

Datum: 2008-01-01	Version nr: 1
Utarbetad av: Ann Ödlund Olin, Eva Bergdahl Vikman, Åsa Dederling, Susanne Guidetti, Eva Johansson, Jörgen Nordenström, Johan Thor	Godkänd av: Chefläkare Erna Pettersson Omvårdnadschef Marie-Louise Orton

Evidensbaserad vård (EBV)

Begreppet ”Evidensbaserad vård” (EBV) används här synonymt med ”kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård”.

EBV innebär att man utifrån sin kliniska expertis väger samman en patients unika förutsättningar och preferenser med bästa tillgängliga vetenskapliga evidens för nytta av olika åtgärder, när man utformar vården (1). EBV är centralt bland annat för sjukhusets förmåga att bedriva en vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig och som ger bästa möjliga vårdresultat.

Evidensbaserad hälso- och sjukvård kan beskrivas både som ett förhållningssätt och en process (2). Förhållningssättet innebär en vilja att tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut. EBV-processen innebär att systematiskt söka, sammanställa, kritiskt granska, värdera och tillämpa de befintliga forskningsresultaten (2). I vårdsituationer integreras de vetenskapliga underlaget med klinisk erfarenhet. Tillämpningen av vetenskaplig evidens påverkas också av tillgången på resurser liksom av patientens önskemål och erfarenheter.

Hur kan vi bedriva evidensbaserad vård?

Startpunkten är att formulera en fråga om vården av en patient där vi kan söka vägledning om olika alternativ i den vetenskapliga litteraturen (3). Utifrån vår frågeställning kan vi sedan söka efter information i olika databaser. Målet är att identifiera bästa tillgängliga evidens om olika vårdinsatser, gärna i form av systematiska kunskapssammanställningar (snarare än enskilda vetenskapliga artiklar). Vi behöver kritiskt granska den information vi fått fram för att sedan tillämpa kunskapen när vi, i samråd med patienten, utformar vården.

Ett första steg är att söka rätt på, värdera och sammanställa den vetenskapliga evidensen. Det måste också finnas förutsättningar för att tillämpa forskningsresultat i det kliniska vårdarbetet så att klinisk kunskap och vetenskaplig kunskap förenas. Rycroft-Malone och medarbetare i Storbritannien har utvecklat den s.k. PARIHS-modellen (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) vilken beskriver förutsättningar för att uppnå en evidensbaserad vård (4).

Enligt modellen gynnas utvecklingen av evidensbaserad vård när:

1. evidensen är vetenskapligt hållbar och överensstämmer med professionens och patientens uppfattning
2. sammanhanget/vårdmiljön är positiv till förändringar, har tydligt ledarskap och system för att följa upp och utvärdera verksamheten
3. det finns lämpliga underlättare det vill säga personer som har kunskaper om evidensbaserad vård och förändringsarbete och därmed kan stödja utveckling och införande av evidensbaserade riktlinjer och vårdprogram

Stöd för att bedriva evidensbaserad vård

Sjukhusets [Fackbibliotek](#) erbjuder många resurser för att möjliggöra EBV, bl. a. elektronisk tillgång till vetenskaplig litteratur – såväl systematiska sammanställningar som enskilda originalartiklar – och beskrivningar av hur man bedriver EBV. Läs vidare på Inuti.

Evidensbaserade vårdprogram¹ ger stöd för tillämpningen av EBV. Underlag för sådana vårdprogram finns på många håll, t.ex. i form av evidensgraderade systematiska kunskaps-sammanställningar från SBU och riktlinjer från Socialstyrelsen, vilka vi sedan kan anpassa till våra lokala förhållanden. Stöd för att utveckla och tolka riktlinjer erbjuds av AGREE (5). [Instruktioner](#) för utarbetande av sjukhusövergripande riktlinjer för kliniskt arbete vid Karolinska Universitetssjukhuset finns på Inuti (Hem > Medicin & omvårdnad > Handbok kliniska riktlinjer).

Befintliga vårdprogram finns också att tillgå via Internet, t ex:

- Medicinska Programarbetet i Stockholms läns landsting:
<http://www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod>
- Vårdprogram i Sverige (ViS), via sajten sjukhusbiblioteken.se:
<http://www.sjukhusbiblioteken.se/wdksjubi/>
- National Guideline Clearinghouse i USA:
<http://www.guideline.gov/>

Utöver tillgång till bästa möjliga evidens kan man ta hjälp av kunskaper om att omsätta evidens i praktiken (6-9).

Evidensgradering

För att beskriva styrkan i det vetenskapliga underlaget till olika rekommendationer och underlätta val mellan olika handlingsalternativ, har man utarbetat evidenshierarkier. Beroende på vad man studerar, t.ex. diagnostik, omvårdnad eller behandling, ser hierarkierna olika ut. I litteraturen förekommer flera varianter för hur man anger evidensgrad (10). Ingen variant har ännu accepterats som internationell standard, men principerna är desamma:

- vissa evidens är starkare än andra
- evidens så högt upp i hierarkin som möjligt ska användas
- man måste veta på vilken evidensnivå man grundat ett kliniskt beslut (3)

¹ Vårdprogram definieras i Socialstyrelsens termband (besökt 2007-09-17) som "riktlinjer för hälso- och sjukvård för en viss grupp av patienter". Vårdprogram kan vara lokala, regionala och nationella.

Vid låg evidensnivå bör man vara beredd på att nya studier kan förändra kunskapsläget medan det för rekommendationer som bygger på stark evidens är mindre sannolikt att enskilda nya studier förändrar kunskapsläget.

I Läkartidningen (11) beskrivs de principer för evidensgradering som Läkemedelsverket, SBU, och Socialstyrelsen (SoS) tillämpar, exempelvis i SoS riktlinjer för hjärtsjukvård (12). En liknande evidenshierarki finns i Nordenströms (3) och Willman et als (2) böcker.

Evidensgrad	Innebörd	Bakgrund
A	Stark vetenskaplig evidens	Evidens från meta-analys, systematisk översikt eller välgjorda och stora randomiserade, kontrollerade studier.
B	Måttlig evidens	Evidens från små eller ej optimalt utförda randomiserade studier eller från studier utan randomisering (kohortstudier, fall/kontrollstudier, tvärsnittstudier).
C	Svag evidens	Expertutlåtanden, konsensusrapporter, fallbeskrivningar och andra deskriptiva studier.
D	Vetenskaplig evidens saknas	Inga studier av tillfredsställande kvalitet finns tillgängliga.

Utöver evidensgrad kan man även ange styrkan för den rekommendation man ger på basen av evidensen. Rekommendationens styrka beror av nytta, risker och kostnader (3, 13,14).

Sjukhuset erbjuder kompetensutveckling beträffande EBV för flera yrkesgrupper. Arbetet bör fortsätta så att alla som arbetar med vården har kunskap och färdigheter för att bedriva EBV.

Även om angreppssätten för att åstadkomma en evidensbaserad vård kan variera mellan olika professioner eller vårdområden är ambitionen alltid att våra vårdinsatser ska göra största möjliga nytta, och minsta möjliga skada, för varje enskild patient.² Därmed innebär evidensbaserad vård också att vi gemensamt använder våra resurser så effektivt som möjligt.

Referenser:

1. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. (3rd ed). Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone, 2005.
2. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur. 2006.
3. Nordenström J. Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår. Fjärde upplagan. Stockholm: Karolinska University Press, 2007.

² Vårdens metoder medför ju dessvärre ofta risker för skador. EBV ger stöd för att i samråd med patienten väga möjliga fördelar mot möjliga risker när man utformar vården.

4. Rycroft-Malone J, Kitson A, Harvey G, et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality & Safety in Health Care*. 2002;11: 174-180.
5. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation, AGREE Collaboration. On the web: <http://www.agreecollaboration.org/intro/>, besökt 2007-09-17.
6. Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *MJA*. 2004; 180:S57–S60.
7. Grol R, Wensing M, Eccles M (eds). *Improving Patient Care: The implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann, 2005.
8. NICS. *Identifying Barriers To Evidence Uptake*. Melbourne, Australia: National Institute of Clinical Studies (NICS), 2006. Available on the web: http://www.nhmrc.gov.au/nics/material_resources/resources/identifying_barriers.htm, besökt 2009-02-02.
9. Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. *Ann Intern med*. 1998 Apr 15;128(8):651-6.
10. Schünemann HJ, Best D, Vist G, Oxman AD; GRADE Working Group. Letters, numbers, symbols and words: how to communicate grades of evidence and recommendations. *CMAJ*. 2003 Sep 30;169(7):677-80.
11. Britton M. Så graderas en studies vetenskapliga bevisvärde och slutsatsernas styrka. *Läkartidningen*. 2000; 97(40):4414-5.
12. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (reviderade 2007)*. Bilaga 2: Metod för arbetet med Nationella riktlinjer, s. 8-9. Tillgängliga via: http://www.socialstyrelsen.se/AZ/sakomraden/nationella_riktlinjer – klicka därefter på Hjärtsjukdomar i listan till höger (besökt 2009-02-02). Stockholm: Socialstyrelsen, 2007.
13. Atkins D, Best D, Briss PA, et al., GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004 Jun 19;328(7454):1490.
14. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman JL, Ewigman B, Bowman M. Simplifying the language of evidence to improve patient care: Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in medical literature. *J Fam Pract*. 2004 Feb;53(2):111-20.