

Om

evidensbaserad praktik



Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-004-6
Artikelnr 2012-12-20

Tryck Edita Västra Aros, Västerås, december 2012

Innehåll

Vetenskaplig kunskap nödvändig för bästa hjälpen	6
Den evidensbaserade beslutsprocessen	7
Evidensbaserad praktik som policy	10
Bästa vetenskapliga evidens	12
Beror förbättringar på åtgärden eller andra faktorer?	13
Randomiserade studier	14
Systematiska översikter	14
Vanliga missförstånd	15
Referenser	18

Om evidensbaserad praktik

Evidensbaserad praktik, (EBP) [1] används som en övergripande term för evidensbaserad medicin, evidensbaserat socialt arbete, evidensbaserad omvårdnad, evidensbaserad psykoterapi med mera. Termen används istället för kunskapsbaserad praktik eftersom det senare begreppet saknar en tydlig definition. Socialstyrelsen har valt att använda begreppet evidensbaserad praktik för att betona två saker: dels att inte all kunskap ger tillräckligt säkert stöd (evidens) för att en insats är effektiv, dels att det inte bara är vetenskaplig kunskap som har betydelse.

Sedan 1992 har EBP förtydligats vid flera tillfällen. Ett sätt att definiera EBP är: ”en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfället bästa evidensen för beslutsfattande om åtgärder (insatser, metoder) till enskilda personer, kompletterat med professionell expertis och den berörda personens situation och önskemål”. [2]

Evidensbaserad praktik handlar om en medveten och systematisk strävan att bygga vård och omsorg på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens).

År 1992 definierade en grupp läkare vid McMaster University i Kanada begreppet evidensbaserad medicin. Det skedde som en reaktion på att mycket av klinisk medicin inte grundades på systematisk och kritisk sammanställning av all relevant forskning och att den dessutom utgjorde ett mycket auktoritärt system där läkarna ensamma bestämde. En följd av detta var att patienterna inte fick bästa tänkbara vård eller till och med att skadliga insatser användes.

Vetenskaplig kunskap är nödvändig för bästa hjälp

EBP handlar om en medveten och systematisk strävan att bygga vård och omsorg på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens) för att öka möjligheten att hjälpa. Eftersom vetenskaplig kunskap endast gäller åtgärders genomsnittliga effekter är det inte självklart att åtgärder fungerar lika för alla. Därför behövs även annan kunskap för beslutsfattandet i det enskilda fallet. Den vetenskapliga kunskapen är alltså nödvändig – men inte tillräcklig – komponent för att kunna erbjuda den bästa hjälpen. Konkret betyder det att kunskap om åtgärders effekter behöver kompletteras med information om den hjälpbehövandes unika förutsättningar och önskemål, med kontextuella faktorer som är möjliggörande och begränsande samt med den professionelles kompetens, för att möjliggöra bästa hjälp. [3]

Den evidensbaserade beslutsprocessen

EBP har grafiskt beskrivits i form av fyra överlappande cirklar (figur 1), där den professionelle med sin erfarenhet integrerar de olika kunskapskällorna i dialog med den berörda personen (patienten, klienten) och där beslutsgrunderna redovisas öppet (transparent) [4]. Det är i skärningsfältet mellan dessa fyra informationskällor som den evidensbaserade praktiken finns. Det betyder också att delar av exempelvis socialtjänstens verksamhet inte handlar om evidensbaserad praktik. Ett exempel, där vetenskaplig information har en minimal betydelse, är vid beslut om belopp och tidsram för ekonomiskt bistånd eftersom det regleras av en riksnorm.

Figur 1. Den evidensbaserade beslutsprocessen
(Haynes, Devereaux & Guyatt, 2002)



I de fall där det finns en valmöjlighet är vetenskaplig kunskap om interventioners effekter en viktig utgångspunkt. Men även om det finns ett vetenskapligt stöd för en viss intervention är det inte självklart att den ska användas i det enskilda fallet. Ett läkemedel kanske inte kan användas på grund av att patienten är allergisk mot preparatet. Det kan också vara så att den åtgärd som har bäst evidens kanske saknas där patienten bor.

I EBP väger den hjälpbehövandes egna önskemål tungt (såvida inte lagstiftningen säger annat). Det gäller särskilt om det inte finns någon kunskap eller om det vetenskapliga underlaget är bräckligt eller tvetydigt. En person som upplever en åtgärd som relevant är mer engagerad i behandlingen (t.ex. villig att följa en ordination), vilket ökar sannolikheten för att åtgärden blir till hjälp.

Den professionelles erfarenheter och kunskaper har också betydelse. Dit hör skicklighet i att identifiera personens problematik (genom att använda standardiserade bedömningsinstrument), att söka och värdera evidens, att kunna inkludera personens intressen och önskemål samt förmågan att balansera och integrera all information i beslutsfattandet [6]. Av det skälet täcker professionell expertis de andra tre komponenterna i figur 1. Haynes med kollegor [7] har betonat att det inte är evidens som fattar beslut, utan människor, vilket fokuserar på beslutsprocessen snarare än på evidens och evidenshierarkier.

Beslutsprocessen har beskrivits som en arbetsgång i fem steg [8]

1. Formulera behovet av information till en fråga som går att besvara.
2. Leta upp bästa tillgängliga kunskap för att besvara frågan.
3. Värdera den kunskap som finns med tanke på dess vetenskapliga tillförlitlighet och användbarhet.
4. Integrera denna kunskap med den egna professionella kompetensen, den berörda personens unika förutsättningar och önskemål samt kontextuella faktorer.
5. Utvärdera åtgärden och effektiviteten vid utförandet av de fyra föregående stegen och sträva efter att förbättra arbetet.

Viktiga principer för en evidensbaserad praktik [5]:

- God vård baseras på objektiva data och det finns ett kontinuerligt behov av vetenskaplig kunskap eftersom nya metoder ständigt tillkommer.
- Det finns en evidenshierarki som vägledning för beslutsfattande, där evidens högt upp i hierarkin ska prioriteras och det ska vara transparent vilken evidensnivå beslut grundas på.
- Evidens räcker inte utan behöver kompletteras med information om personens unika förutsättningar och önskemål, kontextuella möjliggörande och begränsande faktorer, (vilka ofta bestäms av samhälleliga faktorer) samt den professionelles kompetens.

EBP är ett alternativ till en praktik där professionella bestämmer på egen hand, utan insyn och utan hänsyn till de senaste vetenskapliga rönen. Istället för att söka efter ett vetenskapligt stöd för valet av en specifik insats, söker den professionelle i EBP systematiskt efter bästa möjliga vetenskapliga evidens om vilken åtgärd som är lämpligast för den enskilde individen. Denna evidens är en utgångspunkt men inte nödvändigtvis en slutpunkt.

Evidensbaserad praktik som policy

EBP används också för beslutsfattande på policynivå. I det fallet handlar det om att identifiera vilka åtgärder som har bästa vetenskapliga evidens om önskade effekter, problemets svårighetsgrad och kostnadseffektivitet. Det handlar alltså inte om hur denna kunskap ska integreras i beslutsfattandet för en specifik person. Evidensbaserat beslutsfattande på policynivå kan handla om att förändra utbudet av åtgärder, ta bort sådana som visat sig vara skadliga eller som saknar effekt, att införa en ny och mer effektiv åtgärd eller att förhindra att en ny metod införs i verksamheten om det finns bristande stöd för metodens effekt och kostnadseffektivitet.

Effekterna av en åtgärd måste ställas mot kostnaderna. Det kan verka självklart att välja en åtgärd som ger dubbelt så bra resultat som en annan. Men om kostnaden för den effektivaste åtgärden är fyra gånger så hög som den åtgärd den jämförs med, blir det ändå en ekonomiskt dålig affär. Genom att välja den något mindre effektiva åtgärden blir det möjligt att med tillgängliga resurser hjälpa flera.

Men en evidensbaserad praktik garanterar inte minskade kostnader. En ny behandling kan vara både effektivare och mer kostnadseffektiv än den behandling den ersätter, men den kan ge ökade kostnader för andra verksamheter och för samhället totalt.

Och omvänt kan nya metoder vara kostsamma att använda men ge positiva effekter i andra delar av samhället (t.ex. minskad sjukskrivning) och därför bör man alltid ha ett samhällsperspektiv vid val av åtgärder.

Begreppet evidensbaserad metod används ofta felaktigt som att en viss metod antingen har evidens eller saknar det. Istället handlar det om graden av tillförlitlighet i ett omdöme om en methods effekter.

Bästa vetenskapliga evidens

Evidens betyder ”vetenskapliga belägg för” eller ”tilltro till”. Ofta används termen evidensbaserad åtgärd (metod, insats, behandling) i betydelsen att en viss metod antingen har, eller inte har, evidens. Så är vanligtvis inte fallet. Man måste därför tala om evidens i form av grad av tillförlitlighet i ett omdöme om en åtgärds genomsnittliga effekt. Graden av tilltro (evidensstyrka) kan variera för olika utfallsmått, olika grupper, och olika kontexter och tillstånd. Det är därför viktigt att redovisa vilka effekter som en viss åtgärd har evidens för, under vilka omständigheter och för vem. Ytterligare en faktor som spelar in är vad åtgärden har jämförts med. En åtgärd är evidensbaserad jämfört med en annan åtgärd (eller ingen åtgärd). Knappast någon åtgärd har en fullständig effekt för alla som den syftar till att förbättra för. Detta innebär att om två åtgärder jämförs, och det visar sig att åtgärd X har bättre effekt än åtgärd Y, säger det inget om huruvida åtgärd X är tillräckligt bra för att användas i praktiskt arbete. För det krävs andra analyser. Nya studier tillkommer ständigt, liksom nya åtgärder, vilket kan förändra slutsatser om åtgärders evidens.

Andra överväganden som inte handlar om evidens måste också beaktas vid beslut. En åtgärd ska vara lämplig även ur etiska, lokala och kostnadsmässiga perspektiv.

Att en studie är publicerad i en vetenskaplig tidskrift är inte ett tillräckligt kriterium för att utvärderingen är välgjord. Inte heller att flertalet forskare inom en viss vetenskaplig disciplin anser att en studie eller en studiedesign har hög kvalitet. Vetenskaplig kvalitet är inte en demokratisk fråga, utan en logisk; med vilken säkerhet kan man avgöra att en viss behandling haft effekt?

Beror förbättringar på åtgärden eller andra faktorer?

För att kunna uttala sig om en åtgärds effekt på ett visst utfallsmått (t.ex. grad av ångest, konsumtion av alkohol) måste utvärderingen utformas på ett sådant sätt att det går att bedöma om förbättringar beror på åtgärden eller andra faktorer. Mänskligt liv innebär förändring och därför är förändringen i sig inget bevis för att en åtgärd har haft effekt. Det måste göras troligt att förändringen beror på åtgärden och inte på andra faktorer. Den viktigaste hjälpen för att avgöra det är någon form av kontrollalternativ så att det säkrare går att värdera vad som skulle ha skett utan åtgärd. Det behövs en jämförelsegrupp för att kunna avgöra vad som är ett ”normalt” förlopp eller resultat. Vanligtvis behöver man också undersöka personerna före och efter att en åtgärd vidtagits för att kunna mäta förändringens styrka.

För att kunna uttala sig om en åtgärds effekt, måste utvärderingen utformas på ett sådant sätt att det går att bedöma om förbättringar beror på åtgärden eller andra faktorer.

Randomiserade studier

Tidigare utgick man enbart från studiedesignen och tog liten hänsyn till andra faktorer. Det gjorde att randomiserade studier alltid placerades högst eftersom de teoretiskt sett har bäst förutsättningar att uttala sig om huruvida insatsen verkligen gett behandlingseffekter. Den slumpmässiga fördelningen (randomiseringen) av personer till undersökningsalternativen gör grupperna så lika varandra som möjligt före behandlingen. Det minskar risken att det är bakgrundsfaktorerna snarare än behandlingen som orsakar skillnader. Idag finns en annan förståelse för att även randomiserade kontrollerade studier kan ha låg trovärdighet (t.ex. på grund av stort bortfall eller för att resultaten baseras på ett urval deltagare som inte motsvarar den huvudsakliga målgrupp som insatsen avser) liksom att andra välgjorda forskningsdesigner kan ge tillförlitliga resultat [9].

Systematiska översikter

Systematiska översikter som är baserade på randomiserade kontrollerade studier anses generellt ha högst tillförlitlighet, men hierarkin är inte absolut. Andra välgjorda kontrollerade studier kan också tillföra evidens, men av olika grad. Till exempel kan välgjorda kohortstudier, som innebär att man följer stora grupper över lång tid, ge viktig information om risker med en åtgärd. Negativa effekter kan vara svårfångade i vanliga utvärderingsstudier eftersom de inkluderar färre deltagare och inte följer deltagarna över en längre tid. Utöver forskning om åtgärders effekter behövs annan forskning, till exempel om vilka långsiktiga konsekvenser ett visst problem innebär (prognos), om verktyg för att tidigt upptäcka problem (screening) och om hur man på bästa sätt ska identifiera och diagnostisera en persons problem.

Vanliga missförstånd

Det finns flera missförstånd om EBP [10].

Ett första missförstånd är att EBP är detsamma som evidensbaserade åtgärder. Men kunskap om åtgärders genomsnittliga effekter kan endast ge en allmän information som kan vara till vägledning vid val av åtgärd. Att bara använda en enda informationskälla strider mot EBPs mål om att ge hjälpsökande och patienter bästa möjliga vård. Däremot är vetenskaplig kunskap om åtgärders effekter en viktig utgångspunkt vid beslutsfattande som rör den enskilde personen.

Ett andra missförstånd är att EBP ger entydiga besked för beslutsfattandet. Så förhåller det sig inte; dels är den vetenskapliga kunskapen om medicinska och sociala insatsers effekter begränsad, dels kommer en begränsad del av den vetenskapliga kunskapen om insatsers effekter att ha ett bestående vetenskapligt värde. Det finns de som menar att hälften av dagens kunskapsmassa inom medicinen kan vara inaktuell, felaktig eller irrelevant om tio år [11]. Vi kan därför utgå ifrån att det aldrig kommer att finnas en heltäckande kunskap om vad som fungerar och vad som inte fungerar. EBP har därför träffande beskrivits som ett förhållningssätt till osäkerhet vid beslutsfattande [12]. EBP gör oss medvetna om vad vi vet och vad vi inte vet och hur säker denna kunskap är. Därför är det viktigt att professionella följer upp sin egen verksamhet regelbundet för att få indikationer om dess kvalitet.

Ett tredje missförstånd är att EBP innebär ett robotiserat arbetssätt men i en evidensbaserad är de professionellas kompetens i högsta grad betydelsefull. Att arbeta med manualbaserade och standardiserade metoder är inte som att läsa innantill i en kokbok. En manualbaserad metod innebär att klienterna genomgår insatsen enligt en viss struktur och enligt

vissa principer. Inom respektive del av insatsen utgår den från individuella behov. En manual innebär också att insatsens viktigaste komponenter – de så kallade kärnkomponenterna – är beskrivna så att fler kan arbeta med metoden. På så vis kan en gemensam erfarenhetsbas byggas upp. Professionella som har erfarenhet av att arbeta evidensbaserat beskriver att de bygger på sin kunskapsbas och känner större arbetstillfredsställelse.

Ett fjärde missförstånd är att det endast är randomiserade kontrollerade studier som ger evidens om åtgärders effekter. Det betyder dock inte att all slags forskning ger likvärdig evidens. Enligt Shlonsky och Gibbs [13] (2004) håller EBP på att bli en ”samlingsterm för allt man kan göra med klienter som på något sätt kan kopplas till forskning, oberoende av studiens vetenskapliga kvalitet, motsägande vetenskapliga resultat eller om det tar hänsyn till klientens behov”. Det finns en evidenshierarki som innebär att evidens högt upp i hierarkin ska prioriteras och det ska tydligt framgå vilken evidensnivå ett beslut grundas på.

Ett femte missförstånd är att ett syfte med EBP är att spara pengar. EBP kan tvärtom leda till ökade kostnader eftersom den mest effektiva åtgärden för att hjälpa en viss person kan kosta mer än de åtgärder som tidigare valts. EBP handlar inte om att spara resurser utan om att öka möjligheten att bistå största möjliga antal personer som är i behov av hjälp.

Missförstånd om evidensbaserad praktik:

1. Att evidensbaserad praktik är detsamma som evidensbaserade metoder.
2. Att EBP ger entydiga besked för beslutsfattande.
3. Att EBP reducerar professionella till robotar.
4. Att endast randomiserade kontrollerade studier ger information om metodens effekter.
5. Att EBP handlar om att spara pengar.

Referenser

1. Texten har sammanställts av Knut Sundell, Socialstyrelsen. Värdefulla synpunkter på manuset har lämnats av Ingemar Bohlin, Sociologiska institutionen vid Göteborgs universitet, Mats Eliasson, Medicinkliniken vid Sunderby Sjukhus, Lars Oscarsson, Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete vid Örebro universitet, Haluk Soydan, Hamovitch Center for Science in the Human Services vid University of Southern California och Socialstyrelsen samt Sten Anttila, Kristina Eklund och Jenny Rehnman, samtliga Socialstyrelsen.
2. Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R.B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71.
Sackett, D. I., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd edition). Edinburgh: Churchill Livingstone.
3. Sackett m.fl. (1996).
4. Soydan, H. (2009). Evidence-based medicine and knowledge dissemination, translation, and utilization: Challenges of getting evidence-based treatments to patient care and service delivery. *Journal of Evidence-based Medicine*, 2, 143–149.
5. Nordenström, J. (2009). *Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår*. Stockholm: Karolinska institutet University press.
6. Guyatt, G., Rennie, D., Meade, M. O. & Cook, D. J. (2008). *Users' guide to the medical literature. Essentials of evidence-based clinical practice*. 2.nd Ed. New York: The Mc Graw Hill Companies.

7. Haynes, R. H., Devereau, P. J. & Guyatt, G. H. (2002). Physicians' and patients choices in evidence based practice: Evidence does not make decisions, people do. *British Medical Journal*, 324, 1350–1351.
8. Thyer, B. A. (2006). What is evidence-based practice? I A. Roberts & K. Yeager (Red), *Foundations of evidence-based social work practice* (s. 35–46). Oxford: Oxford university press.
9. Shadish, W. R., Clark, M. H. & Steiner, P. M. (2008). Can nonrandomized experiments yield accurate answers? A randomized experiment comparing random and nonrandom assignments. *Journal of the American Statistical Association*, 103, 1334–1344.
10. Sackett m.fl. (1996).
11. Nordenström, J. (2009). *Evidensbaserad medicin i Sherlock Holmes fotspår*. Stockholm: Karolinska institutet University press.
12. Gambrill, E. (1997). *Social work practice: A critical thinkers guide*. New York, NY: Oxford University Press.
13. Shlonsky, A. & Gibbs, L. (2004). Will the real evidence-based practice please stand up? Teaching the process of evidence-based practice to the helping professions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 137–153.

Den som behöver samhällets insatser ska erbjudas hjälp som bygger på bästa tillgängliga kunskap. Målet är att de åtgärder som används inom hälsa, vård och omsorg ska vara till nytta och aldrig till skada för brukaren.

Om evidensbaserad praktik

(artikelnr 2012-12-20) kan beställas från Socialstyrelsen

www.socialstyrelsen.se/publikationer

Publikationen kan också laddas ner på

www.socialstyrelsen.se