

Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis!

Scenario: «I kommunen du jobber går ressursene i hovedsak til behandling, rehabilitering, pleie og omsorg. Som ergoterapeut er du opptatt av å fremme helse og deltagelse i befolkningen, og i et møte i det tverrfaglige teamet i kommunen foreslår du derfor å sette i gang et ergoterapiprojekt med mål å fremme helsen hos eldre. Du sier at prosjektet kan føre til at de eldre kan opprettholde viktige hverdagsaktiviteter og at de kan bli boende lengre i hjemmet sitt. Kollegene dine er skeptiske og ber om gode begrunnelser for igangsetting av et slikt tiltak.»

AV GRO JAMTVEDT OG MONICA WAMMEN NORTVEDT

Ergoterapi er et fag som skal fremme helse gjennom aktivitet og støtte mennesker i å utføre aktiviteter og deltagelse i samfunnet (1). For ergoterapeuter er det viktig å bygge opp under den enkeltes motivasjon og muligheter for å leve det livet den enkelte selv ønsker å leve (1). Men hvordan resonnerer og tenker ergoterapeuter når de velger tiltak og når de gir råd og veiledning? Og hvilke informasjonskilder støtter de seg til i slike situasjoner?

Ergoterapeuter vi har snakket med, sier at de primært bruker sin kliniske

erfaring og brukernes ønsker og behov som basis for fagutøvelsen. Dette er i tråd med hva Sally Bennett fant i sin studie blant ergoterapeuter i Australia i 2003 (2). I studien rapporterte 96 prosent at klinisk erfaring, kunnskap fra etterutdanning (82 prosent) og kolleger (80 prosent) var de viktigste informasjonskildene. I en undersøkelse fra England (3) som sammenlignet over 10 ulike helseprofesjoner var det ergoterapeutene som skåret høyest på å bruke kunnskap fra kolleger samt erfaring fra egen praksis som basis for beslutninger. Lignende kildebruk fant vi blant norske fysioterapeuter i en survey fra 1999 (4). Fysioterapeutene rapporterte at de brukte klinisk erfaring, kunnskap fra kurs og fra kolleger som viktigste kilder i fagutøvelsen (4). Det er bra at ergoterapeuter involverer brukerne, er klientsentrert i jobben sin og at de baserer fagutøvelsen på erfaring som er opparbeidet gjennom et yrkesaktivt liv. Erfaringsbasert kunnskap eller praksiskunnskap utvikles gjennom reflekterende prosesser hvor praktikere lærer av erfaring (5), og slik kunnskap er bærende element i alle helsefagene.

Å basere fagutøvelsen på erfaring alene har imidlertid sine begrensninger. Vi kan for eksempel bli lurt til å se sammenhenger som egentlig ikke

er det og ikke fange opp at tiltakene våre faktisk kan gjøre mer skade enn gagn. Vi har flere slike eksempler fra historien, for eksempel at vi rådet spedbarn til å sove på magen. For å sikre et best mulig utfall hos brukerne våre bør faget også baseres på god og relevant forskningsbasert kunnskap. Dette er kjernen i kunnskapsbasert praksis.

HVA ER KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS?

«Kunnskapsbasert fagutøvelse er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (6,7).

Dette er vår oversettelse og fortolking av den mest benyttede definisjonen internasjonalt, som har sitt opphav innen medisin; «*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*» (8)

Dette betyr at vi bruker og fortolker begrepet «Kunnskapsbasert praksis» som det samme som «Evidence-Based Practice» idet begge innebærer å



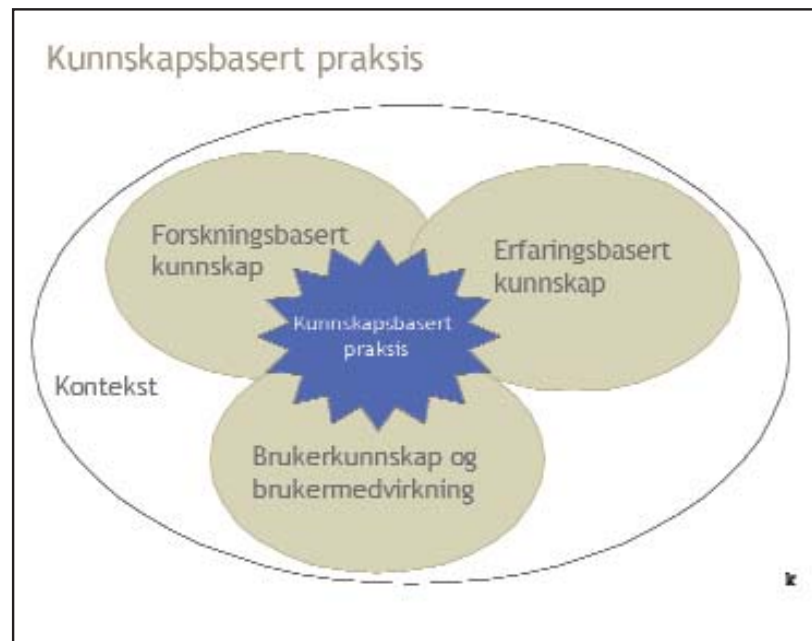
Gro Jamtvedt er fysioterapeut og ansatt som forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten. I tillegg er hun førsteamanuensis ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høyskolen i Bergen og universitetslektor ved Institutt for allmenn og samfunnsmedisinske fag ved Universitetet i Oslo.



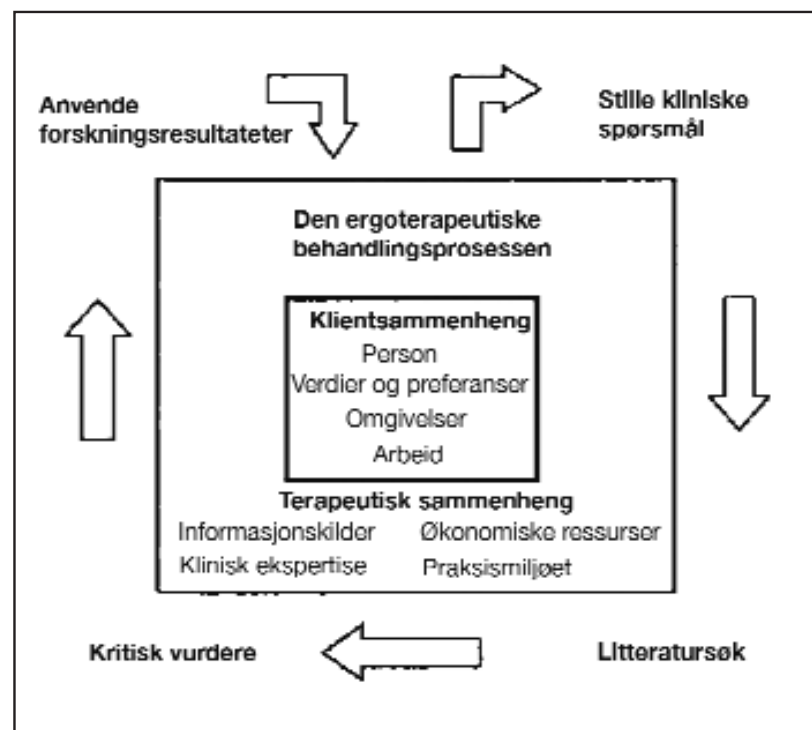
Monica Wammen Nortvedt er intensivsykepleier og arbeider som senterleder og professor ved Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høyskolen i Bergen.

bruke kunnskap fra forskning samt kunnskap fra andre kilder i faglige beslutninger. Begrepet «kunnskapsbasert» sier i utgangspunktet ikke noe om hvilke former for kunnskap som bør vektlegges, men begrepet er nå innarbeidet og kjent i Norge, og vi velger å bruke dette i stedet for det mer unorske «evidensbasert praksis». Prinsippet for konseptet er at samhandling og tiltak som iverksettes mellom ergoterapeut og pasient bør baseres på god forskningsbasert kunnskap dersom slik kunnskap er tilgjengelig. Det samme gjelder valg av virkemidler rettet mot andre brukere, mot grupper og befolkningen og ved utforming av miljøet. Forskningsbasert kunnskap kan også hjelpe oss til å forstå og forklare fenomener, brukererfaringer og opplevelser, og på den måten bidra til en bedre praksis. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å basere fagutøvelsen på forskningsbasert kunnskap alene. Praksis skal alltid farges av faglig skjønn gjennom den kliniske erfaringen og de etiske vurderingene du har med deg. I tillegg bør du alltid ta hensyn til pasientens preferanser og ønsker og forholde deg til de rammene du arbeider innenfor som ergoterapeut. Rammene, slik som politikk, ressurser, kultur og verdier, påvirker også pasienten og forskningen. Vi kaller det konteksten. Kunnskapsbasert praksis innebærer altså at ergoterapeuten bevisst bruker ulike kunnskapskilder, blant annet forskningsbasert kunnskap som illustrert i figur 1 (9).

Modellen viser at forskningsbasert kunnskap er en av kildene i konseptet. I en sentral og god artikkel om Evidence-Based Occupational Therapy (10) påpeker forfatterne at «in this sense, research evidence is just one factor in forming clinical decision making». I artikkelen sier forfatterne videre at kunnskapsbasert ergoterapi i prinsippet er det samme som kunnskapsbasert praksis i ethvert annet fag, men at noen forskjeller ligger i at «its application arise from the differing practice domains and theoretical models used» (10). Det er vi enige i – ergoterapi er et selvstendig helsefag med egne særpreg, og faget må tilpasse kunnskapsbasertkonseptet til nettopp dette – slik som andre fag bør gjøre



Figur 1. Kunnskapsbasert praksis (9)



Figur 2. Kunnskapsbasert ergoterapi (oversatt fra Bennett 2000 (10))

det. Men prinsippene er de samme. På bakgrunn av dette presenterer forfatteren av artikkelen en modell tilpasset ergoterapi; se figur 2.

Modellen illustrerer kunnskapsbasert ergoterapi som en sirkulær prosess

med utgangspunkt i kliniske beslutninger som tas i alle faser av den ergoterapeutiske behandlingsprosessen.

I Norge ble ergoterapi og Evidence-Based Health Care første gang presentert i to artikler i Ergotera-

faglig

peuten i 2002 (11,12). Randi Wågø Aas beskriver konseptet og diskuterer på en balansert og god måte hvilket kunnskapssyn dette hviler på, og hvilke implikasjoner Evidence-Based Health Care kan få for ergoterapi-praksis, for forskning og undervisning (11,12).

MODELLEN FOR KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

I Figur 1 viser vi modellen for kunnskapsbasert praksis (9). De ulike elementene som inngår i modellen er illustrert like store, men i praksis vil viktigheten av den enkelte kilden variere fra situasjon til situasjon. Noen ganger (kanskje ofte) finnes det ikke forskningsbasert kunnskap å støtte seg til og man må basere beslutninger på andre kilder. Andre ganger foreligger det god forskningsbasert kunnskap, men pasientens ønsker og behov vil være avgjørende for valg og samhandling. Kunnskapsbasert fagutøvelse innebærer en tydelig bevissthet til de ulike kildene og å være oppdatert på forskningen som finnes.

Forskningsbasert kunnskap

Forskning er « *kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap*» (13). Kunnskap fra forskning kan for eksempel forklare fenomener og årsaksforhold, beskrive forekomst av en tilstand, gi økt forståelse for enkeltpasienters opplevelser og erfaringer, anslå effekter av tiltak eller gi oss nye hypoteser eller begreper.

Forskning deles ofte inn i grunnforskning og anvendt forskning (13). I praksissituasjoner har vi behov for kunnskap som er utviklet i praksis. Dette kjennetegner anvendt forskning eller klinisk forskning. Hovedskillet mellom grunnforskning og anvendt forskning går nettopp på formålet: Anvendt forskning er rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser, mens grunnforskningen observerer fenomener eller fakta uten sikte på spesiell bruk (13). I kunnskapsbasert praksis skal kunnskapen anvendes, og grunnforskning har derfor sine begrensninger. Vi forstår teorier som helsefagenes grunnforskning. Vi har formulert det på denne måten i en bok om kunnskapsbasert fysioterapi: «*The term clinical research is usually*

used to mean research on patients conducted in clinical settings. It is empirical in nature which means it generates knowledge with experiments and observation rather than theory» (14).

Ergoterapiforskning produseres imidlertid innenfor ulike perspektiver og med forskjellige formål, og i faget har teorier en viktig plass. Vi hevder at teorier alene ikke kan være grunnlaget for valg av tiltak og rådgivning. Teorier er viktige for å utvikle fagforståelsen og praksiskunnskapen, men må etterprøves empirisk (i anvendt forskning) før den omsettes i praksis. Det finnes mange eksempler fra medisin og helsefagene der gode teorier eller forklaringsmodeller ikke har holdt stikk i praksis, for eksempel noen teorier om motorisk læring, atferdsendring og årsaker til sykdom, for eksempel magesår.

Erfaringsbasert kunnskap

Erfaringsbasert kunnskap erverves man seg gjennom et yrkesaktivt liv, og det er gitt mange navn til denne kunnskapen, blant annet skjønn, taus kunnskap, klinisk blikk, intuisjon eller klinisk ekspertise. Mye er skrevet om hvordan slik erfaring utvikles og hvordan den kan overføres til andre (5). Erfaringsbasert kunnskap er blant annet det som skiller en nyutdannet fra en erfaren ergoterapeut, og slik kunnskap kan i noen grad overføres fra erfarne helsearbeidere til noviser i faget. Gode møter mellom ergoterapeut og pasient forutsetter at ergoterapeuten kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av sin erfaring i møter med individuelle klienter. Kanskje det viktigste aspektet ved kunnskapsbasert ergoterapi er prosessen med å bruke forskningen sammen med pasienten. Klinisk resonnering brukes for å tilpasse kunnskapen til brukeren det gjelder. Vår erfaringsbaserte kunnskap kommer da til nytte. Hva har vi erfart i lignende situasjoner? Hva har pasientens egenskaper, funn og funksjonsproblemer å si for utfallet i dette tilfellet og hvordan vurderer vi sannsynligheten for at denne behandlingen passer akkurat denne pasienten.

Gordon Guyatt, en av grunnleggerne av evidence-based medicine, beskriver klinisk ekspertise slik:

«*Clinical expertise can be seen as the ability to integrate research evidence and patient circumstances and preferences to help patients arrive at optimal decision*» (15).

Brukerkunnskap

Som tidligere nevnt har ergoterapeuter alltid fokusert på brukernes behov og å bygge opp under den enkeltes motivasjon for å leve det livet den enkelte selv ønsker. I NOU 2005:3 «*Fra stykkevis til helt*» (16) heter det at «*pasienten representerer en kunnskapsressurs for tjenesteyterne i vurderingen av hvilken helsehjelp som skal gis*». Dette er i tråd med definisjonen av kunnskapsbasert praksis og vår fortolkning av konseptet. Denne demokratiseringen av helsevesenet faller sammen med den plassen pasienter og brukere har i kunnskapsbasert praksis; nemlig at deres syn skal vektlegges i helsetjenesten.

Guyatts definisjon på klinisk ekspertise påpeker at det er pasienten, ikke helsearbeideren, som skal komme til en optimal beslutning. Dette kan beskrive brukermedvirkning i praksis. Ergoterapeutens rolle er å legge til rette for gode beslutninger i samarbeid med brukerne. Det økende fokuset på informerte beslutninger og «*shared decisions*» er et resultat av en demokratisering av helsetjenesten. Noen kaller dette «*evidence-informed decisions*», slik WHO gjør det i sitt nye program for å øke bruk av forskning (17). Helsepersonell skal invitere brukerne til å bidra med sin kunnskap og sine preferanser i valg av tjenester. Men dersom tjenesten skal være kunnskapsbasert bør brukerne også ha informasjon fra forskning som en kilde til beslutningen. Å legge til rette for dette ved å formidle til brukerne hva forskning sier, er en oppgave for ergoterapeuter og andre helsearbeidere.

Kontekst

I modellen omslutes kunnskapskildene av kontekst. Med kontekst menes det miljøet eller settingen der kunnskapsbasert praksis skal settes ut i livet. Kontekst er knyttet til kultur, forståelsesramme, ressurser, etiske forhold og politikk. Konteksten påvirker alle elementene i modellen, for eks-

empel påvirker kulturelle forhold både hvilke forskningsspørsmål som stilles, hvilke forventninger brukerne har til medvirkning og hvilke erfaringer vi gjør oss.

Å anvende kunnskapsbasert praksis – å sette modellen sammen

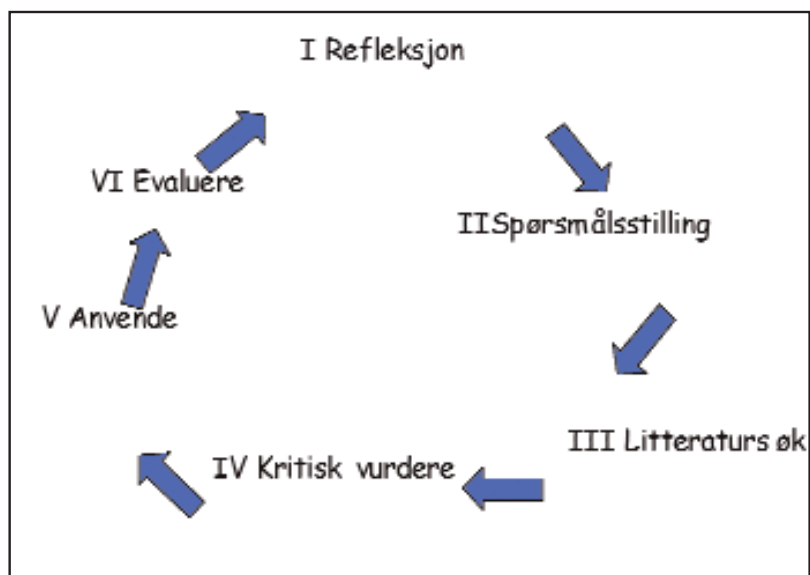
Kunnskapsbasert praksis innebærer å sette elementene i modellen sammen i praksis. Praksis kan være møter med individuelle brukere eller grupper av befolkningen, eller i undervisning av studenter. En kunnskapsbasert praksis krever mer enn forskningsbasert kunnskap. En god ergoterapeut integrerer kunnskap fra forskning sammen med sin erfaringsbaserte kunnskap og sine ferdigheter på en slik måte at pasienten oppnår optimal behandling. Empati og evne til kommunikasjon er også nødvendig for å få dette til. Likeledes er det viktig å vurdere konteksten dette foregår innenfor. Kunnskapsbasert praksis gir ergoterapeuter redskap til å utvikle ergoterapipraksis gjennom en systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder. Kunnskapsbasert praksis handler om å bruke eksisterende forskningsbasert kunnskap i egen praksis; ikke å drive egen forskning.

HVORFOR ARBEIDE KUNNSKAPSBASERT?

Hovedgrunnen til å fremme kunnskapsbasert praksis er at helseutfallene hos pasienter og brukere skal bli så gode som mulig. Det bør de bli dersom pålitelige og relevante resultater fra klinisk forskning tas opp i praksis og kommer pasientene til gode. Det er altså innforstått i denne tankegangen at ergoterapi har innflytelse (positivt eller negativt) på pasientresultatet (for eksempel funksjon eller sosial deltagelse). I begrepet profesjonell yrkesutøvelse skal det ligge en garanti for at handlinger utført i praksis ikke er tilfeldige og basert på vane og vilkårlighet, men er et resultat av bevisste valg og begrunnede vurderinger.

Målet med kunnskapsbasert praksis er å støtte fagpersoner i å ta beslutninger, slik at de kan utvikle praksis og unngå uhensiktsmessig, kostbar og potensiell skadelig praksis (7,18).

Vi forventer i dag at helsetjenesten skal ha god kvalitet. Noen kjennetegn



Figur 3. Trinnene kunnskapsbasert praksis (basert på 8 og 9)

på kvalitet er at tjenestene er virksomme, involverer brukerne og er kunnskapsbaserte (19). Også andre føringer blir lagt på helsetjenesten om en kunnskapsbasert fagutøvelse. Både Lov om universiteter og høyskoler, som viser til forskningsbasert undervisning (20), Lov om helsepersonell, som setter søkelyset på faglig forsvarlig handling (21) og Lov om helseforetak, som krever dokumentasjon av klinisk kvalitet (22), tilsier at kunnskapsbasert praksis er nødvendig. I Stortingsmelding 39/1999 - Forskning ved et tidsskille, blir det også vektlagt at avgjørelser i fremtiden vil bli basert på forskningsbasert kunnskap (23). For å støtte Sosial- og helsedirektoratet og andre forvaltningsorganer, helseforetakene og helsetjenesten for øvrig i å være kunnskapsbaserte i sin virksomhet ble Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etablert i 2004, (www.kunnskapssenteret.no).

Kunnskapsbasert praksis er i tillegg på fremmarsj innen andre profesjonsfag enn helsefagene. Både inne sosialfeltet, innen utdanning og kriminologi etterspørres kunnskapsbasert praksis og praksisnær forskning, se Campbell Collaboration, (www.campbell-collaboration.no) (24). Når konseptet skal introduseres og iverksettes i nye fagområder er det viktig med en vid forståelse av begrepet. For å ivareta dialogen mellom forskning og praksis

om forståelse og anvendelsen av kunnskap, er det derfor nødvendig med en kontinuerlig debatt rundt forståelsen av kunnskapsbasert praksis.

TRINNENE I KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Kunnskapsbasert praksis kan også presenteres via seks trinn (6), se figur 3. De minner mye om modellen som Bennett presenterte i sin artikkel (10).

Trinn I: Refleksjon

Prosessen starter med refleksjon i praksis og erkjennelsen av at man har et behov for informasjon. Typiske spørsmål å stille seg er: «*Hvorfor gjør jeg slik?*» Eller: «*Hva kan jeg lære fra andre om håndtering av dette problemet?*» Eller: «*På hvilken måte bør jeg tilnærme meg denne brukeren?*»

Trinn II: Spørsmålsstilling

Kjernes spørsmål

Dersom du har identifisert et faglig informasjonsbehov må du forsøke å formulere et spørsmål. Vi erfarer ofte at praktikere starter veldig bredt ved å si at jeg er interessert i «*Barn og cerebral parese (CP)*». En naturlig oppfølging fra vår side er å stille spørsmålet: «*Hva med barn og CP er du interessert i?*» Det kan hende du lurer på påliteligheten av en spesiell test for å vurdere barna, hvilke virkemidler som best reduserer spastisitet eller hvordan barna opplever skoledagen og spesielt

Kjernespørsmål	Kunnskap
Hvordan oppleves det? Hva kan forklare?	Erfaringer, holdninger og fenomener
Hvor mange har et helseproblem?	Prevalens – forekomst
Hvorfor får noen dette problemet, mens andre holder seg friske?	Årsak – etiologi
Hvordan kan vi avgjøre om noen har dette problemet?	Diagnostikk og tester
Hvordan går det med den som har problemet?	Prognose – forløp
Hva kan vi gjøre for å forebygge, behandle eller rehabilitere problemet?	Effekt av tiltak

Tabell 1: Kjernespørsmål i helsetjenesten.

Kjernespørsmål	Kunnskap	Foretrukket studiedesign
Hvordan oppleves det? Hva kan forklare ? Hvorfor?	Erfaringer og holdninger	Kvalitative metoder
Hvor mange har et helseproblem?	Prevalens – forekomst	Tverrsnittstudie
Hvorfor får noen dette problemet, mens andre holder seg friske?	Årsak - etiologi	Kohortstudie Kasus-kontrollstudie Kvalitative metoder
Hvordan kan vi avgjøre om noen har dette problemet?	Diagnostikk og tester	Tverrsnittstudie (med en referansetest)
Hvordan går det med den som har problemet?	Prognose - forløp	Kohortstudie
Hva kan vi gjøre for å forebygge, behandle eller rehabilitere problemet?	Effekt av tiltak	Randomisert kontrollert studie Kontrollert studie

Tabell 2: Kjernespørsmål i helsetjenesten, hvilken kunnskap disse kan gi og hvilket forskningsdesign som er foretrukket for å besvare disse.

kroppsovingstimen. Målet er å konvertere informasjonsbehovet fra trinn I til et konkret og fokusert spørsmål som det er mulig å søke svar på i forskningslitteraturen. De fagspørsmålene som du stiller i klinisk praksis er ikke ensartede, men de kan likevel ofte deles inn i følgende typer kjerne-spørsmål (7, 25), se tabell 1.

Flere har drøftet relevansen av å dele inn spørsmål på denne måten (kjernespørsmål) for ergoterapifaget (10,12,26). Aas definerer fem kjerne-spørsmål i ergoterapi, spørsmål om; nytteverdi eller effekt av tiltak, kva-

litet på den brukerrettede utredningen, brukererfaringer og mestringsstrategier, forekomst av problemer og årsakssammenhenger samt sammenheng mellom aktivitet og helse (26). Det er mange likhetspunkter mellom disse og vår måte å rydde spørsmålene på, så i tråd med Bennett et al (10) mener vi at denne måten å dele inn kliniske problemstillinger på er overførbare til ergoterapi. Vi har samme erfaringer i undervisning av andre helsefag. For mange kjennes denne inndelingen fremmed, men likevel en nyttig måte å rydde faglige spørsmål.

Spørsmål og design

Den metoden eller fremgangsmåten som brukes i forskning for å finne svar på et spørsmål kalles gjerne forskningsdesign. Hva som er en god metode eller design avhenger av spørsmålet som stilles. Følgelig vil det forskningsdesignet som egner seg best, være avhengig av hvilken type kjernespørsmål som stilles, se tabell 2 (7,10,26). Vi viser her det designet som er foretrukket eller det beste for hver type spørsmål. Aas (26) har også i sin artikkel «Evidensbasert praksis, - hva bør ergoterapeuter dokumentere?» strukturert dette på en utmerket måte. Det foretrukke designet skal belyse spørsmålet på den mest pålitelige måte. Vi er imidlertid klar over at det ikke alltid er mulig å gjennomføre studier med det «beste» design, enten fordi det er umulig, uetisk, upraktisk eller unødvendig.

Det er viktig at du kategoriserer spørsmålet ditt i kjernespørsmål før du går videre til trinn tre hvor du skal søke etter litteratur. Spørsmålstypen avgjør nemlig også hvilken database du primært skal søke i.

PICO

Det kan være vanskelig å stille konkrete og fokuserte spørsmål. PICO er et hjelpemiddel til å dele opp spørsmålet ditt og strukturere det på en hensiktsmessig måte (6,7,8). Hver av bokstavene i PICO betegner bestemte elementer som ofte er med i et klinisk spørsmål:

P: Population/Problem

Hvilken type pasient eller brukergruppe gjelder spørsmålet?

I: Intervention

Hvilket tiltak eller intervensjon ønsker vi vurdert? Eller hvilken eksponering, riskofakto, test eller fenomen er vi opptatt av?

C: Comparison

Skal et evt. tiltak sammenlignes med et annet? I så fall setter vi opp det her. Noen ganger ønsker vi å sammenligne den praksisen vi fører i dag med et annet tiltak.

O: Outcome

Hvilke utfall eller endepunkter er vi interessert i? Er vi opptatt av smerte, funksjon, sykefravær og sosial fungering?

	Pasient/klient/ problem	Intervensjon/eksposi- sjon/ fenomen	Comparison/control	Outcome
Tips for å bygge opp spørsmålet	Hvilke brukere, pasienter, populasjon eller problem er du opptatt av? Vær spesifikk!	Hvilket tiltak, behandling, risikofaktor eller fenomen er jeg opptatt av?	Hvilket, evt hvilke alternativer finnes (hvis aktuelt)?	Hvordan kan dette påvirke ulike utfall? Hvilke endepunkter er jeg interessert i?
Eksempel	Voksne personer med reumatoid artritt	Tekniske hjelpemidler	Ingen hjelpemidler. Evt. leddvernsundervisning	Funksjonsevne Smerter Livskvalitet

Tabell 3: Eksempel på hvordan du kan systematisere et spørsmål etter PICO-modellen.

Du vil se at ikke alle spørsmål inneholder alle fire momenter. Se eksempel på et spørsmål satt inn i PICO i tabell 3. Spørsmålet vil kunne formuleres slik; «*For voksne med reumatoid artritt, hva er effekten av tekniske hjelpemidler på funksjonsevne og smerter?*»

Trinn III: Litteratursøk

Det finnes mye helsefaglig forskning som er aktuell for ergoterapifaget, og i dag er mye av denne kunnskapen gratis tilgjengelig via Helsebiblioteket.no. Gjennom Helsebiblioteket har helsepersonell og studenter i Norge fått en unik kilde til forskningsbasert kunnskap. Helsebiblioteket inneholder over 1800 tidsskrifter i full tekst (mange relevante for ergoterapeuter) samt databaser, faglige retningslinjer osv. Fra Helsebiblioteket finner du også linken til OTseeker, ergoterapeutenes egen database over effektspørsmål (27). OTseeker hadde 4404 henvisninger til artikler i september 2007. Databasen, som ble etablert i 2003, inneholder sammendrag av systematiske oversikter og randomiserte, kontrollerte studier relevante for ergoterapi. Med andre ord dekker OTseeker primært spørsmål om effekt av tiltak, og du må gå til andre databaser for å finne studier om prognose eller brukererfaringer. OTseeker er en flott ressurs for ergoterapeuter og bør være kjent for og brukes av alle ergoterapeuter i Norge. En undersøkelse blant ergoterapeuter i Australia fra 2005, som er OTseekers hjemland, viste imidlertid at bare 57 prosent hadde benyttet seg av databasen, selv

om nesten alle (86 prosent) rapporterte å ha hørt om den (28).

Av all forskning som publiseres, er det svært lite som er skrevet på norsk. Hvis en kun søkte etter forskning som var publisert på norsk, ville vi ha begrenset muligheten for å finne relevante studier. Et viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis er derfor at man leter i internasjonale databaser, hvor publisert forskning er samlet.

Trinn IV: Kritisk vurdering

De fleste vitenskapelige artikler er bygget opp etter IMRAD-prinsippet (29). IMRAD er forkortelser for Introduksjon (hvorfor forfatterne vil gjøre denne studien), Metode (hvordan de gjennomførte studien og analyserte resultatene), Resultat (hva de fant) og Diskusjon (hva de mener resultatene betyr). I tillegg har de fleste artiklene et sammendrag, kalt abstrakt, helt innledningsvis. Noen ganger velger forfatterne å slå sammen resultat- og diskusjonsdelen, spesielt i artikler som rapporterer fra studier med kvalitativ metode.

Hvordan kan du raskt vurdere om en artikkel er noe for deg?

Vi anbefaler at du bruker to overordnede spørsmål som første ledd i kritisk vurdering. Disse kalles ofte for screenings spørsmål (7) og er de samme uansett hvilken type artikkel du har foran deg. Dersom du svarer «nei» på ett eller begge av disse, bør du vurdere å legge artikkelen fra deg og se om du finner en bedre! Dette er de to screenings spørsmålene:

1. *Har artikkelen en klar formulert problemstilling?*

Noen ganger kan det være vanskelig å finne problemstillingen eller den kan være godt gjemt. I en god artikkel bør du kunne finne et klart og tydelig formål på slutten av introduksjonen. Ofte ser man at dette presenteres på én av følgende måter: «The aim of this study...», «The objective...» eller lignende. I tillegg bør formålet komme fram i abstraktet. Kan du identifisere hvilken type kjernes spørsmål forfatteren vil belyse? Sammenfaller problemstillingen med ditt spørsmål?

2. *Er designet som er benyttet velegnet for å besvare problemstillingen?*

Tabell 1 viser det designet som er best egnet for å besvare hvert av kjernes spørsmålene. Du vil imidlertid ofte møte studier der forfatterne ikke har brukt den mest velegnede metoden. En grunn kan være at temaet ikke lar seg besvare med «gullstandarden» for det enkelte spørsmålet, for eksempel av etiske eller praktiske årsaker.

Det er sikkert en fremmed tanke for mange at man trenger å kritisk vurdere vitenskapelige artikler. Det er imidlertid viktig, nyttig og morsomt, og det er utarbeidet sjekklister med det formål å gjøre arbeidet litt lettere. Siden ulike spørsmål krever ulikt studiedesign, får dette konsekvenser når en skal vurdere disse; en må bruke sjekklister som passer det studiedesignet som er brukt i artikkelen. Det er utarbeidet ulike typer sjekklister, og vi

faglig

anbefaler at du bruker sjekklister fra Nasjonalt kunnskapscenter for helse-tjenesten. Disse er basert på internasjonale verktøy for kritisk vurdering. Du finner disse sjekklisene på www.kunnskapscenteret.no. På samme nettside finner du også en ordliste som du kan bruke sammen med sjekklisten når du skal vurdere en artikkel. Sjekklisene dekker i tillegg til screeningspørsmålene også spørsmål for å vurdere om du kan stole på resultatene, hva resultatene er og om resultatene kan brukes i din praksis. En egen artikkel i dette nummeret går mer i dybden på kritisk vurdering.

Mange hevder at kvalitativ forskning er spesielt godt egnet til å belyse kompleksiteten i ergoterapifaget (30,31), og mye av forskningen i faget belyser spørsmål som krever kvalitative tilnæringer. Dette er verdifull kunnskap som bør komme brukerne til gode og bidra til kunnskapsbasert praksis. Som all annen forskning bør den bli gjenstand for kritisk vurdering. I en nylig publisert studie gjennomgår Curtin og Fossey spørsmål som bør stilles ved gjennomgang av kvalitative studier i ergoterapi (30).

Trinn V: Anvendelse

Å flytte kunnskap fra vitenskapelig litteratur til praksis er ikke alltid like enkelt. Men så bør det heller ikke være automatikk i at all ny og oppdatert forskning skal settes ut i handling. Modellen for kunnskapsbasert praksis illustrerer at forskningsbasert kunnskap skal integreres med erfaringskunnskap, pasientkunnskap og kontekst. To tilsynelatende like situasjoner i praksis kan derfor føre til ulike beslutninger. For eksempel kan to pasienter ha svært ulike holdninger til å bruke en type hjelpemidler. Også variasjon i konteksten påvirker hvordan du som ergoterapeut handler i ulike situasjoner, for eksempel vil ressursknapphet eller manglende ferdigheter hos helsepersonellet påvirke praksis. Selv om du leser i en artikkel at kognitiv atferdsterapi er nyttig hos eldre med begynnende demens kan du ikke iverksette dette dersom du ikke selv mestrer metoden.

Hindringer for bruk av forskning i praksis

Det er naturlig nok utallige hindringer for å anvende forskningsresultater i praksis. Undersøkelser viser blant annet at helsearbeidere ikke har god nok kjennskap til forskningsresultater, at forskningen er vanskelig tilgjengelig og at det er mangel på kunnskap om hvordan forskningsresultatene skal tolkes (14,32). Ergoterapeuter skiller seg ikke vesentlig fra andre helsefaggrupper når det gjelder barrierer for bruk av forskning (3,33). Over halvparten av dem som svarte i en studie gjennomført i Australia, rapporterte at kunnskap og ferdigheter knyttet til å utøve kunnskapsbasert praksis, var lav. I den samme studien var de seks mest vanlige barrierene som ble identifisert; liten tid og for mye å gjøre, manglende ferdigheter og kunnskap i litteratur og vurdering av forskning, vanskelig tilgang på tidsskrifter og manglende forskning innen ergoterapi (33). En annen spennende studie ble gjennomført i Storbritannia av Humphris og medarbeidere i 2000 (34). De benyttet dybdeintervjuer for å få en forståelse av barrierene og konkluderte med følgende seks kategorier, oversatt fra Humphris et al (34);

- Profesjonskultur og organisasjonskultur
- Tilgang til forskningsbasert kunnskap og forståelse av forskningsresultater
- Tid
- Ressurser
- Metodekompetanse
- Egen motivasjon

Kategoriene er i overensstemmelse med våre erfaringer når vi snakker om dette med klinikere i helsefagene. Kultur, vaner og motivasjon er viktige faktorer samt kunnskap og ferdigheter. Dessuten er mangelen på relevant forskningsbasert kunnskap en viktig hindring (7). Det hjelper lite å ville bruke slik kunnskap dersom det ikke finnes forskning som har søkt å belyse ditt kliniske problem. I litteraturen som omhandler kunnskapsbasert ergoterapi etterlyser forfatterne god, klinisk forskning som kan støtte praktikerne (10,11,12,26). Dette ble også svært tydelig for oss i arbeidet med å

skrive en Cochrane-oversikt over effekt av hjelpemidler for voksne med RA (35). Det ser så langt ut til at vi kun ender opp med én studie som kan tas med i oversikten.

Faktorer som fremmer eller hemmer kunnskapsbasert praksis er altså knyttet like mye til organisatoriske og ledelsesmessige forhold som til individuelle. Å bidra til en kultur i ergoterapifaget der det er naturlig og forventet at forskningsbasert kunnskap etterspørres og brukes, er både en lederoppgave og en oppgave for utdanningssektoren og fagpolitiske miljøer. Studenter som kommer ut av grunn-, etter- og videreutdanning bør ha ferdigheter og holdninger som støtter kunnskapsbasert praksis, og dette er en utfordring for både medisin og helsefag. Et viktig virkemiddel er å få integrert kunnskapsbasert praksis i grunnutdanninger som en «rød tråd» gjennom studiet. Et godt eksempel på dette er bachelorutdanningen i fysioterapi ved Høgskolen i Bergen, der studentene blir satt i stand til å lese og vurdere forskningsartikler fra første studieår. Bennet & Bennet (10) gir følgende råd til ergoterapeuter for å overkomme hindringene for bruk av forskning:

- Ta videreutdanning for å lære hvordan du skal få tilgang til informasjonen, forstå forskningsmetoder, oppsummerende statistikk og kritisk vurdering.
- Ta i bruk kunnskapsbaserte informasjonskilder.
- Delta i forskning som evaluerer ergoterapifaglige intervensjoner.
- Delta i eller start en lesegruppe (journal club) som skal være en støttende gruppe som finner og kritisk vurderer klinisk relevant forskning.
- Delta i utviklingen av kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer.
- Argumenter for å få avsatt arbeidstid til å kunne lese og vurdere forskning.

Trinn VI: Evaluering

Evaluering av praksis er siste trinn i sirkelen for kunnskapsbasert praksis. Den vanligste måten å operasjonalisere dette trinnet på, er sannsynligvis at du evaluerer utfallet av din egen praksis; for eksempel «blir brukerne

mine bedre?» Du kan også evaluere egen kunnskapshåndteringspraksis: «Følger du trinnene?» Eksterne aktører, som pasienter, samarbeidspartnere eller helsemyndighetene, kan også være interessert å vite om tjenestene er kunnskapsbaserte. Internasjonalt brukes ordet «audit» som et samle- navn for evaluering av klinisk praksis, og vi har ikke noe godt dekkende ord for dette på norsk. Du vil imidlertid kunne møte ordet monitorering som noen bruker som norsk oversettelse.

Clinical audit kan defineres som «*the review of clinical performance, the refining of clinical practice as a result and the measurement of performance against agreed standards*» (36).

Denne evalueringen eller audit av klinisk praksis er en prosess i to faser. Første fase innebærer å måle hva som faktisk skjer i praksis for så å sammenligne dette mot standarder eller andre eksplisitte kriterier i fase to. Anbefalinger i faglige retningslinjer kan være slike eksplisitte kriterier. Disse kriteriene bør være kunnskapsbaserte, det vil si at de bør være basert på forskningsbasert kunnskap. Når man i første fase av en audit skal måle det som skjer i praksis, må man velge et område av praksis som lar seg måle. Det kan enten være å måle hva fagutøverne gjør i praksis (måle prosess) for eksempel bruken av individuell plan eller antall tester eller undersøkelser som er rekvirert, eller måling av pasientutfall (måle resultat), for eksempel antall pasienter med liggesår eller lårhalsbrudd. I begge tilfeller er det viktig å bruke gode og pålitelige målemetoder og datainnsamlingsmetoder.

Et eksempel på en klinisk audit innenfor ergoterapifaget ble gjennomført for behandling av slagpasienter i Australia (37). På bakgrunn av store variasjoner i praksis konkluderer forskerne med at det er behov for å iverksette kunnskapsbasert slagbehandling. Vi vil hevde at det er behov for flere slike studier for å dokumentere ergoterapipraksis!

Audit er en syklisk prosess som kan forbedre praksis og audit brukes på ulike måter som kvalitetsforbedrings- tiltak. Som leder av en avdeling kan du gjennomføre interne audits ved å gjennomgå og dokumentere dagens praksis og sammenligne denne mot

SELVEVALUERING – JOBBER JEG/VI KUNNSKAPSBASERT

Refleksjoner rundt praksis/bevissthet rundt praksis

- Spør jeg meg selv hvorfor jeg gjør som jeg gjør i jobben min?
- Diskuterer jeg med kollegaer hva som er grunnlaget for beslutninger i praksis?

Å stille spørsmål

- Stiller jeg kliniske spørsmål?
- Stiller jeg velformulerte spørsmål?
- Klassifiserer jeg spørsmål i kjernespørsmål?
- Oppfordrer jeg kollegaer til å stille spørsmål?

Søke etter forskningslitteratur

- Søker jeg etter forskningslitteratur?
- Vet jeg hva som er de beste kildene for ulike kjernespørsmål?
- Har jeg tilgang til Internett?
- Blir jeg mer og mer effektiv i min søken etter forskningslitteratur?
- Starter jeg med å søke etter systematiske oversikter?

Kritisk vurdering

- Leser jeg vitenskapelige artikler?
- Bruker jeg sjekklister mens jeg leser forskningslitteratur?
- Har jeg forbedret tolkningen min av ulike effektestimater? (For eksempel Numbers Needed to Treat (NNT), Odds Ratio (OR) etc.)
- Oppfordrer jeg til lesing av forskningsartikler på min arbeidsplass?

Implementering av klinisk forskning

- Bruker jeg forskning av høy kvalitet til å informere eller endre praksis?
- Bruker jeg forskning av høy kvalitet til å løse faglig uenighet rundt behandling av et problem i praksis?

Selvevaluering

- Har jeg gjennomført en evaluering eller audit av egen evne til å arbeide kunnskapsbasert?

Tabell 4. Følger jeg trinnene? (Oversatt etter Herbert et al (14).)

kunnskapsbaserte standarder. Basert på en slik audit kan ansatte få tilbakemelding på egen praksis. Det kalles gjerne audit og feedback. Audit kan også gjennomføres på flere sykehusavdelinger, og disse kan sammenlignes mot hverandre og mot de kunnskapsbaserte kriteriene.

Som nevnt kan audit også gjennomføres som en egevaluering av din kunnskapshåndteringspraksis. Dette innebærer at man evaluerer seg selv basert på spørsmål knyttet til trinnene i sirkelen i figur 3. Tabell 4 viser en sjekklister som en kan bruke til dette formålet (14).

Å arbeide kunnskapsbasert

Denne artikkelen har gitt deg en oversikt over hva vi legger i begrepet kunnskapsbasert praksis og hva det innebærer ved å gjennomgå trinnene i prosessen. Vi har prøvd å vektlegge at å arbeide kunnskapsbasert betyr å være brukerfokusert i tillegg til å være oppdatert på den beste forskningen. Det er viktig for alle ergoterapeuter å

forstå prinsippene for kunnskapsbasert praksis og å kunne tilpasse disse til eget fagfelt. Det er av stor betydning når ergoterapeuter bidrar i en helsetjeneste der kravet til kunnskapsbasert praksis i økende grad blir vektlagt.

Tilslutt tilbake til scenariet;

Kollegene dine ba deg om gode begrunnelser for å sette i gang ergoterapitiltak for hjemmeboende eldre i kommunen. Du bestemmer deg for å lete etter forskningsbasert kunnskap. Ved hjelp av PICO formulerer du følgende spørsmål: «For hjemmeboende eldre, vil et forebyggende ergoterapiprogram påvirke livskvalitet og funksjon?» Dette er et spørsmål om effekt av tiltak, og du går til Cochrane Library og søker etter artikler med følgende ord i tittel «old and occupational therapy.» I Cochrane Controlled Trial Register finner du følgende tittel som ser svært relevant ut: «Clark F et al. Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. JAMA 1997;278:1321–6» (38). Du får tak i

artikkelen, og vurderer metodisk kvalitet og relevans (vurdert med sjekkliste for RCT fra Kunnskapssenterets hjemmeside). Før du tar med deg resultatene til det tverrfaglige teamet i kommunen, leser du også en systematisk oversikt som du fant i det samme søket (39). En systematisk oversikt er alltid bedre å støtte seg til enn enkeltstudier og den kan gi deg gode argumenter for å prioritere iverksettelse av et slikt nytt tiltak i kommunen.

Referanser

1. Norsk Ergoterapeutforbund, www.neff.no/ergoterapi/index.htm
2. Bennett S, Tooth L, McKenna K et al.. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal* 2003;50:13-22.
3. Upton D, Upton P. Knowledge and use of evidence-based practice by allied health and health science professionals in the United Kingdom. *Journal of Allied Health* 2006;35:127-133.
4. Jamtvedt G, Røsberg A.. Hvordan forholder fysioterapeuter seg til den faglige informasjonsflommen? *Fysioterapeuten* 1999;2:11-16.
5. Higgs J, Jones M, Edwards I.. Clinical reasoning and practice knowledge. In: Higgs J, Richardson B, Dahlgren MA (red). *Developing practice knowledge for health professionals*. Oxford: Elsevier 2005.
6. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholdt B, Reinart LM.. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere. Akribe 2007.
7. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A.. *Kunnskapsbasert fysioterapi, Metoder og arbeidsmåter*. Gyldendal Akademisk 2003.
8. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
9. Jamtvedt G. Hva er kunnskapsbasert praksis? [online 1/1 2007] Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig på www.kunnskapssenteret.no
10. Bennett S, Bennett JW. The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal* 2000;47:171-180.
11. Aas RW. Evidence based health care. En tradisjon med fokus på kunnskapsidealer for gode helsefaglige beslutninger. *Ergoterapeuten*, 2002a,1,20-24.
12. Aas RW. Evidence-Based Health Care. Del 2. Konsekvenser og kjernespmål for ergoterapi i lys av denne tradisjonen. *Ergoterapeuten* 2002b,2,15-19.
13. Vilje til forskning. St.meld. nr 20. 2004-2005.
14. Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB. *Practical Evidence Based Physiotherapy. Informing practice with high quality clinical research*. Elsevier Butterworth Heinemann, 2005.
15. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way (Editorial). *BMJ* 2004; 329:990-991.
16. Fra stykkevis til helt. *NOU* 2005:3.
17. EVIPNet- Evidence-Informed Policy Network, World Health Organization, www.who.int/rpc/evipnet/en/
18. Nortvedt MW, Hanssen TA, Lygren H. Metodisk mangfold. *Sykepleien* 2004, nr 15.
19. Sosial- og helsedirektoratet. Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten. (2005-2015). IS-1162, 2005.
20. Lov om universitet og høyskoler. Utdannings- og forskningsdepartementet 1995 nr. 22.
21. LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell.
22. Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Lov om helseforetak. Sosial- og helsedepartementet.
23. Stortingsmelding 39,1999. Forskning ved et tidsskifte
24. Campbell Collaboration, www.campbellcollaboration.org
25. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A: *Medisinsk kunnskaps-håndtering*, Gyldendal akademisk 2000.
26. Aas RW. Evidensbasert praksis - hva bør ergoterapeuter dokumentere? *Ergoterapeuten* 2003, nr 11.
27. OT seeker, www.otseeker.com
28. McKenna K, Bennett S, Dieselhuis Z, Hoffmann T, Tooth L, McCluskey A. Australian occupational therapists use of an online evidence-based practice database (OTseeker). *Health Info Libr J* 2005;22:205-14.
29. Greenhalgh T. *How to read a paper. The basics in evidence-based medicine*. 3rd edition, London: BMJ Books; 2001.)
30. Curtin M, Fossey E. Appraising the trustworthiness of qualitative studies: Guidelines for occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal* 2007;54:88-94.
31. Hammell KW, Carpenter C (eds). (2004). *Qualitative research in evidence based rehabilitation*. Edinburgh, Churchill Livingstone.
32. Funk SG, Champagne MT, Wiese RA, Tornquist EM. Barriers to using research findings in practice: The clinician's perspective. *Applied Nursing Research* 1991;4:90-95.
33. McCluskey A, Lovarini M. Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. *BMC Medical Education* 2005,5:40. doi:10.1186/1472-6920-5-40.
34. Humphris D, Littlejohns P, Victor C, O'Halloran P, Peacock J. Implementing evidence-based practice: Factors that influence the use of research evidence by occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy* 2000;63:516-522.
35. Tuntland H, Kjekken I, Nordheim L, Jamtvedt G, Hagen KB. Assistive technology for rheumatoid arthritis. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD006729. DOI: 10.1002/14651858.CD006729.
36. National Institute for Clinical Excellence. *Principles for best practice in clinical audits*, Oxon: Radcliffe medical Press, 2002.
37. Gustafsson L, MvKenna K. Treatment approaches for clients with a stroke-affected upper limb: Are we following evidence-based practice? *Australian Occupational Therapy Journal* 2003:205-215.
38. Clark F, Azen SP, Zemke R et al. Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;278:1321-6.
39. Wilkins S, Jung B, Wishart L, Edwards M, Norton S G. The effectiveness of community-based occupational therapy education and functional training programs for older adults: a critical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2003;70:214-225.