



Tema: **Andre veje i audiologopædien**

Evidensbaseret praksis – eller praksisbaseret evidens?

Evidensbaseret praksis forudsætter forskning. Spørgsmål som forskningen forventes at give svar på er: Hvilke behandlingsformer, der er effektive og for hvem? Men hvad gør man, hvis forskning i bedste fald kun tilbyder begrænsede svar? Og er der en universel tilgang til evidens, som gælder interventionsforskning? Nærværende artikel diskuterer hvad, der traditionelt anses for god evidens, og hvorfor man ikke kan nøjes med den traditionelle tilgang, når det gælder interventionsforskning som den audiologopædiske

Hana Malá Rytter, cand.psych., ph.d., adjunkt ved Institut for Psykologi, Københavns Universitet og Center for Hjerneskade



Hana Malá Rytter

En evidensbaseret tilgang til klinisk praksis har for længst vundet indpas på mange behandlingsområder, ikke mindst dem, hvor det gennem de seneste årtier har været relativt nemt at indsamle forskningsevidens. Også på områder, som traditionelt har været baseret på terapeuters erfaring og mavefornemmelse, er evidensbaseret praksis kommet på dagsordenen. Krisetider, stigende udgifter til sundhedssektoren, og ønsker om et evidensbaseret samfund medfører, at behandlere forventes at anvende metoder, der er klinisk effektive og underbygget af forskningsdata. Ligeledes skal udgifterne til behandlingen modsvares af udbyttet for patienten. Forskningsevidens er dermed blevet en forudsætning for beslutninger vedrørende behandlingstilbud, som mennesker med en eller anden form for handicap tilbydes.

Audiologopædisk praksis drejer sig fx om at minimere patienters kommunikationshandicap og at rådgive i, hvordan hverdagen med kommunikationshandicap tackles. Audiologopædien er en af

de discipliner, hvor terapeuters erfaring og forståelse af patientens situation og aktuelle kontekst, har været og er af stor betydning. Det, at der arbejdes individuelt og/eller med små grupper af mennesker med mangeartede karakteristika, rummer udfordringer for indsamling af forskningsdata til at underbygge praksis. Det indebærer, at begrebet *evidens* må overvejes. Nærværende artikel diskuterer, hvad der traditionelt anses for at være *god evidens*, og hvad der kendetegner forskning indenfor et område, hvor patienter er meget forskellige, interventionsprocedurer er under udvikling, eksisterende effektmål har begrænset udsagnsværdi, og terapeuters personlighed er en af de udslagsgivende faktorer for behandlingseffekt.

Evidensbaseret tilgang og dens værktøjer

Evidensbaseret tilgang til klinisk praksis bygger på forskningsresultater, så hvis forskningen ikke leverer den nødvendige viden, kan der ikke være tale om evidensbaseret praksis. Det er dog ikke

ligegyldigt hvilken type forskning, data stammer fra. Forskningsdesign har et indbygget hierarki, og nogle typer studier betragtes som mere robuste og dermed mere videnskabeligt sikre end andre. Øverst i hierarkiet på Niveau 1 placeres fx meta-analyser af homogene, randomiserede, kontrollerede undersøgelser, efterfulgt af randomiserede, kontrollerede forsøg (herefter RCT for *randomised controlled trial*). På Niveau 2 kommer bl.a. kohortestudier med en kontrolgruppe, mens eksempelvis ukontrollerede undersøgelser og *single* og *multiple case designs* findes på Niveau 3. Endelig placeres beskrivelser af få eller enkelte tilfælde fx i form af casuistikker på Niveau 4, og i bunden af hierarkiet findes ekspertudsagn uden eksplicit kritisk vurdering (Niveau 5). Se fx Oxford Centre for Evidence-Based Medicine for uddybning af dette.

Den traditionelle tilgang til forskningsevidens dikterer, at kliniske beslutninger hviler på data, som stammer fra studier placeret i den øverste del af forskningshierarkiet, altså RCT'er og metaanalyser.

En RCT er et videnskabeligt eksperiment til undersøgelse af, hvor effektiv en given behandling er. Undersøgelsestypen bygger på, at patienter fordeles *tilfældigt* i grupper, der modtager enten den behandling, der studeres, eller placebo, og at patienten – og helst også behandleren – er uvidende om hvilken type behandling, vedkommende får.

I audiologopædisk sammenhæng kan det være vanskeligt at gennemføre RCT'er, hvilket jeg vil vende tilbage til i næste afsnit.

Enkeltstående RCT'er indebærer altid en risiko for bias (systematiske fejl i fx selektionsprocessen, udførelsen, effektmålingen eller bortfaldet). Når effektiviteten af en behandling skal evalueres, er det derfor vigtigt at løfte sig over niveauet af individuelle studier med meta-analyser, der følger standardiserede procedurer og strenge kriterier, der bl.a. indebærer, at alle relevante og tilgængelige studier skal inkluderes. I meta-analyser kombinerer man resultaterne fra uafhængige studier, som er blevet publiceret som selvstændige eksperimenter, men som relaterer sig til den samme (eller stærkt lignende) behandling, og som har anvendt sammenlignelige procedurer og populationer. Datasættene skal desuden være komplette, og råresultater skal være tilgængelige, da disse skal genanalyseres. Herefter gennemfører man en summarativ analyse, og resultaterne af denne har langt større statistisk styrke end enkeltundersøgelserne.

Audiologopædisk praksis og forskning eksemplificeret med afasi

Forskning i audiologopædisk behandling møder en række udfordringer. Som et eksempel kan tages de patienter, der

lider af afasi efter en hjerneskade, og som modtager logopædisk behandling med henblik på at bedre deres kommunikative funktioner. De første problemer ved at gennemføre undersøgelser støder man på allerede, når der skal defineres inklusionskriterier. Hvilke begrænsninger skal man opstille for forhold, der potentielt påvirker effekten af behandlingen? Skal der eksempelvis opstilles kriterier for skadesårsager (fx kun apopleksi), personlighedskarakteristika og pårørendes holdninger og støttemuligheder?

Er ambitionen en RCT, skal der laves en randomisering samtidig med, at patienterne i de forskellige grupper matches med hinanden på i hvert fald grundlæggende karakteristika som køn, alder, uddannelsesniveau, skadens sværhedsgrad og tiden fra skadestidspunktet til iværksættelsen af behandlingen. Noget så vitalt som patientens motivation, emotionelle tilstand og forholdet til terapeuten, er der indtil videre ikke plads til i forskningsprotokoller. Mens det i nogle tilfælde kan lade sig gøre at holde det skjult for patienten hvilken type logopædisk intervention, han/hun modtager, er det indlysende, at dette ikke er muligt i forhold til terapeuten. Vanskelighederne fortsætter, når der skal vælges test, som objektivt måler effekten af behandlingen, for ikke at nævne mulige test-retest effekter, hvor forbedring kan skyldes, at patienten har været udsat for testen før.

Når man vil gennemføre et systematisk review af en type audiologopædisk behandling for afasiramte patienter, opdager man, at der er stor variation i ovennævnte faktorer. Fx er hjerneskadens omfang og sværhedsgrad ofte ganske varierende. Det samme gælder patienternes præmorbide situation (personlighed,

socioøkonomiske baggrund, uddannelse, alder, motivation etc.), som også spiller en stor rolle for effekten af sproglig rehabilitering. Desuden er det ofte meget små grupper af patienter, som indgår i forskningsprojekter, hvilket medfører manglende statistisk styrke af resultaterne. Dertil kommer, at det sproglige domæne ikke er isoleret fra andre kognitive og emotionelle områder, hvorfor forstyrrelser i evnen til at kommunikere kan påvirkes af fx patientens følelsesmæssige tilstand, som ikke kontrolleres i disse undersøgelser.

De audiologopædiske interventioner, der anvendes på tværs af behandlingsenheder er hverken præcist beskrevne eller standardiserede, og der anvendes en række forskellige effektmål. Mange af effektmålene er udviklet mhp. diagnosticering, hvilket medfører manglende følsomhed over for ændringer som fx behandlingseffekter. Derudover findes der kun få standardiserede 'funktionelle' effektmål, som undersøger langtidseffekter og effekter ift. dagligdagen; spørgsmål om generalisering af behandlingen til økologisk valide kontekster (fx en familiesammenkomst) er uafklarede. Desuden er der sproglige barrierer, som vanskeliggør deling af undervisnings- og testmateriale på tværs af landegrænser. Heterogene patientgrupper, heterogene interventioner og heterogene effektmål umuliggør meta-analyser af data på tværs af forskningsstudier.

Alt dette medfører, at størstedelen af evidensen for audiologopædisk praksis stammer fra lavere evidensniveauer som gruppeundersøgelser og single og multiple caseundersøgelser. RCT'er er særdeles vanskelige at udføre og de studier,

der faktisk gennemføres, har mange metodiske svagheder. Man må være opmærksom på, at en ringe gennemført RCT ikke kan levere god evidens, mens veldesignede og velgennemførte single case design studier kan danne et solidt grundlag af viden. Det er derfor vigtigt at kvalitetsvurdere forskningsstudierne *uanset* deres design.

Alternativer til evidensbaseret tilgang – på vej mod praksisbaseret evidens

Klassifikationer af studiers typologi er gode at have som rettesnor. Spørgsmålet er, om man skal anse dem for mere end blot en rettesnor. Indenfor nogle interventionsdiscipliner, fx medikamentelle behandlinger af velafgrænsede sygdomstilstande, giver det god mening at følge klassifikationen, men på andre interventionsområder som fx det audiologopædiske kan det være mere tvivlsomt. Der er en kraftig tendens til at overvurdere betydningen af studiets design, når man skal vurdere evidensens kvalitet, og mange klinikere kan blive stærkt frustrerede over, at det, der ser ud til at virke i en RCT, ikke nødvendigvis virker i den daglige praksis med den enkelte patient.

Når man skal vurdere effektiviteten af en behandling som den audiologopædiske, er der behov for at inddrage en lang række forskningsstudier på tværs af det designmæssige spektrum, for RCT-designet kan fx ikke give svar på hvilken behandlingsform, der medfører størst gavn for den givne patient, eller hvorfor en behandlingsform generelt ser ud til at virke.

Der er altså behov for en alternativ tilgang til spørgsmålet om evidens. *For det første* skal discipliner, som traditionelt har leveret erfaringsbaseret intervention, have tid til at opbygge evidens nedefra. Grundige patientbeskrivelser kan lede til single og multiple casedesign-undersøgelser, som efterfølgende kan bane vejen for kliniske kontrollerede studier. Undersøgelser på lavere evidensniveauer giver mulighed for at justere forskningsideer og -spørgsmål og for at oparbejde erfaringer og viden, som til sidst kan føre til gennemførelse af studier indenfor toppen af hierarkiet. Desuden er undersøgelserne på de lavere niveauer en forudsætning for senere gennemførelse af veldesignede studier på højere evidensniveauer, for i denne proces er det muligt at identificere de forskningsspørgsmål, der faktisk *kan* besvares i RCT'er. Tilgangen med opbygning af evidens nedefra står imidlertid i kontrast til, at forskningsdata skal leveres på rekordtid, mens behandlingseffekter ofte strækker sig ud over tidshorisonten for typiske forskningsprojekter.

For det andet skal man være åben overfor at se på alternative klassifikationer og forskningstypologier, som sætter fokus på den oplevelse, som personen med kronisk sygdom og dennes familie har – gerne sammenholdt med den tilgængelige evidens gennem klassisk forskning (se fx Do, 2005). *For det tredje* skal man begynde at tage den daglige praksis alvorligt, eftersom den faktisk *kan* levere dybdegående og omfattende information om, hvad der karakteriserer en given patientgruppe, og om samtlige behandlinger, som patienten

tilbydes i en behandlingsproces (inkl. medicin, kost, fysioterapi etc.). Derudover kan praksis belyse, hvordan de forskellige tiltag bidrager til patientens bedring samt hvilke effektmål, det giver mening at have i fokus. Patienternes forskellighed kan der kontrolleres for statistisk snarere end gennem randomisering. Denne tankegang danner grundlag for nyere tanker om praksisbaseret evidens (Horn & Gassaway, 2007), som muliggør en relativt hurtig indsamling af data direkte ved hjælp af fagpersoner i den kliniske praksis, og som tilbyder en ny tilgang til beslutningstagen ikke mindst, når effektiviteten af forskellige behandlingsalternativer skal afgøres. Denne tilgang kan også være med til at besvare det kritiske spørgsmål om, hvordan man skal bruge de begrænsede ressourcer til at opnå størst mulig gavn for patienten og "value for money" for samfundet.

Referencer

- Do, H., 2005, editor, *The National Service Framework for Long Term Conditions*, London: Department of Health.
- Horn, S. D. & Gassaway, J., 2007, Practice-Based Evidence Study Design for Comparative Effectiveness Research *Med Care*; 45: p50-57.
- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, May 2001, Levels of Evidence and Grades of Recommendations, http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp#levels