

Ergoterapi – hvorfor kvantitativ forskning?

Kan aktivitet og deltagelse måles og vejes?

Jørgen Feldbæk Nielsen professor, overlæge dr.med.

Evidens

Evidens = bedst mulig viden om, hvad der virker og hvad der ikke virker

- ➔ Ikke kun sundhedsvidenskab!
- ➔ Evidensbevægelse
 - ➔ 1940'erne introduktion af lodtrækningsforsøg (BMJ 1948 pulmonal tuberculose)
 - ➔ Cochrane-center Rigshospitalet
 - ➔ Institut for medicinsk teknologivurdering – Sundhedsstyrelsen
 - ➔ Institut for Rationel Farmakoterapi – Lægemiddelstyrelsen
 - ➔ Cambell Collaboration - Socialforskningsinstituttet

Evidenshieraki med baggrund i forskningsdesign

Det fulde evidenshierarki

Niveau	Studietype
1a	Systematiske reviews af RCT.
1b	Enkeltstående RCT af god kvalitet.
1c	Kontrollerede, men ikke randomiserede forsøg.
2a	Systematiske reviews af kohortestudier.
2b	Enkeltstående kohortestudier. Dårlige RCT.
3a	Systematiske reviews over casekontrolstudier.
3b	Enkeltstående casekontrolstudier.
4	Caseserier eller kohortestudier eller casekontrol af dårlig kvalitet.
5	Ekspertvurderinger, konsensuskonferencer, kvalitative designs mv.

Kilde: Metodede-batten om evidens Olaf Rieper og Hanne Foss Hansen 2007

Randomiserede kontrollerede forsøg

- ➔ Interventionsgruppen modtager den intervention man ønsker at undersøge mens kontrolgruppen modtager sammenligningsgrundlaget (eks. placebo eller vanlig behandling)
- ➔ Allokeringen til disse to grupper er randomiseret (tilfældig) → kendte og ukendte faktorer fordeles ligeligt
- ➔ Blinding – beskytter mod menneskeskabt bias

Karakteristika ved det stærke RCT-design

Kendetegn ved det stærke RCT-design

- Tilfældig tildeling af individer (enheder) til indsats- eller kontrolgruppen
- Blinding for at sikre, at ingen parter kender til, hvem der er i hhv. indsats- og kontrolgruppen
- Sammenligning af grupperne, før indsatsen påbegyndes (baseline målinger)
- Fuldstændig opfølgning af alle, der får, og alle, der nægter at modtage indsatsen
- Objektiv og neutral (unbiased) vurdering af outcome
- Analyse baseret på oprindelig gruppefordeling
- Vurdering af sandsynligheden for, at de målte resultater alene skyldes tilfældigheder
- Vurdering af den statistiske styrke i undersøgelsen

Bem.: (Davies, Nutley & Tilley, 2004: 260).

Kilde: Metodedebatten om evidens Olaf Rieper og Hanne Foss Hansen 2007

Vurdering af studier

- ⇒ Studiekvalitet
- ⇒ Bias (systematisk fejl)
 - ⇒ Selection/Performance/Detection/Attrition bias
- ⇒ Intern validitet ("sandheden")
- ⇒ Ekstern validitet (overførbarhed)

Udvikling og implementering af et klientcentreret perspektiv i formidlingsprocessen af velfærdsteknologi til ældre - et aktionsforskningsstudie

Patients with community-acquired pneumonia - Focus on early mobilization and dysphagia

Screening af funktionsniveau og daglige aktiviteter hos ældre patienter på medicinsk afdeling MEA, Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus

Identificering af ”oplevelse af sammenhæng” og klientcentrering som indikatorer for effekt af en aktivitetsbaseret ergoterapeutisk genoptræning til patienter med håndrelaterede skader

Effekten af et aktivitetsorienteret ergoterapeutisk interventionsprogram, målrettet øget ADL formåen hos kvinder med kronisk generaliserede smerter – En sekundær analyse af et randomiseret kontrolleret studie, IMPROvE

Patient-professionel samspils betydning for ambulante psykiatriske patienters livsstilsforandrende handlemuligheder i et hverdagslivs perspektiv

Subarachnoidal hæmoragi i Danmark: Risiko og diagnose

Dagligdagen i eget hjem med en kræftsygdom

Deltagelse i hverdagslivet og livskvalitet for mennesker som lever med uhelbredelig kræftsygdom i eget hjem

Hverdagslivets innovationspotentiale – når teknologi skal give en mening

Elektrisk somatosensorisk stimulation til genoptræning af den paretiske arm i den akutte apopleksi fase – en randomiseret kontrolleret undersøgelse

Kritik af evidenshierakiet

- ⇒ ”tekniske udfordringer”
- ⇒ Smal evidens
- ⇒ Komplexitet, dynamisk og kontekst
- ⇒ Ekstern validitet

ANALYSIS

ESSAY

Evidence based medicine: a movement in crisis?

Trisha Greenhalgh and colleagues argue that, although evidence based medicine has had many benefits, it has also had some negative unintended consequences. They offer a preliminary agenda for the movement's renaissance, refocusing on providing useable evidence that can be combined with context and professional expertise so that individual patients get optimal treatment

Trisha Greenhalgh *dean for research impact*¹, Jeremy Howick *senior research fellow*², Neal Maskrey *professor of evidence informed decision making*³, for the Evidence Based Medicine Renaissance Group

¹Barts and the London School of Medicine and Dentistry, London E1 2AB, UK; ²Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford, Oxford OX2 6NW, UK; ³Keele University, Staffs ST5 5BG, UK

Box 1: Crisis in evidence based medicine?

- The evidence based “quality mark” has been misappropriated by vested interests
- The volume of evidence, especially clinical guidelines, has become unmanageable
- Statistically significant benefits may be marginal in clinical practice
- Inflexible rules and technology driven prompts may produce care that is management driven rather than patient centred
- Evidence based guidelines often map poorly to complex multimorbidity

Box 2: What is real evidence based medicine and how do we achieve it?

Real evidence based medicine:

- Makes the ethical care of the patient its top priority
- Demands individualised evidence in a format that clinicians and patients can understand
- Is characterised by expert judgment rather than mechanical rule following
- Shares decisions with patients through meaningful conversations
- Builds on a strong clinician-patient relationship and the human aspects of care
- Applies these principles at community level for evidence based public health

Actions to deliver real evidence based medicine

- Patients must demand better evidence, better presented, better explained, and applied in a more personalised way
- Clinical training must go beyond searching and critical appraisal to hone expert judgment and shared decision making skills
- Producers of evidence summaries, clinical guidelines, and decision support tools must take account of who will use them, for what purposes, and under what constraints
- Publishers must demand that studies meet usability standards as well as methodological ones
- Policy makers must resist the instrumental generation and use of "evidence" by vested interests
- Independent funders must increasingly shape the production, synthesis, and dissemination of high quality clinical and public health evidence
- The research agenda must become broader and more interdisciplinary, embracing the experience of illness, the psychology of evidence interpretation, the negotiation and sharing of evidence by clinicians and patients, and how to prevent harm from overdiagnosis

Ja, der er brug for mere
ergoterapeutisk kvantitativ
forskning – stræb efter RCT

Ja, aktivitet og deltagelse kan
måles og vejes – tænk komplekse
interventioner