sitta inne med ”rätt” svar.

Litteratur till studiecirkeln

Boken *Bättre behandling, vilka vetenskapliga bevis behövs i vården?* är publicerad av SBU år 2015. Boken riktar sig till patienter och innehåller huvudsakligen medicinska exempel. Det är en välskriven bok som sjuksköterskor bör känna till, dels för egen del och dels för att kunna rekommendera den till patienter och närstående. Boken kan beställas i tryckt format från SBU eller laddas ner utan kostnad från SBU:s hemsida på adress: www.sbu.se/sv/publikationer/skrifter-och-faktablad/battrebehandling

Rapporten *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården*. SBU Bereder, nr 260/2017, kan laddas ner utan kostnad från SBU:s hemsida på adress www.sbu.se/260

Artikeln ”Skilj mellan samband och orsak” publicerad i SBU:s tidning *Vetenskap & Praxis* handlar om logiska fällor och fel som man bör undvika när man läser vetenskapliga artiklar. Texten finns i bilagan och på https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap--praxis/vetenskap-och-praxis/undvik-logiska-fallor-och-fel-exempel/

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Re-Aktion! Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Broschyren går att ladda ner från www.swenurse.se/publikationer

Använd även www.vardhandboken för att läsa mer om de instrument för riskanalys och skalor som nämns i patientfallen.

Möte 1

Målsättningen med möte ett är att deltagarna ska reflektera tillsammans, dels över vad kritiskt tänkande inom omvårdnad är och dels vad tillförlitlig kunskap är.

Till möte ett förväntas deltagarna ha läst texterna under kapitlet ”Grundläggande utgångspunkter” i denna broschyr med särskild tonvikt på avsnitten: Erfarenhet och utvecklingsinriktat lärande, Evidens och kunskapsbaserad vård, Personcentrerat förhållningssätt och Den reflektiva omvårdnadsprocessen.

> Vad är reflektivt tänkande? Och vad är kritiskt tänkande inom omvårdnad?

Processen för mötet

Om det finns behov av det presenterar cirkelledaren sig själv. Deltagarna bekantar sig med varandra och med innehållet i studiecirkeln.

Därefter reflekterar deltagarna över målsättningen med möte ett och diskuterar sedan frågeställningarna nedan.

I. Vad är reflektivt tänkande? Och vad är kritiskt tänkande inom omvårdnad? Vad betyder det för oss på vår arbetsplats? Finns det hinder och möjligheter för kritiskt tänkande i vår verksamhet? (Till exempel kring fastlagda rutiner, lokala traditioner, auktoriteter, vad vi använder resurserna till). Gå tillsammans igenom innebörden i de fyra områden som lyfts fram (1) reflektion och utvecklingsinriktat lärande (2) evidens och kunskapsbaserad vård, (3) personcentrerat förhållningssätt och (4) den reflektiva omvårdnadsprocessen.

II. Diskutera varje område i termer av individen, kunskapen och handlandet. Till exempel vad innebär reflektion och utvecklingsinriktat lärande för mig som person (individnivå). Vad skulle det kunna innebära för patienter (individnivå), för forskningen (kunskapsnivå) och erfarenhetskunskapen (kunskapsnivå) om alla tillämpar ett reflektivt tänkande? Vilken nytta skulle jag/patienten/forskningen i praktiken ha av ett reflekterande och utvecklingsinriktat lärande?

III. Reflektera över din egen personliga och gruppens gemensamma kunskap. Vad kännetecknar tillförlitlig kunskap och i vilken omfattning använder ni tillförlitlig kunskap?

IV. Diskutera kännetecknen på tillförlitlig kunskap och risker för logiska felslut med hjälp av artikeln ”Skilj mellan samband och orsak”, publicerad i SBU:s tidning *Vetenskap & Praxis* (se bilagan, text till möte ett). Se också https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/undvik-logiska-fallor-och-fel-exempel/

Möte 2

Målsättningen med möte 2 är att deltagarna ska identifiera och diskutera vad metoder inom omvårdnad är samt identifiera metoder inom det egna området. Deltagarna ska även reflektera över och diskutera varför det behövs mycket forskning innan man vet om en metod är bra eller dålig.

Till möte 2 förväntas deltagarna ha läst avsnittet ”Metoder i omvårdnad”, inklusive patientfall 1–11 (se bilagan) samt avsnittet ”Kunskapsläget förändras över tid – exemplet PVK” i denna broschyr. Deltagarna kan också ha nytta av att ha läst avsnittet ”Råd om spädbarns sovställning” ss 35–36 i boken *Bättre behandling* (2015) utgiven av SBU.

> ”Vad är en metod inom omvårdnad och varför behöver vi identifiera dessa metoder?

Processen för mötet

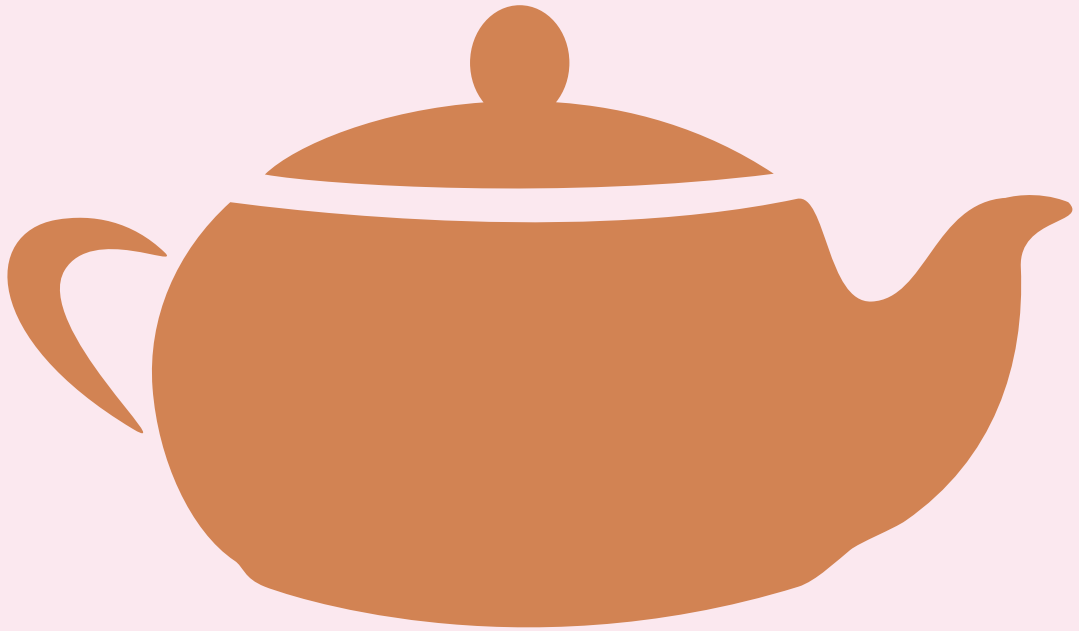
Deltagarna rekapitulerar och reflekterar över diskussionerna från möte 1. Därefter diskuteras målsättningen med möte 2 och deltagarna diskutera sedan frågeställningarna nedan.

I. Vad är en metod inom omvårdnad och varför behöver vi identifiera dessa metoder? Tycker ni att det finns någon skillnad mellan metoder i omvårdnad och åtgärder i omvårdnad? Vilka skillnader i så fall?

II. I vilka av den reflektiva omvårdnadsprocessens olika faser kan ni identifiera metoder? Ge konkreta exempel. Utgå vid behov från patientfall 2–11 i bilagan.

III. Reflektera över och diskutera vilka metoder ni kan identifiera i den egna verksamheten. Gå också igenom vad ni vet om det vetenskapliga underlaget för dessa metoder.

IV. Diskutera varför det behövs mycket forskning om en metod innan man vet om den är bra eller dålig. Ta hjälp av texten om exemplet PVK. Har ni några egna liknande exempel?



Möte 3

Målsättningen med möte tre är att deltagarna ska reflektera över och diskutera hur man bäst ”hittar forskning” (kunskapsöversikter), hur man ställer en fråga till litteraturen, vad inklusionskriterier och avgränsningar innebär och hur man formulerar en PICO (eller PEO). Deltagarna ska också reflektera över och diskutera olika typer av studier och sökstrategier.

Deltagarna förväntas ha läst texten till möte 3 (se bilagan). Deltagarna förväntas också ha tillgång till SBU:s *Rapport 260/2017 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården.* Denna rapport kan laddas ner utan kostnad från SBU:s hemsida.

> ”Hur ser det ut med patientdelaktighet i din verksamhet?

Processen för mötet

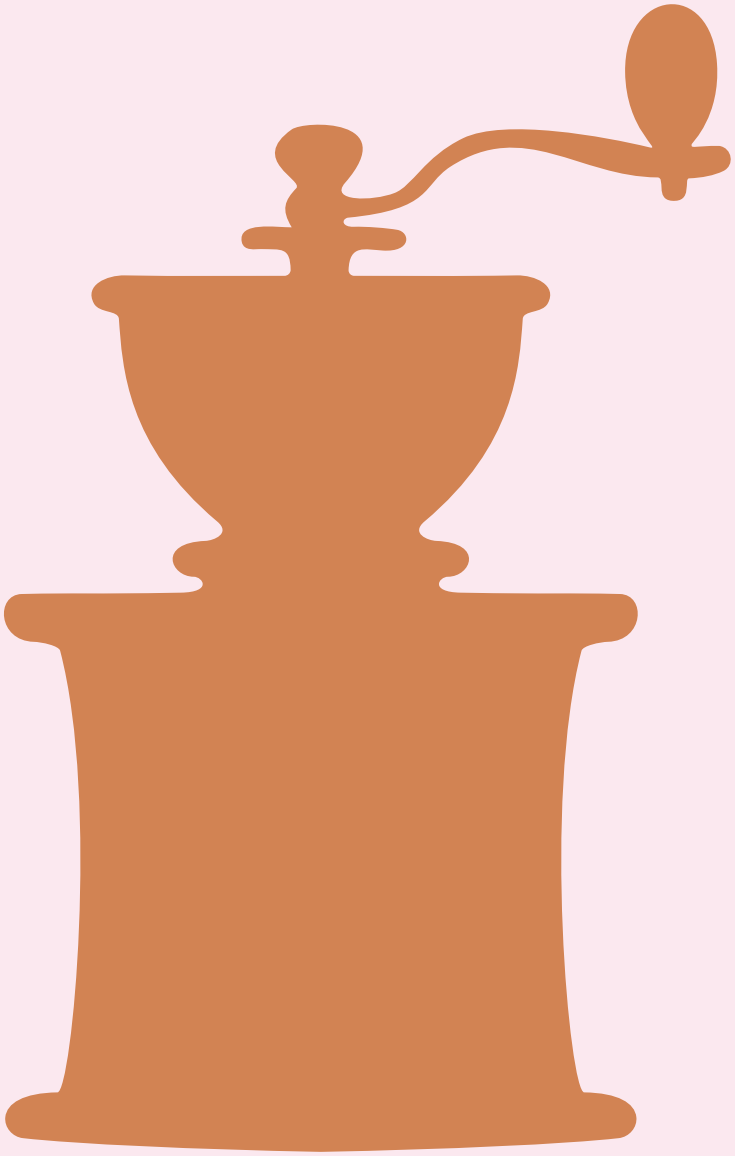
Deltagarna reflekterar över målsättningen med möte 3, läser fallbeskrivningen (se bilagan) och diskuterar sedan frågeställningarna nedan.

I. Reflektera över och diskutera sjuksköterskan Marias funderingar om patientdelaktighet. Är Marias funderingar något du känner igen? Hur ser det ut med patientdelaktighet i din verksamhet? Vilka likheter och skillnader finns mellan personcentrerad vård och patientdelaktighet?

II. Reflektera över och diskutera hur ni skulle formulera Marias fråga till litteraturen. Avgränsa hennes frågeställning, ta fram inklusionskriterier och formulera en PICO (eller PEO).

III. Reflektera över er PICO (eller PEO) och diskutera vilken typ av studier, de med kvantitativ och/eller kvalitativ metod, som bäst besvarar er fråga. Formulera en sökstrategi och diskutera hur ni skulle gå tillväga (till exempel val av databaser, tidsperiod för sökningen, hjälp av informatiker, språk och så vidare). Avslutningsvis kan ni jämföra er PICO (eller PEO) och sökstrategi med den som finns i SBU:s rapport om patientdelaktighet.

IV. Reflektera över och diskutera för- och nackdelar med att ta del av kunskapsöversikter (systematiska litteraturöversikter) eller enskilda studier. Reflektera över och diskutera skillnaden i tillförlitlighet mellan en enskild studie och en kunskapsöversikt, båda med god kvalitet.



Möte 4

Målsättningen med möte 4 är att deltagarna ska reflektera över forskningen och diskutera vad som är tillförlitliga och relevanta forskningsresultat. Målsättningen är att deltagarna ska kvalitetsgranska en systematisk översikt.

Deltagarna förväntas ha läst textunderlag till möte 4 (se bilagan) och bekantat sig med SBU:s *Rapport 260/2017 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården*. Deltagarna kan också ha nytta av att ha läst avsnittet "Systematiska översikter av alla relevanta och tillförlitliga fakta" ss 131–133 i boken *Bättre behandling* (2015) utgiven av SBU.

Deltagarna förväntas ha tillgång till *Rapport 260/2017 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården* och mall för kvalitetsgranskning av systematiska översikter enligt AMSTAR (Shea et al, 2007a; Shea et al, 2007 b). Denna mall kan laddas ner utan kostnad från SBU:s hemsida.

> Reflektera över forskningen och diskutera vad som är tillförlitliga och relevanta forskningsresultat.

Processen för mötet

Deltagarna reflekterar över målsättningen med möte 4 och diskutera sedan frågeställningarna nedan.

I. Reflektera över och diskutera *Rapport 260/2017 Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården* med avseende på följande frågor:
- Vilka är resultaten?
- Är översiktens resultat trovärdiga?
- Kan resultaten vara till hjälp i den kliniska verksamheten?

II. Om svaren på ovanstående frågor är positiva behöver översiktens vetenskapliga kvalitet granskas och deltagarna ska nu tillsammans reflektera över och diskutera de olika frågorna i formuläret AMSTAR. Frågeställning och uppgifter om metod finns i kapitel 3 och 4 i *Rapport 260/2017*. Reflektera över avgränsningarnas betydelse. Skulle man kunnat avgränsa på annat sätt? Diskutera avsnitten "Bedömning av relevans" och "Granskning av de systematiska översikterna" för att kunna besvara fråga 2 i AMSTAR. Reflektera över vad det har för betydelse att granskarna arbetar oberoende av varandra.

III. Reflektera över och diskutera litteratursökningen. Var den tillräckligt omfattande? Gjorde man relevanta avgränsningar? Hade det haft någon betydelse för resultatet om man inkluderat så kallad "grå litteratur" (till exempel rapportserier från myndigheter och universitet). Fortsätt till kapitel 5 i rapporten och

diskutera resultatet och tabellerna. Vilken betydelse har det för er granskning att inkluderade studier är tabellerade så här? Vad har det för betydelse för er bedömning av den vetenskapliga kvaliteten? Vad kan ni utläsa av tabell 5.1 och 5.2? Är det tillräckligt för att kunna besvara fråga 6 i AMSTAR?

IV. Gå tillbaka till metodkapitlet, kapitel 4 i rapporten, och reflektera över hur författarna till översikten har hanterat frågan om de inkluderade studiernas kvalitet. Reflektera över och diskutera tillvägagångssättet. I vilken utsträckning finns det redovisat uppgifter i tabell 5.1 och 5.2, samt i rapportens diskussion ss 67–71 och ss 87–98 för att ni ska kunna ta ställning till de avslutande frågorna i AMSTAR?

Möte 5

Målsättningen med möte 5 är att deltagarna ska reflektera över sin kliniska verksamhet, ”praxis”, på ett mer fördjupat sätt än vad man gjorde i möte 2, och diskutera hur man förstår och tillämpar forskning i den egna verksamheten.

Deltagarna förväntas ha läst avsnittet ”Råd om spädbarns sovställning” ss 35–36 och avsnittet ”Statistik är svårt – måste patienter verkligen sätta sig in i siffrorna?” ss 196–198 i boken *Bättre behandling* (2015) utgiven av SBU. Deltagarna förväntas också ha rekapitulerat de tidigare textavsnitten om Personcentrerat förhållningssätt, den Reflektiva Omvårdnadsprocessen och patientfall 1–11.

> ”Reflektera över och diskutera hur den vård ni bedriver kan bli mer personcentrerad.

Processen för mötet

Deltagarna reflekterar över målsättningen med möte 5 och diskuterar sedan frågeställningarna nedan.

I. Reflektera över och diskutera hur det kunde komma sig att Benjamin Spocks råd om spädbarns sovställning kunde få så stort genomslag och att inte rutinen om magläge ändrades trots den första studien som antydde skadliga effekter.

II. Reflektera över och diskutera rutiner/metoder i er egen verksamhet. Skriv en lista med de rutiner ni identifierar. Varför ser rutiner ut som de gör? Vad är positivt och vad är negativt med rutiner? Finns det något som borde förändras och/eller förbättras? Det som ni gör, stämmer det med vad forskningen visar? Vilken kunskap saknar ni?

III. Reflektera över och diskutera hur den vård ni bedriver kan bli mer person-centrerad och hur patienters delaktighet kan öka vad gäller de metoder och behandlingar ni har i er verksamhet.

IV. Diskutera och ge förslag på hur sjuksköterskan Maria på ortopeden går vidare efter sin granskning av SBU:s rapport med hjälp av AMSTAR-mallen. Ska hon söka mer litteratur? Hur då i så fall? Eller ska hon implementera förändringar i den egna verksamheten?

Möte 6

Målsättningen med möte 6 är att deltagarna ska reflektera över och diskutera vad de lärt sig genom att delta och hur de använder sin nya kunskap.

Deltagarna förväntas ha rekapitulerat texterna till möte 1 och eventuellt annat material som de vill lyfta fram.

Processen för mötet

Deltagarna reflekterar över målsättningen för möte 1 till och med 5 och diskutera sedan frågeställningarna nedan.

I. Reflektera över och diskutera, utifrån dina egna upplevelser, vad du lärt och vad du tar med dig från dessa möten.

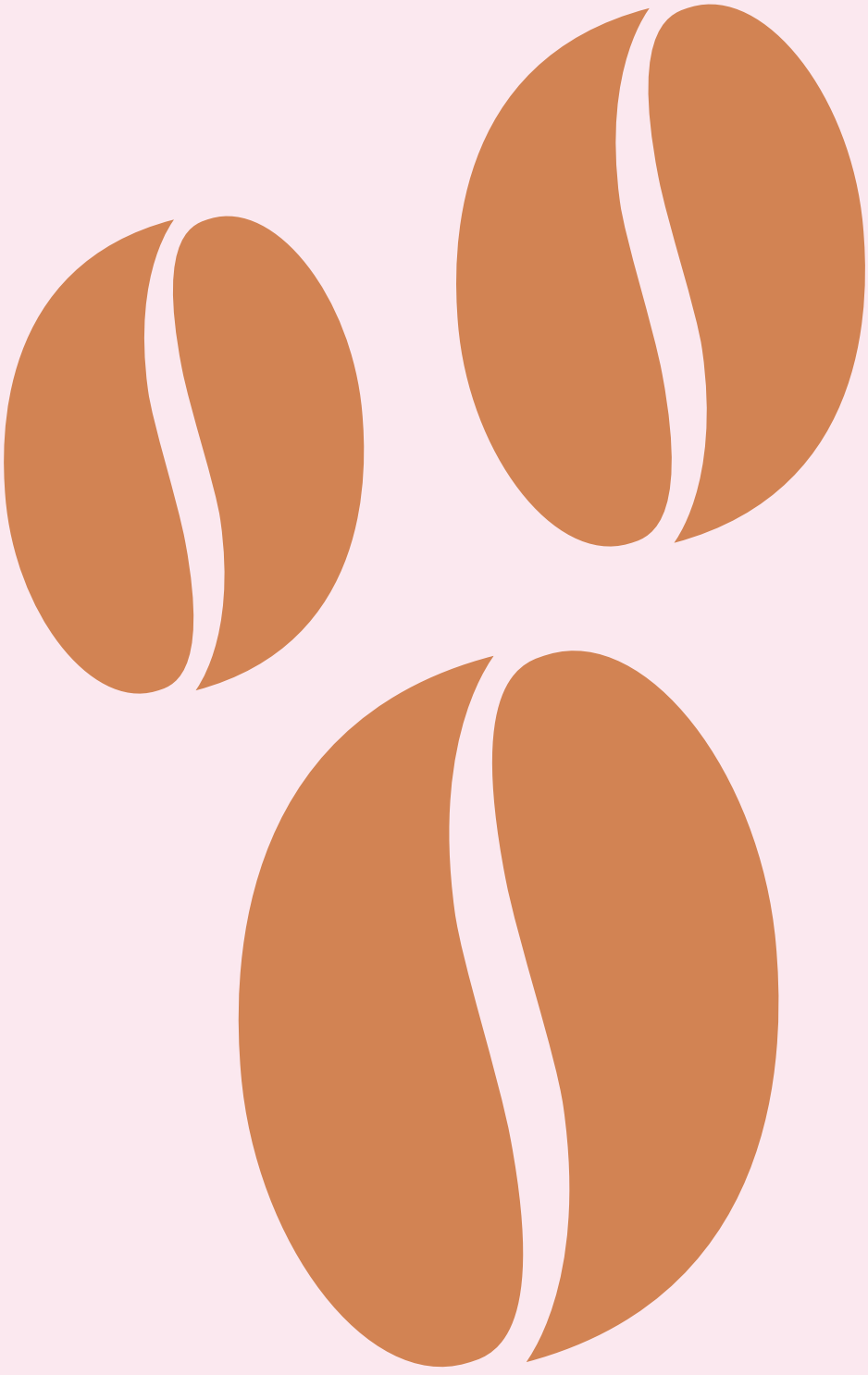
II. Reflektera över och diskutera vad det finns för underlag att behandla patienter på ett visst sätt i er verksamhet och hur ni kan överföra det ni lärt om kritisk granskning av en metod till andra metoder.

III. Reflektera över, diskutera och ge förslag på hur ni får den egna organisationen med på att ni ska bedriva en reflektiv evidensbaserad personcentrerad omvårdnad. Skriv ner era förslag och lämna till ansvariga.

IV. Reflektera över och diskutera vad sjuksköterskor, forskare, patienter och beslutsfattare ska göra för att både vården och forskningen ska ägna sig åt rätt insatser och bli ännu bättre.

”

Reflektera över och diskutera, utifrån dina egna upplevelser, vad du lärt och vad du tar med dig.



BILAGA

Textunderlag till möte 1

SBU har publicerat flera texter om logiska fällor som man ska undvika när man läser vetenskapliga texter, bland annat texten nedan som fanns publicerad i *Vetenskap & Praxis*, SBU:s tidning, i januari 2006. https://www.sbu.se/sv/publikationer/vetenskap-och-praxis/undvik-logiska-fallor-och-fel-exempel/

ur *Vetenskap & Praxis*, SBU:s tidning, i januari 2006:

Skilj mellan samband och orsak

Att det finns ett samband, en korrelation mellan två företeelser betyder inte att det måste finnas ett orsakssamband mellan dem. Exempel: Att en viss gen är vanligare hos personer som är deprimerade behöver inte betyda att genen orsakar depression.

Att B inträffar efter A betyder inte att A orsakar B

Ofta misstolkas tidssamband som orsakssamband. På latin kallas detta logiska fel post hoc, ergo propter hoc (efter detta, alltså på grund av detta). Exempel: En patient drabbas av huvudvärk efter att ha fått massage. Det innebär inte nödvändigtvis att massagen orsakade huvudvärken. Att en patient blev bättre efter att ha tagit läkemedel behöver inte betyda att det var läkemedlet som gav förbättringen.

Nödvändig eller tillräcklig orsak?

Att en viss faktor krävs för att utlösa en viss effekt, betyder inte automatiskt att den räcker som ensam orsak. Det kanske krävs andra, samtidiga omständigheter. Exempel: Det krävs ett virus för att orsaka en viss infektion, men det behövs också en gynnsam miljö och mottaglighet hos värden för att infektion ska uppstå.

Brist på bevis eller bristfällig effekt?

Att vi saknar belägg för ett visst påstående innebär inte att påståendet är felaktigt. Att det saknas motbevis betyder inte heller att påståendet är sant. Exempel: Frånvaro av biverkningsrapporter om en viss behandling betyder inte att behandlingen är fri från biverkningar. Att det saknas bevis för att en behandling har effekt behöver inte betyda att den är verkningslös.

Effekter i subgrupp behöver inte gälla större grupp, och vice versa

Samband som gäller för en större grupp behöver inte gälla för en undergrupp. Och ett förhållande som gäller för en viss undergrupp behöver inte vara giltigt för en större grupp. Exempel: I en klinisk prövning av ett nytt läkemedel är patientens sjukdomsstadium okänt. Även om läkemedlet visar sig vara effektivt för gruppen som helhet, är det inte givet att patienter i ett tidigt skede svarar på samma sätt som patienter som haft sjukdomen länge.

Vilket är orsak och vilket är verkan?

Orsakssamband kan gå åt det ena eller det andra hållet – eller åt båda hållen. Exempel: Panikångest kan leda till alkoholproblem och vice versa. När forskare undersöker detta samband måste de ta hänsyn till detta.

Undvik dominobevis

Det faktum att en viss händelse följs av en hel kedja av händelser, behöver inte betyda att den första händelsen kan sägas orsaka den sista. Exempel: Skilsmässa kan orsaka psykiska besvär, som kan leda till alkoholproblem, vilket ökar risken för skrumplever. Därmed kan man inte säga att det är skilsmässan som är orsak till skrumplevern.

Se upp med ”allt eller intet”

Svartvit argumentation, eller falsk dikotomi, innebär att man felaktigt betraktar alla möjligheter utom två som uteslutna. Exempel: Att hjälp till rökstopp sällan fungerar, betyder inte att sådana åtgärder är verkningslösa.

Källa: Jenicek M, Hitchcock DL. Logic and critical thinking in medicine. American Medical Association, 2005.

Textunderlag till möte 2

Patientfall 2: Metoder för omvårdnad i samband med kirurgi

Patienten är en 65-årig man som inkommer med kräkningar samt smärta under höger arcus, strålar mot ryggen. Sklera ikterisk samt har vid förfrågan porterfärgad urin. Patienten är tidigare CABG (Coronary artery bypass grafting) opererad samt behandlad för pancreatit i januari 2017.

Patienten har NRS 8 (Numerisk skala – smärtskattning av akut och postoperativ smärta) erhåller morfin intravenöst på akutmottagningen, därefter NRS 6. Har stegrande levervärden. Skrivs in för vård på kirurgavdelning, är då fastande och erhåller vätska intravenöst. Då patienten ankommer till avdelningen är han återigen kraftigt smärtpåverkad, sjuksköterskan mäter, med hjälp av patienten, NRS till 10. Patienten erhåller liten dos morfin och även Spasmofen intramuskulärt relaterat till misstanke om gallsten, därefter visar NRS 3.

Dagen efter inskrivningen erhålles tid till ultraljud, vilken påvisar multipla konkrement i gallblåsan. Remiss skrives till ERCP (endoskopi av gallgångarna, endoskopic retrogarde cholangiopancreatography). Ansvarig läkare informerar om tillvägagångssättet vid ERCP, dess syfte och risker. Senare under dagen upprepar ansvarig sjuksköterska informationen, överlämnar även en broschyr till patienten angående undersökningen.

Patienten genomförde undersökningen dagen därpå, undersökning gick bra och gallstenarna avlägsnades. Utskrivning nästföljande dag efter blodprovstagning, då patienten är välmående.

Exempel på metoder som sjuksköterskan har använt:

- skattat och dokumenterat smärta med NRS, (numerisk skala för smärtskattning, se *Vårdhandboken*)
- gett muntlig och skriftlig information till patienten
- tillämpat teknik för intramuskulär injektion.

Patientfall 3: Metoder i omvårdnad i samband med kirurgi

74-årig patient som inkommer med akut buksmärta samt illamående. Har ej haft avföring senaste tre dagarna. Har i anamnesen hjärtsvikt, KOL, bukaortaaneurysm samt förmaksflimmer, behandlas med Eliquis samt intar diuretika dagligen. Går med rollator i hemmet, använder glasögon samt har hörselnedsättning.

Ct-buk (datortomografi) genomförs som visar tumör i colon, liten passage, således uppseglande ileus. Inskrives för vård vid kirurgavdelning, ordineras ventrikelsond samt anmäles till operation. Patienten opereras natten efter inskrivningen. Högersidig hemikolektomi utföres med uppläggning av terminal ileostomi.

Patienten är tio timmar på uppvakningsavdelningen relaterat till lågt blodtryck som kräver noradrenalin behandling samt smärtproblematik. Har en PCA-pump (PCA-patientkontrollerad analgesi) postoperativt som smärtbehandling. Då patienten kommer till vårdavdelningen uppleves patienten konfusorisk. Patienten har en tendens till att klättra över sänggrindarna, således har patienten en klinisk risk för fall och därför görs en riskbedömning enligt Downtown Fall Risk Index. Då patienten behandlas med diuretika, har syn- och hörselnedsättning samt inte är orienterad till tid och rum, ej heller har stadig gång erhåller patienten fem poäng. Detta indikerar fallrisk och en vårdplan för fallprevention påbörjas. Patienten erhåller antihalkstrumpor vid mobilisering, har sänggrinden uppe, tätare tillsyn av personal samt ska ha larmklockan inom räckhåll. Mobiliseras med två levande stöd samt gåbord relaterat till ostadig gång postoperativt, målet är att återigen kunna använda rollator.

Dag två postoperativt börjar patientens mediala buksnitt läcka serös vätska. Förbandet bytes fyra gånger det dygnet relaterat till att det blir mättat, främst efter mobilisering. Dag tre inspekterar läkaren buksnittet, detta då buksnittet har öppnat sig cirka två centimeter nedanför naveln. Läkaren öppnar buksnittet ytterligare och konstaterar en subkutan sårruptur. Beslutas att patienten ska erhålla undertrycksbehandling, VAC-behandling (Vaccuum assisted closure). Behandlingen kan påbörjas på avdelningen och omläggning sker var tredje dag enligt riktlinjer. Omlägges av specialistsjuksköterskor samt erfarna undersköterskor. Under 14 dagars behandling har sårhålan blivit allt mindre och såret kan, under lokal smärtlindring, sutureras av läkare.

Exempel på metoder som sjuksköterskan har använt:

- bedömt risk för fall med Downtown Fall Risk Index (se *Vårdhandboken*)
- informerat om och dokumenterat åtgärder för att minska fallrisk
- påbörjat VAC-behandling av subcutan sårruptur.

Patientfall 4: Metoder för omvårdnad i samband med inskrivning för vård vid psykiatrisk avdelning

Patienten Fredrik bor ensam i egen lägenhet. Där lever han ett ganska stillsamt liv, oftast. Han är sjukskriven men försöker med hjälp av AIR (Arbetsinriktad-rehabilitering - öppenvårdsmottagning) ta sig in på arbetsmarknaden. Men nu är det dåligt, Fredriks röster är elaka. Fredrik söker därför vård på egen hand på psykiatriakuten, men han ångrar sig i väntrummet och vill gå hem. Efter samtal skriver läkaren ett vårdintyg och Fredrik kommer till en akut psykosavdelning. På avdelningen vårdas han enligt LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård).

Fredriks röster är imperativa (befallande) och pressar honom nästintill dygnet runt. Han får ingen ro och är paranoid gentemot personalen. Hemma sitter Fredriks mamma, som blivit hotad till livet av sin egen son för att hans röst sa det. Avdelningspersonalen måste, och vill också, ta hand om mamman.

När Fredrik kommer till avdelningen är han mycket trött efter att ha väntat på transport från akuten. Han orkar inte delta i ett ankomstsamtal. Sjuksköterskan informerar Fredrik om att han kommer att få en vårdplan, där man tillsammans med honom, ska formulera mål för hans vård och behandling. Fredrik verkar inte ta till sig informationen. Efter att sjuksköterskan tagit sedvanliga kontroller visar hon Fredrik runt på avdelningen. Fredrik är mest orolig för att inte kunna sova och de kommer överens om att han ska få sömnmedicin. Fredrik accepterar också sjuksköterskans förslag om boll-täcke. Sjuksköterskan har läst i journalen att Fredrik har tät kontakt med sin mamma och i samråd med Fredrik tar sjuksköterskan kontakt med mamman för att informera om inskrivningen samt lyssna till hennes berättelse. Dagen efter är Fredrik piggare men fortsatt väldigt påverkad av psykotiska symtom.

Exempel på metoder som sjuksköterskan har använt:

- informerat patienten om att han får en vårdplan där man under vårdtiden, tillsammans med honom, ska formulera mål för hans vård och behandling. Informationen ska upprepas.
- utfört sedvanliga kontroller såsom puls, blodtryck, andning och blodprover
- föreslagit sömnhygieniska åtgärder, bland annat boll-täcke som patienten accepterar
- skrivit en plan för psykosocial omvårdnad. En ”handlingsplan” för bemötandet av Fredrik med målet att skapa trygghet.

Patientfall 5: Metoder för omvårdnad i samband med psykiatrisk vård (psykos/schizofreni)

En mamma till en tidigare välkänd kvinna i 30-års åldern ringer upp sjuksköterskan vid öppenvårdsmottagningen. Mamman uttrycker sig osammanhängande och har svårt att få fram sitt ärende. Hennes dotter, den 30-åriga kvinnan har sedan några år tillbaka kontakt med läkare och sjuksköterska på mottagningen. Den senaste tiden har dottern försämrats i sin psykossjukdom och boendesituationen har blivit ohållbar. Hon har därför sedan en tid bott hos sin mamma vilket resulterat i en del påfrestningar i deras relation. När mamman nu ringer och har så svårt att uttrycka sitt ärende, anar sjuksköterskan som tar emot samtalet att något har hänt och erbjuder ett akut hembesök av en skötare och en sjuksköterska med specialistutbildning i psykiatri. Mamman tar tacksamt emot detta erbjudande.

När hembesöket genomförs, cirka 30 minuter senare, framkommer det att dottern inte sovit på hela natten utan haft svåra självkritiska tankar och varit orolig. Mamman berättar att hon vaknat av att dottern försökt skada sig själv. Mamman blev väldigt rädd för det hon såg och hade därför väldigt svårt att uttrycka sig då hon ringde mottagningen för att be om hjälp. Syftet med att dottern skadat sig själv är oklart, men under samtalet antyder dottern att hon inte är värd att leva. Eftersom hon är väl känd sedan tidigare är det tydligt att hon är förändrad och inte beter sig som hon brukar. Bedömning görs att det finns överhängande suicidrisk. Eftersom bedömningen genomförs under ett akut hembesök och dottern har mycket svårt att kommunicera används inga skattningsskalor, bedömningen görs utifrån den personkännedom som finns om hur kvinnan vanligtvis är i sitt habitualtillstånd. Mamman informeras om att dottern behöver bedömas av läkare. Psykiatrisk intagningsavdelning kontaktas och kvinnan transporteras omgående dit för läkarbedömning, utan att lämnas ensam ens för ett toalettbesök.

Situationen i hemmet och det samtal som förts under hembesöket rapporteras till läkare och till omvårdnadspersonal. Kvinnan ordineras vak, vilket innebär att hon har personal hos sig hela tiden även på avdelningen. Kvinnan förbättras något efter några dagar och överflyttas till vårdavdelning. Vid överflyttningen till vårdavdelningen lämnas muntlig och skriftlig information om att kvinnan är förändrad och att situationen är annorlunda sedan tidigare vårdtillfällen.

Exempel på metoder som sjuksköterskan har använt:

- tagit upp anamnes
- gett emotionellt och psykosocialt stöd till anhörig

- tillämpar personcentrerad omvårdnad, med kontinuitet i omvårdnadsrelationen
- genomfört suicidbedömning
- gett muntlig och skriftlig information till både mor och dotter
- samverkar i team.

Patientfall 6: Metoder för omvårdnad i primärvård

En 78-årig kvinna kommer till distriktssköterskemottagningen för att hon har fått ett sår på höger underben. Såret uppkom då hon skrapade emot en sten i trädgården för sex veckor sedan. Det har inte läkt utan snarare blivit lite större och djupare.

Kvinnan har en lätt bensvullnad i båda underbenen och en känd hjärtsvikt. Sjuksköterskan tar en noggrann anamnes innehållande frågor om bland annat rökning, fysisk aktivitet och kost. Smärtan från såret skattas med VAS-skala (Visuell Analog Skala) och ytterligare frågor om smärtans karaktär ställs. Sjuksköterskan mäter sårets omkrets och båda benens ankel- och vadomfång. Blodtrycket mäts och en Dopplerundersökning utförs. Såret rengörs och får ett lämpligt förband. Efter konsultation med patientansvarig läkare fattas beslut om kompressionsbehandling i form av kompressionsstrumpa på det vänstra underbenet och kompressionsbinda på det högra underbenet. Kompressionsstrumpan provas ut. Kvinnan får information och utbildning i vikten av kompression och hur hon ska gå tillväga för att ta av och på kompressionsstrumpan. Smärtstillande läkemedel förskrivs vid behov.

I samråd med kvinnan upprättas en vårdplan. Vårdplanen innehåller regelbundna besök till vårdcentralen, sårmottagning och planering för ytterligare patientinformation om levnadsvanors betydelse för sårläkning och hur man kan minimera bensvullnad. Kvinnan samtycker till att hennes uppgifter registreras i kvalitetsregistret Rikssår.

Exempel på metoder som sjuksköterskan har använt:

- anamnes tas bland annat med hjälp av frågor från Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor
- och med MNA (Mini Nutritional Assessment, ingår i Kvalitetsregistret Senior Alert)
- mätning med hjälp av linjal och måttband
- smärtan skattas med VAS-skala (Visuell Analog Skala) och kompletterande frågor om smärtans karaktär, https://plus.rjl.se/infopagejsf?childId=14702&nodeId=39805

- mätning av ankeltryck med hjälp av Doppler (ultraljudsmonitor)
- information och undervisning om såromläggningsmaterial
- information och undervisning om kompressionsbehandling
- information/patientundervisning – 1177:s råd om levnadsvanor kan användas https://www.1177.se/Ostergotland/Tema/Halsa/
- registrering i Kvalitetsregister www.rikssar.se

För referenser vad gäller MNA, MNA-SF MEOF-II se Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Re-Aktion! Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Patientfall 7: Metoder för omvårdnad i samband med vård av äldre

Anna, 87 år, drabbades för ett par veckor sedan av stroke med förlamning i höger sida och expressiv afasi som gör att hon har svårt att uttrycka sig, vilket i sin tur gör henne ledsen och frustrerad.

Anna är nu inskriven för rehabilitering vid en geriatrisk vårdavdelning på grund av svaghet i höger sida, hon har svårt att använda höger hand och gångsvårigheter. Anna har alltid varit normalviktig men har nu gått ned i vikt i samband med stroken som påverkar hennes möjligheter och lust att äta.

Exempel på metoder som sjuksköterskan har använt:

- frågat Anna vad hon tycker om att äta
- screening av risk för undernäring med bland annat mätning av nutritionsstatus med MNA-SF, (Mini Nutritional Assessment – Short Form; numerisk skala för malnutritionsskattning)
- BMI (Body mass index, mått på viktrelaterad hälsorisk)
- Bedömning av sväljningssvårigheter med MEOF-II
- observation av måltidssituationen för bedömning av behov av kostkonsistens samt hjälpmedel
- muntlig och skriftlig information
- upprepat emotionellt och psykosocialt stöd.

För referenser vad gäller MNA, MNA-SF MEOF-II se Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Re-Aktion! Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Patientfall 8: Metoder för omvårdnad i samband med vård vid cancerdiagnos

Stina 48 år, arbetar som grundskollärare. Hon är gift med Erik och tillsammans har de tre barn som är 10, 15 respektive 17 år. Stina fick för cirka ett år sedan diagnosen lungcancer med körtelmetastaser i bröstkorgen. Hon har sedan några veckor tilltagande besvär och vårdas på en allmän onkologisk avdelning. Andnöd, smärta och svårigheter att svälja är symtom och problem som Stina beskriver. Trögflytande kost går att svälja, men mat i fast föda och även purékost är svårare. Av och till är hon illamående och hon beskriver att magen har blivit trögare. Smärtan besvärar henne hela tiden. Hon beskriver en obehagskänsla i bröstet, smärta vid inandning och smärtgenombrott i mellangärdet efter födointag. När hon rör sig har hon en brännande, ilande smärta i ryggen och ut i armarna.

Stina känner att hennes liv ”rinner ifrån henne” och hon känner en stor sorg för att inte få se sina barn växa upp. Hon skulle vilja ”skicka med dem” stöd medan hon lever. Tidigare har Erik och Stina haft en bra kommunikation i frågor om det som rör barnen och den egna relationen. Detta upplever Stina har blivit svårare sedan hon insjuknade i lungcancer. Hon beskriver att Erik vill att allt ska vara som vanligt och när hon gör försök till samtal vill han skjuta upp dem till ett senare tillfälle.

I fallet Stina kan en rad åtgärder bli aktuella som tar utgångspunkt i din helhetsbedömning av hennes symtom, problem och behov med fokus på att hantera konsekvenser i det dagliga livet. Omvårdnadsåtgärder riktar sig mot den totala symtomupplevelsen som omfattar såväl påverkansfaktorer som konsekvenser av symtomen i sig.

Exempel på metoder som sjuksköterskan har använt:

- upprättar individuell vårdplan med förslag på åtgärder
- särskilt avseende trötthet med målen:
- balans mellan aktivitet och vila
- vila korta stunder
- fysisk aktivitet
- använda sin energi till det viktigaste, det vill säga hjälpa Stina att prioritera
- genomföra en kostanamnes och kostanpassning
- ge små måltider, ofta
- beställa E-kost (Energi- och proteinrikkost)
- beställa näringsdryck
- ge mellanmål (viktigt!)

- göra måltiden energibesparande, det vill säga eventuell assistans/matning
- genomgång av Stinas läkemedel avseende doser, följsamhet, biverkningar med mera.

Metoder för omvårdnad i samband med vård vid cancerdiagnos

- emotionellt och psykosocialt stöd
- till både patient och närstående
- bekräftande samtal med Stina om familjerelationen
- och om hennes önskan om ”ord på vägen” till barnen med förslag om att skriva brev eller spela in samtal till barnen att läsa/lyssna till efter Stinas död.
- samverkar i team, till exempel med psykolog och kurator.

Om ni i gruppen vill kan ni fortsätta att lista förslag på metoder att använda avseende vårdplanering för att försöka avhjälpa Stinas andnöd, smärta och obstipation? Hör symtomen ihop? På vilket sätt? Påverkar det era åtgärder?

Patientfall 9: Metoder för omvårdnad i samband med intensivvård

En 67-årig kvinna inkommer till intensivvårdsavdelningen med akuta buksmärtor och misstänkt ileus. De senaste dagarna har kvinnan blivit alltmer utmattad och smärtan har tilltagit i intensitet. Patienten har lågt blodtryck, är takykard och högfebril. Huden är rosig och känns klibbig och varm. Trots upprepat givna analgetika är patienten fortfarande kraftigt smärtpåverkad, har svårt att ange smärtintensitet enligt NRS (Numerisk skala för smärtskattning) och upplevs som mycket orolig, viftar med armarna, vill drar bort syrgasmasken och stiga upp från sängen. RLS (Reaction Level Scale) bedöms till 2. Patientens make är med, han ser orolig och rädd ut, är tyst och sätter sig på en stol i rummet.

Vitala funktioner visar följande: blodtryck: 80/45 mm Hg, hjärtfrekvens 120/min och saturation 92% med 5 liter syrgas på mask. Andningsfrekvens 30/min och temperatur 39,0 grader. Diures 20 ml senaste timmen.

Patienten får artärkateter för att möjliggöra kontinuerlig mätning av blodtryck och medelartärtryck samt mätning av arteriella blodgaser och syremättnad. Blodgasanalysen visar hypoxi trots att patienten nu har tio liter syrgas på mask samt förhöjt koldioxidvärde (PCO2), vilket innebär respiratoriskt svikt. Kvinnan har successivt blivit alltmer utmattad och därför beslutas det om intubation och respiratorbehandling. Vätsketerapi och vasoaktiva läkemedel ordineras, för att hålla tillräcklig cirkulation, och timdiuresmätning

startas. Efter detta ska en CT- röntgen utföras för att utvärdera tillståndet i buken och tarmarna inför eventuell operation.

Intensivvårdssjuksköterskan pratar med maken om vad som skall göras, och varför, samt försäkrar sig om att maken vill närvara i rummet under behandling. Sjuksköterskan lugnar patienten genom att informera henne om vad som planeras att göras för att hon skall må bättre. Hon lugnar patienten dels genom lätt beröring och dels genom att informera i den omfattning hon tror att patienten kan tillgodogöra sig den i den akuta situationen.

Exempel på metoder som sjuksköterskan har använt:

- skattning av smärta med NRS (numerisk skala för smärtskattning av akut och postoperativ smärta)
- mätning och bedömning av vakenhetsgrad med RLS (Reaction Level Scale, se *Vårdhandboken*)
- lugnar patienten genom kort information och beröring
- ger adekvat information till maken
- ger ordinerade läkemedel och assisterar vid intubation
- iordningsställer och kopplar slutet system för artärtryckmätning samt kopplar EKG -övervakningen
- tar vikt på patienten, startar ordinerad vätskebehandling, kopplar timdiuresmätning
- startar ordinerad sedering
- registrerar, dokumenterar och utvärderar kontinuerligt sederingsnivå, smärta, oro, välbefinnande, syremättnad, cirkulation, vätskebalans
- polstrar underlaget under hälarna, skuldrorna och höfterna samt ordinerar ett schema för lägesändring för att förebygga trycksår.

Patientfall 10: Metoder för omvårdnad i samband med ortopedisk vård

Eva, en ensamboende 82-årig kvinna, har ramlat inomhus och ådragit sig en vänstersidig höftfraktur. Hemtjänstpersonalen upptäcker henne på morgonen och tillkallar ambulans. Personalen i ambulansen skattar Evas smärta med NRS (numerisk skala för smärtskattning), hon har värde 10 och får morfin intravenöst med god effekt. Vidare kontrolleras hennes syrsättning som är 93 procent, så hon får syrgas, en liter på grimma, och eftersom hon fastar får hon 5-procentig glukosdropp på väg in till akutmottagningen. Under färden blir Eva förvirrad och pratar osammanhängande, därför är det svårt att veta

om morfinet har smärtlindrande effekt. I övrigt har Eva följande sjukdomar: tablettbehandlad diabetes, kotkompression, hypertoni och depression.

Personalen vid akutmottagningen skattar Evas kognition genom att be henne räkna veckans dagar baklänges. Eva klarar inte testet, vilket tolkas som att hon kanske är akut förvirrad beroende på läkemedelsbiverkan eller andra orsaker. Hon får dock komma till operation inom de närmaste timmarna. Den höftfraktur som Eva ådragit sig var en en dislokerad cervikal höftfraktur och hon opererades med ocementerad höftprotes. Operationen gick bra. Eva tillbringade natten på uppvakningsavdelningen (UVA) och även där var hon ganska förvirrad, hon drog ut iv-nål och tog bort syrgasgrimman. Sjuksköterskan skattade henne med Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale (Gaudreau et al, 2005) och eftersom hon hade höga poäng började personalen leta anledningen till syndromet. Man fann att Eva hade låg syresättning och hög blodsockernivå och när dessa värden justerats kunde hon somna.

Väl tillbaka på vårdavdelningen får Eva äta frukost, göra morgonbestyren och i samband med detta dras katetern hon fått under operation. Därefter kommer sjukgymnasten och vill att Eva ska prova att gå lite. Hon ställer sig upp med sjukgymnastens hjälp och hon klarar att gå några steg med gåbord. Väl tillbaka i sängen orkar Eva inte lyfta upp sina ben utan det gör sjukgymnasten som då upptäcker att Eva är väldigt röd på hälarna. Sjukgymnast meddelar detta till ansvarig sjuksköterska som gör en bedömning med Modifierad Norton-skala. Eva bedöms ha ökad risk för trycksår och åtgärder sätts in.

Eftersom Eva har ramlat och ådragit sig en höftfraktur görs en fallriskutvärdering med målet att undvika nya fall. Eva åt inte upp sin frukost och hon vill inte heller ha sin lunch den första dagen. Kostregistrering sätts in för att se till att Eva får i sig tillräckligt mycket kcal för att klara sin rehabilitering. Ansvarig sjuksköterska ordinerar en fullständig MNA (Mini Nutritional Assessment) till nästa dag.

Exempel på metoder som sjuksköterskan har använt:

- skattning av smärta med NRS (numerisk skala för smärtskattning, se *Vårdhandboken*)
- kontroll av kognition genom att be patienten räkna veckans dagar baklänges (Fick et al, 2015).
- skattning av akut förvirringstillstånd (delirium) med hjälp av Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale (Gaudreau et al, 2005))
- bedömning av trycksårsförekomst med Modifierad Norton-skala (se *Vårdhandboken*)

- Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) frågor angående fallskador, som ingår i fallriskutvärdering
- Bedömning av nutritionsstatus med MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form).

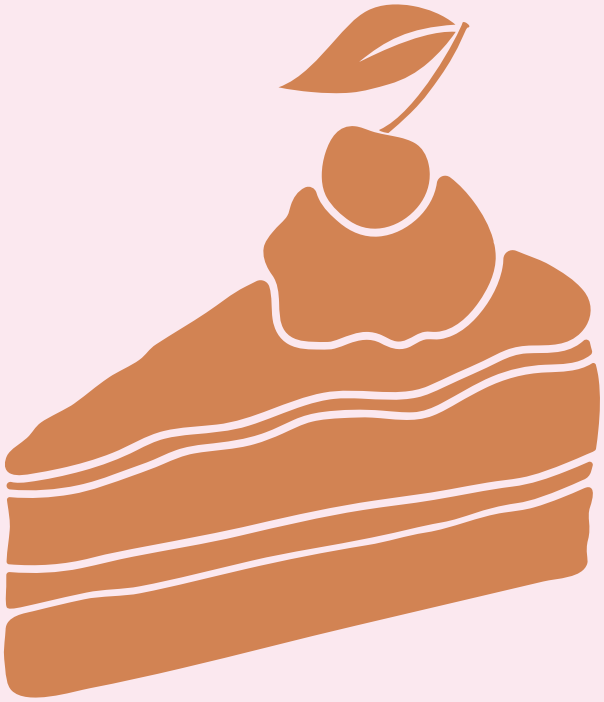
Patientfall 11: Metoder för omvårdnad i samband med skolsköterskans hälsofrämjande arbete

Amina kommer till skolsköterskan för att hon känner sig trött och ledsen. Amina säger att hon är stressad för att hon sover så lite. Hon säger också att hon har brist på energi och svårt att koncentrera sig. Amina har fyllt 17 år och går andra året på gymnasiet. Studierna går bra och hon förväntar sig höga betyg och har som mål att läsa vid universitetet. Amina berättar att även om hon går till sängs vid 22-tiden somnar hon inte förrän fram på småtimmarna. Hon har eget rum med TV och dator och berättar att hon brukar kolla sociala medier och klipp på nätet innan hon släcker lampan. Amina gråter och säger att hon inte vet hur hon ska orka med skolan om hon inte får sova.

Lästips: Asp, M. & Ekstedt, M. Kap. 15 Trötthet, vila och sömn. Ss 450 485 I: Edberg, A-K. & Wijk, H. (2009). Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur.

Exempel på metoder som skolsköterskan använder:

- tar del av Aminas berättelse och samtalar med syfte att kartlägga sömnen (sömneffektivitet, upplevd sömnkvalitet, sömnens karaktär och så vidare.)
- föreslår Amina att skriva en sömndagbok (sovtider, sömnlängd, uppvaknande och så vidare.)
- gör, tillsammans med Amina, upp en realistisk och konkret handlingsplan med sömnhygieniska råd
- informerar om sömnskola
- informerar om betydelse av, och uppmanar till, fysisk aktivitet, särskilt dans.



Textunderlag till möte 3

Fallbeskrivning

Maria är sjuksköterska och arbetar på ortopeden. En av de patienter vars omvårdnad Maria ansvarar för är Tea, en 70-årig dam. Tea har fallit i hemmet och ådragit sig en arm- och axelfraktur. Hon är en aktiv dam med klart intellekt som i vanliga fall sköter sig själv i eget boende. Tea har flera gånger tagit upp med Maria att hon upplever att den information hon fått av personalen, på mottagningen och vårdavdelningen, är både otillräcklig och motstridig.

Maria går nu och funderar på hur hon bäst ska bemöta Tea. När Maria kritiskt reflekterar över verksamhetens rutiner inser hon att patienternas möjligheter att vara delaktiga i sin vård och behandling är ganska begränsade. Kanske finns andra sätt att arbeta?

Maria vill veta om det finns några metoder som kan påverka patienters förutsättningar att bli mer delaktiga i egen vård och behandling.

> Metoder kan påverka patienters förutsättningar att bli mer delaktiga i egen vård och behandling.

Formulera en fråga som går att besvara

Genom att klart och precist definiera kunskapsfrågan är det lättare att hitta relevanta och tillförlitliga artiklar i till exempel databaserna. Bredden och träffsäkerheten i litteratursökningen påverkas av hur bra frågan kan formuleras. Frågan till litteraturen behöver formuleras så att den kan besvaras med data från relevanta studier.

Det gäller att identifiera undersökningsgrupp (population/deltagare) och vilken metod (intervention) det handlar om. Det är också bra om man kan avgränsa frågan genom att ange vad interventionen ska jämföras med, det vill säga vilka alternativ som finns (jämförelsemetod/kontroll, control) samt om man kan ange resultatet (outcome) i någon form av effektmått.

Lästips: SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017) (c). Behandling av armfraktur hos äldre. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter. Stockholm: SBU, Rapport nr 262.

PICO och PEO – formatet för att dela upp en kunskapsfråga

När man vill göra en sökning i databaserna efter litteratur kan man ha hjälp att hitta relevanta söktermer genom att ställa upp sin frågeställning i PICO- eller PEO-format. PICO-formatet används när man tror att frågeställningen bäst besvaras med data från studier med kvantitativ metod, och PEO-formatet vid kvalitativ metod.

Ett klassiskt exempel på PICO-formatet är exemplet om vaccination eller inte. Om vi vill veta om vaccination av äldre personer mot influensa har någon effekt så ska de studier vi letar efter handla om vaccination mot influensa (metod/intervention) eller ingen vaccination alls (jämförelsemetod/kontroll, counterintervention). Frågan blir än mer avgränsad om vi kan ange vilket resultat, eller effektmått (outcome) vi är ute efter. I detta fall att personerna som vaccineras inte drabbas av influensa. Det här sättet att ringa in en fråga kallas att vi arbetar med en PICO (Population, Intervention, Counterintervention, Outcome). På svenska brukar man ange Deltagare, Metod, Jämförelsemetod och Resultat/Effektmått.

P	Deltagare/Population Personer över 75 år
I	Metod/Intervention Influensavaccinering
C	Jämförelsemetod/Kontroll Ingen influensavaccinering
O	Effektmått Insjuknande och död i Influensa

Figur 2. Flemmings (1998) förslag till struktur för problemformulering vid sökning efter effektstudier.
Se sidan 23 i kapitlet grundläggande utgångspunkter.

Om vi vill ringa in en frågeställning som vi tror bäst besvaras med hjälp av data från studier med kvalitativ metod kan vi använda PEO-formatet (Population and Problems, Exposure, Outcomes or themes).
På svenska används vanligen Deltagare och deras Problem, Exponerad för/utsatt för, Resultat i form av teman.

P	Deltagare/Population Äldre personers
E	Exponerad/Utsatt för Colon cancer (Kolorektalcancer eller tjock- och ändtarmscancer)
O	Resultat/Teman erfarenheter/upplevelser dagligt liv

Källa: Bettany-Saltikov, J. (2012). How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Textunderlag till möte 4

Fallbeskrivning (forts. från möte 3)
Maria, sjuksköterskan på ortopeden har nu formulerat sin övergripande frågeställning. Den lyder: ”Vilken vetenskaplig evidens finns för att metoden – delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården – ökar förutsättningarna för patienters delaktighet?”

Maria har också formulerat en PICO, som hon tar med sig till medicinska biblioteket på sjukhusområdet. Hennes PICO lyder:

P (Deltagare/Population) vuxna med långvariga somatiska sjukdomar.
I (Metod/Intervention) delat beslutsfattande i hälso- och sjukvården
C (jämförelsemetod, kontroll) kontrollgrupp som ska ha fått sedvanlig vård eller annan behandling eller insats
O (effektmått) kvantitativa och kvalitativa mått som speglar patientens delaktighet i behandling och beslut, hälsoutfall, livskvalitet eller tilltro till egen förmåga.

I sin sökning har Maria hittat en rapport från SBU som hon väljer att studera närmare. Rapporten heter *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården* och är en sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet. (SBU:s rapport 260/2017). Maria bestämmer sig för att hon ska granska rapportens kvalitet för att se om hon kan lita på avsnittet om ”Delat beslutsfattande”.

Maria vet att den ideala översikten utgörs av en systematisk genomgång av litteraturen inom ett område, att den berör en fokuserad klinisk fråga och använder strikt metodik men hon tror att hon behöver en mall till hjälp i granskningen. Maria frågar på det medicinska biblioteket och får svar att det finns många olika frågeformulär men att det kanske är bra att börja med en svensk version av AMSTAR som kan hämtas på SBU:s hemsida. Maria går in på www.sbu.se/handbok och ser att det finns checklistor och granskningsmallar som SBU använder för att kritiskt granska och värdera forskningsresultat. Bibliotekarien säger att om Maria besvarar frågorna i AMSTAR får hon en beskrivning av hur författarna har genomfört den systematiska översikten samtidigt som hon ser om översikten uppfyller grundläggande kvalitetskrav. Maria bestämmer sig för att prova med AMSTAR och laddar ner formuläret.

AMSTAR-formuläret finns för närvarande i SBU:s HANDBOK men när det gäller AMSTAR 2 har SBU ganska nyligen beslutat att gradvis ersätta den med ROBIS, som är mer detaljerad och som passar SBU:s användningsområde bättre. SBU fasar därför ut AMSTAR och har inga planer på att översätta AMSTAR2.

En del har publicerats om de båda instrumenten till exempel: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435617312325?-via%3Dihub.

Dessutom pågår det en jämförelse i Alberta, Kanada – här är protokollet: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29898777.

Textunderlag till möte 5

Deltagarna förväntas ha läst avsnittet "Råd om spädbarns sovställning" ss 35–36 och avsnittet Statistik är svårt – måste patienter verkligen sätta sig in i siffrorna? ss 196–198 i boken *Bättre behandling* utgiven av SBU. Deltagarna förväntas också ha rekapitulerat de tidigare textavsnitten om Personcentrerat förhållningssätt, den Reflektiva Omvårdnadsprocessen och patientfall 1–11.

Textunderlag till möte 6

Deltagarna förväntas ha rekapitulerat texterna till möte ett och eventuellt annat material som de vill lyfta fram.

FÖRDJUPNINGSLITTERATUR

Asp, M. & Ekstedt, M. (2009). Kap. 15 Trötthet, vila och sömn. Ss 450–485 I: A-K. Edberg & H. Wijk (red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa.* Lund: Studentlitteratur.

Henricsson, M. (red.) (2017). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur.

Hommel, A. & Andersson, Å. (red.) (2018). *Kvalitetsutveckling inom omvårdnad.* Sjuksköterskans professionella ansvar. Lund: Studentlitteratur.

Levi, R. (2009). *Vettigare vård. Evidens och kritiskt tänkande i vården.* Stockholm: Norstedts.

SBU:S HANDBOK. (2017). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten. finns på https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf

Shea, B.J., Reeves, B.C, Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E. & Henry, D.A. (2017). AMSTAR 2:a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358.

Westergren, A. (2009). Kap. 12 Nutrition och ätande. Ss 311–347 I: A-K. Edberg & H. Wijk (red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa.* Lund: Studentlitteratur.

Whiting, P., Savovi´c, J., Higgins, J., Caldwell, D., Reeves, BC., Shea, B.J, Davies, P., Kleijnen, J., Churchill, R. & ROBIS group. (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiolog*, Jan; 69:225-234.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* Lund: Studentlitteratur.

REFERENSER

Asp, M. & Ekstedt, M. (2009). Kap. 15 Trötthet, vila och sömn. Ss 450–485 I: A-K. Edberg & H. Wijk (red.). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa.* Lund: Studentlitteratur.

Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide.* Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellota, A., Martin, J., Hopayian, K., Porzolt, F., Burls, A. & Osborne. J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BioMed Central Education*, 5(1). www.biomedcentral.com/1472-6920/5/1

Dewey, J. (2004). *Individ, skola och samhälle.* Stockholm: Natur och Kultur.

Ekman, I. (red.). (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik.* Stockholm: Liber.

Ellström, P-E. (1996). Rutin och reflektion. I: P-E. Ellström, B. Gustavsson & S. Larsson (red.) *Livslångt lärande*. Lund: Studentlitteratur.

Engeström, Y. (1999). Innovative learning in work teams: Analyzing cycles of knowledge creation in practice. In: Y. Engeström, R. Miettinen & R-L. Punamäki (Eds.) *Perspectives on activity theory* (Pp 19–38). New York: Cambridge University Press.

Fick, D.M., Inouye, S.K., Guess, J., Ngo, L.H., Jones, R.N., Saczynski, J. & Marcantonio, E.R. (2015). Preliminary development of an ultrabrief two item bedside test for delirium. *Journal of Hospital Medicine*; 10:645-50.

Flemming, K. (1998). Asking answerable questions. *Evidence-Based Nursing*, 1(2), Pp36–37.

Gaudreau, J-D., Gagnon, P., Harel, F., Tremblay, A. & Roy, M-A. (2005). Fast, Systematic, and Continuous Delirium Assessment in Hospialized Patients: The Nursing Delirium Screening Scale. *Journal of Pain and Symptom Management,* Vol. 29, No 4, Pp 368–375.

Henricsson, M. (red.) (2017). Vetenskaplig teori och metod. *Från idé till examination inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur.

Hommel, A. & Andersson, Å. (red.) (2018). *Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. Sjuksköterskans professionella ansvar.* Lund: Studentlitteratur.

Jenicek M, Hitchcock DL. *Logic and critical thinking in medicine.* American Medical Association, 2005.

Kahneman, D. (2017). *Tänka, snabbt och långsamt.* Stockholm: Volante förlag.

Kolb, D.A. (1984). *Experiental Learning: Experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Levi, R. (2009). *Vettigare vård. Evidens och kritiskt tänkande i vården.* Stockholm: Norstedts.

Omiepirisa YB. (2013). Complications of venipuncture. *Advances in Bioscience and Biotechnology*, 4, 126-128 OPEN ACCESS.

Orlando, I.J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship. Functions, process and principles.* New York: G.P. Putnam's Sons. (Nytryck: New York: National League for Nursing, 1990).

Patientlag (SFS 2014:821). www.riksdagen.se

Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659). www.riksdagen.se

Persson, H-I, Javinger, M. & Ekman, I. (2017). *Personcentrerad hälso- och sjukvård – rapport från verkligheten.* Stockholm: Liber.

Rickard, C., Webster, J., Wallis, M.C., McGrail, M.R., French, V., Foster, L., Gallagher, P., Gowardman, J.R., Zhang, L., McClymont, A. & Whitby, M. (2012). Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, Vol 380, Pp 1066–1074.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005). *Regelbundet byte av perifer venkateter (PVK) för att förebygga tromboflebit.* Stockholm: SBU.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006). *Vetenskap och praxis*, s 32.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, (2013). *Perifer venkateter (PVK)- regelbundet byte eller vid klinisk indikation?* Stockholm: SBU.

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2015). (Red. Levi, R.). *Bättre behandling. Vilka vetenskapliga bevis behövs i vården?* Stockholm: SBU.

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, (2017). *SBU:s HANDBOK Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten.* Stockholm: SBU. (a).

https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Patient-delaktighet i hälso- och sjukvården. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet.* SBU Bereder rapport 260/2017. Stockholm: SBU. (b).

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2017). *Behandling av armfraktur hos äldre. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter.* Rapport nr 262. Stockholm: SBU. (c).

Shea, BJ, Grimshaw, JM, Wells, GA, Boers, M, Andersson, N, Hamel, C, et al. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology,* 7:10 (a).

Shea, BJ, Bouter, LM, Peterson, J, Boers, M, Andersson, N, Ortiz, Z, et al. (2007). External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). PLoS ONE 2:e1350 (b).

Shea, B.J., Reeves, B.C, Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E. & Henry, D.A. (2017). AMSTAR 2:a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358.

Silén, M. (2018). Etiska aspekter på omvårdnad och prioriteringar. I: A. Hommel & Å, Andersson (red.) *Kvalitetsutveckling inom omvårdnad. Sjuksköterskans professionella ansvar.* Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – stöd för styrning och ledning.* www.socialstyrelsen.se

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. (a).

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *Satsa på omvårdnadsforskning för att förbättra vården.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. (b).

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. (a).

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening (b).

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Re-Aktion! Kunskapsunderlag för att minska risken för undernäring, särskilt hos äldre personer.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Vårdhandboken www.vardhandboken.se

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Westergren, A. (2009). Kap 12 Nutrition och ätande. Ss 311–347 I: A-K. Edberg & H. Wijk (red). *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa.* Lund: Studentlitteratur.

Whiting, P., Savovi´c, J., Higgins, J., Caldwell, D., Reeves, BC., Shea, B.J, Davies, P., Kleijnen, J., Churchill, R. & ROBIS group. (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiolog,* Jan; 69:225–234.

Willman, A. (2010). Evidens och personcentrerad omvårdnad. Kap. 9. I: D. Edvardsson (red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. (2011). Krönika. Personcentrerad vård ska också vara det. *Omvårdnadsmagasinet*, nr 1, s 41.

Willman, A., Forsberg, A. & Strömberg, A. (2003). *Metoder i omvårdnad och i sjuksköterskans arbete.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). *Evidens-baserad omvårdnad.* En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

WHO, World Health Organization (1976). *Nursing Process Work-Book.* Regional Office for Europé.

Svensk sjuksköterskeförening är sjuksköterskornas professionsförening. Vi är en ideell förening som företräder professionens kunskapsområde omvårdnad. I över hundra år har vi tagit ansvar för och engagerat oss i omvårdnad – i forskning, etik, utbildning och kvalitet – för patientens, vårdens och hela samhällets bästa. www.swenurse.se