

Evidensvurdering i NIR

Anbefalingerne i NIR gives på baggrund af litteraturstudier i internationale og nationale guidelines samt strukturerede reviews og metaanalyser om emnet.

Internationalt findes flere systemer til rangordning af videnskabelige studier og deres evidensniveau. Systemerne ligner hinanden, men beslutningen om hvilket system, der foretrækkes, afhænger bl.a. af til hvilket formål det skal bruges.

Evidensvurderingen af litteraturen i NIR er foretaget i henhold til det skotske klassifikationssystem "Scottish Intercollegiate Guidelines Network" (SIGN).^{1,2,3} Styrken af de enkelte anbefalinger i NIR er baseret på den tilgrundliggende litteratur, hvor "skal" er baseret på styrke A og B og "bør" er baseret på styrke C og D i henhold til SIGN-systemet.

I tilfælde, hvor anbefalinger er baseret på 1) gældende lovgivning, 2) de anvendte vurderede guidelines, 3) "skal" i andre NIR-publikationer eller 4) er en konsensusbeslutning om god klinisk infektionshygiejnisk praksis, er rekommandationsstyrken suppleret med et "flueben" (D√). Anbefalingerne er dermed ophævet til et "skal", og i teksten anvendes ordet "skal".

I referencelisten angives de enkelte studiers styrke (A,B,C,D,D√) efter hver reference. Kvaliteten af den videnskabelige dokumentation, der understøtter studierne styrke, er i NIR's anbefalinger vurderet efter højeste evidensniveau i form af romertal, hvor det højeste niveau er Ia.⁴ Se oversigt over evidensniveauer og rekommandationsstyrker i tabellen herunder.

Tabel. Evidensvurdering

Publikationstype/ studiedesign	Evidens	Styrke	
Metaanalyse	Ia	A	Stærkt anbefalede foranstaltninger, som ved gode, kontrollerede kliniske studier har vist effektivt at kunne reducere risikoen for sundhedssektorerhvervede infektioner
Systematisk oversigt	Ia		
Randomiseret kontrolleret studie	Ib		
Ikke randomiseret kontrolleret studie	Ila	B	Anbefalede foranstaltninger, som af

Publikationstype/ studiedesign	Evidens	Styrke	
Observationsstudier af god kvalitet	IIb		logiske eller teoretiske grunde betragtes som effektive og sandsynligvis reducerer risikoen for sundhedssektorerhvervede infektioner
Kohorteundersøgelse	IIb		
Diagnostisk test*	IIc		
Case-kontrol undersøgelse	III	C	Foranstaltninger anerkendt som god klinisk praksis. Der findes ikke videnskabelig dokumentation for, at risikoen for sundhedssektorerhvervede infektioner reduceres
Diagnostisk test**	III		
Beslutningsanalyse	III		
Deskriptiv undersøgelse	III		
Mindre serier	IV	D***	
Oversigtsartikler	IV		
Ekspertvurderinger	IV		
Ledende artikler	IV		
<p>* Er den direkte diagnostiske test, der beregner diagnostiske sandsynligheder</p> <p>**Er den indirekte nosografiske test, der beregner hvor ofte en person med en sygdom fanges af en test (sensitivitet), og hvor ofte en rask person korrekt frikendes for en sygdom (specificitet)</p> <p>***Nationale og internationale vejledninger, hvorom der er opnået konsensus (guidelines og guidance), er klassificeret som D√</p>			

Modificeret efter⁴

Referencer

1. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. Br Med J. 2001;323:334-306. D
2. Baker A, Young K, Potter J, Madan I. A review of grading systems for evidence-based guidelines produced by medical specialties. Clin Med J R Coll Physicians London. 2010;10(4):358-363. D
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Sign 50. A guideline developer's handbook.; 2011. D√
4. Burns P, Rohrich R, Chung K. The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. Plast Reconstr Surg. 2011;128(1):305-310. D