

# Implementering av kunnskapsbasert praksis

## KVALITETSFORBEDRING I AMBULANT REHABILITERINGSTEAM

Av Toril Beate Røssvoll, Maren Beate Hansen og Trude Anita Hartviksen

*Toril Beate Røssvoll er ergoterapeutspesialist i somatisk helse og Master of Science in Occupational Therapy. Hun var tidligere fagkonsulent i Ambulant rehabiliteringsteam ved Universitetssykehuset Nord-Norge og er nå studieleder ved bachelorprogrammet i ergoterapi ved Norges arktiske universitet Campus Tromsø.  
E-post: toril.b.rossvoll@uit.no*

*Maren Beate Hansen er vernepleier og har master i rehabilitering. Hun var tidligere teamkoordinator ved Ambulant rehabiliteringsteam Tromsø og er nå enhetsleder ved Fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk døgnhet Tromsø, Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge.*

*Trude Anita Hartviksen er ergoterapeut med master i rehabilitering. Hun er stipendiat og universitetslektor ved Nord Universitet.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*

### IMPLEMENTERING AV KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

#### Sammendrag

**Ambulant rehabiliteringsteam** ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø (ART Tromsø) ønsket i 2013 å utvikle og forbedre oppfølgingen av pasienter med langvarige og sammensatte rehabiliteringsbehov. Dette var utgangspunktet for forbedringsarbeidet som hadde som mål å utvikle en kunnskapsbasert arbeidsmetode for ART Tromsø. Modell for kvalitetsforbedring dannet rammen for implementering av kunnskapsbasert praksis i ART. Artikkelen beskriver hva ART Tromsø har vektlagt i de ulike fasene i Modell for kvalitetsforbedring, hvilke tiltak vi har sett nytten av, samt status tre år etter oppstart av forbedringsarbeidet.

Arbeidsmetode ART er nylig implementert. Her er kognitiv rehabilitering og endringsfokuseret rådgivning definert som hovedmetoder. Kunnskapsgrunnlaget for Arbeidsmetode ART er utviklet basert på nasjonale retningslinjer, veiledere og oppsummerte systematiske oversikter. Teamet har sett nytten av å gå systematisk til verks, og vi håper artikkelen kan inspirere ergoterapeuter til å bruke Modell for kvalitetsforbedring som et systematisk arbeidsverktøy for å oppnå kunnskapsbasert praksis.

**Nøkkelord:** Ambulant rehabilitering, kvalitetsforbedring, brukermedvirkning, kunnskapsbasert praksis.

## Introduksjon

Ambulant rehabiliteringsteam Tromsø (ART Tromsø) er et tverrfaglig team i det som tidligere var Rehabiliteringsklinikken (fra 1. januar 2016 Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) Tromsø. Teamet er tverrfaglig og har 5,5 fagkonsulentstillinger. Da forbedringsarbeidet startet, var to ergoterapeuter, to psykiatriske sykepleiere, en vernepleier og en fysioterapeut ansatt. Teamet yter helsetjenester for å bidra til at pasienten får et mest mulig sammenhengende rehabiliteringsforløp basert på sine egne ønsker og behov. Målgruppen er pasienter i yrkesaktiv alder med langvarige og sammensatte rehabiliteringsbehov, for eksempel personer med følger virkninger etter hjerneslag, traumatisk hodeskade, multippel sklerose eller kreftbehandling (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2012). Pårørende og lokalt tjenesteapparat tilbys veiledning og kunnskapsoverføring. ART bistår pasienter i overgangen mellom sykehus og hjemmet og samarbeider med personell i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, Arbeids- og velferdsetaten, arbeidsgivere og skolevesen.

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven (2001, § 3-4a) skal alle ansatte i helsetjenesten arbeide med systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette gjenspeiles i dialogavtalen som direktøren ved UNN har inngått med alle klinikkene (UNN, 2013). De overordnede føringene i avtalen er at UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt (ibid.).

Forfatterne vil i denne artikkelen gi en beskrivelse av hvordan



Figur 1: Metode for kvalitetsforbedring (Kunnskapscenteret, seksjon for kvalitetsutvikling 2015).

systematisk kvalitetsforbedring som metode kan sikre vedvarende endringer med hensyn til innføring av kunnskapsbasert praksis (KBP) i helsetjenesten.

Modell for kvalitetsforbedring (Kunnskapscenteret, 2015), dannet rammen for forbedringsarbeidet. Som illustrert i figur 1 beskriver modellen fem faser, og denne artikkelen følger samme oppbygning.

## Forberede

### FELLES ERKJENNELSE AV BEHOVET FOR FORBEDRING

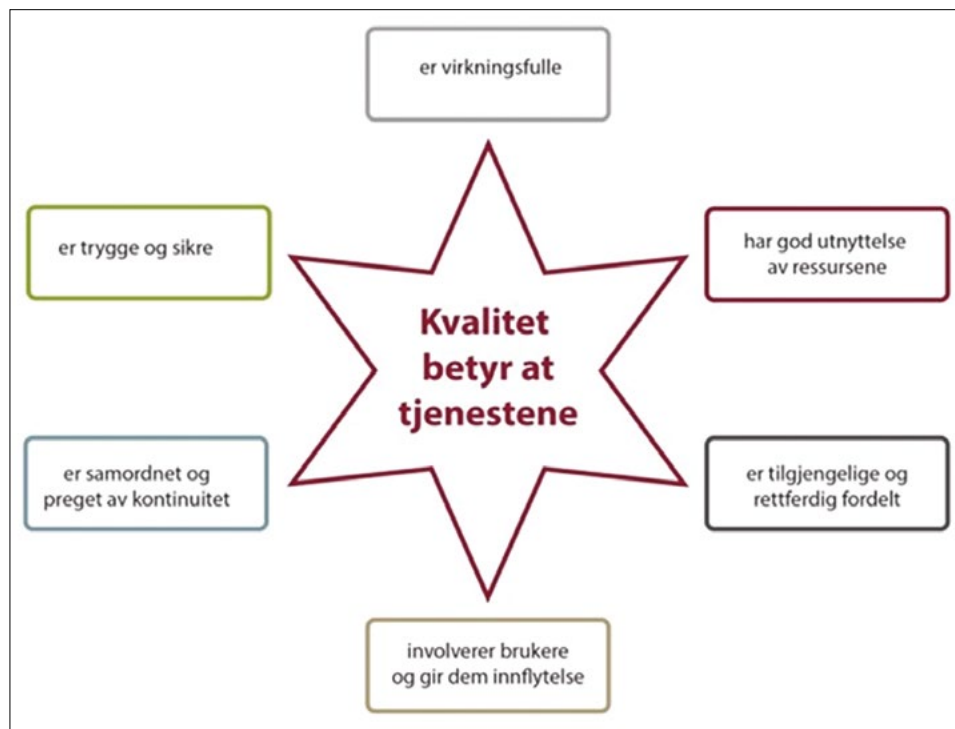
Erkjennelse av behovet for forbedring har gradvis vokst fram i ART. Teamet har gjort forsøk på å implementere KBP de senere år, men erfarte at innhenting av forskningsbasert kunnskap ble enkeltstående hendelser uten forankring i klinisk hverdag.

Nasjonal Kvalitetsstrategi (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) fastslår at kvalitet betyr blant annet at tjenestene er virkningsfulle

(se figur 2). For å sikre at tjenestene er virkningsfulle, må de baseres på best tilgjengelig kunnskap (Kunnskapscenteret, 2014). UNN skal kontinuerlig forbedre pasientforløpene (UNN, 2013). Å arbeide i tråd med prinsippene i kunnskapsbasert praksis var et prioritert satsningsområde i den tidligere Rehabiliteringsklinikken (ibid.).

## FORANKRING OG ORGANISERING

Det er viktig å sikre at forbedringsarbeidet har solid forankring både i ledelsen og blant medarbeidere. Schreiner (2004) peker på viktigheten av aktive og engasjerte ledere som både gjennom ord og handlinger viser at kvalitet er viktig. Artikkelforfatterne drøftet forbedringsarbeidet med nærmeste leder, som bidro til forankring i seksjonsleder-team. Schreiner (ibid.) peker på at et viktig tiltak for å lykkes med forbedringsarbeid er å involvere medarbeidere i utvelgelsen av hva som skal forbedres. Et tips er



Figur 2: Kvalitet betyr at tjenestene... (Kunnskapscenteret, seksjon for kvalitetsutvikling 2015).

å starte med det som er viktig, vanlig og vanskelig (Kunnskapscenteret, 2014). Det aktuelle forbedringsarbeidet ble ledet av artikkelforfatterne Hansen og Røssvoll (som mens arbeidet pågikk, var ansatt i ART Tromsø) med veiledning av medforfatter Hartviksen i de første fasene. For å sikre involvering av øvrige teammedlemmer, ble «KBP i ART» definert som hovedfokus i fagutviklingen i denne perioden, og var gjennomgående tema for fagmøter og fagdager.

### KLARGJØRE KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Vi vil her redegjøre for kunnskapsgrunnlaget for forbedringsarbeidet, som består av tre perspektiver:

- helsevesenet som komplekst adaptivt system
- systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid og
- kunnskapsbasert praksis.

a) Helsevesenet kan beskrives som et komplekst adaptivt system. Det vil si at det består av en samling aktører med frihet til å velge hvordan de vil reagere på ulike stimuli (Plsek, 2001). Dette har betydning for muligheten til å lykkes når en ønsker å gjennomføre en endring. Når du skal gjennomføre endringer i komplekse adaptive systemer, trenger ikke endringene i seg selv å være komplekse, tvert imot er kunsten å skape forhold for utvikling ved å ha få og enkle regler (ibid.).

UNN er et godt eksempel på et komplekst adaptivt system. Det er et relativt stort universitetssykehus med svært mange ansatte og mange ulike faggrupper som skal samarbeide, og sykehuset er i stadig endring. ART Tromsø forholder seg til mange ulike samarbeidsparter, både internt og eksternt. Også UNNs 17 lokalsykehuskommuner, som er ART Tromsøs nedslagsfelt, gjennomfører endringer i sine helse- og

sosialtjenester som påvirker samhandlingen med ART. Dersom en kommune for eksempel endrer sine rutiner for tildeling av ergoterapitjenester, vil det påvirke ARTs måte å henvise til og samarbeide med kommunal ergoterapeut på.

b) Kunnskap om systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid bidrar til forståelse av at variasjoner, systemer, psykologi og erfaringslæring er sentrale emner i forbedringsarbeid, og innsikt i hvordan en kan anvende kunnskapen om disse emnene i et kontinuerlig forbedringsarbeid (Schreiner, 2004). I ulike rehabiliteringsprosesser har ART behov for å vite hvordan systemene vi samarbeider med, fungerer, hvilke variasjoner som kan oppstå over tid, hvordan vi kan bidra til et positivt endringsfokus, samt hvordan vi kan stimulere til økt forståelse for at teori og handling skaper læring (ibid.).

c) Kunnskapsbasert praksis oppstår når fagpersoner setter kunnskap hentet fra forskning, brukere av tjenesten og egne praksiserfaringer inn i den aktuelle konteksten, i møtet med brukeren. Som figur 3 viser, kan KBP fremstilles som en prosess i flere trinn (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012):

- refleksjon over egen praksis
- formulere spørsmål
- finne forskningsbasert kunnskap
- kritisk vurdere forskningen
- anvendelse
- evaluering

Oppsummert kan en si at kjennskap til helsevesenet som komplekst adaptivt system og bruk av metode for systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid har vært en forutsetning for å oppnå kunnskapsbasert praksis.

## Planlegging

### KARTLEGGE BEHOV OG DAGENS PRAKSIS

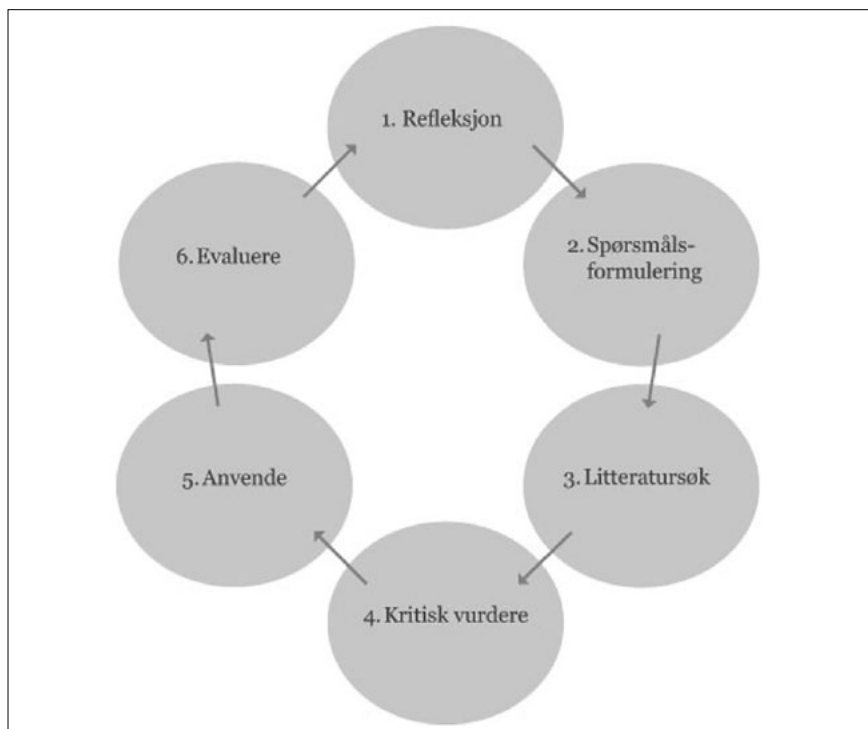
For å kartlegge praksis i ART valgte vi å visualisere arbeidsprosessen i pasientoppfølgingen ved bruk av flytskjema. Ifølge Schreiner (2004) er dette en visuell og enkel måte å fremstille prosesser på. Arbeidsprosessen ble tegnet opp langs en linje, og stedene i arbeidsprosessen hvor ART for eksempel gir råd om valg av tiltak, ble markert. Underveis i kartleggingsprosessen ble det stilt spørsmål for å avdekke om teamet kjente til kunnskapsgrunnlaget for de ulike rådene som gis. Svarene ble skrevet på Post-it-lapper og plassert langs linjen. Problemstillinger som kom opp underveis, ble også notert ned og plassert i flytskjemaet. Når forfatterne i ettertid analyserte flytskjemaet i lys av kunnskapsbasert praksis, kom det fram at teamet i stor grad baserer tiltakene på erfaringsbasert kunnskap, enkeltpasienters ønsker og behov samt kontekstuelle faktorer. Fagkonsulentene brukte i liten grad forskningskunnskap i sin kliniske hverdag, og brukermedvirkning på tjenestenivå var den gang ikke synlig i ARTs praksis.

### SETTE MÅL

For å oppnå forbedring på dette området var det behov for å implementere kunnskapsbasert praksis i ART Tromsø. Målet med forbedringsarbeidet ble derfor å utvikle en kunnskapsbasert arbeidsmetode for ART Tromsø.

### VELGE MÅLEVERKTØY

Vi valgte måleverktøy for å kunne måle dagens praksis før og etter iverksatte forbedringstiltak. Hensikten med dette var å kunne eva-



Figur 3: Trinnene i kunnskapsbasert praksis. (Høgskolen i Bergen, 2012).

luere hvorvidt vi hadde oppnådd et resultat som var en forbedring. Evalueringen av forbedringsarbeidet skulle ha to aspekter: å evaluere om fagkonsulentene i større grad arbeider kunnskapsbasert (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012), samt evaluering av hvordan Arbeidsmetode ART brukes.

Selvevalueringsskjema som er tilgjengelig på nettkurset kunnskapsbasertpraksis.no (Høgskolen i Bergen, 2012), kunne tas i bruk i ART uten endringer. Vår erfaring var at skjemaet først og fremst fungerte som et implementeringsverktøy for kunnskapsbasert praksis, ved at det minner den enkelte på de ulike trinnene i KBP.

### UTVIKLE FORBEDRINGSTILTAK

For å oppnå ønsket forbedring var det behov for:

a) å integrere relevant forskning som kan inspirere, opplyse, utfordre og informere vår praksis (Aas, 2007)

b) å involvere brukere i videreutvikling av tjenesten.

a) Å ta i bruk forskningskunnskap ble i begynnelsen betraktet av teamet som en stor utfordring. Som starthjelp ble fagkonsulentene oppfordret til å gjøre seg kjent med helsebiblioteket.no. For ergoterapeuter er emnet «fysio- og ergoterapi» på denne nettsiden et godt utgangspunkt for å finne relevante prosedyrer, databaser, retningslinjer og oppsummert forskning.

b) Som tiltak for å involvere brukere i videreutvikling av tjenesten var det aktuelt å undersøke hva som er viktig for brukere i et primærrehabiliteringsforløp med utgangspunkt i tre faser: utskrivning fra sykehus, opphold på ny institusjon eller første tiden etter hjemkomst (1 - 6 måneder etter skade/sykdom) og fasen hvor brukeren gjenopptar de vanlige aktivitetene sine (6 måneder - 1 år etter skade/sykdom). Gjennom

Patient/population	Yngre personer med langvarige og sammensatte rehabiliteringsbehov som følge av ervervet hjerneskade, multippel sklerose eller kreftbehandling
Intervention/situation	Opplæring, rådgivning, veiledning
Comparison	Ikke relevant
Outcome	Deltakelse sosialt og i samfunnet, tilbake i jobb, god livskvalitet

Tabell 1: PICO-skjema.

kontakt med Brukerutvalget ved UNN-HF ble det oppnevnt tre brukerrepresentanter som representerte pasientgrupper med relevans for ART Tromsø.

## Utføre

### TA I BRUK FORSKNINGSKUNNSKAP

Å synliggjøre eventuelle kunnskapshull danner grunnlag for litteratursøk og gransking (Nortvedt et al., 2012). Forgrunnsspørsmål er spørsmål som oppstår i møte med pasienter, og som ikke enkelt kan finnes i oppslagsverk eller fagbøker, slik bakgrunnsspørsmål gjerne kan besvares. Et eksempel på bakgrunnsspørsmål kan være «hva er diabetes?» mens forgrunnsspørsmål kan være «hvordan påvirker aktivitet faren for senskader hos personer med diabetes?» (Nortvedt et al., 2012).

PICO er et verktøy som hjelper en med å gjøre forgrunnsspørsmålet tydelig og presist (Høgskolen i Bergen, 2012). PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i denne type spørsmål: Pasient/populasjon, Intervensjon/situasjon, Comparison (hva man sammenligner med) og Outcome (utfall). Tabell 1 viser PICO-skjemaet som ART satte opp med bakgrunn i refleksjon over egen praksis.

De kliniske forgrunnsspørsmå-

lene oppstår ofte i en form som kompliserer direkte litteratursøk. Det å kunne definere kjernespoørsmål og søkeord ut fra de kliniske spørsmålene vil derfor være en viktig ferdighet for enklere å finne gode relevante forskningsartikler som besvarer det en etterspør (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005).

PICO-skjemaet dannet grunnlag for presiseringen av *kjernespoørsmålene* vi definerte for å kunne belyse ARTs forgrunnsspørsmål, og emneordene vi brukte i søk etter forskning.

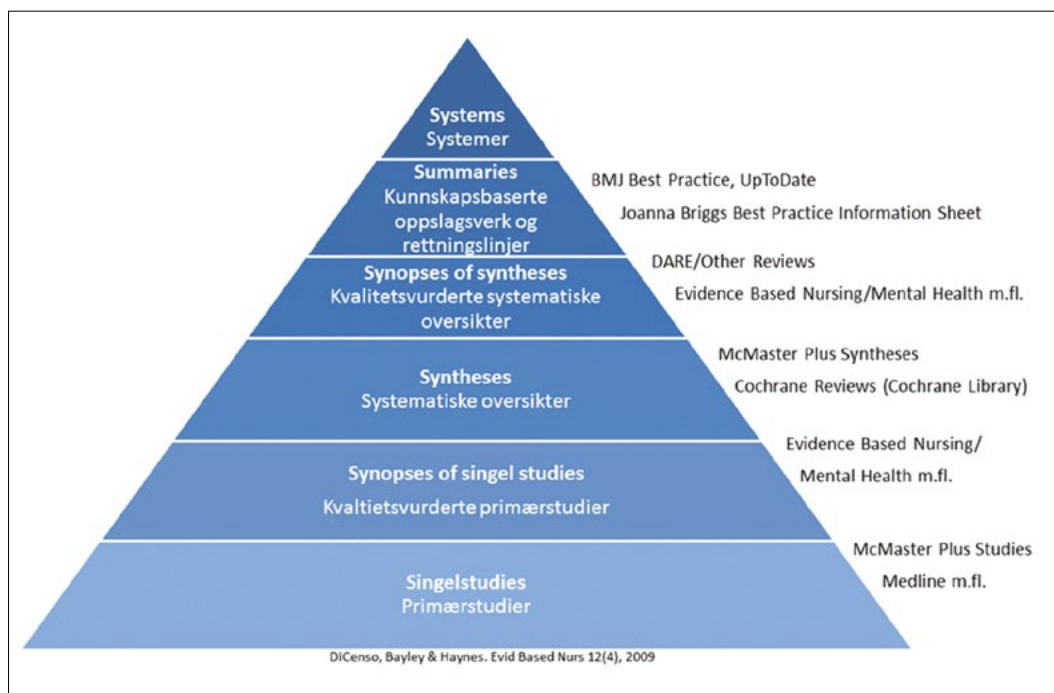
Eksempel på kjernespoørsmål for ART Tromsø: «Hvordan oppleves rehabiliteringsprosessen for yngre personer med ervervet hjerneskade/multippel sklerose/gjennomgått kreftbehandling?» Kjernespoørsmålet *hvordan oppleves* indikerer at vi her søker etter kvalitativ forskning.

«Hva kan bidra til at yngre personer med sammensatte og langvarige rehabiliteringsbehov får økt selvstendighet og deltakelse i samfunnet?» Kjernespoørsmålet *hva kan bidra til* eller *hva kan vi gjøre* indikerer at vi her leter etter forskning med randomiserte kontrollerte studiedesign.

Et viktig prinsipp i KBP er først å lete etter oppsummert forskning, som for eksempel systematiske oversikter (Nortvedt et al., 2012). S-pyramiden (se figur 4) er utviklet for å hjelpe helsear-

beidere å finne fram til anvendelig og kvalitetsvurdert forskningsbasert kunnskap (Høgskolen i Bergen, 2012). Øverst i pyramiden finner man kunnskapsbaserte retningslinjer og oppslagsverk. ART har tatt utgangspunkt i S-pyramiden når vi har søkt etter litteratur, samt brukt kunnskapscenterets nettsider for å finne norske kunnskapsoppsummeringer. Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) og Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelfor midling (Ergoterapeutene, 2011) er eksempel på aktuelle kilder for ergoterapeuter som kan plasseres høyt i S-pyramiden. På ergoterapeutene.org finner en kunnskapsbaserte retningslinjer under «om ergoterapi/verktøy og redskap» (Ergoterapeutene, 2008).

For å skape tid og rom for fagkonsulentene til å bli fortrolig med å søke etter litteratur og kritisk vurdering gjorde vi det til et sommerprosjekt i lavdriftsperioden. Artikkelforfatterne Hansen og Røssvoll veiledet ved behov i å finne søkeord, bruke databaser, utvelgelse i resultat fra litteratursøk samt kritisk vurdering. PICO-skjema, kjernespoørsmål for ART Tromsø, kompendiet «Veileder i bruk av databaser» (Hartviksen, 2013), samt sjekklister for kritisk vurdering ble gjort tilgjengelig. Resultatene fra sommerprosjektet ble deretter oppsummert på høstens første fagmøte, der hver fagkonsulent presenterte sin søkestrategi, funn og forslag til anvendelse basert på kritisk vurdering. I løpet av høsten var to ergoterapistudenter i tredjeårspøksis i ART, og de ble involvert i forbedringsarbeidet ved å legge fram kritisk vurdering av en artikkel de anså relevant for ART.



Figur 4: S-pyramiden (Høgskolen i Bergen 2012).

Litteratursøkene resulterte ikke i funn av nasjonale eller internasjonale retningslinjer for ambulant rehabilitering. Vi fant derimot relevante retningslinjer, nasjonale veiledere og oppsummerte systematiske oversikter, blant annet for pasienter med hjerneslag (Helse- direktoratet, 2010) og arbeidsrehabilitering etter ervervet hjerne- skade (Stergiou-Kita, Dawson, & Rappolt, 2012). Disse funnene viser at det finnes forskning av høy kvalitet som berører vårt arbeidsområde, og som vi skal la oss opplyse, inspirere eller utfordre av.

### BRUKERMEDVIRKNING PÅ TJENESTENIVÅ

Brukerrepresentantene bidro med nyttig informasjon om hva som er viktig for en pasient i rehabilitering, med utgangspunkt i utskrivningsfase, opphold på ny institusjon og den første tiden hjemme. Brukerrepresentantene ga uttrykk for at det viktigste var tilstrekkelig informasjon på riktig tidspunkt. De understreket behov for informasjon om hva som skulle skje videre, hvor en

kan få hjelp, hva man kan forvente av senfølger, eventuelle nedturer, dårlig matlyst eller tunge stunder. Videre vektla brukerrepresentantene viktigheten av tillit og god kommunikasjon mellom bruker og behandler. Kommunikasjon mellom pasient og fastlege, sykehuslege og fastlege må være bra, slik at de involverte vet hvem som gjør hva. Brukerrepresentantene tematiserte også viktigheten av hjelp til nyorientering i forhold til å komme tilbake i arbeid, tilpassning av tjenester til den enkeltes livs- og familiesituasjon samt hvordan individuell plan kan være et nyttig verktøy.

### RESSURSER OG BEGRENSNINGER I EGEN ORGANISASJON

Teamet har hatt idémyldring rundt spørsmålet «hva skal til for å komme i gang med KBP i ART?», hvor følgende momenter kom opp: ressurser i form av tid, påminnelser og kontinuitet ved at KBP løftes fram som et felles ansvarsområde. Underveis i idémyldringen vokste det fram en forståelse av at KBP ikke er noe

fagkonsulentene skal gjøre ved siden av pasientarbeidet, men at det må integreres som et av verktøyene i pasientarbeidet.

Teammedlemmene er oppfordret til å gi kollegial støtte ved å avlaste hverandre i perioder, slik at hver enkelt får benyttet avsatt tid til oppgavene som skal gjøres i tilknytning til forbedringsarbeidet. Dette kan blant annet være å besvare telefoner i gitte tidsrom. Det er en ressurs at fagkonsulentene var engasjerte og motiverte til å gå i gang med kvalitetsforbedringen. En begrensning kan være at det representerer en ny arbeidsmåte. Flere ga uttrykk for at det var ukjent farvann de skulle inn i, for eksempel det å søke etter forskningslitteratur og lese engelskspråklige artikler.

Som et ledd i forbedringen har teamet satt av ti minutter til erfaringsdeling annenhver uke, hvor fagkonsulentene forteller om et kurs, en artikkel eller erfaring fra praksis som kollegaer kan ha nytte av. Erfaringsdelingen bidrar til å synliggjøre og sette ord på den tause kunnskapen og motive-



*Modell for kvalitetsforbedring, prinsipper i KBP samt bruk av relevante nettressurser har vært tema for interne fagmøter.*

re til å dele både forsknings- og erfaringsbasert kunnskap.

Kontekst er et viktig element i KBP, og Arbeidsmetode ART må også integrere sentrale lover og forskrifter innenfor rehabiliteringsfeltet samt samarbeidsavtaler som er inngått mellom UNN og lokalsykehuskommunene (Overordnet Samarbeidsorgan, 2012). For ART er Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) særlig relevant.

Informasjon kan danne grunnlag for interesse og motivasjon blant medarbeidere (Schreiner, 2004). Modell for kvalitetsforbedring, prinsipper i KBP samt bruk av relevante nettressurser som kunnskapssenteret.no og helsebiblioteket.no har vært tema for interne fagmøter i ART. Vi har erfart at det er viktig å ta høyde for at informasjonen kan oppfattes som overveldende og dermed skape motstand. Det har også vært viktig å ta hensyn til at forbedringsarbeidet kan synes vanskelig og tidkrevende.

## Evaluere

I denne fasen skal det evalueres om forbedringen(e) er tilstrekkelig(e), og om målet er nådd. Dersom forbedringen ikke er tilfredsstillende, kan det være lurt å gå tilbake til forberedelses- og planleggingsfasen. Evalueringen bør ta stilling til om det er behov for ytterligere forbedringer (Kunnskapssenteret, 2014).

Selvevaluering basert på trinnene i KBP har fungert som verktøy for implementering av KBP. Samtidig kan det brukes for å vite om det har skjedd en forbedring, altså om fagkonsulentene i ART i større grad arbeider kunnskapsbasert. For ART Tromsø har vi vektlagt at selvevaluering nettopp er selvevaluering og ikke nødvendigvis noe som skal sammenlignes kollegaer imellom. Fagkonsulentene har likevel gitt uttrykk for større bevissthet om kunnskapsbasert praksis, og vi har grunnlag for å si at søk etter og bruk av relevant litteratur

er innarbeidet i daglig arbeid. Erfaringsdeling er etablert som en viktig arena for deling av relevante artikkelfunn, litteraturtips fra kurs og konferanser samt erfaring i bruk av for eksempel Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010).

## Følge opp

### IMPLEMENTERE NY PRAKSIS

For at Arbeidsmetode ART skal kunne fungere tilfredsstillende har det vært viktig å sikre at forbedringene ble opprettholdt (Kunnskapssenteret, 2014). Aktuelle tiltak har vært oppdatering av eksisterende prosedyrer, perm for både nye og gamle ansatte samt å integrere Arbeidsmetode ART i ordinær drift. Halvårlig revidering av kunnskapsgrunnlaget for Arbeidsmetode ART med tanke på lovendringer samt tilgjengelige retningslinjer og oppsummert forskning ble viktige tiltak hos oss for å implementere ny praksis.

### SIKRE VIDEREFØRING

Selvevaluering i forhold til KBP vil, som nevnt tidligere, kunne fungere som en påminnelse om å jobbe kunnskapsbasert og kan slik sikre at forbedringene opprettholdes.

For å sikre videreføring av innspillene fra brukerrepresentantene, som bekrefter mye av det ART jobber mot, ble momentene innlemmet i Arbeidsmetode ART.

### DELE ERFARINGENE MED FORBEDRINGENE

Artikkelforfatterne Hansen og Røssvoll har delt erfaringer underveis på personalmøte og på nettverkssamling i Regionalt fagnettverk for Ambulante rehabiliteringsteam i Helse Nord. Vi kan her nevne at seks av syv ART i Helse Nord har ergoterapeut(er)

ansatt. Røssvoll la fram erfaringer på jubileumskonferansen til ergoterapeututdanningen i Tromsø (Røssvoll, 2015) og på Kvalitetskonferansen 2016 i regi av Norsk Forum for Kvalitet i Helsetjenesten. Artikkelen du nå leser, er også et ledd i å dele erfaringer med forbedringsarbeidet.

## Avslutning

Målet for forbedringsarbeidet vi har beskrevet var å utvikle en kunnskapsbasert arbeidsmetode for ART Tromsø. To år etter oppstart er Arbeidsmetode ART implementert, hvor kognitiv rehabilitering og endringsfokusert rådgivning er definert som hovedmetoder. Kunnskapsgrunnlaget for Arbeidsmetode ART er utviklet, der hovedvekten er på nasjonale retningslinjer, veiledere og oppsummerte systematiske oversikter. Teamet har etablert en arena for erfaringsdeling annen hver uke.

Status kan illustreres av følgende sitater fra en erfaringsdeling, der teamet ble bedt om å reflektere over hva de tenker om KBP nå: «Jeg har en større bevissthet om hvor opplysninger kommer fra», «ser nødvendigheten av at det var mye fokus på KBP en periode» og «KBP er ikke lenger en person sin kjepphest, men et felles prosjekt». Disse utsagnene bekrefter at teamet har sett nytten av å gå systematisk til verks. Det har vært enighet om at flere fellesarenaer, eksempelvis fagmøter, fagdager og driftsmøter, skulle ha fokus på KBP, særlig i innføringsperioden. Det har vi sett god nytte av.

Vi håper artikkelen kan inspirere ergoterapeuter til å bruke Modell for kvalitetsforbedring for å oppnå kunnskapsbasert praksis.

## Litteraturliste

- Aas, R.W. (2007). Tiltaksvalg i komplekse brukersaker. Ni translasjonsutfordringer ved bruk av evidens fra forskning. I S. Horghagen (Ed.), *Beste praksis i ergoterapi* (pp. 73-98). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing: a guide to clinical practice*. St.Louis: Elsevier Mosby.
- Ergoterapeutene. (2008). *Kunnskapsbaserte retningslinjer*. Hentet 04.03.16, fra <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Ergoterapeutene. (2011). *Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddel-formidling* Oslo: Ergoterapeutene. Hentet 04.03.16 fra <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Kunnskapsbaserte-retningslinjer/Hjelpemiddel-formidling>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra <http://www.lovdata.no/ltavd1/filer/sf-20111216-1256.html#map0>
- Hartviksen, T. (Ed.). (2013). *Veileder i bruk av databaser – kompendium*. Bodø: Universitetet i Nordland.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Hentet 12.11.15 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag>
- Høgskolen i Bergen (2012). Nettkurs i Kunnskapsbasert praksis. Hentet 23.05.2015, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no>
- Kunnskapssenteret (2014). *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring*. Hentet 23.05.2015 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/metoder-og-verktoy-for-kvalitetsforbedring>
- Kunnskapssenteret (2015). *Modell for kvalitetsforbedring*. Hentet 12.11.2015 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Overordnet Samarbeidsorgan. (2012). *Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler*. Hentet 12.06.13 fra <http://www.unn.no/avtaler-og-retningslinjer/overordnet-samarbeidsavtale-og-tjenesteavtaler-article54782-21244.html>
- Plsek, P. (2001). Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. I Institute of medicine: *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21 century*. Washington: The national academies press.
- Røssvoll, T. B. (2015). *Implementering av kunnskapsbasert praksis*. Innlegg på Ergoterapeututdanningen 25 år – Jubileumskonferanse, 2015, Tromsø. Abstract hentet fra [https://uit.no/tavla/artikkel/402233/ergoterapeututdanningen\\_25\\_ar\\_-\\_jubileumskonferan](https://uit.no/tavla/artikkel/402233/ergoterapeututdanningen_25_ar_-_jubileumskonferan)
- Schreiner, A. (Red.). (2004). *Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ...og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver*. (IS-1162 Veileder). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html>
- Stergiou-Kita, M., Dawson, D., & Rappolt, S. (2012). Inter-Professional Clinical Practice Guideline for Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury: A Systematic and Evidence-Based Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 166-181.
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2012). Ambulant rehabiliteringsteam (ART) Tromsø. Hentet 21.02.2013 fra <http://www.unn.no/art-tromsoe/category28134.html>
- UNN (2013). Dialogavtale mellom Sykehusdirektør og ledelsen i Rehabiliteringsklinikken. Internt dokument. Rehabiliteringsklinikken Universitetssykehuset Nord-Norge HF.