



ATT UTVECKLA KLINISKA RIKTLINJER

EN HANDBOK FRÅN LOGOPEDFÖRBUNDET

En vägledning i arbetet med att utveckla kliniska, evidensbaserade riktlinjer inom svensk logopedi. Skriften vänder sig i första hand till arbetsgrupper med syfte att skapa nationella riktlinjer, men kan även användas på lokal nivå.

Augusti 2016

Revidering september 2022



BAKGRUND	3
VAD ÄR EVIDENSBASERADE KLINISKA RIKTLINJER?.....	3
TVÄRPROFESSIONELLA RIKTLINJER I FÖRHÅLLANDE TILL LOGOPEDISKA RIKTLINJER	3
VÄGLEDANDE FÖR KLINISK PRAKTIK	3
LOGOPEDFÖRBUNDETS PROGRAM FÖR KLINISKA RIKTLINJER	4
ATT UTVECKLA KLINISKA RIKTLINJER.....	4
SYFTET MED HANDBOKEN	4
ATT REDAN FRÅN START FÖRSÄKRA SIG OM EN GOD KVALITET	4
ATT SÄTTA SAMMAN EN ARBETSGRUPP	5
KOMMUNIKATIONSSTRATEGI UNDER ARBETETS GÅNG	5
AVGRÄNSNING	5
ATT SÖKA LITTERATUR	5
GRANSKNING AV LITTERATUREN	5
Att definiera de inkluderade studiernas design	5
ATT BEDÖMA DEN VETENSKAPLIGA KVALITETEN	6
ATT FASTSTÄLLA EVIDENSGRAD	6
ATT GRANSKA OCH EVIDENSGRADERA KVALITATIVA STUDIER	6
ATT FORMULERA RIKTLINJER.....	6
ATT SKRIVA RIKTLINJEDOKUMENTET	7
REVIDERING AV RIKTLINJER.....	7
GRANSKNING OCH SPRIDNING AV UTARBETADE RIKTLINJER	7
ATT ANPASSA NATIONELLA RIKTLINJER TILL LOKALA FÖRHÅLLANDEN	7
REVIDERING AV HANDBOK	7
REFERENSER.....	8

Vad är evidensbaserade kliniska riktlinjer?

Den europeiska logopedorganisationen ESLA använder sig av följande definition av begreppet evidensbaserad medicin:

"Evidence based medicine (...) is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research." (Sackett, 1997)

Evidensbaserad verksamhet (Evidence based practice, EBP) förutsätter således att logopeden kontinuerligt tar del av aktuell forskning och baserar sina insatser på resultat av denna, i kombination med den egna kliniska erfarenheten. Evidensbaserade kliniska riktlinjer är en viktig hjälp i strävan att arbeta utifrån bästa tillgängliga evidens.

Kliniska riktlinjer definieras som "systematically developed statements to assist practitioners and patient decisions about appropriate health care for specific circumstances" (Field & Lohr, 1990, sid 38).

Det finns flera syften med kliniska riktlinjer. Det viktigaste är att bidra till att patienter får likvärdig vård baserad på bästa tillgängliga evidens. Ytterligare syften kan vara att uppmärksamma områden där det finns behov av ytterligare forskning, främja effektiv fördelning av resurser samt utgöra en utgångspunkt för kvalitetsgranskning (Brouwers et al., 2010).

Tvärprofessionella riktlinjer i förhållande till logopediska riktlinjer

I Sverige utvecklar Socialstyrelsen tvärprofessionella riktlinjer. Logopedförbundet anser att det är viktigt att logopeder deltar som experter när riktlinjer rörande patientgrupper som kan ha behov av logopediska insatser tas fram. Lika viktigt är det att delta i arbete som pågår lokalt med att implementera riktlinjerna. Det pågår även arbete med att ta fram specifika riktlinjer för logopediska insatser i Sverige och på andra håll i världen. Ett sådant arbete är nödvändigt då tvärprofessionella riktlinjer sällan ger tillräcklig information när det gäller professionsspecifika insatser. De tvärprofessionella riktlinjer som finns tillgängliga täcker dessutom långt ifrån alla tillstånd som logopeder behandlar. Således finns ett stort behov av specifika logopediska riktlinjer, som, om de tillämpas, dels kan minska skillnader i logopedisk praxis och dels torde kunna öka kvaliteten i de insatser som ges.

Vägledande för klinisk praktik

Kliniska riktlinjer är inte bindande, utan ska vara vägledande i det kliniska arbetet. Det innebär att den enskilda logopeden också måste tillämpa sin kliniska erfarenhet och färdighet och diskutera behandlingsalternativ med patienten. När riktlinjerna ger en stark rekommendation för en viss intervention bör det dock finnas uttalade skäl för att inte följa rekommendationen. Exempel på sådana skäl kan vara andra komplicerande tillstånd eller patientens uttalade önskemål, som då ska dokumenteras i patientjournalen. Det är viktigt att så långt det är möjligt försäkra sig om att patienten

eller företrädare har fått information om konsekvenserna av detta, på ett sätt som hon/han kan ta till sig. Detta kan innebära en särskild utmaning inom logopediska verksamhetsfält där patienterna har betydande kommunikationssvårigheter.

Logopedförbundets program för kliniska riktlinjer

Vid förbunds möte 2011 fick Logopedförbundets styrelse i uppdrag att:

- Sammanställa arbeten med evidensbaserade riktlinjer som pågår nationellt och internationellt.
- Undersöka möjligheterna att ta fram en handbok för hur man utvecklar kliniska riktlinjer inom logopedi.
- Utarbeta en metod för Logopedförbundet att verka som koordinator för sammanställande av evidensbaserade riktlinjer.

För aktuell sammanställning av existerande svenska och nationella kliniska riktlinjer hänvisas till www.srat.se

Logopedförbundet har inte resurser att driva arbetet med att utveckla kliniska riktlinjer. Arbetet bygger på att logopeder runt om i landet bildar arbetsgrupper inom olika diagnosområden. Logopedförbundet kan bistå med att upprätthålla en överblick över vilka riktlinjearbeten som pågår samt via sina informationskanaler förmedla kontakt mellan olika intresserade parter. När en grupp påbörjar arbetet med att utveckla riktlinjer inom ett område kommer Logopedförbundet också att via sina kanaler tillhandahålla information om detta till medlemmarna.

När en arbetsgrupp har producerat riktlinjer ombesörjer Logopedförbundet att de granskas för att säkerställa objektivitet och hög vetenskaplig kvalitet, innan de formellt fastställs av Logopedförbundet och publiceras.



Att utveckla kliniska riktlinjer

Syftet med handboken

Handboken är utformad för att presentera Logopedförbundets roll i utvecklandet av evidensbaserade kliniska riktlinjer för logopeder i Sverige, samt för att vara ett stöd i arbetet med att utveckla riktlinjer. Vid arbete som syftar till att utveckla nationella riktlinjer av hög vetenskaplig kvalitet är det nödvändigt att arbetsgruppen tar del av mer omfattande litteratur angående hur sådant arbete ska bedrivas, till exempel rekommenderas *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok* (SBU, 2014).

Att redan från start försäkra sig om en god kvalitet

Organisationen AGREE Collaboration har utvecklat ett instrument för att underlätta kvalitetsbedömning av kliniska riktlinjer; AGREE (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation). Den aktuella versionen, AGREE II, publicerades 2010 (Brouwers et al., 2010). Det finns tillgång till ett webbaserat stöd för hur instrumentet ska användas (AGREE, u. å.).

Det rekommenderas att man i inledningsfasen av riktlinjearbetet tar del av kriterierna i AGREE II, för att informera sig om vilka aspekter av riktlinjearbetet man behöver vara uppmärksam på för att slutresultatet ska hålla en hög kvalitet.

Att sätta samman en arbetsgrupp

Arbetsgruppen som utarbetar riktlinjerna ska ha en bred kunskapsbas, kliniskt så väl som vetenskapligt. Det är nödvändigt att minst en av gruppmedlemmarna har forskarutbildning. Vidare bör olika typer av relevanta verksamheter finnas representerade i arbetsgruppen. Någon av medlemmarna ska fungera som projektledare.

Kommunikationsstrategi under arbetets gång

Det är viktigt att arbetsgruppen har ett effektivt sätt att dela dokument och samarbeta på distans, då det inte finns några ekonomiska medel avsatta för att bekosta fysiska möten. Det är vidare värdefullt att arbetsgruppen under arbetets gång har en öppen kommunikation med kåren och med Logopedförbundets styrelse, då detta kan ge viktig input till arbetet, samt håller kåren informerad om hur arbetet fortskrider.

Avgränsning

Arbetet ska ta sin utgångspunkt i en tydligt definierad och avgränsad klinisk frågeställning. Patientgrupp, typ av utredning och/eller intervention samt kliniskt verksamhetsområde ska definieras.

Att söka litteratur

Riktlinjearbetet inleds med att man genomför en litteratursökning för att utröna om det finns befintliga systematiska kunskapsöversikter eller utarbetade riktlinjer inom det aktuella området.

Om ingen aktuell systematisk kunskapsöversikt finns måste arbetsgruppen göra en sådan. Litteraturen avsöks med en definierad sökstrategi med hjälp av fastställda kriterier för inkludering och exkludering.

Vid behov av support gällande litteratursökning bör arbetsgruppen ta hjälp av en bibliotekarie med relevant kompetens.

Det färdiga riktlinjedokumentet ska innehålla en redovisning av vilka databaser/motsvarande som genomfördes, vilka söktermer som använts samt inklusions- och exklusionskriterier.

Granskning av litteraturen

Att definiera de inkluderade studiernas design

Olika typer av studiedesign är nödvändigt för att kunna belysa olika frågeställningar. Arbetsgruppen fattar beslut om vilka typer av studier som bäst gagnar ändamålet. Om randomiserade kontrollerade studier finns att tillgå skall dessa väga tungt, men även resultat från andra typer av studier bör vägas in i den sammantagna rekommendationen.

I *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok* (SBU, 2014) återfinns en beskrivning av olika typer av studier.

Att bedöma den vetenskapliga kvaliteten

Det finns några olika modeller för värdering av vetenskaplig kvalitet som baserar sig på sedvanligt granskningsförfarande. Ett flertal kvalitetsindex har publicerats, exempelvis av Jadad, Moore, Carroll, Jenkinson, Reynolds, Gavaghan, & McQuay (1996), Van Tulder, Furlan, Bombardier, Bouter, & Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group (2003) och Verhagen, de Vet, de Bie, Kessels, Boers, Bouter, & Knipschild (1998). Arbetsgruppen fattar beslut om vilket/vilka index man använder, vilket tydligt ska framgå i det färdiga dokumentet.

Att fastställa evidensgrad

När de inkluderade studierna kvalitetsgranskats skall de sättas samman i ett större perspektiv så att evidensgrad för de olika metoderna kan presenteras. Även för detta finns olika modeller. En rekommendation är att använda det internationellt spridda evidensgraderingssystemet GRADE (Grade working group, u. å.), som bland annat används av SBU (2014). I slutdokumentet ska det tydligt framgå vilket system man använt och vilken evidensgrad de olika metoderna bedöms ha.

Eftersom det fortfarande råder brist på studier av god kvalitet inom vissa områden kan det vara svårt att komma fram till konsensus rörande specifika insatser. Det är av stor vikt att det i slutdokumentet framgår huruvida en insats saknar evidens på grund av att studier saknas eller för att studier visat att insatsen saknar effekt.

Att granska och evidensgradera kvalitativa studier

Vid bedömning av evidensgrad finns ett stort fokus på kvantitativ forskning. Kvalitativa studier som syftar till att ta reda på personers subjektiva upplevelser kan vara av stort värde när man vill få en djupare förståelse av en logopedisk insats. Det finns mallar även för granskning av kvalitativa studier, exempelvis i *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvård – en handbok* (SBU, 2014).



Att formulera riktlinjer

När de olika metoderna utvärderats och evidensgraderats ska de sammanfattas i kliniskt tillämpbara rekommendationer. I det tidigare nämnda systemet GRADE (GRADE working group, u. å.) finns riktlinjer för hur man värderar styrkan i de rekommendationer som ges. Denna del GRADE används inte av SBU (2014), men vi rekommenderar att arbetsgruppen tar del denna del av systemet, då det innebär att man utöver evidensgraden väger in bland annat risken för oönskade effekter av interventionen och balans mellan kostnad och effekt. Detta innebär att stark evidens i vissa fall ändå kan leda till en svag rekommendation och vice versa. Finns inte tillräckligt forskningsunderlag för att det ska vara möjligt att bedöma effekten av en insats kan arbetsgruppen ta ett konsensusbeslut baserat på tillgänglig litteratur och klinisk erfarenhet om att metoden ändå bör ingå bland de rekommenderade behandlingsalternativen. Detta ska då tydligt framgå i riktlinjedokumentet.

Trots vetenskapligt underlag kan det vara svårt att summera de olika resultaten i en behandlingsrekommendation om studierna är heterogena. Detta ska då diskuteras i arbetsgruppen och i de färdiga riktlinjerna ska det tydligt framgå hur man resonerat.

Att skriva riktlinjedokumentet

För att rekommendationerna ska kunna tolkas rätt ska det specifika problemområdet, de utvärderade insatserna och deras mål beskrivas. Presentationen bör vara kortfattad och skall följas av referenser.

Revidering av riktlinjer

Då kunskapsunderlaget ständigt ökar är det viktigt att riktlinjerna regelbundet revideras. En rekommendation för hur ofta detta bör ske ska finnas i dokumentet. För att underlätta läsandet bör det i en reviderad version finnas ett stycke där man lyfter fram det som är förändrat mot den tidigare versionen.

Granskning och spridning av utarbetade riktlinjer

När arbetsgruppen anser att riktlinjerna håller en sådan kvalitet att de är färdiga för publicering skickas de till Logopedförbundet för kvalitetsgranskning. Logopedförbundet skickar riktlinjedokumentet på remiss till ämnesansvariga vid logopedienheterna vid landets lärosäten (för vidare befordran till den man finner lämplig), till berörda brukarorganisationer samt till eventuella andra relevanta instanser. Syftet med granskningen är att säkra hög vetenskaplig kvalitet och objektivitet, det vill säga att säkerställa att arbetet har bedrivits på ett vetenskapligt korrekt sätt och att slutprodukten är av hög kvalitet, baserat exempelvis på kriterierna i AGREE II. Granskningen gäller alltså inte i första hand det specifika sakinnehållet. Under remisstiden kommer förslaget till riktlinjer också att finnas tillgängligt på Logopedförbundets hemsida så att enskilda logopeder har möjlighet att inkomma med synpunkter.

Efter remissrunda och eventuellt nödvändiga kompletteringar publiceras riktlinjerna på Logopedförbundets hemsida www.srat.se. Logopedförbundet kommer även att sprida riktlinjerna via sina övriga informationskanaler. Om arbetsgruppen har ytterligare förslag på hur riktlinjerna ska få spridning (exempelvis inom diagnosspecifika nätverk) bilägges en plan för detta när dokumentet lämnas in till Logopedförbundet.

Att anpassa nationella riktlinjer till lokala förhållanden

Nationella kliniska riktlinjer ska vara av generell karaktär och enbart baseras på tillgänglig evidens och beprövad erfarenhet. De kan därför behöva anpassas till lokala förhållanden för att fungera som ett redskap i den dagliga kliniska verksamheten. Hänsyn kan då behöva tas till organisatoriska förutsättningar och verksamhetens resurser. I de fall man i en lokal anpassning till de nationella riktlinjerna gör avsteg från de insatser som rekommenderas i riktlinjerna bör skälen för detta tydligt redovisas.

Revidering av handbok

Revidering av denna handbok ska ske vart tredje år.

AGREE. (u.å.). Resource centre. Hämtad 2022-09-03, från

<http://www.agreetrust.org/resource-centre/>

Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Clueau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839-E842. doi: 10.1503/cmaj.090449

Field, M. J., Lohr, K. N. (1990). *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.

GRADE working group. (u. å.). GRADE. Hämtad 2022-09-03 från

<http://www.gradeworkinggroup.org/>

Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gavaghan, D. J., & McQuay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomised clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17(1), 1-12.

Sackett, D. L. (1997). Evidence-based medicine. *Seminars in Perinatology*, 21(1), 3-5. Doi:10.1016/S0146-0005(97)80013-4

SBU. (2014). Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården – en handbok. Stockholm: SBU.

Socialstyrelsen. (2009). Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.

Van Tulder, M., Furlan, A., Bombardier, C., Bouter, L., & Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. (2003). Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*, 28(12), 1290-1299. doi: 10.1097/01.BRS.0000065484.95996.AF

Verhagen, A. P., de Vet, H. C., de Bie, R. A., Kessels, A. G., Boers, M., Bouter, L. M., & Knipschild, P. G. (1998). The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(12), 1235-1241.