

Indholdsfortegnelse

Forord v. Sir Iain Chalmers 7
Dansk forord v. Hans Lund 11

Indledning 15

Kapitel 1. Evidensbaseret praksis: hvad, hvorfor og hvordan? 17

Hvad er evidensbaseret praksis? 18
Hvorfor er evidensbaseret praksis vigtig? 23
Historien bag evidensbaseret sundhedsfaglig praksis 25
Hvordan kan denne bog være en hjælp, når man vil udøve evidensbaseret praksis? 26

Kapitel 2. Hvad skal man vide? 31

Relevante kliniske spørgsmål 32
Præcisering af spørgsmål 35

Kapitel 3. Hvad konstituerer evidens? 41

Hvad konstituerer evidens for interventionseffekterne? 42
Hvad konstituerer evidens for erfaringer? 61
Hvad konstituerer evidens for prognoser? 69
Hvad konstituerer evidens for nøjagtigheden af diagnostik og screeningstest? 73

Kapitel 4. At søge efter evidens 81

Søgestrategier 82
Søgning efter evidens for interventioners effekt 88
Søgning efter evidens for prognoser og diagnostiske test 100
Søgning efter evidens for erfaringer 106

Få adgang til teksten i sin helhed 111
Søgning efter evidens for fremskridt i klinisk praksis (browsing) 113

Kapitel 5. Kan man stole på evidens? 117

En proces til kritisk at vurdere evidens 119
Kritisk vurdering af evidens for interventioners effekt 124
Kritisk vurdering af evidens for erfaringer 152
Kritisk vurdering af evidens for prognoser 159
Kritisk vurdering af evidens for diagnostiske tests nøjagtighed 165

Kapitel 6. Hvad betyder denne evidens for min praksis? 173

Hvad betyder denne randomiserede undersøgelse for min praksis? 174
Hvad betyder denne systematiske oversigtsartikel med fokus på interventionseffekterne for min praksis? 208
Hvad betyder dette studie i erfaringer for min praksis? 220
Hvad betyder dette prognosestudie for min praksis? 224
Hvad betyder dette studie i diagnostiske tests nøjagtighed for min praksis? 230

Kapitel 7. Kliniske retningslinjer som kilde til evidensbaseret praksis 243

Hvad er kliniske retningslinjer? 244
Historien bag kliniske retningslinjer, og hvorfor de er vigtige 246
Hvor kan man finde kliniske retningslinjer? 248

Hvordan ved man, om man kan stole på anbefalingerne i en klinisk retningslinje? 250	Kapitel 9. Er man på rette spor? 293
Juridiske implikationer i forbindelse med kliniske retningslinjer 264	Vurdering af patientresultater: Klinisk måling 294
Refleksioner over udvikling af kliniske retningslinjer i fremtiden 267	Vurdering af behandlingsprocessen: Audit 299
Kapitel 8. At få det sat i gang 273	Konkluderende kommentar 304
Hvad mener vi med „at få det sat i gang“? 274	Dansk appendiks v. Hanne Lisby 306
Forandring er svær 275	Stikord 309
Evidensbaseret implementering 282	
Evidensbaseret praksis set i sammenhæng med fortsat kvalitetsudvikling 290	

Forord

For nogle år siden skrev jeg en artikel, der handlede om mine forventninger til sundhedsforskning i min egenskab af patient (Chalmers 1995). Jeg prøvede at illustrere, at jeg ønsker, at beslutninger, som vedrører mit helbred, skal være baseret på pålidelig evidens, ikke mindst når det drejer sig om effekterne af en intervention. Jeg kan ikke forestille mig, at mange patienter eller sundhedspersonale vil synes, at dette er et urimeligt ønske, men de er nok mere uenige om, hvordan begrebet "pålidelig evidens" egentlig skal forstås.

Jeg illustrerede dette forhold ved at bemærke, at min kone efter cirka fem interventioner hos en kiropraktor, til hvem hun var blevet henvist af sin personlige læge, mente, at hun havde pålidelige beviser for, at kiropraktik kunne hjælpe med at lindre hendes kroniske smerter i skulder og ryg. Til trods for at jeg var glad for, at hendes langvarige symptomer var forsvundet, bemærkede jeg, at jeg først ville begynde at tro på det gavnlige ved kiropraktik, når en systematisk kontrolleret gennemgang af de relevante øvelser dokumenterede, at kiropraktik kunne hjælpe.

Af og til er resultaterne af en intervention dramatiske – som i min kones tilfælde. For eksempel henviste min læge mig til en fysio-

terapeut på grund af en meget smertefuld skulderskade. Den erfarne fysioterapeut forsøgte flere forskellige teknologiske tilgange og brugte noget imponerende udstyr; ingenting syntes imidlertid at hjælpe. Så besluttede hun sig for at behandle min højre supraspinatussene med Cyriax friktioner. Virkningen var umiddelbar og dramatisk, og jeg havde ikke brug for nogen form for overbevisning om, at virkningen skyldtes interventionen.

Hvis interventioner aldrig udrettede nogen skade og var universelt tilgængelige i ubegrænset udvalg og antal, ville det ikke være et problem at basere sundhedsvidenskabelige beslutninger på individuelle erfaringer fra patienter og læger. Men en intervention kan rent faktisk forvolde skade. Lungefysioterapi til børn med meget lav fødselsvægt blev fx mistænkt for at forårsage hjerneskader (Harding et al. 1998). Selvom der stadig hersker tvivl om, hvorvidt de observerede forhold på det tidspunkt reflekterede en modsat effekt af neonatal fysioterapi (Knight et al. 2001), ville det have været betryggende, hvis det havde været muligt at henvise til en stærk evidensbase, som retfærdiggjorde brugen af fysioterapi til disse ret skrøbelige børn. Selv hvis en given intervention ikke skader de mennesker, den

udføres hos, kunne de anvendte ressourcer, hvis interventionen ikke hjælper, udnyttes bedre andre steder.

Jeg ved ikke, hvor tit fysioterapi har dramatiske effekter, men hvis det overhovedet kan sammenlignes med medicinsk intervention, er dramatiske effekter meget sjældne. Under sådanne forhold er det derfor vigtigt at vurdere, hvorvidt nogle former for intervention har større sandsynlighed for at hjælpe end for at skade, og det gør omhyggelig forskning særdeles aktuelt.

For ti år siden brækkede jeg lægbenet under en ferierejse i USA. Ortopæden, der undersøgte mig, rådede mig til, at jeg efter min forestående hjemrejse til England, når hævlsen havde lagt sig, skulle have lagt benet i gips i seks uger. To dage senere fik jeg imidlertid at vide af en britisk ortopæd, at den amerikanske læges råd var ubrugeligt, og at jeg tværtimod skulle have en støttende bandage og gå på anklen, indtil det gjorde ondt og mere til! Da jeg spurgte, om det var muligt at deltage i en randomiseret undersøgelse, så vi kunne få afgjort, hvem der havde ret, fortalte han mig afvisende, at randomiserede undersøgelser kun blev foretaget, hvis man ikke var sikker på behandlingens effekt, men han var overbevist om, han havde ret!

I forbindelse med denne oplevelse opstod der flere spørgsmål, som siden blev publiceret i *Journal of Bone and Joint Surgery* (Chalmers et al. 1992). Hvem af de to ortopæder havde ret? Havde de begge ret, men var interesseret i forskellige resultater af interventionen? Hvad var konsekvenserne med hensyn til korttids- og langtidsmerter og funktion (og omkostninger

i forbindelse med en intervention) ved at stole på den anden ortopæd i stedet for den første? Og hvad vidste man om effekterne af de forskellige former for fysioterapi, som jeg derefter blev henvist til (Chalmers et al. 1992)? Siden denne oplevelse har der været en velkommen forøgelse af patienter og læger, der har søgt svar på spørgsmål som disse, og denne imponerende nye bog udgør en milepæl inden for denne udvikling.

Troværdig identifikation af beskedne, men gavnlige resultater af fysioterapi er en substantielt større udfordring end i tilfældet med troværdig evaluering af effekten af de fleste medicyntyper og andre former for intervention. Det er ofte ikke kun svært at karakterisere fysioterapeutiske indgreb med ord, som giver læseren mulighed for at forstå, hvad der blev gjort. Men at anskueliggøre socialt og psykologisk medierede resultater fra fysioterapi giver ligeledes ofte fortolkningsmæssige problemer. Jeg kan huske, at jeg blev imponeret over resultaterne af randomiseret sammenligning af rutineinstruktioner for postnatale bækkenbundsøvelser med personlig støtte fra en fysioterapeut, der blev lavet af nogle kolleger, jeg arbejdede sammen med (Sleep & Grant 1987). Der blev ikke fundet forskelligheder i urin- eller fæcesinkontinens mellem de to grupper af kvinder tre måneder efter fødslen, men de, som havde søgt råd og støtte hos en fysioterapeut, fortalte i mindre grad om perineal smerte og depressionssymptomer.

Fysioterapeuter, der anerkender, at de har et professionelt og fagligt ansvar for at gøre deres bedste for at sikre, at deres interventioner gavner mere, end de skader, og at de som faggruppe udgør et fornuftigt valg, når

det gælder brugen af de begrænsede ressourcer inden for sundhedssektoren, vil opleve, at *Evidensbaseret praksis* er en sand guldmine af brugbare informationer. Jeg er overbevist om, at næste gang, jeg bliver henvist til en fysioterapeut, vil denne bog medvirke til at sikre, at jeg bliver tilbudt en intervention,

hvor jeg ikke føler, at jeg spilder min tid og mine skatte kroner.

Sir Iain Chalmers

Sundhedsvidenskabelig forsker, en af grundlæggerne af Cochrane Collaboration og redaktør på The James Lind Library.

Litteatur

Chalmers I (1995). What do I want from health research and researchers when I am a patient? *BMJ* 310: 1315-1318.

Chalmers I, Collins R, Dickersin K (1992). Controlled trials and meta-analyses can help to resolve disagreements among orthopaedic surgeons. *Journal of Bone and Joint Surgery* 74-B: 641-643.

Harding JE, Miles FK, Becroft DM et al. (1998). Chest physiotherapy may be associated with brain damage in extremely premature infants. *Journal of Pediatrics* 132: 440-444.

Knight DB, Bevan CJ, Harding JE et al. (2001). Chest physiotherapy and porencephalic brain lesions in very preterm infants. *Journal of Paediatrics and Child Health* 37: 554-558.

Sleep J, Grant A (1987). Pelvic floor exercises in postnatal care. *Midwifery* 3: 158-164.