

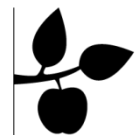
Noget om evidensbaseret praksis!



Jytte K. Isaksen (jisa@sdu.dk)
Center for Social Praksis og Kognition
Institut for Sprog og Kommunikation

**Med særlig tak til mine fem studerende i valgfaget EBP i logopædien
for inspiration, fælles vandring og genbrug af nogle slides:**

**Anne Due Broberg, Majken Busk Rasmussen,
Rikke Simonsen, Kathrine Søgaard, Marianne Vest**



SYDDANSK UNIVERSITET
UNIVERSITY OF SOUTHERN DENMARK

Formiddagens plan

Del 1:

- En kort introduktion til EBP med fare for masser af gentagelser for jer der har fulgt EBP-søjlen eller bare ved det på forhånd
- Det som står i programmet: Evidens, erfaring og ønsker – om foreningen af de tre elementer i EBP

Del 2:

- På vej mod EBP: en praktisk indføring i hvordan man kan gribe EBP an i sin praksis inkl. online resurser

Spørg og kommentér undervejs



Kort introduktion til evidens og evidensbaseret praksis



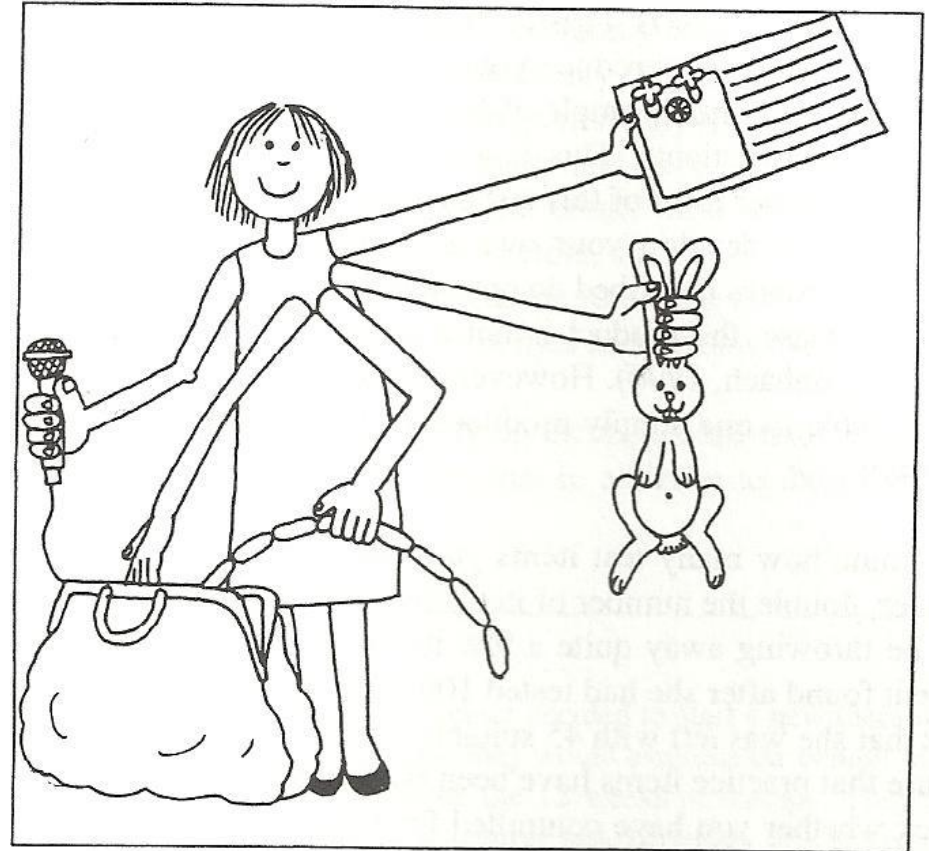
Et logopædisk scenario

(frit oversat fra Lum, 2002:154-155)

Klokken er 14, hr. Jensen ankommer til taleinstituttet, han skal til logopæd. Her har han gået en gang ugentlig i fire måneder. Han venter i venteværelset, døren går op og en klient kommer ud, hr. Jensens logopæd hilser på ham og de går indenfor. Logopæden tager et hurtigt kig i hans journal, for at minde sig selv om, hvad de lavede i sidste uge. Hun beslutter, at det vil være en god idé at gennemgå noget af det, de så på i sidste uge. Det vil også hjælpe til med at sætte rammen for, hvad der skal ske derefter. Hun spørger hr. Jensen, hvordan han har haft det og hvad han har lavet siden sidst. Hun gennemgår sidste uges arbejde og roser ham for hans indsats. "Det er ikke så ringe", siger hun. "Du var ret god til det der. Nu vil vi prøve at lave en anden øvelse. Jeg viser dig det, så se på mig og gør det samme." Hr. Jensen følger efter så godt han kan. "Flot. Kan du gentage det 10 gange, nej måske bare 5", siger logopæden. "Det er fint, lad os se... måske kan vi prøve noget andet. Her er en anden øvelse. Jeg vil gerne have, at du skal fortælle mig, om det jeg gør er rigtigt eller forkert. Det vil kunne hjælpe dig senere. Ok, det var godt." Efter 50 min. siger logopæden, "du var god i dag, du lavede de fleste øvelser rigtigt. Måske skal vi lave nogle af de samme øvelser næste gang og prøve noget nyt."



”Omkring dysartri, der siger jeg, du kan tage alt, hvad du næsten har lært inden for logopædien. Så kan du ælte det sammen. Du kan tage noget næsten fra alle hylder, som er relevant. Om det er børn eller voksne. Noget af det, du har lært om stammen, noget du har lært fra afasi, stemme i allerhøjeste grad, læbe-gane, alt det skal du ligesom have med dig, når du skal lave et interessant og opløftende og sjovt dysartriforløb.”



(interview fra mit kandidatspeciale)



Sum med din sidemand m/k

Egne krav til anvendte metoder/måder at undervise/behandle på:

Hvad er dine krav til de metoder, du anvender, når du underviser personer med kommunikationsvanskeligheder?



Egne krav til anvendte metoder

- Den her øvelser har jeg set min kollega laver
- Jeg har erfaring for at det virker
- Det her plejer jeg at gøre
- Det har jeg lært på min uddannelse
- Jeg har læst i en videnskabelig artikel, at det virker
- ...



Evidens > evidensbaseret praksis (EBP)

- For ikke mange år siden talte man om evidens som det videnskabeligt informerede grundlag for fx undervisning
- Masser af logopædiske bøger frem til 1990'erne centrerer sig alene om det videnskabelige grundlag for undervisning.
- I nyere litteratur ser man yderligere på evidensen implementeret i praksis (under hensyntagen til klients og professionels forskellige bidrag) – eller omtaler det i hvert fald som vigtigt



Hvorfor EBP?

- En måde at tage profession, professionalisme og sine borgere seriøst (ingen kan næppe være tjent med at man gør ting, som hvad ikke har nogen forhåbning om virker?)
- Diskursændring indenfor faget (fx med lancering af DTHS' God praksis-projekt i 2005>, Petersens artikler om målsætning og Jørgensen/Aagaards artikler om målsætning og evaluering – alle i DA i 2007)
- En generel samfundstendens (new public management, neoliberalisme, governance...)
- Vi er i hvert fald ikke alene om at beskæftige os med emner som målsætning, evaluering, evidens ol. Alle relationsprofessioner kredser om det samme.
- Hvorfor ikke?



EBP-begrebet

Begrebet stammer fra evidensbaseret medicin og oftest ses Sackett et al.'s definition(er) anvendt:

Evidence-based medicine is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.

(Sackett D et al. (2000). Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM (2nd Eds.), p. 1. Churchill Livingstone, Edinburgh.)



EBP jf. ASHA

The goal of EBP is the integration of: (a) clinical expertise/expert opinion, (b) external scientific evidence, and (c) client/patient/caregiver values to provide high-quality services reflecting the interests, values, needs, and choices of the individuals we serve.

(lavet i 2004, ses på www.asha.org)

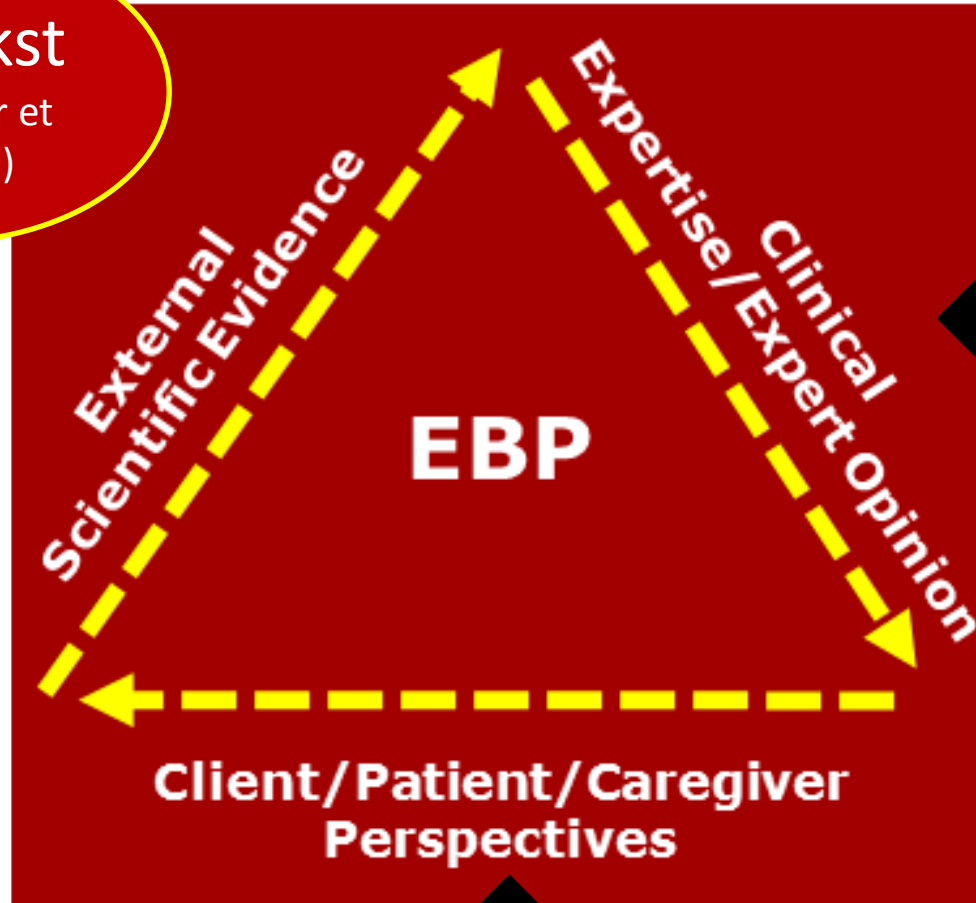


Evidenstrekanten

(www.asha.org)

Kontekst

(e.g. Briner et al., 2009)



Nøgletrin i EBP-processen

(Se meget mere på bl.a. www.asha.org/members/ebp/og www.cebm.net)

Trin 1: Fastslå det kliniske spørgsmål

(PICO-struktur: Fx Øges stemmestyrken i højere grad med metoden LSVT ift. traditionel parkinsonsundervisning hos mennesker med Parkinsons sygdom af mild til moderat karakter)

Trin 2: Find evidensen

(databaser og div. litteratur gennemses for svar)

Trin 3: Vurder den fundne evidens

(hvad er kvaliteten i evidensen? se evidensstigen på næste side OG brug sund fornuft, kritisk sans og akademiske færdigheder)

Trin 4: Træf den kliniske beslutning

(hvordan skal jeg handle på den fundne evidens sammenstillet med egen erfaring og klientens ønsker/værdier mv.)

Trin 5: Evaluering af praksis og formidling af resultaterne

(dette punkt er udeladt i ASHAs trin, men bestemt væsentlig)



Evidenshierarki(er)

– til vurdering af den fundne evidens

Niveau 1 Systematiske reviews eller meta-analyser, hvor man sammenfatter flere undersøgelser (fx Cochrane-artikler)

Niveau 2 Lodtrækningsforsøg med kontrolgruppe (De udvalgte artikler i en Cochranerapport er eksempler på sådanne)

Niveau 3 Kohorte- eller forløbsstudier

Niveau 4 Case-studier, ekspertkonsensus

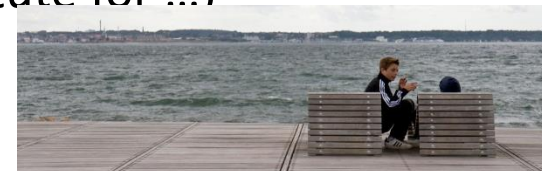
Der findes mange evidenshierarkier, men overordnet minder de om dette og er typisk inspireret af Oxford Centre for Evidence-based Medicine .



Evidenshierarki(er)

– til vurdering af den fundne evidens

- Hvis vi alene forholder os til evidens ud fra omtalte evidenshierarki, køber man en bestemt præmis og en bestemt videnskabelig tilgang, der ikke nødvendigvis yder vores profession retfærdighed
- Alt for ofte hører jeg kommentarer som ‘ der er ingen evidens for xxx’
 - > det kan betyde alt fra lortet virker ikke, til det er ikke undersøgt endnu, eller der er ingen metaanalyser/reviews (højeste evidens jf. hierarki)
- Sackett et al. talte om bedste evidens og ikke om evidens af den og den type
- Der findes alternativer: tjek fx The Joanna Briggs Institute for ...)



Evidens, erfaring og ønsker

– om foreningen af de tre elementer i EBP



EBP-trekanten med fare for forveksling...



EBP i praksis

Tror mange audiologopæder forsøger at tilstræbe sig på EBP:

- Læser nyeste forskning på deres kerneområder eller går i hvert fald på kurser og hører om ny forskning
- Bringer egne/kollegers erfaringer og ekspertise i spil
- Giver plads til meninger mv. udtrykt af borgeren (og/eller dennes pårørende) i fx fælles målsætning og evalueringssamtaler



Ubalance mellem elementerne

- Ekstern videnskabelig evidens står som det stærke element med meget specifikt beskrevne metoder til hvordan det håndteres og vurderes – på papiret
- Logopædens ekspertise og klientens ønsker er typisk blot omtalt uden nærmere beskrivelser af hvordan?
- Det får de dele af EBP til at fremstå mindre vigtige
- Skyldes det at vi bare ved, hvordan vi gør sådan noget?
- Dog er logopædens ekspertise måske særlig stærk i nogle praksisser – der bør være en balance i stedet



Audiologopædens ekspertise

Hvorfor er det vigtigt?

“Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannized by evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient.”

(Sackett et al., 1996)



Hvad består klinisk ekspertise af?

- Refleksiv praksis
- Klinisk beslutningstagning (*Clinical decision making*)
- Erfaring
- Andres erfaring
- ...



Klinisk ekspertise

Jf. Dodd (2007):

Viden om og evne til at anvende systematisk observation i forbindelse med at identificere og måle resultater

Færdigheder i at planlægge, overvåge, dokumentere og analysere målsætninger, procedurer og fremskridt

Evne til at vurdere niveau af evidens

Evne til at kunne anvende evidens til at sikre en mere effektiv praksis



Klinisk ekspertise

Jf. Roulstone (2011):

Baggrundsviden - teoretisk viden

Viden om håndværket - den faglige intuition

Personlig viden - referenceramme



Den refleksive praktiker

Hvad er det?

”Reflection is ‘the purposeful contemplation of thoughts, feelings and happenings that pertain to recent experiences’”

(Kennison og Misselwitz, 2002)

”reflection turns experience into learning.”

(Boud et al., 1985, som ref. i Hill et al., 2012)



Den refleksive praktiker

Evnen til at reflektere er:

individuel

situationsbestemt

påvirket af kultur, køn og interesser

(Kolb, 1984)



Forskellige former for refleksion

- Schön (1987)
 - *reflection-in-action*
 - *reflection-on-action*
- Killian and Todnem (1991)
 - *reflection-for-action*



At understøtte reflektiv praksis

Evaluering af egne, videooptagede, kliniske sessioner

(Hill et al., 2012)

Refleksive journaler

(Schön, 1983)

>Formål med journaler/selvevaluering:

- Fremme refleksion og læring
- Ansvar for egen læring
- Øget fokus på proces før, under og efter en session

(Hill et al., 2012)



Hvad kan en refleksiv praksis?

- Tilbyder klinikerne redskaber til at beskæftige sig med metakognitive processer
- Gør klinikerne bevidste om deres egen viden og søger at udvide den
- Øger derved kritisk tænkning og *clinical reasoning*

(Hill et al., 2012)



Klinisk beslutningstagning

Mange bud på hvad det er – fx:

- Beslutningstagning på baggrund af evidens, klinisk ekspertise, patientværdier og kontekst (altså EBP-elementerne) (Forrest, 20xx)
- Det faglige skøn: Fagligt skøn sker ud fra klinikerens faglige kompetencer, erfaringer, viden om den individuelle patient, faglig intuition. Fagligt skøn sker IKKE ud fra generelle teorier og procedurer/retningslinjer (Severinsen, 2007)
- Clinical reasoning refers to the thinking and decision-making processes that are used in clinical practice (Edwards et al., 2004)



Klinisk beslutningstagning

”There exists no model that ensures that an SLT will make the best clinical decisions”

(Kahmi, 2006)

”there is a need for research into the nature of professional decisionmaking in speech-language pathology and the role that these other types of knowledge play, relative to research evidence”

(Justice, 2010)



Klientens værdier

I dag er klinisk beslutningstagning udfordret eller suppleret af fælles beslutningstagning

Alle trends i sundhedssektoren oa. peger på inddragelse af borger

Mange fordele ved inddragelse: fx kompliance, reduceret angst og stress, empowerment

(Isaksen, in prep.)



Hvordan involvere borgeren?

- Den overordnede tilgang kan være gennemsyret af involvering (fx ICF, A-FROM, social model)
- Kommunikationsformen (Nordehn et al., 2006)
- Interviewteknik (Smith et al, 2013)
- Målsætning og evaluering (Hersh et al., 2012)
- Fælles beslutningstagning (Charles et al., 1999)
- Oma.



Data fra interview (ph.d.-projekt)

J: Har du truffet en afgørelse på forhånd?

L: Nej det har jeg aldrig gjort altså ... jeg har lavet mig et fagligt oplæg og punktum (.) men jeg vil da sige at det er jo ikke engang rigtigt fordi i nogle tilfælde ... tror jeg faktisk alligevel at det er sådan at der har jeg truffet en beslutning



- J: Hvis du så har truffet en beslutning ... ville eleven eller de pårørende kunne rokke ved det?
- L: altså hvis det er at ... jeg er kommet dertil at jeg vil sige at nu må det slutte ... så vil jeg sige at så nej så kan de ikke
- J: det er mere almindeligvis at de har indflydelse?
- L: ja ja men altså det vil de have



Opsummering af interviewdata

- 12 interviewede logopæder taler alle om, at de træffer afgørelser inden evalueringsmøder med borger/pårørende (typisk om forløb skal afsluttes eller forsættes).
- Alle er dog åbne for at beslutninger kan påvirkes af borger/pårørende.
- Men der stilles også en præmis op, der hedder at borger/pårørende skal komme med gode argumenter



Fund fra observationer

- Klienter og pårørende inddrages – dog stort set altid på logopædens initiativ
 - > det sker på forskellig vis: fremsættelse af forslag, spørgsmål til disse forslag, åbne spørgsmål
- Institutionel præmis, magtbalancen påvirker
- Logopædens beslutninger kan ændres, men hun har ”fat i den lange ende”
 - > fx nye forslag, faglig argumentation
- Rammen ofte uklar
- Klient påvirkning af kommunikationshandicappet til dels
- Holdninger (hos begge parter) kan stå i vejen for inddragelse



Paradokser i praksis

Borgerens ønsker >< audiologopædens vurdering
Opskrifter >< individualitet

Den eksterne evidens ses helst baseret på kvantitativt arbejde (jf. evidenshierarkiet), men nogle forskningsdesigns er ofte ikke muligt inden for audiologopædien og er det i øvrigt det eneste relevante?



Paradokser i praksis

- Den eksisterende eksterne videnskabelige evidens er (for?) snævert beskrevet i en kontekst som vores
- Vigtigt at anerkende at EBP er en kontinuerlig proces, der til stadighed skal have plads og tid
- Sparsom viden om integration af klinisk ekspertise og borgernes præferencer



Intern evidens

Dollaghan (2007) oa. taler om intern evidens – E³BP

Ikke bare bør den eksterne videnskabelig evidens være gennemsyret af evidens, men også klinikerens ekspertise og klientens værdier

“Evidence can be classified as external or internal: Internal evidence is drawn from a variety of sources including policy, informed clinical opinion, values and perspectives of both professionals and consumers, and professional consensus; external evidence is based on empirical research published in peer-reviewed journals.”

(<http://www.asha.org/policy/GL2008-00293.htm#sec1.2.4>)



At skabe intern evidens

“An individual can’t be assumed to be a special case of the general — each individual will resemble the general in some ways and will differ in some ways...”

(Bohart, 2005)

Prøv ikke at blive fanget alene af individualiteten i den enkelte sag, men fokuser på det der kan gøres generelt.



At skabe intern evidens

Nøgleord:

- Systematik (ikke bare i hovedet)
- Dokumentation
- De rette mål til at observere forandring
- Tid, men på den anden side er det vel bedre end at spille tid
- Evt. kontakt til forskere



Forskning og praksis

- Skal vi alle forske?

NEJ!

- Hvad skal vi så?

Forbruge forskning

Bidrage til forskning



Research informs clinical practices, and clinical practices often guide research endeavors.

By consciously seeking out and using scientific evidence as the foundation for their clinical services, SLPs and audiologists become clinical scientists. They also may become partners with researchers.

(Apel, K. & Self, T. (2003, September 09). Evidence-Based Practice : The Marriage of Research and Clinical Services. The ASHA Leader.)



På vej mod EBP – hvordan griber vi det an i vores praksis?



Nøgleord i processen på vej mod EBP

- NYSGERRIGHED
- Gør det i fællesskab (hav opbakning fra ledelse om muligt)
- Tænk på og argumenter med at de resurser der bruges på det, spares senere
- Kritisk sans
- Brug eksisterende (online-resurser)
- Tilgængelighed til forskning er et problem, men der findes altså muligheder eller også så kender du måske en der kender en der kender en 😊



At finde evidens fra forskningen

Trin 1: Fastslå det kliniske spørgsmål

Baggrundsspørgsmål vs. forgrundsspørgsmål

Baggrund:

Hvad er den mest effektive behandling for børn, der stammer?



Forgrund (det kliniske spørgsmål i trin 1):

Såkaldte PICO-spørgsmål

P – patient or problem

I – intervention

C – Comparison or contrast

O – outcome

Fx Får mennesker med svær anomi **et større ordforråd**
af CILT-baseret træning fremfor
kommunikationsbaseret træning?



Forgrund (det kliniske spørgsmål i trin 1):

Såkaldte PICO-spørgsmål

P – patient or problem

I – intervention

C – Comparison or contrast

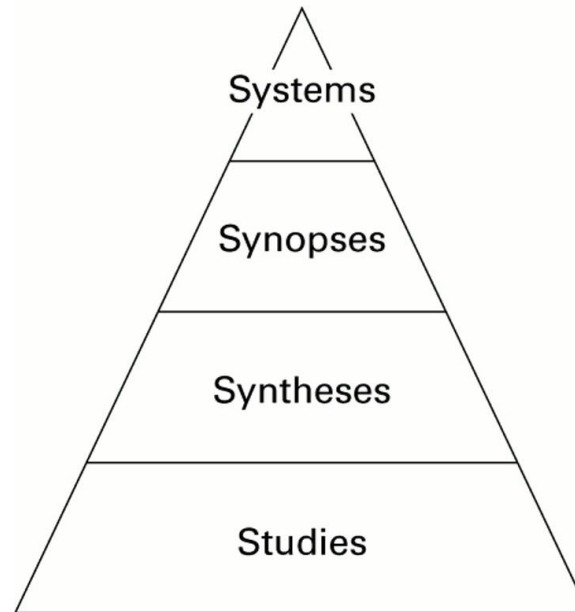
O – outcome

Fx Får mennesker med svær anomi **et større ordforråd** af **CILT-baseret træning** fremfor **kommunikationsbaseret træning?**

Trin 2: Find evidensen

4S hierarkiet (jf. Dollaghan, 2007, s. 19) (OBS: ikke et evidenshierarki vedr. vurdering af kvalitet)

➤ Dog siger hun:
start din søgning, hvor
du mest sandsynlig
finder evidens af høj
kvalitet



Examples

Computerised decision support systems (CDSS)

Evidence-based journal abstracts

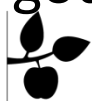
Cochrane reviews

Original published articles in journals



Eksempler på steder at lede:

- speechBITE
 - Relevante databaser (se SDUBs resurser for audiologopædi)
 - Relevante tidsskrifter (se SDUBs resurser for audiologopædi)
 - Andre bibliotekers resurser (fx UCL i London)
 - Bibliotek.dk
 - Netbaserede resurser vedr. audiologopædi (fx ASHA, RCSLT, SPA)
 - The Cochrane Library, evt. The Cambell Library
 - Foruden sider længere væk fra audiologopædien (fx nævner Dollaghan www.guideline.gov; www.cebm.net er en anden god resurse)
- VÆR NYSGERRIG, OPSØGENDE – OG KRITISK**



Brug resurserne i resurserne!!

- Web-tutorials på div. hjemmesider
- You tube klip om informationssøgning
- MeSH i Pubmed/Medline
- Thesaurusfunktioner i andre databaser
- Oma.



At vurdere evidens fra forskningen

Trin 3: Vurder den fundne evidens

Masser, masser, masser af evidenshierarkier til at vurdere evidens, som mere eller mindre ligner hinanden – mange tager udgangspunkt i CEBMs.

Det er svært, men øv dig – tjek CAP og CAT fx på www.cebm.net og xxx

At vurdere evidens fra forskningen

- Vær opmærksom på at trods indikationer om kvalitet fra metode, er der uendelig meget andet at være opmærksom på i designet (mao. ikke alle systematiske reviews er gode, ikke alle RCTs er fantastiske osv.)
- Evidens skal tjekkes/evt. rates
- Div. tjeklister til kritisk læsning (fx links på ASHA og CEBM)
- Systemer som Pedro-P anvendt på RCTs i speechBITE
- Masser af litteratur om at blive en god og kritisk læser/evaluator af forskningslitteratur
- Det tager tid og er en løbende proces at være god til at vurdere forskningslitteratur – gør det gerne sammen med andre – vær opmærksom på biases



Litteratur

Jeg har ikke lavet en liste over al den anvendte litteratur, kontakt mig hvis der er noget specifikt af det anvendte du søger. Herunder er i stedet anbefalet nogle bøger om EBP som sikkert kan lånes via bibliotek.dk samt et par artikler på næste slide, som jeg gerne fremsender, hvis du sender mig en mail.

Bøger:

Dobinson, C. & Wren, Y. (2013). *Creating practised-based evidence: A guide for SLTs*. J&R Press.

Dollaghan, C. (2007). *The Handbook for Evidence-Based Practice in Communication Disorders*. Paul H. Brookes Publishing Co.

Hoffmann, T. et al (eds.) (2013). *Evidence-based practice across the health professions* 2nd ed. Elsevier.

Roddam, H. & Skeat, J. (2013). *Implementering af evidensbaseret praksis – i det logopædiske arbejdsfelt*. Hogrefe psykologisk forlag.



Litteratur forsat

To gode basisartikler:

Dodd, B. (2007). Evidence-based practice and speech-language pathology: strengths, weaknesses, opportunities and threats. In: *Folia phoniatica et Logopaedica*, 59(3), pp. 118-129.

Roulstone, S. (2011). Evidence, expertise and patient preference. In: *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(1), pp. 43-48.

