

Evidenz in der Praxis, Die Forschungspyramide, und Entscheidungsfindung für Ergotherapie

Prof. Dr. George Tomlin, OTR/L
University of Puget Sound, USA
Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaft
28 November 2013

Etwas Biographisches

- ET Professor seit 1991
- An klinische Entscheidungsfindung, EBP, Forschungsansätze interessiert
- 2006 nach BRD um mit Kolleginnen zusammenzuarbeiten; Forschungspyramide (FP) “kennengelernt”
- FP nach USA getragen, übersetzt, erweitert
- Heute: eine weitere Erweiterung

Überblick

1. Fortschritt bei Evidenzbasierte Praxis
2. Begrenzungen von Forschungsevidenz
3. Die Forschungspyramide
4. Bedarf an Evidenz: für 2 Zwecke
5. Umfangreiche, realistische Strategie
6. Verantwortungen und Zusammenarbeit

Eine Praxis mit breitem Umfang

Occupational therapy practitioners observe and analyze performance skills to understand the transactions among client factors, context and environmental factors, and activity or occupational demands, which support or hinder performance skills and occupational performance (Chisholm & Boyt Schell, 2014; Hagedorn, 2000).“ (OTPF3, p. 12)

„Ergotherapeuten beobachten und analysieren Leistungsfähigkeiten um die Interaktionen unter Klientenfaktoren, Umwelt, und Aktivitäten-bedürfnissen zu verstehen, und wie sie Alltagsfertigkeiten unterstützen oder verhindern.“ (meine Übersetzung)

Um Evidenz dafür anhand zu haben ist eine erhebliche Herausforderung.

Gedankensexperiment

Stellen Sie sich vor...

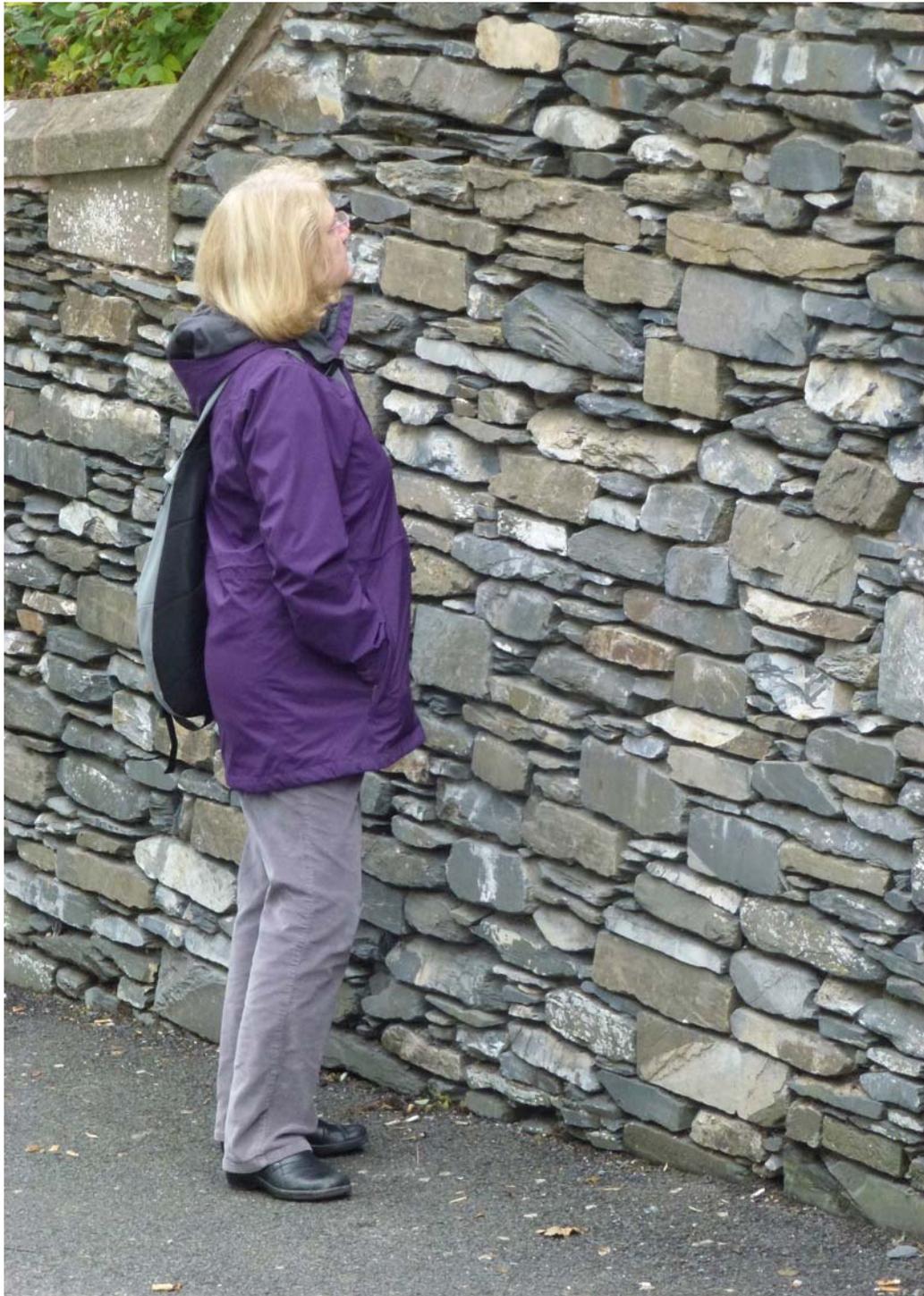
...die stärkste-mögliche Evidenz für eine
Behandlung eines aktuellen Klienten.

Woraus würde diese Evidenz bestehen?

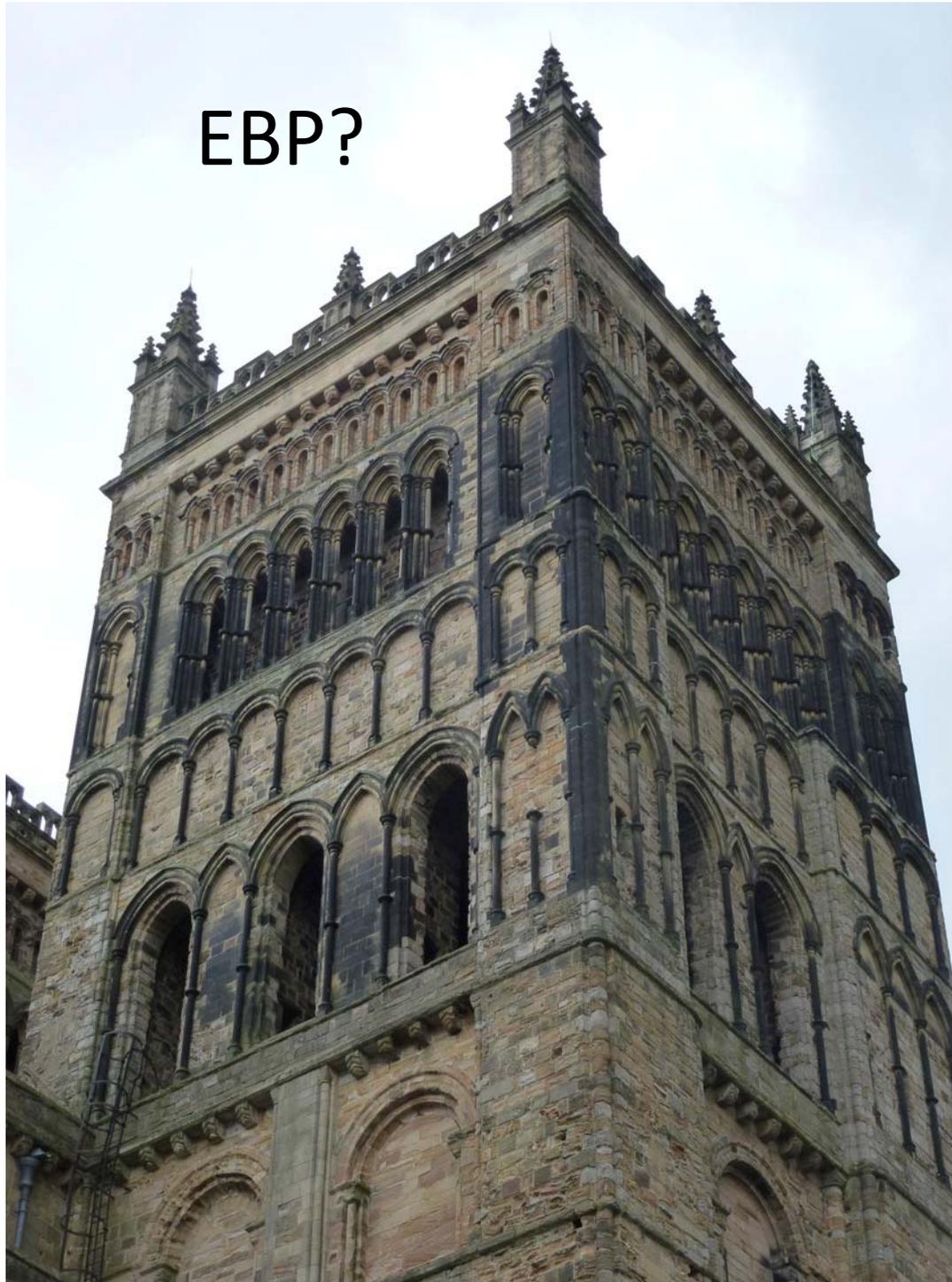
Gedankensexperiment

Die starkst-möglichste Evidenz:

- Mehrere grossen Studien mit eindeutig-positiven Ergebnissen...
- Mit ähnlichen Leuten (Alter, Geschlecht, Diagnostik, Lebenslauf, Familienzustand...)
- Unter ähnlichen Bedingungen behandelt (Therapeut, Klinik, Kosten/Versicherung)
- Auf genau die gleichen Ziele gerichtet sind
- Die ähnlichen Ergebnisse zeigen
- Die über längere Zeit (Monate) abgemessen sind



EBP?



Top 50 Cochrane Suche (Apr 2013)

- 4te- Fallprävention
- 7te- Übungen gegen Depression
- 20te- Fettsuchtprävention in Kinder
- 22te- Ulnarneuropathiebehandlung
- 23te- Inter-professionelle Kollaboration
- 26te- Haut-zu-Haut Kontakt: Mutter und Neugeborenes

Top 50 Cochrane, Teil 2

- 27te- Abziehen von anti-psychotischen Medikamenten in Demenzfällen
- 28te- Musiktherapie gegen Depression
- 29te- Plazebobehandlung
- 34te- Kognitive-Verhaltenstherapie für Leute mit Schizophrenie
- 41te- Übungen um Gleichgewicht in älteren Leuten zu steigern
- 45te- Effekte auf Patientenergebnisse einer Revision/Rückmeldung in der Praxis

Umfangreiche Evidenz???

Wieviel andere einschlägige Themen von ET und neben Bereichen könnten Sie nennen?

14 Cochrane Autism Begutachtungen (5 ET einschlägig)

- 2009 Elternbezogene Frühförderung- keine Evidenz (2 Studien, klein & nicht vergleichbar)
- 2010 Musiktherapie- vielleicht fördert Kommunikation von Kindern (3 Studies, $N = 24$)
- 2011 Gehör Integrationstherapie- keine Evidenz
- 2012 ABA- einige Evidenz für einige Kinder
- 2012 Sozial Fertigungsgruppe- einige Evidenz (5 RCTs, $N = 196$, aber nur Kinder von den USA, 7-12 Jahre alt, Intelligenz durchschnittlich oder besser)

Schlaganfallevidenz von *OT Seeker*

www.otseeker.com

- 212 systematische Begutachtungen
- Inklusiv viele Behandlungsansätze
- ET für ADL (Legg et al., *Brit. Med. Journal*, 2007):
- ET Ergebnisse: eine Steigerung in Leistungsfertigkeiten und Verminderung von Abwärtsentwicklung. ET sollte für jeden, der einen Schlaganfall erlitten hat, vorhanden sein.

“Focused occupational therapy should be available to everyone who has had a stroke.” (Abstract)

Aber Evidenz für den therapeutischen Klient-zentrierten Prozess?

Rosewilliam, Roskell, & Pandyan (2011). ...Evidence for patient-centered goal-setting... *Clinical Rehabilitation*, 25, 501-514.

18 qualitative, 8 quantitative und 1 Gemischtansatz
Rehabilitationstudien

“Selten ist patientenzentrierte Zielsetzung verwirklicht, wegen verschiedener Hindernissen. Weil Ergebnisse nicht streng bewertet worden sind, ist weitere Forschung unabdingbar.” (meine Übersetzung)

Zustand von Praxis-bezogene Evidenz

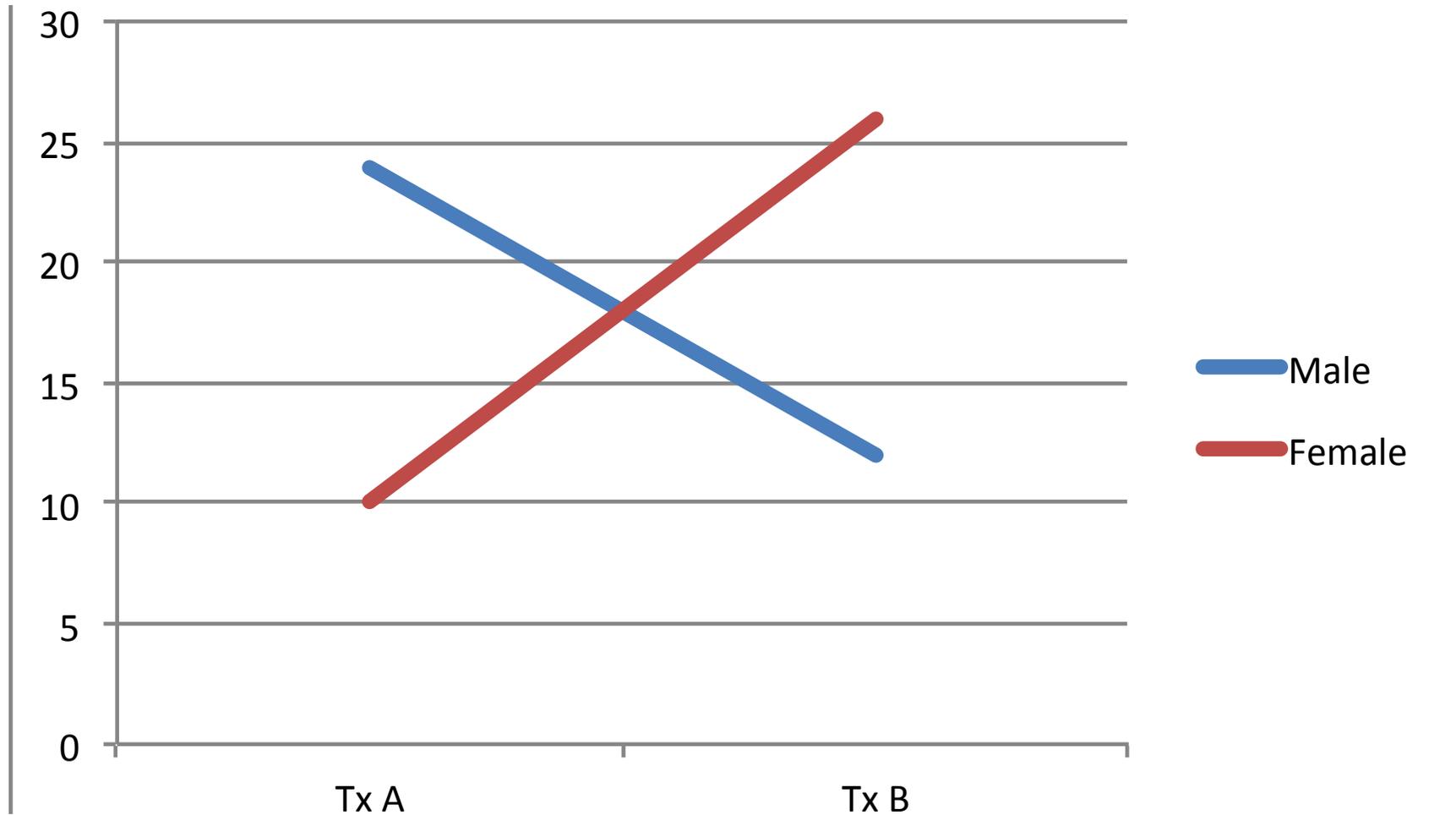
- Nach 12 J., (AOTA, Cochrane, OT Seeker): einige Schwerpunkte, überall dünn
- Lässt sich nicht direkt an aktuelle Situationen generalisieren



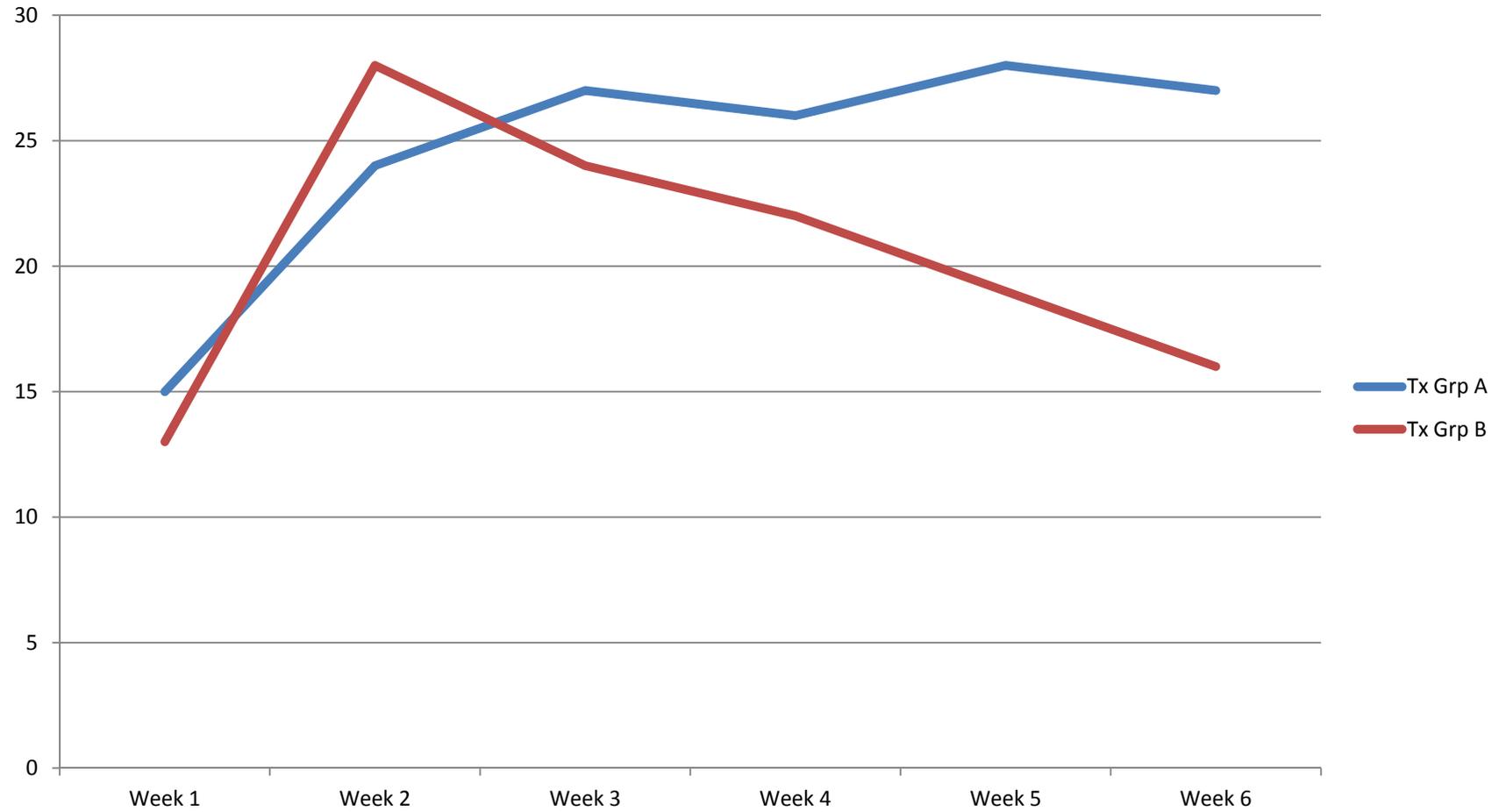
DIVERSION



Geschlechtswechselwirkung



Zeit/Behandlung Wechselwirkung



**DIVERSION
ENDS**

Evidenz Stufen, Ein-Dimensionale Hierarchie AOTA (USA), 2005

Stufe I

Meta-analysen, RCTs

Stufe II

Zwei Gruppen, nicht-randomisiert

Stufe III

Eine Gruppe, nicht-randomisiert (z.B., Pretest/Posttest)

Stufe IV

Beschreibende Studien mit Ergebnisanalyse

Stufe V

Fall Berichte, Expertenmeinungen, Konsenz Stellungnahmen

Begrenzungen bei der traditionellen Evidenzhierarchie

- Interne/Externe Validität verwechselt
- Einschlägige Fragen durch RCTs nicht erforschbar
- Anzahl v. Konstrukten, Interaktionen hoch
- Wechselwirkungen wenig studiert
- Wichtige Forschungsevidenz ignoriert
- Infrastruktur- Forscher mit Qualifikationen rar
- Forschungsprobanden verlangt: 600 Milliarden Leute?



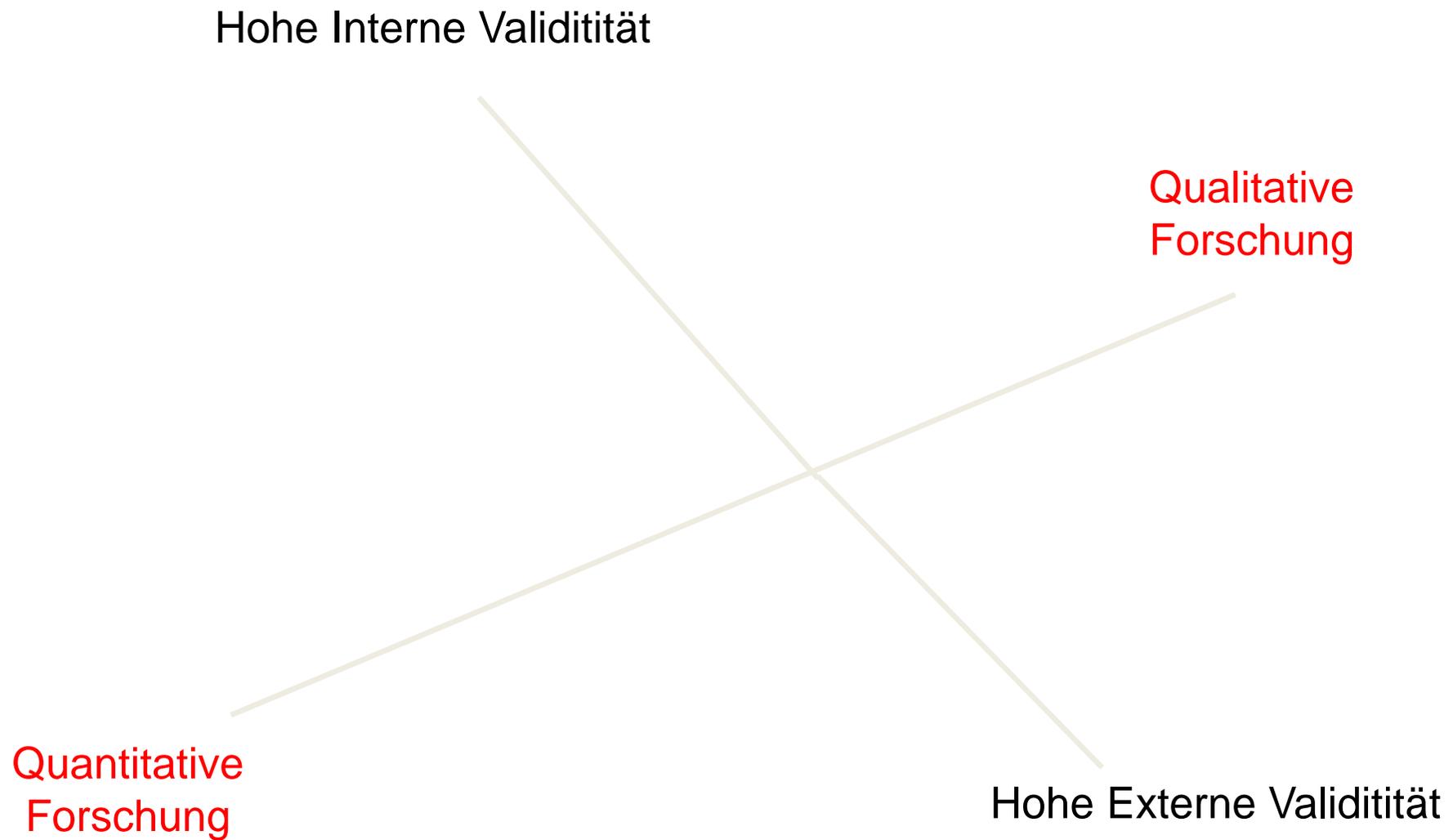
Danger
Hot water

Die Forschungspyramide

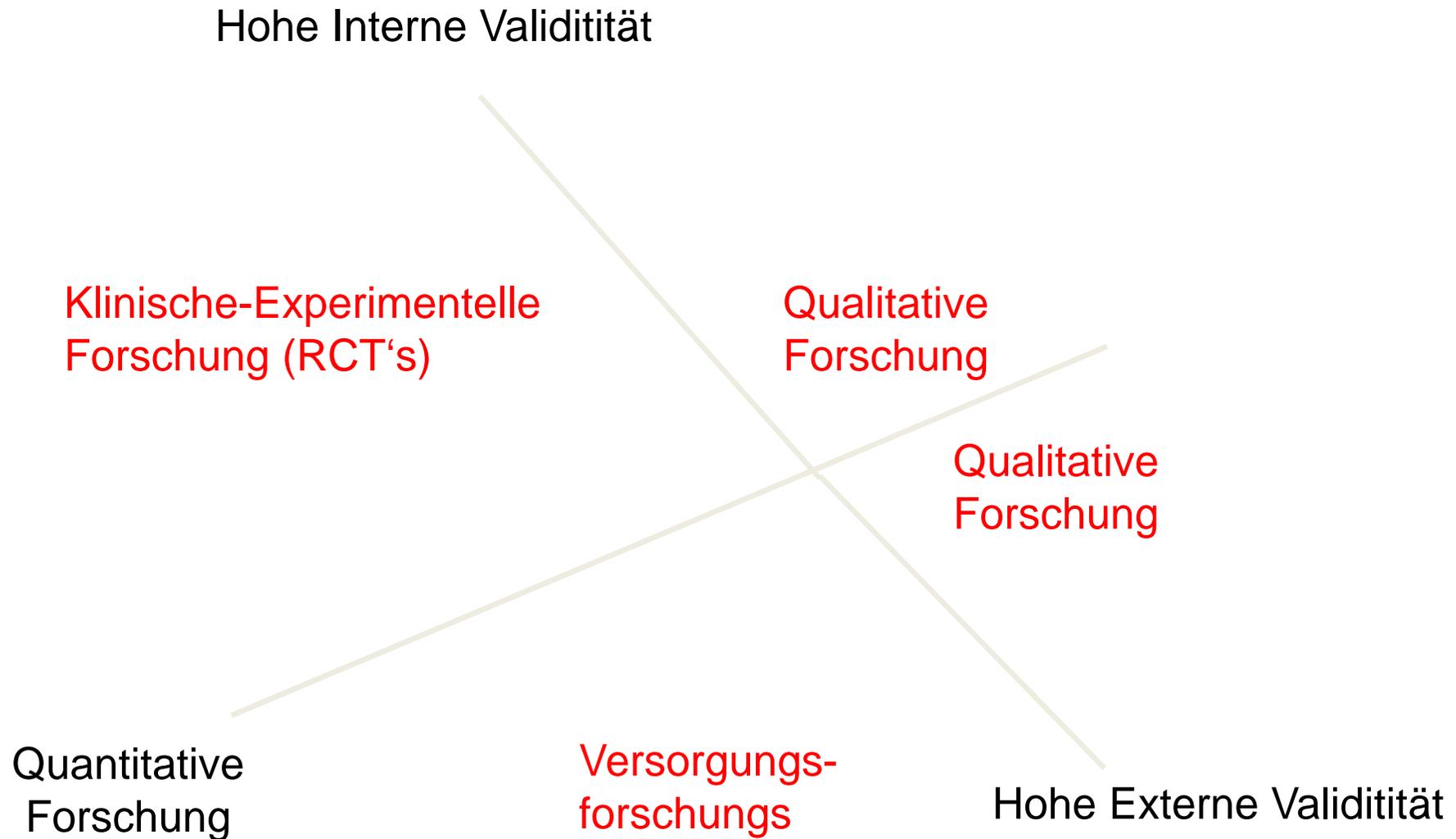
Borgetto et al., 2007

Tomlin & Borgetto, 2011

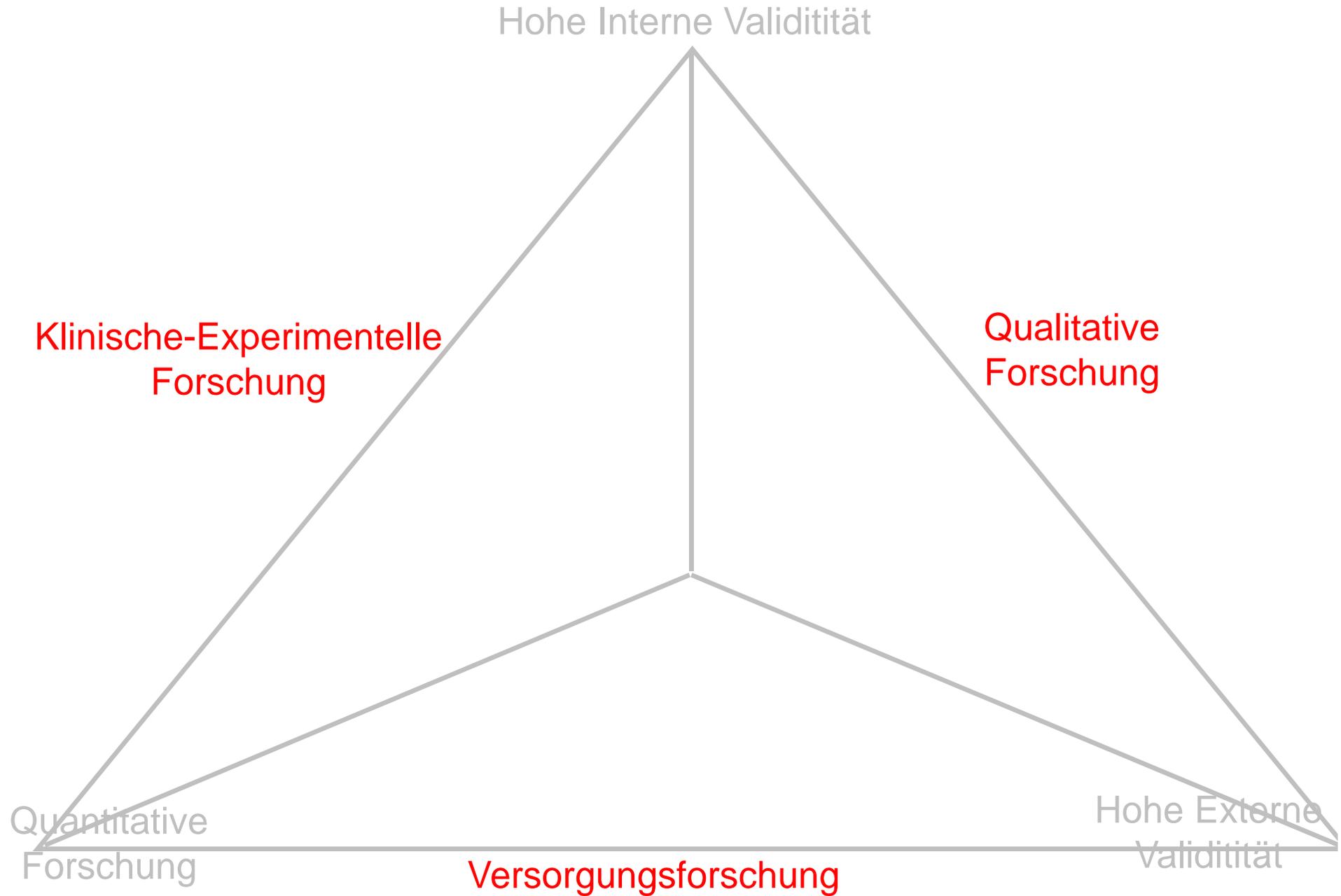
Borgetto et al., 2007: Forschungspyramide Entwicklungsstufe I



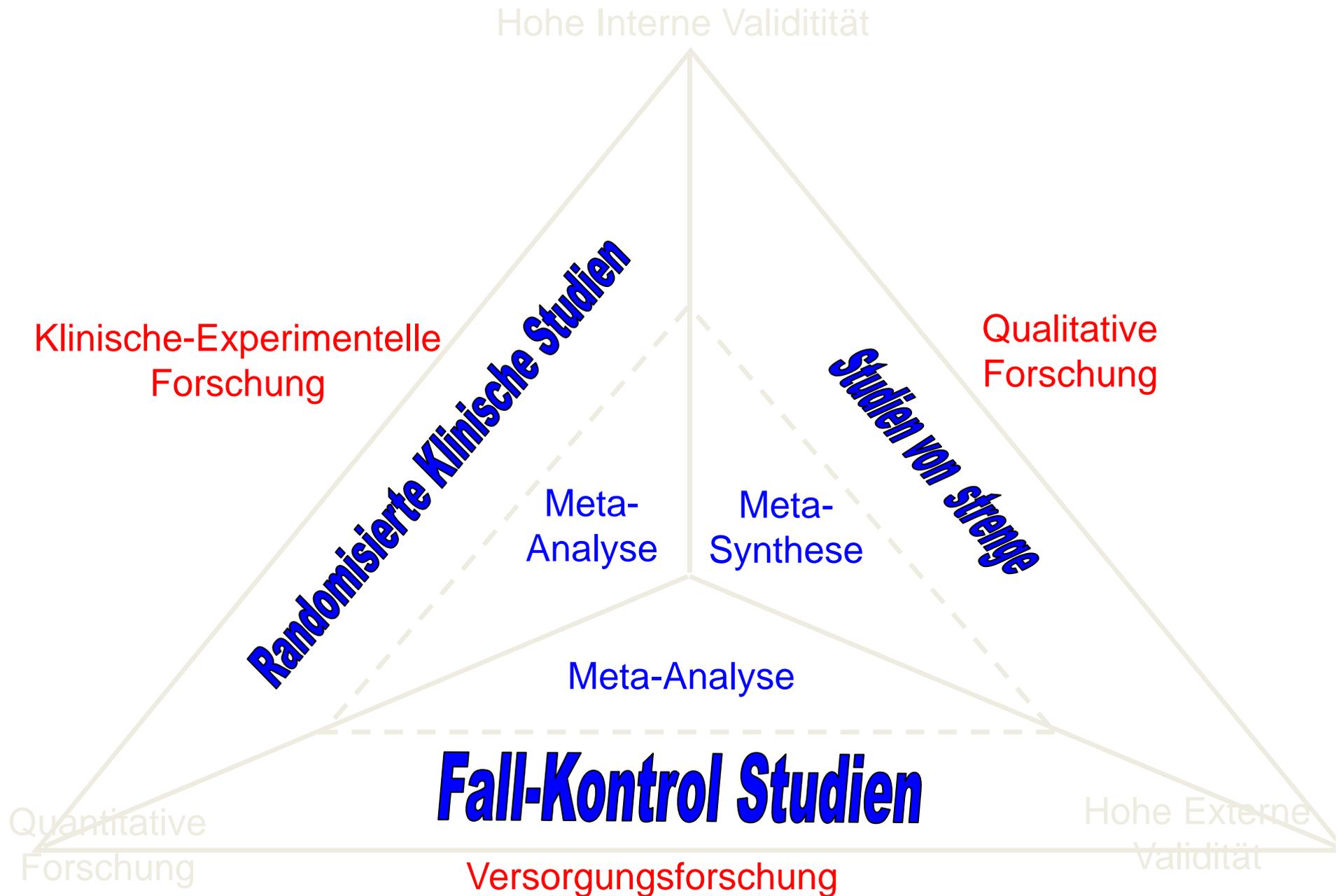
Borgetto et al., 2007: Forschungspyramide Entwicklungsstufe II



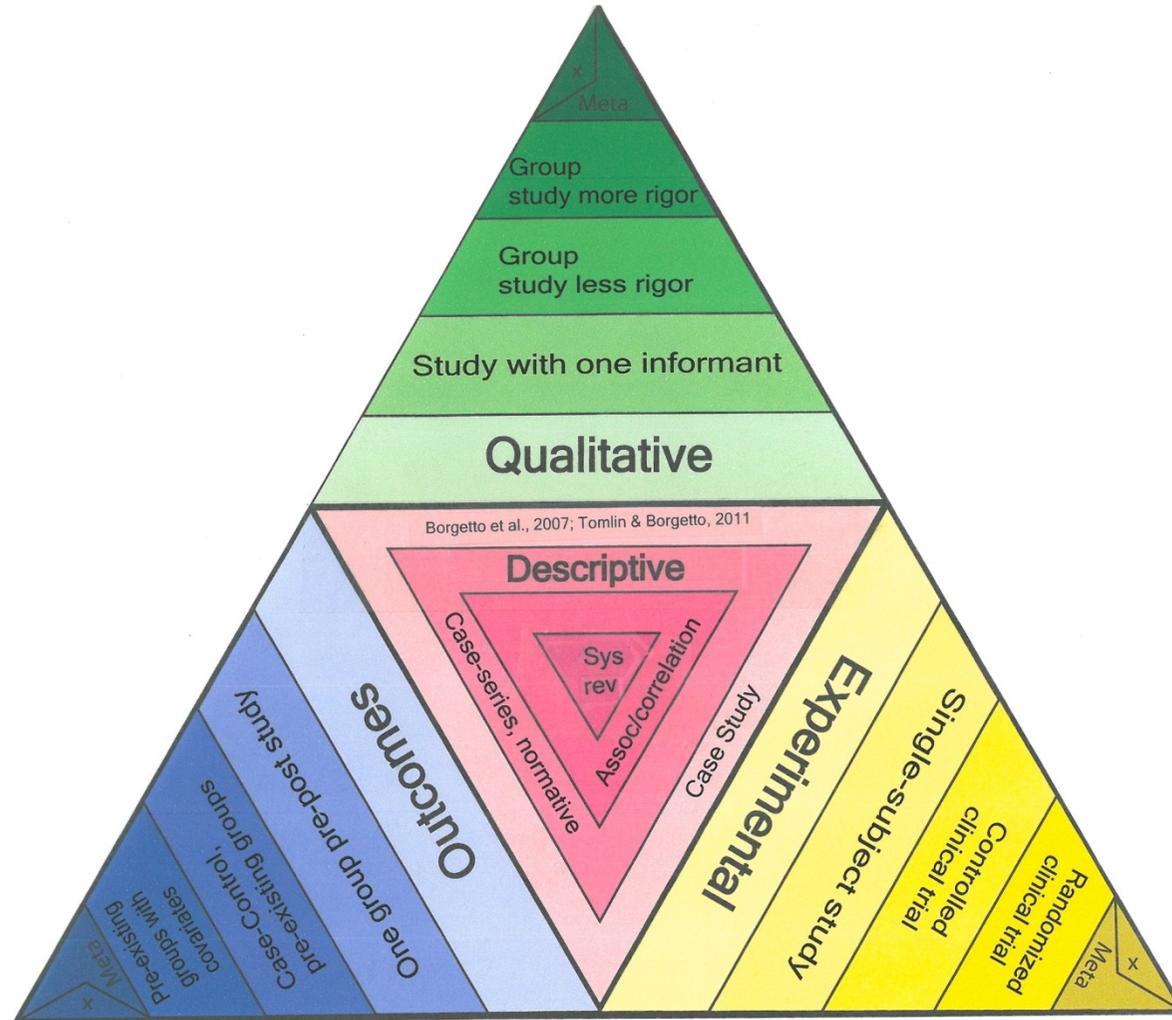
Borgetto et al., 2007: Forschungspyramide Entwicklungsstufe III



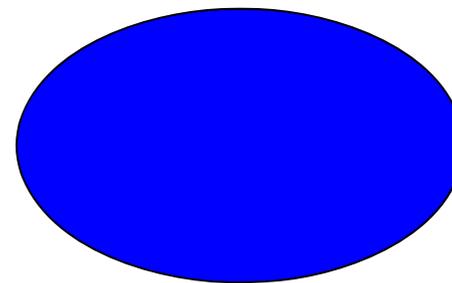
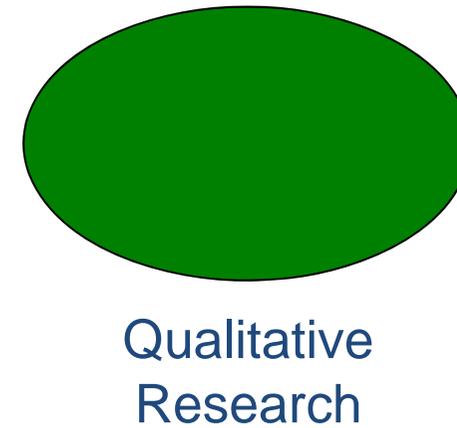
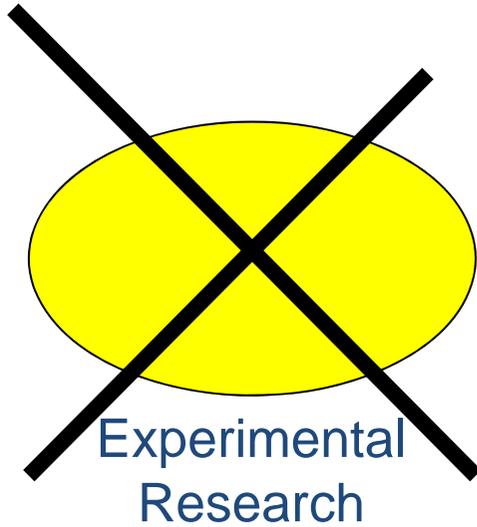
Borgetto et al., 2007: Forschungspyramide Entwicklungsstufe IV



Die Forschungspyramide, 2011

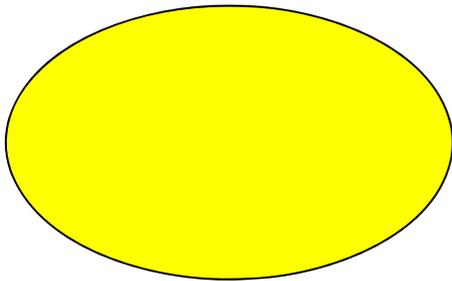


Keine Experimente

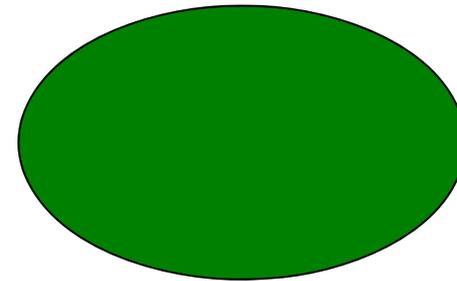


PRO: Echte Ergebnisse, authentische Bedeutung verstanden
CON: Missverständnisse über KAUSALITÄT

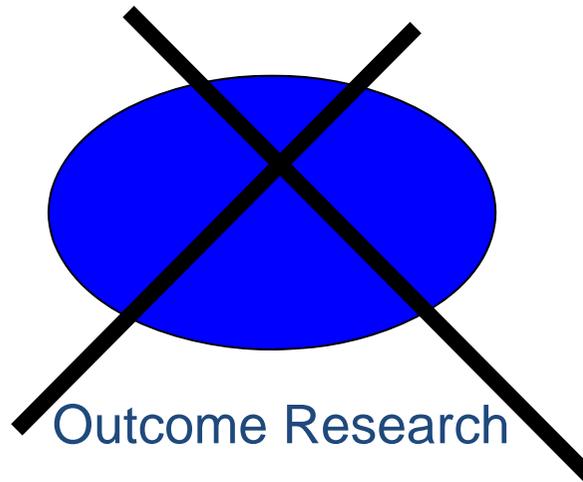
Keine Ergebnisstudien



Experimental
Research



Qualitative
Research

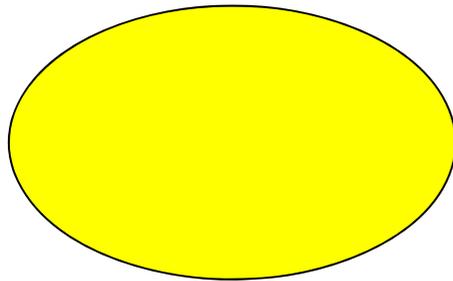


Outcome Research

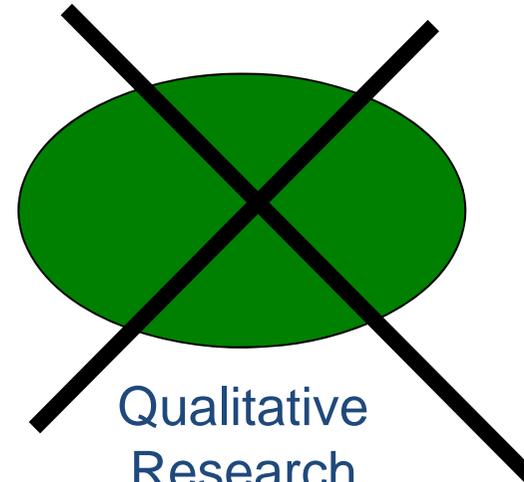
PRO: Kausalität, authentische Bedeutung verstanden

CON: Anwendung an aktuelle Gruppe UNBEKANNT

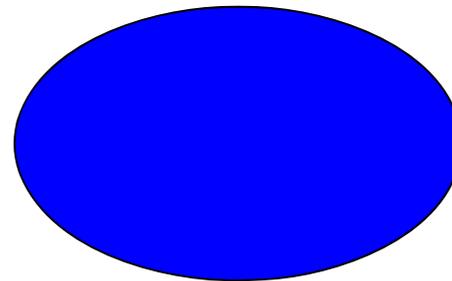
Keine Qualitativen Studien



Experimental
Research



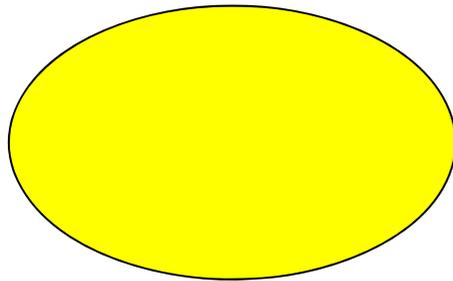
Qualitative
Research



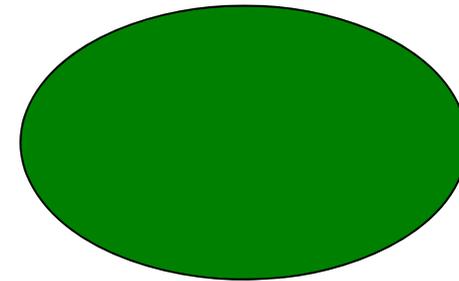
Outcome Research

PRO: Kausalität, echte Ergebnisse bekannt
CON: Klient Perspektive UNBEKANNT

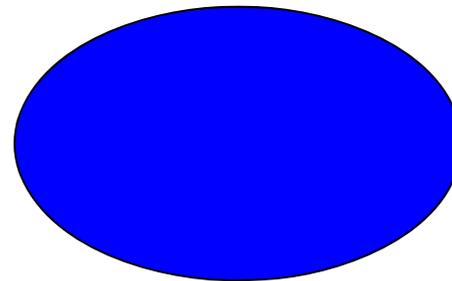
Keine Beschreibenden Studien



Experimental
Research



Qualitative
Research



Outcome Research

PRO: Kausalität, Gruppenergebnisse, Klientenperspektive bekannt
CON: Weitverbreiteste Studienmöglichkeiten verloren

Vorteile der Forschungspyramide

- Anerkennung des Beitrags von qualitative-, ergebnisse-, beschreibende studien
- Alle drei Hauptforschungsansätze werden gleich bewertet
- Strenge der Studien wird noch begutachtet
- Art von Entscheidungen ordnen sich an die drei Seiten ein (Procedurale, Konditionele, Interaktive)

Qualitative Forschungsbeitrag: Autismus

- Tomlin, Swinth, & Luthman (im Gang)
- Familien Versorgungserlebnis- Ungewissheit, Verwirrung
- Familien Alltagserlebnis- Belohnungen/Enttäuschungen; Alltagsänderungen, Routinen, Ritualen; Angst; Stress oder Adaptieren
- Familien Wiederaufbau - neue Erwartungen; gegen Stigmatisierung kämpfen

Qualitative Forschungsbeitrag: CVA

Ryan (2013): Begutachtung von Qualitativen Studien vom Alltagsleben nach CVA Rehabilitation.

Zeigte ein Bedarf an

- Bedeutungsvolle Zielsetzung
- Therapeutische Unterstützung für eine längere Zeit
- Für Klienten und Pflegepersonal mehr Teilnehmen während der Behandlung, besseres Trainieren
- Umfangreiche Unterstützung in der Gesellschaft
- Übergreifendes Thema: Grosser Unterschied zwischen Erwartung und Realität



EBP

Ist die Eins doch nicht Zwei?

Bedarf an Evidenz (1)

“EvidenzUnterstützte Praxis”- EUP

- Für Versicherungsfirmen, Gesundheitsystemreform, den gut informierten Verbraucher
- “Die durchschnittliche Therapeutin unter durchschnittlichen Bedingungen, kann den durchschnittlichen Klienten mit durchschnittlichen Erfolg behandeln, laut externer Evidenz.”

Bedarf an Evidenz (2)

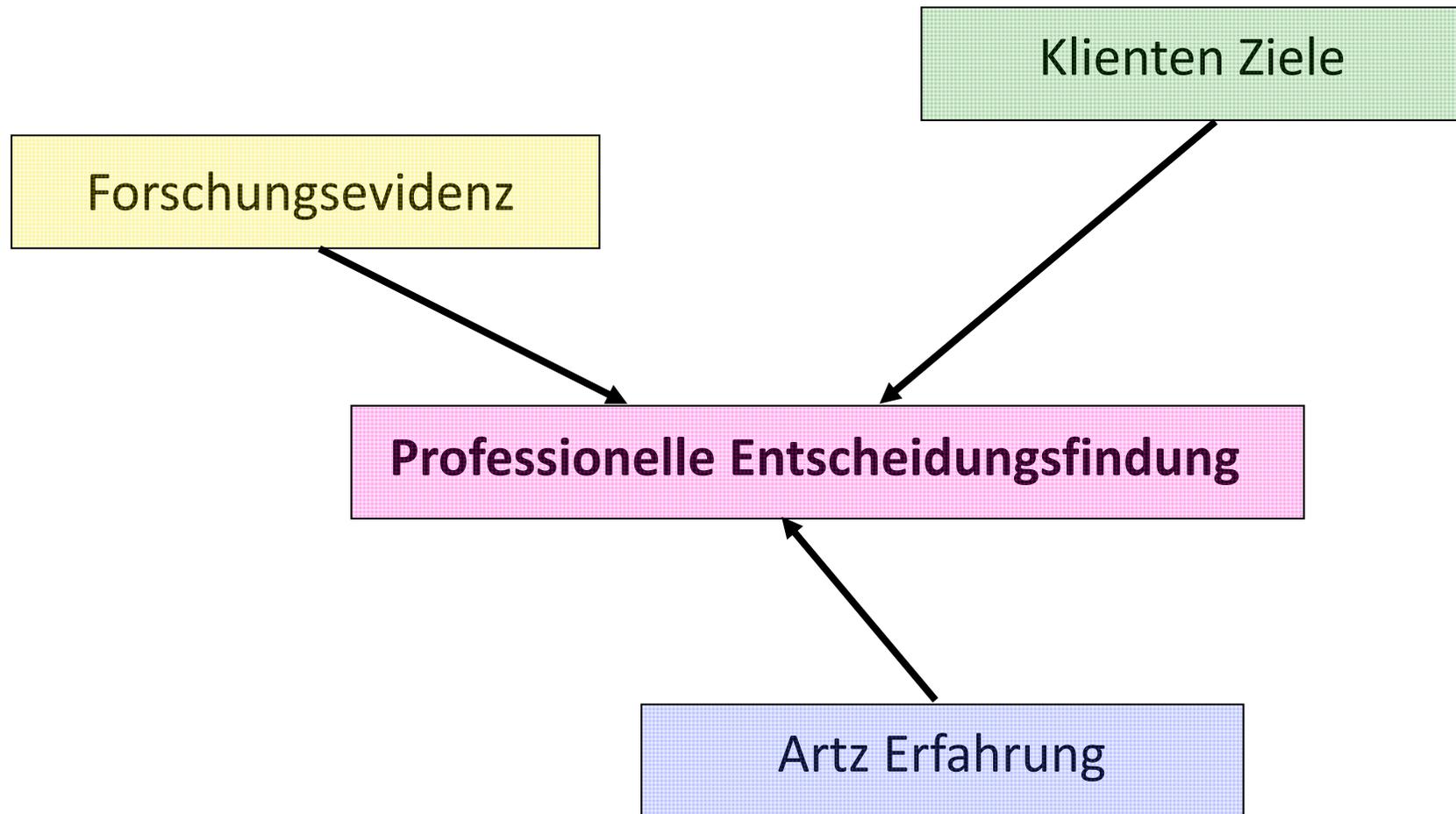
“Evidenzinformierte Praxis”- EIP

- Ist mein Behandlungsplan der bestmögliche?
- Braucht/will dieser Klient Änderungen im Plan?
- Läuft meine Behandlung wie erwartet? Und wenn nicht?

Wie Praktiker sich mit Tausenden v.
Konstrukt Kombinationen in einem
komplexen Verfahren umgehen

- Anwendung von Theorie
- Problemlösung
- Kreativität
- Professionelle Erfahrung
- Allgemeinverstand

Sackett et al.: Evidenzbasierte Medizin



TATA STEEL

The science of steelmaking starts with the art of conversation.

The strength of our portfolio of high quality steels is determined by our most important production process: understanding your business. Combining dedicated customer service with world-class research and development is how we deliver steel products that add value to your business. As Europe's second largest steel producer, with integrated production sites and a wide reaching service and distribution network, we have the global reach to really make a difference to your performance.

www.tatasteeleurope.com

“Die Wissenschaft
von
Stahlherstellung
beginnt
mit der Kunst
des Gesprächs.”

Externe v. Interne Evidenz

- Externe- veröffentlichte Forschungsevidenz:
Beschreibende-, Versorgungs-,
Experimentelle-, Qualitative-Forschung
- Interne- vom Klienten u. Familie, von der
Erfahrung der Therapeutin, vom Befund, von
der Beobachtung der Therapeutin während
der Behandlung

EBP Art und Evidenz Art

- Externe Evidenz unterstützt EBP-1: “EUP”
- Externe Evidenz unterstützt EBP-2: “EIP”
aber so auch Interne Evidenz
- Interne Evidenz kann und sollte von
Praktiker zu Externer Evidenz durch
anerkannte Forschungsansätze
umgewandelt werden (Fall Studien,
Ergebnis Studien...)

Wiederholung

- Interne/externe Validität (von Studien)
- Interne/Externe Evidenz (Information)
- Evidenz-Unterstützte Praxis (Bezahler)
- Evidenz-Informierte Praxis (Therapeut)

Verknöpfung

- Externe Evidenz = Studien mit Int u. Ext Valid
- Interne Evidenz = vom ET-Verfahren
- Evid-Unterstützte Praxis benutzt Externe Evid
- Evid-Informierte Praxis benutzt Ext u. Int Evid

Realistische Evidenz Strategie

- Evidenz anschaffen: empirisch/erlebnisbezogen
- Forschungsinfrastruktur: weiter aufbauen
- Alle Forschungsquellen benutzen
- Zwiespaltung von EBP anerkennen (EUP, EIP)
- Informationsbedarf für professionelle Entscheidungsfindung forschen
- Problemlösung, Kreativität, & therapeutische Kommunikation in der Ausbildung behalten
- Bessere Zusammenarbeit zw. Therap. & Forscher



Zusammenfassung

- Begrenzungen von “Experimentelle EBP”
- Alle Forschungsquellen benutzen (Forschungspyramide)
- Zwei Perspektiven an EBP: Bezahler (EUP) und Therapeut (EIP)
- Verantwortung von Forschern und Therapeuten: Zusammenarbeit und Verständnis

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

