



Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete 15 hp
Våren 2020

**Från teoretisk kunskap till praktisk tillämpning inom
fysioterapi/hälsovetenskaper**
- en litteraturstudie om interventioner, effekter och understödjare/barriärer

Författare

Valentina Lindström
Fysioterapeutprogrammet
Lunds Universitet
valentalindstrom@gmail.com

Handledare

Eva Ageberg,
Professor, PhD
Institutionen för hälsovetenskaper
Lunds Universitet
eva.ageberg@med.lu.se

Examinator

Kjerstin Stigmar, PhD
Biträdande universitetslektor
Institutionen för hälsovetenskaper
Lunds Universitet
kjerstin.stigmar@med.lu.se

Sammanfattning

Bakgrund Kunskap från forskning behöver bli kliniskt användbar. Forskning inom hälsovetenskaper har belyst att det är överföringen mellan forskning och klinik som är svår. Det är därför viktigt att överbrygga det gap som har uppstått mellan teori och praktik. Genom att identifiera interventioner och understödjare kan denna kunskapsöverföringsprocess underlättas.

Syfte Syftet med denna studie är att systematiskt undersöka och kartlägga interventioner som använts för att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpning inom fysioterapi/hälsovetenskaper.

Studiedesign Litteraturstudie

Material och metoder Sökningarna gjordes i databaserna AMED, CINAHL och PubMed. Fritextsökningar gjordes med specifikt utvalda ord med nära anknytning till ”*knowledge translation*”, ”*evidence into practice*” och ”*physiotherapy*”. Systematiska litteraturöversikter skrivna på engelska, publicerade under de senaste 15 åren som innehöll interventioner, främjande faktorer och/eller effekter av knowledge translation inom fysioterapi/hälsovetenskaper inkluderades. AMSTAR och SBU:s mall användes för att granska artiklarnas metodologiska kvalitet.

Resultat Sju systematiska litteraturöversikter publicerade mellan 2009 och 2015 inkluderades. I dessa undersöktes vilka interventioner som användes för att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpning. Vidare undersöktes vilka resultat som uppvisades efter att interventionerna tillämpats för att ta reda på interventionernas inverkan. Även faktorer som kunde fungera som understödjare och barriärer till interventionerna i dess verkan undersöktes. Resultatet talar för att främst utbildningsinterventioner av varierande karaktär har tillämpats. Det framkom att faktorer som kunskap, resurser, policy, tid fungerar både som understödjare och barriärer beroende på hur de presenteras och används. Genom interventioner som förbättrade tilltron till knowledge translation ökade förståelsen, intresset och ett förändrat beteende gällande kunskapsöverföring i det kliniska arbetet kunde observeras.

Slutsats Den övergripande slutsatsen i detta arbete åskådliggör att det finns flertalet utbildningsinterventioner som används för att främja överföring från teoretisk kunskap till klinisk tillämpning. Resultatet visar på att interventioner som främjar knowledge translation verkar för att belysa varför det är viktigt att forskningsresultat utgör en självklar del av det kliniska beslutsfattandet. Understödjare och barriärer är faktorer som kan förstärka eller försvaga interventionernas verkan beroende på kontext och utförande. Det finns ett fortsatt behov av mer forskning gällande hur olika interventioner och understödjare kan främja knowledge translation inom fysioterapi/hälsovetenskaper.

Nyckelord Kunskapsöverföring, kunskapsbaserad praktik, translationell medicinsk forskning, individuellt avgörande faktorer, forskningsgap

Abstract

Background Research findings need to be integrated into clinical practice. Transferring scientific evidence into practice have been identified as a challenge in the healthcare field. It is therefore important to bridge the gap between research and practice. Knowledge translation interventions and enablers need to be addressed so they can support the process of knowledge translation.

Objective The objective of this literature review was to examine and to chart knowledge translation interventions that are used to transfer research findings into clinical practice within physiotherapy/allied health.

Study design Literature review

Methods The searches were performed in the databases AMED, CINAHL and PubMed. Free text search was conducted with selected terms connected to “*knowledge translation*”, “*evidence into practice*” and “*physiotherapy*”. Systematic reviews written in English, published during the last 15 years and include interventions, enablers and/or showed effects of knowledge translation in physiotherapy/allied health were included. Assessing methodological quality of the systematic reviews according to AMSTAR and SBU: s checklist.

Results Seven systematic reviews published between 2009 and 2015 were included. These examined the interventions used to transfer scientific evidence into practice. The outcomes of the interventions were analyzed after the interventions were applied to examine the impact of the interventions. Factors that could act as enablers and barriers to the interventions were also examined. The result indicates that educational interventions of varying nature have primarily been applied. It became clear that factors like knowledge, resources, policy, time act both as enablers and barriers depending on how they are introduced and applied. Interventions that increased the level of confidence in the field of knowledge translation stimulated the understanding, interest and behaviour change could be noticed regarding to knowledge translation in the clinical practice.

Conclusion The overall conclusion of this paper indicates that there are many existing educational interventions that work as facilitators in the field of transferring scientific evidence into practice. The findings in this paper suggest that intervention that facilitate knowledge translation aim to elucidate the importance of research findings as an obvious part of the clinical decision making. Enablers and barriers are factors that can enhance or weaken the effect of interventions depending on context and execution. It is clear that there is a great need for further research about knowledge translation and how various interventions and enablers can promote the work of transferring knowledge into practice within physiotherapy/allied health.

Key words knowledge translation, evidence-based practice, translational medical research individual determinants, practice-research gap

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.1 Från teoretisk kunskap till praktisk användning	1
1.2 Knowledge translation (KT)	1
1.3 Evidensbaserad praktik (Evidence-based Practice)	3
1.4 Forskningsgap	4
2. Syfte	5
2.1 Frågeställning	5
3. Metod	5
3.1 Studiedesign	5
3.2 Sökstrategi	5
3.2.1 Inklusionskriterier	6
3.3 Urvalsprocess	8
3.4 Kvalitetsgranskning	8
3.5 Etiska ställningstagande	9
4. Resultat	11
4.1 Inkluderade systematiska litteraturöversikter med KT i fokus	11
4.2 Inkluderade systematiska litteraturöversikter med EBP i fokus	12
4.3 Vilka interventioner användes för att främja överföring från teori till praktik	18
4.4 Vilka resultat av interventionerna kunde ses i de kontexter de verkade i	18
4.5 Vilka faktorer identifierades som understödjare/barriärer	19
5. Diskussion	20
5.1 Material- och metoddiskussion	20
5.2 Resultatdiskussion	23
6. Betydelse/klinisk relevans	25
7. Konklusion	25
Referenser	26
Bilaga 1 AMSTAR enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	
Bilaga 2 Granskningsmall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering	

1. Bakgrund

1.1 Från teoretisk kunskap till praktisk användning

Från forskning kommer värdefull kunskap som ämnar föra aktuellt verksamhetsområde framåt. Det är viktigt att kunskap från forskning inte stannar i den teoretiska kontexten utan överförs så att den blir klinisk användbar. Det råder inte helt konsensus kring begreppet kunskapsöverföring än men har blivit ett allt större forskningsområde. På engelska används ofta begreppet ”knowledge translation” (1). Fortsättningsvis kommer det engelska uttrycket ”knowledge translation” (KT) att användas i detta arbete. Det skulle kunna uttryckas som att KT är en process som har för avsikt att försäkra att vald verksamheten baserar sig på den forskning som för tillfället anses vara den bäst tillgängliga kunskapen. KT erbjuder således ett sätt att arbeta inom hälso- och sjukvården så att den bästa tillgängliga verksamheten, behandlingen, omvårdnaden etcetera kan erbjudas. KT-interventioner ämnar således främja denna process.

Fysioterapeuter är en av yrkesgrupperna som ska kunna överföra och anpassa teoretiskt utvecklade och specificerade interventioner till ett kliniskt sammanhang. Genom att arbeta på detta sätt kan den teoretiska kunskapen även komma patienter tillgodo (2). Forskning inom hälsovetenskaper syftar ofta till just det, att den skall komma till nytta i kliniska sammanhang. För att detta ska bli möjligt behövs en interaktiv process som kan förflytta teoretisk kunskap till att bli kliniskt användbar (3). Varje år satsas det mycket resurser på forskning och det är därför viktigt att forskningsresultaten inte förblir teoretisk kunskap utan att processen går vidare och klinisk tillämpbarhet skapas (4). Ett sätt att främja KT-processen är att använda sig av en modell som redan är etablerad EBP-modellen, evidensbaserad praktik (EBP). EBP-modellen används inom fysioterapi som ett sätt att säkerställa att kliniska beslut är välgrundade i den bäst tillgängliga forskningen (5). Att undersöka EBP som modell i kombination med hur individer förhåller sig till EBP-modellen kan ge indikationer på hur EBP-modellen fungerar som intervention parallellt med andra KT-interventioner. De som förespråkar EBP har visat att modellen är en användbar intervention för att främja KT och den fungera att använda kliniskt. Trots att EBP-modellen finns tillgänglig förekommer det fortfarande ett gap mellan teoretisk kunskap och användningen av EBP-modellen i den kliniska verksamheten (6). Därför är det viktigt att undersöka hur EBP-modellen använts och om det finns fler liknande interventioner inom hälsovetenskapen som kan främja KT-processen så att teoretisk kunskap kan förflyttas till klinisk tillämpbarhet.

1.2 Knowledge translation (KT)

Det har inte alltid rått enighet kring vad som ingår i själva begreppet KT, men det är i sig inget nytt fenomen inom forskningen. Det har länge funnits en vilja från forskarvärlden att förflytta forskningsresultat ut i praktiken. Det går att härleda dessa tankar ända tillbaka till början av 1900-talet där en fransk sociolog, Gabriel Tarde, försökte förklara varför vissa innovationer togs upp av samhället medan andra blev ignorerade. KT som begrepp och hur vi använder oss av det idag härstammar ifrån flera olika discipliners perspektiv som bland annat kunskapsstillämpning, teknologisk överföring, kvalitetsförbättringsarbete och evidens-baserad medicin. Intresset för KT har ökat mer och mer under de senaste åren (4).

En definition av KT som ofta används och citeras i de artiklar som har använts i detta arbete är den från Canadian Institutes for Health Research (CIHR). Deras definition på engelska lyder: *“Knowledge translation is defined as the exchange, synthesis and ethically sound application of knowledge—within a complex system of interactions among researchers and users—to accelerate the capture of the benefits of research . . . through improved health,*

more effective services and products, and a strengthened health care system.” (7).

Definitionen framhåller att interaktionen sker mellan forskare och användare. Syftet är att belysa det gap som forskning har visat existerar och genom att minska gapet så är förhoppningarna att effekterna ska förbättra förutsättningarna både i det enskilda utfallet samt för hela sjukvårdssystemet (2).

Ett annat viktigt element som CIHR:s definition framhåller är att KT-processen sker i ett komplext socialt system där många intressenter interagerar (2). Processen illustrerar relationen mellan kunskapsskapande och utfall. Det går att se som att kunskap behöver destilleras och göras ”redo” för att den skall kunna bli så användbar som möjligt för sitt sammanhang. På samma gång som kunskapen destilleras pågår en cyklisk process som ska leda fram till att kunskapen kan implementeras eller appliceras i rätt kontext. Den så kallade destillationen av kunskap går att se som en mer passiv process medan den cykliska processen som sker parallellt är mer aktiv och den som framförallt behövs för att kunskap ska kunna bli möjlig att applicera (7). Det finns sju aktiva faser som kan ske sekventiellt eller samtidigt, de utgör den cykliska processen. Den mer passiva destillationsprocessen kan interagera med de sju aktiva faserna när som helst under processen och på så sätt påverka utfallet. De aktiva faserna baseras på planerade handlingar som fokuserar på att driva förändringar i hälso- och sjukvårdssystemet i stort eller i mindre grupper. I den beskrivna processen måste andra hänsynstagande göras för att kunskap ska kunna implementeras i en hälso-och sjukvårdskontext, där identifikation av uppkomna problem är en grundläggande del i arbetet. Det gäller att identifiera, granska och välja vilken kunskap som ska implementeras. Sedan går processen vidare till att adaptera eller anpassa kunskapen till den egna kontexten. Därefter fastställs de avgörande faktorerna gällande användandet av kunskapen; gör urval, skraddarsy så att det passar kontexten, implementering och övervakning av KT-interventionen och hur kunskapsupptaget utvecklas. När processen fortskridit så långt skall utfallet eller inverkan som KT haft utvärderas. Därefter gäller det att utveckla tillvägagångssätt som kan säkerställa ett varaktigt användande av den nya kunskapen. Det väsentliga för verksamheten är att hela tiden beakta de intressenter som är slutanvändarna av den införlivade kunskapen (8).

Forskning inom hälsovetenskaper har belyst att det förefaller vara själva överförandet mellan forskning till klinik som har svårt för att lyckas. När KT inte fungerar uppstår ett så kallat gap och patienterna riskerar att inte få tillgång till den bästa tänkbara interventionen (4). När patienter inte erbjuds de interventioner som baseras på bäst tillgängliga kunskap riskerar kvalitén på vården att bli sämre. Det har påvisats att patienter till och med har fått fysioterapeutiska behandlingar som varit ineffektiva, otillräckliga och potentiellt skadliga trots att det funnits forskning som visat på att det finns bättre tillgängliga behandlingsmetoder (1). Dock skall det poängteras att det är viktigt att noga avgöra vilken kunskap som ska överföras till vilken kontext. För lika angeläget som det är att uppmuntra forskare att överföra sina resultat till klinik är det viktigt att se till att forskningsresultaten når rätt mottagare. KT är ett sätt att säkerställa att kunskapen som förs vidare är både reliabel och valid. Ytterligare en sak att beakta är att tillvägagångssätten vid användning av KT ska vara etiskt godkända (9).

KT handlar om att säkerställa att beslutsfattare på alla nivåer inom hälso-och sjukvården har tillgång till, kan använda och är medvetna om betydelsen av att beslut fattas med forskningsresultat som grund. Det är viktigt då det inte är tillräckligt att skapa, förädla och sprida kunskap som enskild aktivitet när det kommer till att säkerställa att besluten är evidensbaserade. Det är ofta en utmaning som alla beslutsfattare, oavsett nivå, råkar ut för någon gång, de upplever att de saknar ett hanteringssystem för hur de ska säkerställa att besluten de fattar är evidensbaserade. Det kan röra sig om att det produceras stora volymer forskning

inom deras område, de saknar tillgång till den senaste forskningen, det finns inget utrymme eller kunskap saknas för att sätta sig in i den senaste forskningen. Det kan även vara så att det saknas förståelse antingen för vad forskningen kommit fram till eller hur den skall appliceras. För att underlätta för de som ska fatta besluten behövs ett bra hanteringssystem för att behandla den här frågan och som är anpassat för olika nivåer inom hälso-och sjukvården (8).

KT kommer endast utgöra en del utav det sammanhang som den som ska fatta beslut befinner sig i. Det är därför viktigt att aldrig förbise eventuella individuella motsättningar som hälso- och sjukvårdspersonal kan bära på. Det kan vara brist på kunskap, attityder och färdigheter som begränsar. Alla parametrar behöver tas med i beräkningen men ju bättre hanterings-system som finns att tillgå desto större sannolikhet är det att besluten som fattas är evidensbaserade (8).

1.3 Evidensbaserad praktik (Evidence-based Practice)

Evidensbaserad praktik (EBP) har sina rötter i evidence-based medicine vars filosofi härstammar från Paris i mitten av 1800-talet och har möjligtvis ännu äldre anor än så (10). Evidence-based medicine är ett ständigt efterfrågat ämne inom flera olika discipliner och inte minst för de som arbetar inom hälso- och sjukvårdssystemet (10). Ramverket till EBP började växa fram under tidigt 1970-tal med syftet att förbättra kliniskt beslutfattande. Dock var det först under sena 1980-talet som ett intresse för EBP paradigmen började visa sig (11). EBP är en praktisk modell som har anammats av många professionsorganisationer. EBP-modellen går att se som en process som tar tillvara på patienten preferenser och funktion, den kliniska kontexten och dess tillgängliga resurser, inkluderar både ändamålsenlig kunskap och den bäst tillgängliga kunskapen. Därefter kombineras den bästa tillgängliga kunskapen med klinisk expertis samt att de som tillhandahåller vården utbildas (5). Modellen består av fem steg; ställ den kliniska frågan, sök efter bästa tillgängliga kunskap, värdera kunskapen utifrån reliabilitet och validitet, väg samman kunskapen med befintlig kompetens och den kliniska verksamheten, utvärdera hela processen (12).

Definitionen av EBP, som är den mest citerade av de artiklarna som ingår i detta arbete, är sprunget ur det som definierade evidence-based medicine och lyder: *"The conscious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients"* (10,13). Författarna av definitionen förtydligar den genom förklaringen; praktiserandet av evidence-based medicine innebär att individuell klinisk expertis integreras med den bäst tillgängliga externa kliniska evidensen som framkommit utifrån systematisk utförd forskning. Med individuellt klinisk expertis åsyftas den färdighet och omdömesförmåga som den individuella klinikern besitter genom sin egen kliniska och praktiska erfarenhet. Extern klinisk evidens syftar till klinisk relevant forskning som oftast härrör från grundläggande kunskaper från den medicinska vetenskapen men även från den mer patientcentrerade kliniska forskningen. Extern klinisk evidens kan potentiellt både ogiltigförklarar tidigare diagnostiska test och behandlingar och ersätter dem med nya som är mer kraftfulla, mer precisa, har större effekt och är säkrare (10).

Avsikten med EBP-modellen är framförallt att den ska vara behjälplig vid kliniskt beslutfattande. För att kunna fatta ett kliniskt beslut som är väl underbyggt behöver beslutfattaren sammanställa information från flera olika källor. Detta är något de flesta som arbetar inom hälso-och sjukvården tränar på då det krävs i arbetet med att erbjuda patienter så bra vård som möjligt. Dock har det traditionellt inte lyfts fram på ett tillräckligt tydligt sätt. EBP uppmuntrar till att vara explicit och samvetsgrann i försöken att få fram det bästa underlaget från forskning för att använda i praktiken (13).

The World Confederation for Physical Therapy (WCPT) vidmakthåller att fysioterapeuter har en skyldighet att försäkra sig om att all deras verksamhet baserar sig på den forskning som för tillfället anses vara den bäst tillgängliga kunskapen. Denna skall sedan kompletteras med klinisk erfarenhet, hänsynstagande till den tro, värderingar och kulturella kontext som omgärdar den miljö som fysioterapeuten verkar i. Utöver detta ska alltid patientens preferenser tas tillvara. WCPT menar även att evidensbaserad praktik är lättare att uppnå i miljöer som inbegriper och förespråkar användandet av det (14). Evidensbaserad praktik uppmuntrar således användandet av den bäst tillgängliga forskningen som härrör från systematisk forskning i kombination med klinisk expertis (12).

1.4 Forskningsgap

Fysioterapeuter har generellt en positiv inställning till evidensbaserad praktik och de flesta tycker att det kliniska arbetet skall baseras på bäst tillgängliga evidens (15). Trots detta är det många som förblir ovilliga att ändra på sitt praktiska arbetssätt och tvivlar på implementeringen av EBP-modellen (15,16). I ljuset av EBP-modellen har KT vuxit fram som ett forskningsområde som leder till att EBP-modellen utforskas ännu mer och implementeringen av EBP-modellen ökar inom hälso- och sjukvården. Dock är den vetenskapliga litteraturen gällande KT i relation till fysioterapeuters verksamhet otillräcklig och behöver utvecklas (17). Under de senaste 15 åren har intresset internationellt ökat för det gap som identifierats mellan den teoretiska kunskapen och den kliniska verksamheten. Viljan att förflytta den teoretiska kunskapen till klinisk användning är i sig inget nytt fenomen. Det som har förändrats är viljan att förändra de traditionella tillvägagångssätten då de inte lett till optimala resultat (4).

Forskningen kring att minska gapet mellan teori och praktik har länge handlat om att hitta ett konceptuellt ramverk i förhoppningen om att det skulle främja användandet av systematiska och välstrukturerade KT-interventioner inom bland annat fysioterapi. Dock har det visat sig att om inte mer praktisk vägledning finns för hur, var och när kliniker ska använda sig av interventionerna räcker det inte att det finns ett välfungerande ramverk. Det har till och med beskrivits som en ”svart låda” att planera hur forskning ska integreras kliniskt utan praktisk vägledning. Med ”svart låda” menas i detta fall att det bortses från interna strukturer och mekanismer för att försöka beskriva sambandet mellan stimuli och respons utan att ta hänsyn till hur det som sker inne i ”lådan” faktiskt går till (1). Ramverket är självklart en grundförutsättning för att KT-interventioner ska vara möjliga att genomföra men både ramverket i sig och interventionerna måste vara levande processer för att de ska vara understödjare av KT-processen och inte bli till barriärer (16).

Det behövs mer forskning om KT-processen för att kunna avgöra vilka interventioner och i vilka kontexter interventionerna kommer kunna vara mest effektiva gällande att införliva ny kunskap inom fysioterapi (6). Det behövs mer forskning kring hur fysioterapeuters kunskapsbehov ser ut och deras sätt att arbeta med frågan. För att kunna få en helhetsbild av detta efterfrågas det att resultat från individuella studier, gällande olika interventioner, blir förtydligade i en kontext med internationella resultat. För att främja arbetet med detta är det lämpligt att enskilda resultat tolkas i ljuset av resultat i andra liknande studier i systematiska litteraturöversikter eller andra sammanställningar av internationella resultat. Resultat från sådana systematiska litteraturöversikter kan lämna större avtryck och på så sätt ge signaler om KT-interventioners effektivitet. Därigenom kan förutsättningarna förbättras för KT-interventionerna så att de kan användas på ett framgångsrikt sätt (4). Enskilda interventioner kan på så vis utgöra en helhet som kan komma hela hälso- och sjukvårdssystemet till godo (3).

2. Syfte

Syftet med denna studie är att systematiskt undersöka och kartlägga interventioner som använts för att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpning inom fysioterapi/hälsovetenskaper.

2.1 Frågeställning

- 1) Vilka interventioner används för att främja överföring från teoretisk kunskap till klinisk tillämpning?
- 2) Vilka resultat av interventionerna kan ses gällande att stödja överföring av teoretisk kunskap till klinisk tillämpning i de kontexter de verkar i?
- 3) Vilka faktorer redovisas som understödjare och/eller barriärer till interventioner vid överföring av teoretisk kunskap till klinisk tillämpning?

3. Metod

3.1 Studiedesign

Litteraturstudie där Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines användes som resurs (18).

3.2 Sökstrategi

Vetenskapliga skrifter söktes i följande databaser: AMED, CINAHL och PubMed. Sökningarna i CINAHL och AMED gjordes via EBSCOhost. Valet av databaser byggde på att dessa till stor del täcker ämnesområde inom medicin och hälsa och genom dessa är det möjligt att täcka in så mycket som möjligt av relevant vetenskaplig litteratur. De första sökningarna gjordes under februari och mars 2017. Det huvudsakliga arbetet med att söka systematiska litteraturöversikter och utveckla sökstrategin gjordes under juni 2017 och uppdaterades och kompletterades under mars 2020.

Sökningen inleddes med att en bibliotekarie kontaktades på Medicinska fakultetens bibliotek på HSC vid Lunds Universitet, för att få hjälp med att utveckla sökningsstrategin. Sökningen inleddes med en granskning av Medical Subject Headings (MeSH) ”Translational medical research” för att se vilka synonymer som fanns. Detsamma gjordes för ”Evidence- Based Practice” och ”Physical Therapy Modalities”. Utifrån dessa valdes sedan fritextsökningssord som kunde användas i samtliga databaser.

I början användes MeSH termerna vid sökning i PubMed men senare övergick sökningen till fritextsökning i samtliga databaser för att kunna göra sökningarna så lika som möjligt. Fritextsökningarna gjordes först med följande ord: ”*translating knowledge*”, ”*knowledge translation*”, ”*evidence based*”, ”*evidence into practice*”, ”*physiotherapy*”, ”*physiotherapist*”, ”*physical therapist*” och ”*physiother**”. Vid fritextsökningar användes även termen ”*systematic review*”. Även filtret ”review” användes i PubMed om inte ”*systematic review*” användes som fritext. Sökningarna begränsades också så att det bara omfattade publikationer de 15 senaste åren då detta var en av inklusionskriterierna. Då för få systematiska litteraturöversikter fanns inom fysioterapi, utökades området till att innefatta hälsovetenskaper och termen ”*Allied health*” inkluderades.

Genom att kombinera de utvalda fritextorden kunde systematiska litteraturöversikter inkluderas i arbetet (tabell 1). Vid sökningarna som gjordes via EBSCOhost, AMED och CINAHL, användes samma kombination av fritextord. Sökningarna kunde på ett tillfredsställande sätt överföras mellan databaserna utan att sökningarna behövde anpassas. De fritextord som kombinerades i PubMed överfördes inte till AMED eller CINAHL då databaserna är uppbyggda på olika vis. Det gjordes försök i början att överföra sökningarna från PubMed till AMED och CINAHL men resultatet var inte tillfredsställande, sökningsresultaten var allt för irrelevanta för ändamålet och då träffarna översteg 2000 togs beslut om att inte överföra sökningarna från PubMed till AMED och CINAHL. Referenslistor granskades, manuell sökning (figur 1), men inga systematiska litteraturöversikter inkluderades efter manuell sökning.

Vid databassökningarna som gjordes under juni 2017 så användes filtrering av träffarna (tabell 1) och valdes för att artiklarna skulle uppfylla inklusionskriterierna. Vid databassökningarna som gjordes i mars 2020 användes filtrering (tabell 1) för att även de skulle uppfylla inklusionskriterierna. Vid databassökningen som gjordes under mars 2020 kontrollerades de sökningarna som gjordes i juni 2017 så att de artiklar som valts ut då fortfarande var tillgängliga och resultatet av sökningarna blev det samma under mars 2020.

3.2.1 Inklusionskriterier

Systematiska litteraturöversikter (eng. systematic review) skall:

- 1) vara skrivna på engelska,
- 2) publicerade i vetenskapliga tidskrifter under de senaste 15 åren,
- 3) finnas tillgängliga i fulltext
- 4) innehålla interventioner som främjar KT och/eller EBP och/eller faktorer som främjar användandet av KT/ EBP och/eller effekt(er) av överföring mellan teoretisk kunskap och klinisk tillämpning inom fysioterapi/hälsovetenskaper
- 5) hög eller medelhög metodologisk kvalitet (21) enligt A Measurement Tool to Assess systematic Reviews (AMSTAR) (19,20).

Tabell 1. Sökmatrix som visar tillvägagångssätt vid datainsamlingen

Databas (sökdatum)	Sökordskombination	Filter	Träffar	Inkluderade
AMED (21 juni 2017)	Title <i>translating knowledge</i> OR Abstract <i>knowledge translation</i> AND Select a Field (optional) <i>physiotherapy</i>	published date: January 2002 – June 2017	9	1
CINAHL (21 juni 2017)	Title <i>translating knowledge</i> OR Abstract <i>knowledge translation</i> AND Select a Field (optional) <i>physiotherapy</i>	published date: January 2002 – June 2017	146	0
PubMed (21 juni 2017)	Title/Abstract <i>Physiother*</i> OR Title/Abstract <i>Allied health</i> AND Title/Abstract <i>evidence into practice</i>	Review, publication date: 010102-210617	342	1
CINAHL (21 juni 2017)	Title <i>Physiother*</i> AND Title <i>Systematic review</i> AND Abstract <i>Evidence based</i>	published date: January 2002 – June 2017	31	1
AMED (21 juni 2017)	Title <i>Physiother*</i> AND Title <i>Systematic review</i> AND Abstract <i>Evidence based</i>	published date: January 2002 – June 2017	13	0
CINAHL (21 juni 2017)	Title <i>Knowledge translation</i> AND Abstract <i>knowledge translation</i> AND Title <i>physiotherapy</i> OR Abstract <i>physiotherapist</i> AND Abstract <i>systematic review</i>	Published date: January 2002 – June 2017	87	1
AMED (21 juni 2017)	Title <i>Knowledge translation</i> AND Abstract <i>knowledge translation</i> AND Title <i>physiotherapy</i> OR Abstract <i>physiotherapist</i> AND Abstract <i>systematic review</i>	published date: January 2002 – June 2017	64	0
PubMed (22 juni 2017)	Title/Abstract <i>Knowledge translation</i> AND Title/Abstract <i>physical therapist</i> AND Title/Abstract <i>systematic review</i>	publication date: 010102-220617	3	1
PubMed (20 mars 2020)	Title/Abstract <i>Evidence based</i> AND Title/Abstract <i>Allied health</i> AND Title/Abstract <i>systematic review</i>	publication date: 010105-200320	181	1
PubMed (20 mars 2020)	Title/Abstract <i>Physical therapists</i> AND Title/Abstract <i>Evidence based</i> AND Title/Abstract <i>systematic review</i>	publication date: 010105-200320	16	1
CINAHL (21 mars 2020)	Title <i>Evidence into practice</i> OR Abstract <i>Evidence into practice</i> AND Title <i>Allied health</i> AND Title <i>systematic review</i>	published date: January 2005 – June 2020	727	0
AMED (21 mars 2020)	Title <i>Evidence into practice</i> OR Abstract <i>Evidence into practice</i> AND Title <i>Allied health</i> AND Title <i>systematic review</i>	published date: January 2005 – June 2020	17	0

3.3 Urvalsprocess

Totalt resulterade sökningarna i valda databaser i 1636 sökträffar (tabell 1). Utav dessa kom 103 sökträffar från AMED, 991 från CINAHL och 542 från PubMed.

Vid samtliga sökningar som gjordes i databaserna genomarbetades hela träfflistan (figur 1). Varje sökträff granskades manuellt för att se om titeln på träffen kunde anses vara relevant, det innebar att titeln indikerade att sökträffen var en systematisk litteraturöversikt och kunde tänkas uppfyllde inklusionskriterierna. Dubletter exkluderades och då återstod 1606 sökträffar och av dessa exkluderades 1551 sökträffar då de inte uppfyllde inklusionskriterierna (ej systematisk litteraturöversikt n=1508 ej engelska n=43). Då återstod 55 sökträffar och av dessa exkluderades 34 stycken då de inte uppfyllde inklusionskriterierna (ej fulltext n=20 ej fysioterapi/hälsovetenskaper n=14) Därefter togs beslut om att granska 21 abstract och utav dem exkluderades 9 för att det inte enbart riktade sig mot fysioterapi/hälsovetenskaper. Då återstod 12 systematiska litteraturöversikter som lästes i fulltext och av dessa exkluderades 5 då de inte uppfyllde inklusionskriteriet att innehålla interventioner som främjar KT och/eller EBP och/eller faktorer som främjar användandet av KT/ EBP och/eller effekt(er) av överföring mellan teoretisk kunskap och klinisk tillämpning inom fysioterapi/hälsovetenskaper. De sju systematiska litteraturöversikterna som återstod kvalitetsgranskades med AMSTAR (19,20) och samtliga uppfyllde inklusionskriteriet om hög eller medelhög metodologisk kvalitet. Från AMED inkluderades en systematisk litteraturöversikt och från CINAHL två och PubMed fyra (tabell 1).

3.4 Kvalitetsgranskning

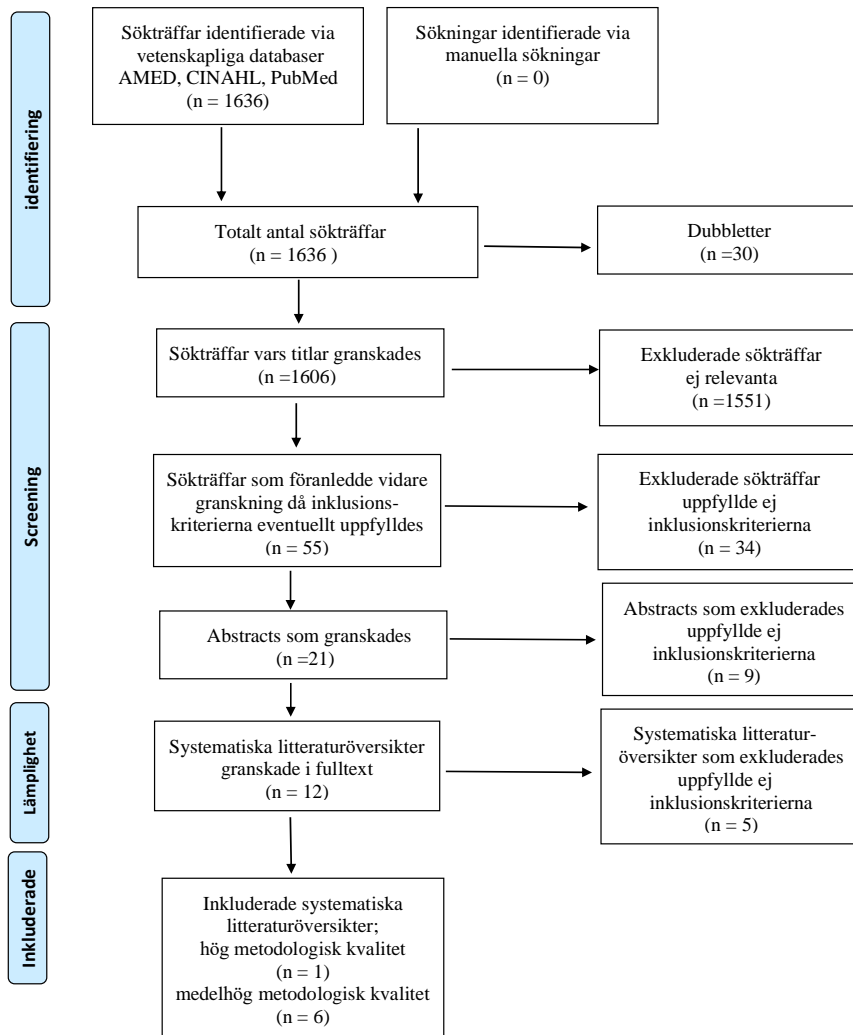
För att bedöma kvaliteten på de utvalda systematiska litteraturöversikterna användes AMSTAR (19,20). Då de första fem inkluderade systematiska litteraturöversikterna granskades under juni 2017 användes den då tillgängliga versionen av granskningsmallen. Det är fortfarande den versionen som finns tillgänglig för nedladdning hos Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (22) och användes för de två systematiska litteraturöversikter som inkluderades under mars 2020. Versionen som SBU tillhandahåller är en svensk översättning av den ursprungliga engelska versionen (bilaga 1).

AMSTAR (19,20) är uppbyggt kring 11 kriterier i punktform som är koncisa bedömningsgrunder som den systematiska litteraturöversikten kan uppfylla (tabell 2). Varje kriterium kan ge ett poäng om det specifika kriteriet är uppfyllt och noll poäng om kriteriet inte är uppfyllt, det uppstår en osäkerhet kring om kriteriet har mötts eller om kriterierna inte går att applicera på den systematiska litteraturöversikten. Därefter beräknas summan som utgör grunden till vilken kvalitetsnivå som den systematiska litteraturöversikten har.

Det finns tre kvalitetsnivåer som en systematisk litteraturöversikt kan nå med AMSTAR:s granskningsmall; hög metodologisk kvalitet; 8–10 poäng, medelhög metodologisk kvalitet; 4–7 poäng och låg metodologisk kvalitet; 0–3 poäng (21). Resultatet av kvalitetsgranskningen och vilka AMSTAR-kriterier som de sju inkluderade systematiska litteraturöversikterna uppfyllde redogörs för i tabell 2. En av de inkluderade systematiska översikterna (27) uppnådde hög metodologisk kvalitet med resterande sex uppnådde medelhög metodologisk kvalitet.

När de sju inkluderade systematiska litteraturöversikterna hade granskats med AMSTAR (19,20) så gjordes ytterligare en genomgång med hjälp av de sex steg SBU har till hjälp för att avgöra om risken för snedvridning/systematiska fel är hög eller låg och således användbarheten (22) (bilaga 2). SBU:s steg bygger på AMSTAR:s kriterier. Sex av de sju

utvalda systematiska litteraturöversikterna uppnådde det femte steget där det konstateras att ”slutsatserna behöver sättas i relation till underlaget”. Den systematiska litteraturöversikten som uppnådde hög metodologisk kvalitet uppnådde det sjätte steget i SBU:s granskning och fick då bedömningen ”översikten kan användas” (22) (tabell 3).



Figur 1. Flödesschema över urvalsprocessen enligt PRISMA Statement.

3.5 Etiska ställningstaganden

Grundläggande vetenskapligt förhållningssätt i förhållande till urval och presentation av resultatet har beaktats. Det innebär i stort att arbetet har präglats av öppenhet, kritisk granskning och analytiskt tänkande i behandling av inkluderat material (23). Utöver detta har inga särskilda etiska överväganden vidtagits då etiskt tillstånd inte erfordras för litteraturstudier.

Tabell 2. Resultat av kvalitetsgranskning med AMSTAR

Systematiska litteraturöversikter	AMSTAR- kriterium											Totalt
	1. Förutbestämd metod för genomförandet	2. Studiens urval	3. Sökningens omfattning	4 Inklusions- och exklusions- kriterier	5. Förteckningar över studier	6. Redovisning av studiernas karaktäristik	7. Granskning av vetenskaplig kvalitet	8. Hänsyn till vetenskaplig kvalitet	9. Metod för sammanvägning av resultat	10. Sannolikhet för publikations- bias	11. Intresse- konflikter	
Menon A et al. (24)	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	7
Lizarondo L et al. (25)	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	5
Dizon JM et al. (26)	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	6
Scott SD et al. (27)	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	8
Scurlock-Evans L et al. (28)	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	7
da Silva TM et al. (29)	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	6
Jones CA et al. (30)	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	7

AMSTAR (19,20) användes för att bedöma den metodologiska kvaliteten 0–3 poäng låg metodologisk kvalitet, 4–7 poäng medelhög samt 8–11 poäng hög metodologisk kvalitet.

Tabell 3. Resultat av kvalitetsgranskningen med stöd av SBU

Författare och år (referensnr)	SBU-gradering*
Menon A et al. 2009 (24)	Steg 5
Lizarondo L et al. 2011 (25)	Steg 5
Dizon JM et al. 2012 (26)	Steg 5
Scott SD et al. 2012 (27)	Steg 6
Scurlock-Evans L et al. 2014 (28)	Steg 5
da Silva TM et al. 2015 (29)	Steg 5
Jones CA et al. 2015 (30)	Steg 5

* SBU (22) användes för att bedöma den metodologiska kvaliteten och den systematiska litteraturöversiktens användbarhet; graderas från 1 – 6, där steg 6 är det högsta vilket innebär att låg risk för snedvridning/systematiska fel föreligger.

4. Resultat

Underlaget till denna litteraturstudie består av sju systematiska litteraturöversikter (tabell 4). Interventioner som har tillämpats för att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpning har undersökts och kartlagts. Vidare har resultatet av genomförda interventioner undersökts för att se hur de påverkade det kliniska arbetet efter att interventioner tillämpats. Således har följsamhet till interventionerna belysts genom resultatet av interventionerna. För att vidare undersöka interventionerna analyseras faktorer, understödjare/barriärer, som möjliggör eller hindrar interventionerna att verka för en överföring mellan teoretisk kunskap till klinisk tillämpning.

4.1 Inkluderade systematiska litteraturöversikter med KT i fokus

Menon et al. (24) publicerade 2009 en systematisk litteraturöversikt skriven av författare verksamma i Kanada. Den systematiska litteraturöversikten inkluderade 12 studier från Australien, Storbritannien, Nederländerna, USA och Kanada. Studiepopulationen utgjordes av fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Det ingick fyra randomiserade kontroll studier, två hade hög metodologisk kvalitet och 2 hade låg metodologisk kvalitet. De övriga åtta studierna var observationsstudier, fem före och efterstudier och tre fallstudier. Observationsstudierna visade på låg till medelhög metodologisk kvalitet. Syftet med den systematiska litteraturöversikten var att undersöka vilken påvisbar effekt singel-/multiinterventioner har för KT i fråga om kunskap, attityder och praktiskt förfarande. Menon et al. (24) visade att det var främst ökad kompetens gällande förståelse för KT och praktiskt förfarande som hade ökat och då främst hur deltagarna i interventionerna såg på sin egen kunskap. Vidare visade Menon et al. (24) att tilltron till KT som process att förflytta teoretisk kunskap till praktiken ökade och även kompetens kring att praktiskt använda sig av teoretisk kunskap i praktiken.

Scott et al. (27) publicerade 2012 en systematisk litteraturöversikt skriven av 12 författare, 11 verksamma i Kanada och en i Australien. Den systematiska litteraturöversikten bestod av 32 studier från Tyskland, USA, Storbritannien, Spanien, Finland, Australien, Nederländerna och Kanada. Den systematiska litteraturöversikten bestod av 29 kvantitativa studier och 3 kvalitativa studier. Studiepopulationen utgjordes av yrkesgrupper verksamma inom hälsovetenskaper (allied health), fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logoped, dietister och farmaceuter. Sex av de kvantitativa studierna hade medelhög metodologisk kvalitet och 23 hade låg metodologisk kvalitet. De kvalitativa studierna var bedömda enligt en skala där 5 var högst och ju högre poäng studien fick desto bättre metodologisk kvalitet. En av studierna fick fem poäng, en två poäng och en ett poäng. Syftet med den systematiska litteraturöversikten var att på ett systematiskt vis fastställa och redogöra för effekter av interventioner som främjar KT, utvärdera interventionerna som har använts för att överföra forskningsresultat till klinisk användning för att förändra hälso- och sjukvården. Vidare ämnar Scott et al. (27) att beskriva hur interventionerna fungerar och vilka modifieringar som krävs för att anpassa dem till vald kontext. Scott et al. (27) kom fram till att de kunde identifiera flertalet KT-interventioner men där utbildningsmöte var den intervention som förekom i mest frekvent. Interventionerna hade främst inverkan på KT-kompetens och hur KT-processen utfördes, det vill säga hur väl interventionerna efterlevdes i praktiken. Det fanns även interventioner som kom patienterna tillgodo och påverkade verksamheten ur ett positivt ekonomiskt perspektiv.

Jones et al. (30) publicerade en systematisk litteraturöversikt 2015 av författare verksamma i Kanada. Den systematiska litteraturöversikten bestod utav 26 studier från Nederländerna, USA, Australien, Storbritannien, Kanada och Sverige. Det var 23 kvantitativa studier med svag metodologisk kvalitet och tre kvalitativa studier med medelhög metodologisk kvalitet

som ingick i den systematiska litteraturöversikten. Syftet med den systematiska litteraturöversikten var en lägeskontroll över hur KT användes i yrkesgrupper inom rehabilitering, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och logopedier. Jones et al. (30) ville vidare identifiera vilka metoder som använt för att undersöka KT-strategier och redogöra för i vilken utsträckning olika KT-interventioner är beskrivna. Jones et al. (30) kom fram till att det fanns en ökad medvetenhet om KT bland yrkesgrupper inom rehabilitering. Jones et al. (30) redogjorde vidare för att insikt kring barriärer som förändrar beteende är värdefull för vilken KT-intervention som kan vara bäst lämpad för vald kontext. De interventioner som var mest frekvent använda var utbildningsmöte i olika former. Det framkom även att mer passiva interventioner, där deltagaren endast mottog information, användes mer frekvent än aktiva där deltagarna var mer delaktiga i sin utbildningsprocess.

4.2 Inkluderade systematiska litteraturöversikter med EBP i fokus

Lizarondo et al. (25) publicerade 2011 en systematisk litteraturöversikt där författarna var verksamma i Australien. Den systematiska litteraturöversikten bestod av sex studier, tre med deltagare från USA, en med deltagare från Kanada och en med deltagare från Australien samt en studie med deltagare från Australien, Storbritannien och Taiwan. Studiepopulationen utgjordes av yrkesgrupper verksamma inom hälsovetenskaper (allied health), fysioterapeuter, arbetsterapeuter, socionomer/psykologer och dietister. Samtliga studier var korrelationsstudier med en responsvariabel och en oberoendevariabel, detta var ett kriterium för att studien skulle kunna inkluderas i den systematiska litteraturöversikten. Två studier hade en låg metodologisk kvalitet och fyra hamnade mellan låg och medelhög metodologisk kvalitet. Syftet med den systematiska litteraturöversikten var att utforska vilka individuella karaktärsdrag, inom yrkeskategorin hälsovetenskaper, som är avgörande för hur individer tar sig an kunskapsöverföring från teori till praktik. Lizarondo et al. (25) visade att faktorer som utbildningsnivå, vilka akademiska meriter individen hade samt om det fanns ett personligt engagemang i forskning/EBP-aktiviteter hade inverkan på hur individer tog sig an KT. Även vilken den individuella uppfattning, attityden och tron på arbetet med forskning och EBP hade betydelse för hur individer tog sig an KT.

Dizon et al. (26) publicerade 2012 en systematisk litteraturöversikt, skriven av författare verksamma i Australien, vilken utgörs av sex studier med experimentell design, vilket var ett krav för att kunna inkludera studierna. Studierna har genomförts i Australien, Storbritannien, USA och Hong Kong. Det ingick fyra randomiserade kontroll studier, poängen som en studie kunde få för sin metodologiska kvalitet låg mellan noll och 11 poäng. Två fick nio poäng, en fick åtta poäng och en fick sju poäng. De två före- och efter studierna kunde få upp till 12 poäng för sin metodologiska kvalitet och båda fick 11 poäng. Studiepopulationen utgjordes av yrkesgrupper verksamma inom hälsovetenskaper (allied health), fysioterapeuter, arbetsterapeuter, socionomer och annan hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet med den systematiska litteraturöversikten var att hitta, bedöma och sammanställa vilket stöd det finns för de effekter ett träningsprogram gällande EBP har när det kommer till att öka kunskap, kompetens, inställning och sättet att arbeta på. Dizon et al. (26) syfte var även att etablera ett underlag för den effektivitet som de olika komponenterna i EBP träningsprogram kan leda till. Dizon et al. (26) kom fram till att träningsprogram ledde till ökad kunskap och färdighet gällande förståelsen för EBP. Dock var det inte tydligt om den ökade kunskapen och förståelsen ledde till en ökad användning av EBP i praktiken. Vidare visade Dizon et al. (26) att attityden gällande EBP förbättrades när interventioner presenterades av personer som var väl insatta i EBP och själv använde sig av det kliniskt. Dizon et al. (26) framhöll även

betydelsen av att identifiera barriärer och andra faktorer som kan påverka utgången av interventioner som genomförs.

Scurlock-Evans et al. (28) publicerade 2014 en systematisk litteraturöversikt skriven av två författare verksamma i Storbritannien och en i Australien. Deras systematiska litteraturöversikt bestod av 32 studier med fysioterapeuter som studiepopulation och hade sitt ursprung i Storbritannien, USA, Australien, Kanada, Sverige och Belgien. Av de 32 studierna var det 27 som var kvantitativa, tre kvalitativa och två som använde sig av ett blandat tillvägagångssätt. Av de kvantitativa studierna hade nio svag metodologisk kvalitet, 15 medelhög metodologisk kvalitet och tre hade hög metodologisk kvalitet. Utav de tre kvalitativa studierna hade en svag-, en medel- och en hög metodologisk kvalitet. Den ena av studierna som hade blandat tillvägagångssätt hade medelhög metodologisk kvalitet enligt det kvantitativa kvalitetsverktyget och svag metodologisk kvalitet enligt det kvalitativa kvalitetsverktyget. Den andra studien med blandat tillvägagångssätt visade på svag metodologisk kvalitet enligt det kvantitativa kvalitetsverktyget och medelhög metodologisk kvalitet enligt det kvalitativa kvalitetsverktyget som användes i den systematiska litteraturöversikten. Den sammanvägda bedömningen gjord av Scurlock-Evans et al. (28) gällande studiernas metodologiska kvalitet visade på att studierna hade en medelhög metodologisk kvalitet. Syftet med den systematiska litteraturöversikten var att sammanställa forskningsresultat rörande barriärer, moderatorer och interventioner för EBP inom fysioterapi. Dessutom ämnade Scurlock-Evans et al. (28) identifiera metoder som förbättrar förutsättningarna för införlivning och implementering. Scurlock-Evans et al. (28) lyfte fram att interventioner som går att anpassa och förändra till vald kontext är de som enklast implementeras och införlivas. Interventionerna ska vara mer bundna till människor än datorer, det vill säga att interventioner som leds utav personer väl insatta i ämnet är oftast mer produktiva än de där deltagarna får ta till sig information på egen hand via datorer. Vidare beskriver Scurlock-Evans et al. (28) att organisatoriska förutsättningar som underlättar för fysioterapeuter att ta del av forskningsresultat och omsätta dem i kliniska sammanhang utgör en bra utgångspunkt för olika interventioner.

Da Silva et al. (29) publicerade 2015 en systematisk litteraturöversikt där tre av författarna var verksamma i Brasilien och en i Brasilien och Australien. Den systematiska litteraturöversikten bestod av 12 kvantitativa studier, samtliga tvärsnittsstudier då detta var en av inklusionskriterierna. Median poängen var tre gällande metodologisk kvalitet. Poängen som en studie kunde få låg mellan noll och sex poäng för sin metodologiska kvalitet. En studie fick två poäng, åtta studier fick tre poäng, två fick fyra poäng och en fick fem poäng. Studiepopulationen utgjordes av fysioterapeuter. Studierna hade genomförts i Tyskland, Sverige, Frankrike, Australien, Filippinerna, USA, Brasilien, Kanada och Nederländerna. Syftet med den systematiska litteraturöversikten var att beskriva rådande EBP-evidens gällande kunskap, förmåga, beteende, åsikter och barriärer hos fysioterapeuter. Da Silva et al. (29) visade att kunskap om hur individen ska använda sig av och praktiskt går till väga vid användningen av EBP utgör en grundförutsättning för att effektivt kunna leta efter aktuell forskning och sen använda sig av den forskning som är aktuell. Genom att öka förmåga och kunskap förändras beteendet kring att använda sig av EBP. Den främsta barriären som hindrade arbetet med EBP var avsaknad av tid för att leta efter forskningsresultat men även den organisatoriska miljön hade inverkan på hur individer tog sig an att på egen hand visa följsamhet till EBP som intervention.

Tabell 4. Beskrivning av inkluderade systematiska litteraturöversikter.

Författare, publikationsår (referensnr)	Publikationsår inkluderade originalstudier	Metodologisk kvalitet och studiedesign originalstudier	Syfte	Studiepopulation	Beskrivna interventioner	Effekter och Slutsatser
Menon A et al. 2009 (24)	1997–2008 (n=12)	<p>Hög kvalitet 2 RCT</p> <p>Låg kvalitet 2 RCT</p> <p>Låg/Medelhög kvalitet 5 före- efterstudier och 3 ej kontrollerade longitudinellstudie</p>	Undersöka vilken påvisbar effekt singel-/multiinterventioner har för KT i fråga om kunskap, attityder och praktiskt förfarande	Kliniker som arbetade inom rehabilitering (fysioterapeuter och arbetsterapeuter)	<p>Mångfacetterade interventioner bestående av interaktiva undervisnings seminarier/workshops</p> <p>Dessa innehöll undervisning från personer väl insatta i ämnet, tryckt undervisningsmaterial, diskussioner. Uppföljning i form av besök av undervisningsledaren eller via telefon- eller mailkontakt</p> <p>Interaktiva diskussioner</p> <p>Journal club</p>	För att förbättra kunskapen kring evidensbaserad praktik och skapa förändringar i det kliniska tillvägagångssättet över tid är det mest effektivt att använda sig av interaktiva multiinterventioner än interventioner som bara riktar in sig på en sak i taget.
Lizarondo L et al. 2011 (25)	2005–2010 (n=6)	<p>Låg kvalitet 2 korrelationsstudier</p> <p>Låg/Medelhög kvalitet 4 korrelationsstudier med låg-medel kvalitet</p>	Utforska vilka individuella karaktärsdrag, inom yrkeskategorin ”allied health”, som är avgörande för hur individer tar sig an kunskapsöverföring gällande att överföra kunskap från teori till praktik	”Allied health” Personer med speciell utbildning och legitimation för hälso- och sjukvårdsrelaterade arbetsuppgifter. (svensk definition enligt svensk MeSH) I denna systematiska litteraturöversikt ingick: Fysioterapeuter, arbetsterapeuter, socionomer/ psykologer, dietister	<p>Sociodemografiskafaktorer</p> <p>Utbildning</p> <p>Övertygelse och inställning</p> <p>Engagerad i forskning eller EBP aktiviteter</p> <p>profession utmärkande egenskaper/erfarenhet</p> <p>Kliniskmiljö/arbetsmiljö</p> <p>Informationssökning</p>	För att interventionerna ska ha en bestående inverkan i verksamheten är det viktigt att beakta utbildningsnivå, engagemang inom forskning eller EBP-aktiviteter. Även viktigt att ta hänsyn till klinikers uppfattning, inställning och övertygelse om forskningens betydelse då det visade sig vara avgörande faktorer för om kliniker kommer bruka EBP kontinuerligt

Dizon JM et al. 2012 (26)	2001–2010 (n=6)	2 RCT 9/11 i kvalitet 1 RCT 8/11 i kvalitet 1 RCT 7/11 i kvalitet 2 före- efterstudier 11/12 i kvalitet	1) Hitta, bedöma och sammanställa vilket stöd det finns för de effekter ett träningsprogram gällande EBP har när det kommer till att öka kunskap, kompetens, inställning och sättet att arbeta på 2) Etablera underlag för den effektivitet som de olika komponenterna i EBP- träningsprogram kan leda till	”Allied health” Personer med speciell utbildning och legitimation för hälso- och sjukvårdsrelaterade arbetsuppgifter. (svensk definition enligt svensk MeSH) I denna systematiska litteraturöversikt ingick: Fysioterapeuter, arbetsterapeuter, socionomer och annan hälso- sjukvårdspersonal	EBP-träningsprogram med fokus på: Formulera en klinisk fråga enligt PICO Utbildningsworkshop med inriktning på att identifiera barriärer och lösningar. Utbildningsprogram gällande teori och praktik av EBP i olika former	Genom att öka förståelse för EBP som teori och i hur processen fungerar förbättras inställningen till EBP som modell. Då är även sannolikheten större att EBP används kliniskt regelbundet
Scott SD et al. 2012 (27)	1997–2010 (n=32)	Medelhög kvalitet 3 RCT 1 kohortstudie 2 före-efterstudier Låg kvalitet 7 RCT 6 Tvärsnittsstudier 6 före-efterstudier 3 kohortstudier 1 Tidserieanalys 1 kvalitativstudie i grundteori 5/5 i kvalitet 1 kvalitativstudie i aktivmedverkan 2/5 i kvalitet 1 kvalitativstudie i utbildning 1/5 i kvalitet	1) På ett systematiskt vis fastställa och redogöra för studier från varje yrkesgrupp som har utrett effekten av interventioner som främjar KT 2) Utvärdera interventionerna som har använts för att överföra forskningsresultat till klinisk användning för att förändra hälso- och sjukvårdssystemet. 3) Beskriva hur interventionerna fungerade och vilka modifieringar som krävs för att anpassa dem till kontexten (För vem fungerar interventionen, under vilka omständigheter	”Allied health” Personer med speciell utbildning och legitimation för hälso- och sjukvårdsrelaterade arbetsuppgifter. (svensk definition enligt svensk MeSH) I denna systematiska litteraturöversikt ingick: Fysioterapeuter, arbetsterapeuter, logopedier, dietister och farmaceuter	Utbildningsseminarier Utdelning av utbildningsmaterial Platsbesök av ledande/kunniga personer inom KT Finansiella interventioner Uppföljningsbesök med fokus på kvalitetsgranskning och återkoppling (feedback). Lokala sakkunniga som utförde utbildningen.	Många av studierna visade på ett inkonsekvent resultat gällande att det skulle uppstå en bestående effekt av en enskild intervention som oftast utbildningsorienterade Effekten av interventionerna var tvetydig när det gällde vilken bestående effekt interventionerna resulterade i

			och hur det ska genomföras 4) Tillhandahålla strategier som kan vara användbara för att främja KT inom hälso-sjukvårdspersonal (allied health) samt för beslutsfattare på alla nivåer inom hälso- och sjukvården 5) Erbjud vägledning till de som forskar kring utvecklingen av KT i interprofessionella team inom hälso- och sjukvården			
Scurlock-Evans L et al. 2014 (28)	2001–2012 (n=32)	<p>Hög kvalitet 1 kohortstudie 2 NRS 1 kvalitativstudie i grundteori</p> <p>Medelhög kvalitet 11 tvärsnittsstudier 2 före-efterstudier 1 enkätundersökningsstudie 2 kvalitativa studier; intervjustudier</p> <p>Låg kvalitet 6 tvärsnittsstudier 3 enkätundersökningsstudier 1 kohortstudie</p> <p>medelhög/låg kvalitet 1 MMR; intervjustudie 1 MMR; före-efterstudie</p>	<p>1)Sammanställa forskningsresultat rörande barriärer, moderatorer och interventioner för EBP inom fysioterapi 2) Identifiera metoder för att förbättra förutsättningarna för införlivning och implementering</p>	Fysioterapeuter	<p>1)Intervention med psykosocialmålstyrning av en sakkunnig ledare. 2)En mångfacetterad intervention som använde sig av sakkunniga personer som fungerar som en länk mellan forskare och beslutsfattare 3) Ett projekt med utvärderande ansats som inkluderade en EBP-workshop. 4)Journal club 5)Presentationsbaserat initiativ som gick ut på att belysa lokala exempel på EBP</p>	Genom att interventionerna 2, 4 och 5 genomfördes ökade effektiviteten i det kontinuerliga arbetet med att använda EBP kliniskt

da Silva TM et al. 2015 (29)	2003–2014 (n=12)	<p>Enkätundersökningsstudier 1 med 5/6 i kvalitet 1 med 4/6 i kvalitet 5 med 3/6 i kvalitet 1 med 2/6 i kvalitet</p> <p>Tvärsnittsstudier 1 med 4/6 i kvalitet 3 med 3/6 i kvalitet</p>	Beskriva rådande EBP evidens gällande kunskap, förmåga, beteende, åsikter och barriärer	Fysioterapeuter	<p>Erhöll information gällande användning av EBP</p> <p>Visades hur informationssökning och bearbetning av data gick till</p> <p>Fick uttrycka sina åsikter kring EBP som modell och hur användandet av EBP kliniskt fungerade</p> <p>Fick uttrycka vilka svårigheter de upplevde med att använda EBP</p>	<p>Det framkom att en majoritet av de som deltog i interventionerna visade förståelse för att forskningsresultat utgör en viktig del i det kliniska beslutsfattandet och bör användas kontinuerligt i klinik</p> <p>Avsaknad av tid, oförmåga att tolka statistiska resultat, inget stöd från arbetsgivare, brist på resurser, kollegor med negativ inställning till EBP samt oförmåga att dra generella slutsatser sågs alla som möjliga barriärer som kan hindra användandet av EBP kliniskt</p>
Jones CA et al. 2015 (30)	1999–2012 (n=26)	<p>Medelhög kvalitet 2 RCT 1 före-efterstudier</p> <p>Låg kvalitet 9 före-efterstudier 5 RCT 4 tvärsnittsstudier 1 ej kontrollerade longitudinellstudier 1 kvasiexperimentellstudie</p> <p>1 kvalitativstudie; teorigrundad med 5/5 i kvalitet</p> <p>1 kvalitativstudie; deltagarbaserad aktion med 2/5 i kvalitet</p> <p>1 kvalitativstudie; tematisk analys med 1/5 i kvalitet</p>	<p>1) Lägeskontroll av hur KT strategier används i yrkesgrupper inom rehabilitering</p> <p>2) Identifiera vilka metoder som använts för att undersöka KT strategier</p> <p>3) redogöra för i vilken utsträckning KT interventioner är beskrivna</p>	Yrkesgrupper inom rehabilitering (fysioterapi, arbetsterapi, logopedi)	<p>Utbildningsmöte, utbildningsmaterial samt uppföljningsbesök, med inriktning på kvalitetsgranskning och återkoppling (feedback)</p>	<p>Genom att öka kompetensen kring hur KT fungerar och hur viktig KT-processen är kan det leda till förbättrat beteendemönster gällande att använda KT kliniskt</p> <p>Ökat kliniskt användande kan leda till effekter i hela verksamheten allt från att patienter kan få ta del av nya behandlingsmetoder till ekonomiska effekter i organisationen</p>

KT, Knowledge translation; EBP, evidence-based practice; PICO, population/participant, intervention, comparison, outcome. RCT, randomiserad kontrollstudie. NRS, ej randomiserad kontrollstudie. MMR, mixed methods research.

4.3 Vilka interventioner användes för att främja överföring från teori till praktik

Samtliga sju systematiska litteraturöversikter beskrev att viljan att genomföra olika interventioner i utvalda kontexter grundade sig i en önskan om att främja KT och förbättra arbetet med att överföra teoretisk kunskap till klinisk användbarhet. En gemensam nämnare för nästan alla interventioner som lyftes fram i de sju systematiska litteraturöversikterna var att de ämnade öka kunskapen hos deltagarna gällande KT/EBP. Det lyftes fram att interventioner som ökade kunskapen både gällande KT och KT-processen även ökade benägenheten att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpbarhet. Detta skedde genom interaktiva diskussioner (24), utbildningsworkshops/seminarier (24,27) och utbildningsmöte (30). Det samma gällde för utbildning som var riktad mot EBP-processen. Även här utgjordes interventionerna av utbildningsprogram gällande teori och praktik inom EBP (26), utbildningsworkshops (26,28), utbildningsmöte (25). Genom att genomföra olika EBP-träningsprogram främjades användandet av EBP kliniskt och det gjorde att kunskapsöverföringen från teori till klinik blev mer frekvent förekommande (26). Som en del av utbildningsinterventionerna gjordes i några fall uppföljningsbesök för att se hur deltagarna använde sig av KT praktiskt (24,27,30).

En form av interventioner som beskrevs fokuserade på att använda sig av utbildare som var ledande/sakkunniga inom KT. Dels för att de skulle leda utbildningen men även för att sedan besöka den kliniska verksamheten och se hur teorin fungerade i praktiken för deltagarna (24,27). Interventioner gällande EBP lyftes fram där sakkunniga fungerade som en länk mellan forskare och beslutsfattare för att tydliggöra och möjliggöra överföringen mellan teori och praktik (28). Även interventioner som ämnade öka förståelsen för EBP som modell och förankrades i ett lokalt exempel visade sig underlätta förståelsen och göra det lättare för deltagarna att applicera och omsätta EBP-stegen praktiskt på egen hand (28).

Det framgick att det fanns interventioner som var utformade något enklare som utdelning av utbildningsmaterial (24,27,29,30), Journal Clubs (24,28) eller kurser i informationssökning (25,29) som kunde fungera som en grund och början i arbetet med KT. I arbetet med EBP så användes även interventioner där deltagarna satt tillsammans och försökte identifiera barriärer och lösningar på hur EBP skulle användas i klinik (26,28). I en av de sju systematiska litteraturöversikterna framkom det att det kunde finnas finansiella interventioner (27) vilket innebar att det fanns ekonomiska incitament för att främja processen med att använda forskningsresultat i det kliniska arbetet.

4.4 Vilka resultat av interventionerna kunde ses i de kontexter de verkade i

Resultatet av interventionerna skiljde sig åt i de sju systematiska litteraturöversikterna men gemensamt för deras resultat var att genomförda interventioner visade sig utgöra en stor och grundläggande del i processen att överföra teoretisk kunskap till klinisk användbarhet. I två fall var slutsatsen att efter genomförda utbildningsinterventioner med sakkunniga utbildningsledare, utbildningsmaterial och uppföljning med platsbesök att resultatet främst rörde en förbättrad kompetensutveckling och förändrad klinisk utförandeprocessen efter tillämpad intervention. Då det kliniska arbetet förbättrades resulterade det även i att den ökade kunskapen kom patienterna tillgodo (27,30). Efter att ha deltagit i en mångfacetterad utbildning med interaktiv undervisning bestående av studiematerial, diskussioner och uppföljning visade resultaten på en självupplevd kompetensutveckling som deltagarna av interventionen upplevde gällande att överföra teoretisk kunskap till klinik både ur ett praktiskt och teoretiskt perspektiv (24). Resultatet av de interventioner som följdes upp med platsbesök av personer med specialkompetens inom KT eller någon form av kvalitetsgranskning/återkoppling (feedback), visade att arbetet med att överföra teoretisk kunskap till klinik

fortsatte vara en levande process hos de som tagit del av interventioner om de visste att interventionen skulle följas upp (27,30).

Det framgick även av resultaten i de sju litteraturöversikterna att utbildningsprogram, träningsprogram och utbildningsworkshops som ökade tilltro till EBP som handlingsprocess (26,28) och fördjupade kunskapen om vilka verktyg som kunde användas i EBP-processen (28) främjade det kliniska arbetet. Tilltron ökade genom att det skedde en generell kompetensutveckling som ökade självförtroendet vilket gjorde att arbetet med EBP skedde kontinuerligt (26). Även en intervention som var något enklare utformad, kurser i informationssökning, gjorde att arbetet med informationssökning skedde mer kontinuerligt i det kliniska arbetet vilket i sin tur resulterade i att EBP kom att användas mer dagligen i klinik (28,29). Genom interventioner som förbättrade kunskapen och höjd kompetensen i hur arbetet med EBP fungerade förändrades attityden och inställningen gällande EBP som arbetsmetod. Det gjorde att övertygelsen om arbetsprocessens användbarhet gällande att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpning ökade liksom viljan att ompröva rådande praxis (25,28).

En systematisk litteraturöversikt undersökte om det fanns någon skillnad i resultatet efter genomförda interventioner om de gjordes som en enskild insats eller om de kombinerades på olika sätt så att interventionen blev mer mångfacetterad. Samtidigt undersöktes om det hade någon betydelse om interventionen var passivt (deltagarna mottog information) eller aktivt (deltagarna var aktiva i kunskapsprocessen) inriktad (24). Menon et al. (24) kom fram till att det var mer effektivt, i fråga om ökad evidensbaserad kunskaps användning och att förändra det kliniska tillvägagångsättet, om flera interventioner gjordes samtidigt än enstaka eller passiva interventioner. Det framgick dock inte hur många interventioner som borde göras samtidigt för att det skulle vara mest effektivt. Även Scott et al. (27) uttryckte att flera av studierna de tittade på visade inkonsekventa resultat gällande om en enskild intervention kunde leda till förändrat beteende gällande att överföra teoretisk kunskap till klinisk användning.

4.5 Vilka faktorer identifierades som understödjare/barriärer

Det undersöktes i de sju systematiska litteraturöversikterna om det fanns faktorer kring arbetet med att främja KT som antingen underlättade eller försvårade processen att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpning. I de systematiska litteraturöversikterna beskrevs det som att genom identifikation och att lyfta fram dessa faktorer är förhoppningen att kunna underlätta följsamheten till de KT främjande interventionerna. Det framgick att det fanns faktorer som kunde fungera både som understödjare och barriärer till arbetet med KT. Det beskrevs vidare att det var av vikt att identifiera vilka dessa faktorer var i den egna kontexten då de kunde skilja sig åt från verksamhet till verksamhet. Det lyftes fram att genom identifiering av de faktorer som påverkade kontexten eller individer gjorde det möjligt att anpassa faktorerna så att de kändes attraktiva för användaren vilket gör att de kommer bli de bästa understödjarna (25,28). Några av faktorerna som exemplifierades var tillgång till resurser, tid avsatt till arbete med KT, kunskap om hur KT fungerar och vem som ansvarade för arbetet med KT.

Det framgick att det kunde rörda sig om faktorer på en övergripande organisatorisk nivå. En identifierad organisatorisk faktor var om det fanns eller saknades en policy kring användandet av EBP på arbetsplatsen (29) Fanns det en policy fungerade den som en understödjare men avsaknaden av en policy blev till en barriär i arbetet med att överföra kunskap från teori till praktik. Det samma gällde stöd från arbetsgivaren i frågor som handlade om att överföra teoretisk kunskap till klinik (29), upplevdes som en barriär om det saknades men som en

understödjare om det fanns ett stöd från arbetsgivaren. Det upplevdes som institutionella barriärer som försvårade kunskapsöverföringsarbetet om det inte fanns ett organisatoriskt stöd för arbetet med KT (30). Det lyftes fram att följande faktorer upplevdes som barriärer avsaknaden av tillgång till forskningresultat på arbetsplatsen (28,29), för lite resurser fanns att tillgå gällande arbetet med EBP (26), att det inte fanns tillräckligt med tid avsatt för arbetet med EBP (29) eller om arbetskollegorna var negativt inställda till KT (29) vilket försvårade arbetet med att överföra teoretisk kunskap till klinisk användbarhet. När det kom till mer personliga upplevelser som inställning kunde den likaså vara både en understödjare och en barriär till arbetet med EBP (25). Det vill säga att användandet av KT i det kliniska arbetet ökade med en positiv inställning och med en mer negativ inställningen uppstod en motvillighet till förändring i arbetet med KT kliniskt (26,30).

Kunskap var en faktor som identifierades i sex av de sju systematiska litteraturoversikterna. Det var den faktor som utmärkte sig allra tydligaste som potentiell understödjare eller barriär. När det fanns kunskap gällande KT/EBP fungerade det som en understödjare och vid avsaknad av kunskap så blev det en barriär (24,25,26,27,29,30). Det framhölls även att det var viktigt att kunskap inte blev den enda understödjaren i arbetet med att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpning utan behövde kompletteras för att lyfta interventionernas efterlevnads kapacitet. Scott et al. (27) uttryckte det som att det inte är tillräckligt att enbart öka kunskapen om KT utan kunskapen måste främjas praktiskt så att arbetet med att överföra teoretisk kunskap till klink fungerar som ett starkt fundament och leder till bestående effekter i det kliniska arbetet.

5. Diskussion

5.1 Material- och metoddiskussion

Litteraturstudie är en lämplig metod för att sammanställa vetenskaplig litteratur när intentionen är att kartlägga ett specifikt område (23). För att besvara syftet och de frågor som arbetet bygger på behövdes en metod som kunde sammanställa forskningsresultat på ett systematiskt sätt, vilket gjorde att litteraturstudie valdes som metod för arbetet. Omfattningen på en litteraturstudie kan variera, en mer omfattande kallas för översikt. Hur systematiskt en översikt är genomförd är varierande, ju mer systematisk den är desto större vetenskaplig tyngd får resultatet. Det finns i huvudsak fyra olika sorters översikter, den systematiska litteraturoversikten (eng. systematic review), metaanalysen och den icke-systematiska översikten (eng. scoping review) (23). Detta arbete bygger på systematiska litteraturoversikter vilka eftersträvar att eftersöka, granska och sammanställa all väsentlig litteratur. En väl utformad arbetsgång höjer således kvaliteten och ökar resultatens tillförlitlighet (23). Det finns tydliga tillvägagångssätt som ska efterföljas för att en översikt ska kunna klassas som en systematisk översikt. Både PRISMA (18) och SBU (31) har ramar för hur en översikt skall vara konstruerad och uppbyggd för att klassas som en systematisk översikt.

I detta arbetet har främst PRISMA guidelines används som resurs vid arbetet med de systematiska litteraturoversikterna, även SBU har parallellt konsulterats då oklarheter har uppstått. Styrkan i att använda sig av systematiska litteraturoversikter är således att deras underlag och analys är av omfattande natur. Systematiska litteraturoversikter utgör en väldigt viktig del i evidensbaserad hälso- och sjukvård. Vilket i sin tur handlar om att hälso- och sjukvården ska vara baserad på bästa möjliga kunskap. Själva arbetssättet med systematiska litteraturoversikter innebär att kunskapen som inhämtas sammanställs systematiskt, kvalitetsgranskas, tolkas, värderas och tillämpas (23). Då detta arbetssätt sammanfaller med

en del utav kärnan i detta arbete kändes det motiverat att använda sig av systematiska litteraturöversikter för att kartlägga och undersöka syfte och frågeställningar.

Den främsta svagheten i detta arbete är att det endast bygger på sju systematiska litteraturöversikter. En av dem hade en hög metodologisk kvalitet och sex stycken hade medelhög metodologisk kvalitet. Detta fastställdes med hjälp av AMSTAR (19,20). Arbetet med att fastställa den metodologiska kvalitén var omfattande. Detta då det krävdes en mycket noggrann genomgång av samtliga systematiska litteraturöversikter. Även om både AMSTAR (19,20) och SBU (22) användes var detta en av de svåraste delarna i arbetet. Att granska de systematiska litteraturöversikterna på ett så noggrant och adekvat sätt som möjligt. Det fanns en metodologisk svaghet i artiklarna som granskades i respektive systematisk litteraturöversikt, detta tillsammans med att studierna i artiklarna alla var utförda på olika sätt gjorde det svårt med generella slutsatser. Det i sin tur försvårade sammanställningen av syfte och frågeställningar i detta arbete. Dessutom är det så att trots att systematiska litteraturöversikter i sig placeras högt i evidenshierarkin, då de ämnar sammanställa resultat från samtliga originalstudier inom ett ämne (23), så blir det i detta arbete en tolkning av tolkningar. Det vill säga att författarna till de respektive systematiska litteraturöversikterna har sammanvägt och tolkat resultatet som författarna av originalstudierna presenterat och därefter dragit sina slutsatser. I detta arbete bygger således tolkningar och slutsatser på andras tolkningar och slutsatser vilket leder till att slutsatserna i detta arbete blir betydligt svagare. Det måste tas med i beaktan att resultat och tolkningar i detta arbete hade kunnat vara annorlunda från vad de är nu om tolkningarna och slutsatserna av originalstudierna varit annorlunda. Det leder till att slutsatserna i detta arbetet inte blir lika solida som de hade kunnat vara om de hade grundat sig direkt på originalstudierna.

Sökstrategin omfattade en bred sökning för att fånga upp mycket av den för syftet och frågeställningarna relevanta litteraturen. Därav även valet av tidsavgränsningen på 15 år. Forskningen inom KT har utvecklats mycket under de senaste 15 åren och därför ansågs relevant litteratur finnas under detta tidsspann. Hade en längre tidsavgränsning använts ansågs det föreligga en hög risk att många irrelevanta träffar skulle förekomma. Valet av databaserna gjordes utifrån förväntningarna om att de skulle kunna täcka ämnesområde inom medicin och hälsa. Genom valda databaser ansågs det möjligt att täcka in så mycket som möjligt av relevant vetenskaplig litteratur. PubMed har en bred täckning inom hälso- och medicinområdet och CINAHL är en databas som omfattar artiklar gällande omvårdnad, fysioterapi, arbetsterapi etcetera. AMED innehåller artiklar om komplementär medicin, fysioterapi, arbetsterapi, palliativ omvårdnad, tal-och språkterapi etcetera (31).

Att databaserna är uppbyggda på olika sätt var en anledning till att sökningarna gjordes med fritextord. Det gjordes försök att överföra sökstrategin som användes i PubMed till AMED och CINAHL. Då databaserna är uppbyggda på olika sätt gav det för många irrelevanta träffar och beslut togs om att sökningar i AMED och CINAHL skulle göras på samma vis då dessa användes genom EBSCOhost och sökningar i PubMed gjordes med en separat uppbyggnad. Det är en svaghet att inte samtliga sökningar gjordes på exakt samma sätt. Hade inte tiden för arbetet varit begränsad vore det önskvärt om sökningarna i samtliga databaserna hade gjorts exakt lika dant för att minska risken att relevanta sökträffar förbisågs.

En nackdel med att göra en bred sökning är att den kan ge många irrelevanta träffar. Det var även så i detta fallet och det var en nackdel då det genererade mycket material att gå igenom men samtidigt erbjöds en bred bild av valt ämnet vilket underlättade förståelsen och kartläggningen. Sökstrategin gjordes tillsammans med en bibliotekarie från Medicinska

fakultetens bibliotek på HSC vid Lunds Universitet, vilket underlättade valen och avgränsningarna av sökorden så att nyckelbegrepp kunde identifieras. Fritextord användes främst för att öka sökningens känslighet för att på så sätt generera fler sökträffar. Det visade sig vara en lämplig strategi då det var svårt att hitta systematiska litteraturöversikter som gick att inkludera i arbetet. Risken med att använda fritextord är att många irrelevanta sökträffar genereras. Så blev det vid några av de olika sökningarna.

Fritextorden kombinerades med de Booleska sökoperatorerna (23) "AND" för att kombinera sökorden med varandra och "OR" för att söka på angränsande begrepp. På det sättet ökades sökningarnas känslighet vilket var av betydelse då fler sökträffar genererades på detta sätt. Även genom att använda trunkering fanns en önskan om en bred sökning för att fånga så många relevanta sökträffar som möjligt. En svaghet med sökprocessen var att den gjordes vid tre olika tidpunkter med långt uppehåll mellan söktillfällena. En risk med att söka vid olika tidpunkter där mycket tid förflutit mellan tillfällena är att sökningarna inte görs med samma förutsättningar. Det kan vara individuella förutsättningar som förändrats eller att tillgången till sökmaterialet ser annorlunda ut. Det kan leda till att proceduren kring sökningarna inte blir exakt lika även om det eftersträvas. De första sökningarna i februari och mars 2017 utgjordes av mer generella sökningar och resulterade inte i att några systematiska litteraturöversikter inkluderades. Det var i juni 2017 som den slutgiltiga sökstrategin utformades och replikerades under mars 2020 för att säkerställa att det blev samma resultat av sökningarna. Det måste dock beaktas att det kan föreligga en risk att resultatet blivit annorlunda om det inte förflutit så långt tid mellan att arbetet påbörjades till att det slutfördes.

När det kommer till urvalsprocessen innebar valet av inklusionskriterier begränsningar samt att syfte och frågeställningar skulle kunna besvaras utav de systematiska litteraturöversikter som inkluderades. Urvalet är gjort efter dessa förutsättningar och abstracts och fulltextläsning har gjorts med dessa i beaktande. En begränsning i urvalet gäller språk, att endast systematiska litteraturöversikter skrivna på engelska inkluderades. Hade det funnits möjlighet, fler språk hade behärskats på akademisknivå, kunde fler systematiska litteraturöversikter eftersöks. Det föreligger även en svaghet i att på egenhand göra en litteraturgenomgång speciellt i urvalsprocessen och vid kvalitetsgranskningen. Om det finns fler som kan säkerställa att rätt urval görs efter uppsatta kriterier eller att kvalitetsgranskningen av inkluderat material blir korrekt utförd blir det en kvalitetsgranskning i sig. När det bara är en person som gör urvalen och granskar kvalitén finns det ingen som direkt under arbetets gång kan ifrågasätta vilka beslut som tagits. Vid systematiska litteraturöversikter tillexempel bör det alltid vara två oberoende skribenter som gör urval och kvalitetsgranskar oberoende av varandra för att säkerställa att så korrekta urval görs samt att kvalitetsgranskningen blir så felfri som möjligt.

Risken för systematiska fel i denna litteraturstudie kan föreligga i valet av sökord, hur de kombinerats samt hur inklusionskriterier konstruerats. Arbetet med detta har genomförts med försiktighet och noggrannhet, men då kunskapen i ämnet innan detta arbete var begränsad så finns det risk för att relevanta sökord inte har inkluderats, då kunskap om dess relevans har saknats. Granskningarna av de inkluderade systematiska litteraturöversikterna har visat att det föreligger en risk för systematiska fel i de artiklar som granskades i respektive systematisk litteraturöversikt. Det kan i sin tur leda till att systematiska fel förekommer i detta arbete.

5.2 Resultatdiskussion

Resultatet i denna litteraturstudie visade att det finns flertalet interventioner som används för att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpning. Det har dock varit svårt att kartlägga interventionerna systematiskt då de visade sig att interventionerna inte var tillräckligt lika. De vanligaste interventionerna som beskrivits har varit utbildningar i KT/EBP i olika former. De som lyftes fram något mer var utbildningsworkshops/seminarier, utbildningsmöte och utbildningsprogram. Dessa genomfördes med eller utan uppföljning/återkoppling i olika stor utsträckning. Det fanns även enklare interventioner så som utdelning av utbildningsmaterial, Journal Clubs och kurser i informationssökning. Dessa har resulterat i ökad kunskap i vad KT/EBP är och hur det kan tillämpas kliniskt för att förbättra kunskapsöverföringen mellan teori och praktik. När kunskapen om KT/EBP ökade så förbättrades insikten om vilken betydelse forskningsresultat har för det kliniska beslutsfattandet. Interventionerna resulterade även i en självupplevd kompetensutveckling tillsammans med en förändrad klinisk utförande-process. Det gjorde att fler började använda sig av KT, EBP och informationssökning kontinuerligt i det kliniska arbetet. Vidare framkom det att det finns faktorer som kan fungera både som understödjare och barriärer för arbetet med att överföra teoretisk kunskap till klinik. Det lyftes fram att om det fanns en policy angående arbetet med KT/EBP så var det en understödjare men avsaknaden av en policy blev en barriär. Detsamma gällde för om det fanns eller saknades stöd från arbetsgivaren i frågan om KT/EBP. Faktorer som nämndes som barriärer var avsaknad av tillgång till forskningsresultat, inte tillräckligt med resurser, avsaknad av tid och om kollegorna hade en negativ inställning till KT/EBP. Den faktor som sex av sju systematiska litteraturöversikter lyfte fram var kunskap. Det var en faktor som visade att vid närvaro av kunskap var det en understödjare och vid avsaknad av kunskap var det en barriär.

Resultatet i litteraturstudien vilar på systematiska litteraturöversikter där sex hade medelhög metodologisk kvalitet och en hade hög metodologisk kvalitet. Emellertid är det viktigt att belysa att originalstudierna i de systematiska litteraturöversikterna överlag hade låg eller medelhög metodologisk kvalitet och resultatet skall ses i ljuset av detta. Resultatet är således för svagt för att ge stöd åt generella slutsatser och skall ses ur ett mer intresseväckande perspektiv gällande knowledge translation och dess verkan.

Det framgick att det pågår ett arbete med att främja KT på flera nivåer i hälso-och sjukvården. Det har funnits en efterfrågan på interaktiva processer som gör det möjligt för teoretisk kunskap att bli klinisk användbar (3). Det framgår tydligt när det kommer till de interventioner som presenterats i de inkluderade systematiska litteraturöversikterna att det är precis det som interventionerna som undersökt syftar till. Interventionerna ämnar underlätta och förbättra arbetet med KT. CIHR framhåller att KT-processen sker i ett komplext socialt system där många intressenter interagerar (2). Genom att initialt skapa en stark gemensam grund för vad KT är och hur KT-processen fungerar visade sig vara en bra början i arbetet med att överföra teoretisk kunskap till klinisk tillämpning.

Interventionerna introducerades för att öka kunskapen hos deltagarna gällande arbete med KT i klinik. Det fanns flertalet exempel på hur själva interventionen för kunskapsförädlingen hos deltagarna gick till och även då det fanns gemensamma nämnare var inte interventionerna tillräckligt lika för att mer generella slutsatser kring dem skulle kunna dras. Initialt fanns det en tilltro till att det skulle finnas interventioner som använts och utvärderats. Att de skulle utgöra en mer homogen grupp av interventioner och utifrån dem skulle det gå att se vilka som använts mer och gett ett resultat med ökad överföring av teoretisk kunskap till klinisk tillämpning. Den enda interventionen som hade använts mer frekvent än andra var EBP-

modellen. Avsikten med EBP är att den ska vara behjälplig vid kliniskt beslutsfattande (13). Det är just en sådan trygghet i arbetet med KT som generellt saknas. En konkret modell eller handlingsplan för hur det på ett effektivt sätt ska gå till väga när teoretisk kunskap ska överföras till klinisk tillämpning.

Det var intressant att se att många olika vägar till kunskapsförädling hade provats i olika interventioner dock hade det varit önskarvärt för resultatet i detta arbete om en tydligare röd tråd hade kunnat finnas mellan hur de olika interventionerna var uppbyggda. Det framgår att kunskap utgör grunden för förståelse för KT och ökar även viljan att använda olika vägar för att förflytta teoretisk kunskap till praktisk tillämpning. Kunskap är således en grundförutsättning och kan skapa förutsättningar för att förändra inställning, attityd och beteende kring arbetet med KT. Bilden som växte fram var således att interventionerna behöver bygga på välbeprövad kunskap, ledas av någon som besitter hög kompetens i KT/EBP och gärna förankra interventionen lokalt i någon form. Interventionerna kan anpassas och vara mer eller mindre omfattande beroende på vilken kontext de ska användas i. Då kan interventionerna förhoppningsvis utgöra grunden för det hanteringssystem som efterfrågas (8) och kunna tillämpas på olika nivåer inom hälso-och sjukvården.

Genom att främja användandet av KT och bygga upp kunskapen kring KT-processen ytterligare kan det förhoppningsvis leda till att KT blir en naturlig del av det dagliga kliniska arbetet. Här kan användandet av det mer inarbetade EBP tillvägagångsättet visa vägen för hur andra interventioner behöver utformas för att öka förståelsen för dem och på så vis bli mer kliniskt användbara. Resultaten visade vidare att även om interventionerna inte utgjorde en homogen grupp så ämnade samtliga till att förbättra processen och förståelsen för KT ur olika perspektiv. Kunskap som drivande faktor var även i förhållande till utfall och användning av interventionerna i fokus. Här var det tydligt att individens synvinkel hade en central roll. Det gällde ökad kunskap om vilka verktyg som fanns att tillgå i arbetet med att överföra teoretisk kunskap till det kliniska arbetet. Ökad kunskap ledde till en ökad tilltro till KT som process (27) och ökad tro på den egna färdigheten (24) vilket främjade det kliniska arbetet med KT. När kunskapen och kompetensen ökade förändrades även attityden gentemot arbetsprocessen med KT. Det ledde till en ökad vilja att ompröva rådande praxis (28). Det är en viktig iakttagelse för att även om det har visat sig att fysioterapeuter generellt har en positiv inställning till EBP (15) så är det många som förblir ovilliga att förändra sitt kliniska arbetssätt (15,16).

Kan ökad kunskap leda till att fler är intresserade av att förändra sitt kliniska arbete så att KT/EBP blir en del utav det dagliga arbetet kan ett förändrat synsätt växa fram gällande kontinuerligt arbete med att överföra teoretisk kunskap till det kliniska arbetet. Detta är ett steg i riktningen mot att finna nya tillvägagångsätt då de mer traditionella strategierna inte lett till optimala resultat (4). Syftet med KT är att minska det gap som visat sig existera mellan teori och praktik (2). Det har saknats förståelse för vad forskningen kommit fram till eller hur den ska appliceras (8). När det sker en kompetensutveckling gällande KT så förbättrades förståelsen för vilken viktig del forskningsresultat utgör i det kliniska beslutsfattandet (29). Även ett förbättrat beteendemönster kring KT (29) och större effektivitet i arbetet med EBP (25,28) konstaterades. Det verkar tyda på en positivare helhetsbild av arbetet med KT och att det kan leda till positiva effekter både på organisatorisk nivå som att det kan komma patienter tillgodo.

Forskning kring att minska gapet mellan teori och praktik har handlat om att hitta konceptuella ramverk i förhoppningen om främjandet av användningen av KT-interventioner

(1). Ramverk tillsammans med strategier och interventioner är ju självklart en grundförutsättning för att KT-processen ska fungera. Dock är det viktigt att det är levande processer för att de ska fungera som understödjare och inte bli till barriärer (16). Det var något som framkom både direkt och indirekt i de systematiska litteraturöversikterna att det fanns faktorer kring KT-arbetet som antingen underlättade eller försvårade processen. Det som var mest tydligt gällande dessa faktorer var att de kunde fungera både som understödjare och barriär beroende på hur de användes eller framställdes. Det är en mycket viktig kännedom att ha i arbetet med KT. Det handlar om att göra så bra avvägningar som möjligt och använda de faktorer som kan främja KT i vald kontext. Kunskap lyftes återigen fram som en stark faktor som kunde vara både en understödjare eller barriär. Dock är det viktigt att kunskap inte blir den enda understödjaren. Den behöver kompletteras för att fungera som en stark bas som KT-processen kan byggas vidare på för att få till effekter som är bestående. För det är viktigt att se helheten för att på så vis identifiera vilka aktiviteter som kan ligga till grund för ett lärande hälso-och sjukvårdssystem (3).

6. Betydelse/klinisk relevans

Resultatet av detta arbetar visar på att det finns flertalet KT-interventioner som har undersökts. Dock är interventionerna svåra att kategorisera då de skiljer sig mycket åt i sin utformning. Kartläggningen av interventionerna tyder dock på att kunskap är den drivande faktorn. Kunskap om KT i sig och själva processen är grunden för att främja överförandet av teoretisk kunskap till klinisk användning. God organisering gällande var, när och hur kunskapen förmedlas framstod som en grundförutsättning för en lyckad KT-aktivitet. Det verkade som om interventionerna fick ett mer gynnsamt utfall om de byggde på välbeprövad kunskap, anfördes av någon som besitter hög kompetens inom KT/EBP och att interventionerna är förankrade lokalt på något sätt.

Vidare visade resultatet av detta arbete på behovet av ännu mer forskning gällande knowledge translation och hur interventioner kan främja arbetet med att överföra teoretisk kunskap till klinisk användning. Det behöver undersökas om det går att utveckla interventioner som utbildningsseminarier, workshops, uppföljningsprogram etcetera. Det skulle även vara intressant med en analys angående om kategorisering av KT-interventioner är möjlig. Kategorierna kan då troligen utgöra mer enhetliga och likformiga grupper av interventioner som kan utvärderas systematiskt. Därefter kan de förhoppningsvis vara underlag för mer specifika slutsatser.

7. Konklusion

Utifrån de sju inkluderade systematiska litteraturöversikterna är de övergripande slutsatserna i linje med tidigare forskning. Det finns flertalet utbildningsinterventioner, främst workshops/seminarier, utbildningsprogram etcetera som används för att fördjupa kunskapen inom KT/EBP för att främja överföring från teoretisk kunskap till klinisk tillämpning. Resultatet av interventionerna åskådliggör att interventioner som ökar kunskapen angående KT/EBP visar på förbättrad kompetensutveckling och förändrad klinisk utförandeprocess vilket ökar förståelsen för att det är viktigt att forskningsresultat utgör en självklar del av det kliniska beslutsfattandet. Faktorer som kunskap, policy, tid och resurser kopplade till KT kan fungera som barriärer eller understödjare beroende på kontext och utförande. Det finns ett stort behov av mer forskning gällande hur olika interventioner och understödjare kan främja knowledge translation inom fysioterapi/hälsvetenskaper.

Referenser

Artiklar som inkluderats i granskningen är markerade med *

1. Hudon A, Gervais MJ, Hunt M. The Contribution of Conceptual Frameworks to Knowledge Translation Interventions in Physical Therapy. *Physical Therapy* 2015;95(4):630–39.
2. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Strause SE, Tetroe J, Caswell W et al. Lost in knowledge translation: time for a map?. *JCEHP* 2006;26(1):13–24.
3. Califf MR, Robb AM, Bindman BA, Briggs PJ, Conway H P, Cunningham E F et al. Transforming Evidence Generation to Support Health and Health Care Decisions. *N Engl J Med* 2016;375(24):2395–2400.
4. Grimshaw MJ, Eccles PM, Lavis NJ, Hill JS, Squires EJ. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*. 2012;7(1):50–67.
5. Condon C, McGrane N, Mockler D, Stokes E. Ability of physiotherapists to undertake evidence-based practice steps: a scoping review. *Physiotherapy* 2016;102(1):10–19.
6. Zidarov D, Thomas A, Poissant L. Knowledge translation in physical therapy: from theory to practice. *Disabil Rehabil*. 2013;35(18):1571–77.
7. Canadian Institutes of Health Research. About Knowledge Translation. [Internet]. Ottawa. Government of Canada; 2016 [2016-07-28; citerad 2020-04-02]. Hämtad från: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html#ktap>
8. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in healthcare decision making. *J Clin Epidemiol* 2011;64(1):6-10.
9. Graham ID, Tetroe J, KT Theories Research Group. Some Theoretical Underpinnings of Knowledge Translation. *Acad Emerg Med*. 2007;14(11):936-41.
10. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72.
11. Leach MJ. Evidence-based practice: a framework for clinical practice and research design. *Int.J Nurs Pract*. 2006;12(5):248-51.
12. Olsen NR, Lygren H, Espenhaug B, Nortvedt MW, Bradley P, Bjordal JM. Evidence-based Practice Exposure and Physiotherapy Students' Behaviour during Clinical Placements: A Survey. *Physiother Res Int*. 2014;19(4):238-47.
13. Hoffman T, Bennett S, Del Mar C. Evidence-based practice across the health professions [Internet]. 3 ed. Chatswood Australia: Elsevier Australia; 2018. [citerad 2020-04-03]. Hämtad från: <https://books.google.se/books?id=yGclDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=sv#v=onepage&q&f=false>

14. World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Evidence based practice [Internet]. London: World Confederation for Physical Therapy; 2017 [uppdaterad 2020-02-19; citerad 2020-04-03]. Hämtad från: <https://www.wcpt.org/policy/ps-EBP>
15. Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlsson M, Ferland A, Hemingway RD et al. Evidence-based Practice: beliefs, attitudes, knowledge and behaviors of physical therapists. *Phys Ther.* 2003;83(9):786-805.
16. Prakash V, Hariohm K, Balaganapathy. Barriers in implementing evidence-informed health decisions in rural rehabilitation settings: a mixed methods pilot study. *J Evid Based Med.* 2014;7(3):178-84.
17. Kristensen HK, Ytterberg C, Jones DL, Lund H. Research-based evidence in stroke rehabilitation: an investigation of its implementation by physiotherapists and occupational therapists. *Disabil Rehabil.* 2016;38(26) :2564-74.
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Int.J.Surg.* 2010;8(5):336-41.
19. Sharif MO, Sharif-Janjua FN, Ali H, Ahmed F. Systematic reviews explained: AMSTAR-how to tell the good from the bad and the ugly. *Oral Health Dent Manage.* 2013;12(1):9-16.
20. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR:a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
21. Shea BJ, Bouter LM, Peterson J, Boers M, Andersson N, Ortiz Z, et al. External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). *PLoS ONE.* 2007;2(12):e1350.
22. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Granskningsmall för att översiktligt bedöma risken för snedvridning/systematiska fel hos systematiska översikter [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2017 [uppdaterad datum 2020-04-16; citerad 2020-04-17]. Hämtad från: https://www.sbu.se/globalassets/ebm/oversiktligt_bedoma_risken_snedvridning_systematiska_fel_systematiska_oversikter.pdf
23. Kristensson J. Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap. Stockholm: Natur & Kultur;2014
- 24*. Menon A, Korner-Bitensky N, Kastner M, McKibbin KA, Straus S. Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: A systematic review. *J Rehabil Med.* 2009;41(13):1024-32.
- 25*. Lizarondo L, Grimmer-Somers K, Kumar S. A systematic review of the individual determinants of research evidence use in allied health. *J Multidiscip Healthc.* 2011;4: 261-72.

- 26*. Dizon JM, Grimmer-Somers KA, Kumar S. Current evidence on evidence-based practice training in allied health: a systematic review of the literature. *Int J Evid Based Healthc.* 2012;10(4):347-60.
- 27*. Scott SD, Albrecht L, O'Leary K, Ball GD, Hartling L, Hofmeyer A et al. Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implement Sci.* 2012;7(1):70.
- 28*. Scurlock-Evans L, Upton P, Upton D. Evidence-Based Practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy.* 2014;100(3):208-19.
- 29*. da Silva TM, Costa L da C, Garcia AN, Costa LO. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Man Ther.* 2015;20(3):388–401.
- 30*. Jones CA, Roop SC, Pohar SL, Albrecht L, Scott SD. Translating Knowledge in Rehabilitation: Systematic Review. *Phys Ther.* 2015;95(4):663–77.
31. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten – En handbok. [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2017 [uppdaterad datum 2020–04–16; citerad 2020-04-30]. Hämtad från:
<https://www.sbu.se/contentassets/d12fd955318f4feab3709d7ebcc9a72b/sbushandbok.pdf>

Bilaga 1 AMSTAR enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Granskningsmall för att bedöma risken för snedvridning/systematiska fel hos systematiska översikter. Svensk översättning av AMSTAR enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

AMSTAR

	Ja	Nej	Kan inte svara	Ej tillämpligt
1. Redovisas en förutbestämd metod för genomförandet? <i>Forskningsfrågan och inklusionskriterierna ska vara fastställda innan översikten genomförs.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gjordes studieurval och dataextraktion av två oberoende granskare? <i>Minst två oberoende granskare ska ha utfört dataextraktionen, och ett konsensusförfarande bör vara definierat för att lösa oenigheter.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Var litteratursökningen av tillfredsställande omfattning? <i>Sökningen bör göras i minst två elektroniska databaser. Översikten ska ange de årtal och databaser som ingår (t.ex. Central, Embase och Medline), Ämnesord (key- words) och/eller MeSH-termer ska anges och i tillämpliga fall sökstrategin. Alla sökningar bör kompletteras med genomgång av översiktsartiklar, läroböcker, aktuella innehållsförteckningar, ämnesspecifika databaser och register eller rådföring av experter, samt av referenslistorna i de framtagna studierna.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Användes studiernas publikationsform som ett inklusions-/exklusionskriterium? <i>Författarna bör ange om alla typer av publikationer omfattades av litteratursökningen. Om litteratur har exkluderats pga publikationsform (t.ex. "grå litteratur") eller pga språk, etc ska detta anges.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Finns förteckningar över inkluderade och exkluderade studier? <i>En förteckning över medtagna respektive uteslutna studier bör finnas i rapporten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har de inkluderade studiernas karakteristika och resultat redovisats? <i>Kända faktorer hos deltagarna i de utvärderade studierna (patient characteristics), såsom ålder, etnicitet, kön, relevanta socioekonomiska data, sjukdomstillstånd, varaktighet, svårighetsgrad och andra sjukdomar, bör anges i rapporten. Uppgifter om deltagarna, åtgärd/behandling och utfall i studierna bör presenteras i sammanfattad form, t.ex. i en tabell.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har den vetenskapliga kvaliteten hos de ingående studierna utvärderats och dokumenterats? <i>Förutbestämda metoder för kvalitetsvärderingen ska anges. För effekttudier bör exempelvis framgå om författarna valt att bara ta med randomiserade, dubbelblindade studier med kontrollgrupper som får placebo. För andra studietyper gäller andra ställningstaganden.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har vederbörlig hänsyn tagits till de inkluderade studiernas vetenskapliga kvalitet vid formulering av slutsatserna? <i>Utvärderingen av metodologisk stringens och vetenskaplig kvalitet ska framgå i översiktens analys och dess slutsatser, och tydligt anges vid utformning av rekommendationer.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Användes lämpliga metoder för sammanvägning av studiernas resultat? <i>Lämpligheten i att lägga samman resultaten från de olika studierna bör säkerställas genom bedömning av de ingående studiernas homogenitet (dvs. Chi²-test för beräkning av homogenitet, I²). Om heterogenitet finns bör man använda en modell som tar hänsyn till slump effekter (random effects modell) och/eller överväga om det ur klinisk synpunkt är lämpligt att slå ihop resultaten.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

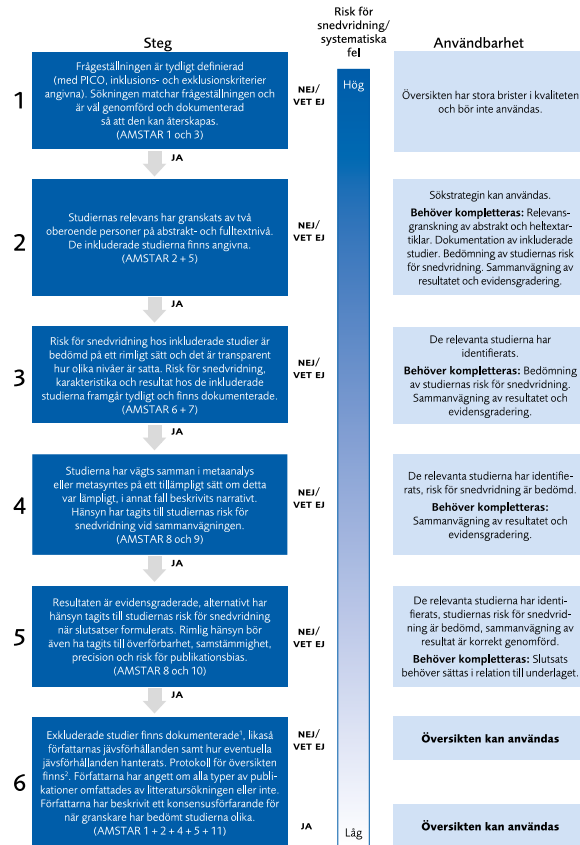
	Ja	Nej	Kan inte svara	Ej tillämpligt
10. Har sannolikheten för publikationsbias* bedömts? <i>En bedömning av publikationsbias bör omfatta en kombination av grafska hjälpmedel (t.ex. funnel plot eller andra tester) och/eller statistiska metoder (t.ex. Eggers regressionsanalys).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Är eventuella intressekonflikter angivna? <i>Eventuella sponsorer och bidragsgivare bör tillännas både i den systematiska översikten och i de ingående studierna.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referenser

1. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2007;7:10.
2. Shea BJ, Bouter LM, Peterson J, Boers M, Andersson N, Ortiz Z, et al. External validation of a measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). 2007. PLoS ONE 2:e1350.

Bilaga 2 Granskningsmall från Statens beredning för medicinsk och social utvärderings

Granskningsmall från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering för att översiktligt bedöma risken för snedvridning/systematiska fel hos systematiska översikter.



¹ Det är viktigt att de exkluderade studierna finns angivna i andning till den systematiska översikten, eller i alla fall sammanfattning av skäl till exkludering. Det förekommer dock att dessa saknas beroende på begränsningar i utrymme hos vissa tidsskrifter. SBU ansvarar därför i daglaget att en systematisk översikt kan bedömas ha medelhög användbarhet även utan att en lista på exkluderade studier finns tillgänglig.

² Det är viktigt att den systematiska översikten föregås av ett protokoll som nämnar överens med det som rapporteras i översikten. För de systematiska översikter som görs idag är det en naturlig del i processen, men för äldre översikter kan referens till protokoll eller själva protokollet vara svårt att finna. SBU ansvarar därför i daglaget att en systematisk översikt kan bedömas ha medelhög användbarhet även utan protokoll.