

# Hvordan kan vi styrke ergoterapi og utvikle kvaliteten i fagutøvelsen?

## Abstract

Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og ut fra pasientens ønsker og behov. Evidens (bevis) for valgte behandlingsmetoder etterspørres, og oppdragsgivere (helseforetak, myndigheter, pasienter) forventer i dag at ergoterapi utøves i forhold til forskningsbasert kunnskap.

Det er behov for at helseforetakene og høyskolene sammen legger faglige forutsetninger til grunn for kunnskapsbasert pasientbehandling i klinikk, og at en kunnskapsbasert tilnærming gjennomsyrrer utdanning og praksis. Det er nødvendig å implementere kunnskapsbasert praksis samtidig i klinikk, utdanning og forskning, for å styrke utviklingen av ergoterapi. Forskning styrker og kvalitetsikrer det kliniske arbeidet. Nye forskningsfunn endrer ergoterapi, og livslang læring er derfor nødvendig.

AV MARIE BERG

Helseforetakene og høyskolen er pålagt av sine arbeidsgivere å arbeide i forhold til kunnskapsbasert praksis. Det er behov for å implementere prinsipper for kunnskapsbasert ergoterapipraksis i helsetjenesten og i praksisopplæring av ergoterapi studenter (1-5). I følge Nasjonalt kunnskapscenter, er helsetjenestens oppgave å møte pasienter på en god måte, og å bistå dem med nyttige tiltak for å forbedre helsetilstanden. Kunnskap om hvilke tiltak som gjør mer nytte enn skade er derfor avgjørende i helsetjenesten, og har potensialet til å redde liv, og til å bedre eller forverre – folks livskvalitet (6).

Helsepersonell skal «*bruke den beste evidensen for beslutning om helsetiltak for pasienten*» og «*ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i gitte situasjoner*» (7). Det kanadiske ergoterapiforbundet sin definisjon av Evidence Based Therapy, presiserer i enda sterkere grad tilknytning til klientsentrering og aktivitet: «*Client-centred enablement of occupation based on client information and a critical review of relevant research, expert consensus and past experience*».



Marie Bergs artikkel er basert på hennes plenumsforelesning ved Norsk fagkongress i Bergen.

## Behov for å etablere en kunnskapsbasert praksis innen ergoterapi

Kunnskapsbasert praksis handler om integrering av flere typer kunnskap; brukerkunnskap, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap. Både i utdanning og i klinisk virksomhet har ergoterapeuter lang tradisjon for innhenting av og refleksjoner over brukerkunnskap og erfaringskunnskap i forhold til utøvelse av praksis. Kunnskap og ferdigheter i forhold til innhenting og søk av forskningsbasert kunnskap er ikke i den grad integrert i praksis og må derfor styrkes. Kunnskapsbasert praksis består av ulike trinn:

1. Erkjenne og identifisere informasjonsbehov.
2. Stille et klart og fokusert spørsmål.
3. Finne forskningsbasert kunnskap (lære litteratursøk) – søke tilgjengelig kunnskap effektivt.
4. Vurdere kunnskapen kritisk.
5. Integrere gyldig og relevant kunnskap i forhold til pasientens preferanser, for å deretter å integrere informasjonen med klinisk erfaring, og iverksette relevante tiltak overfor pasienten.
6. Evaluere egen praksis.

Kunnskapsbasert praksis viser hvordan forskningsresultat og samlet klinisk erfaring gir veiledning for de daglige helsetjenestene (8). Nye forskningsfunn endrer helsetjenestene, og livslang læring er derfor nødvendig. Som autorisert ergoterapeut krever helsepersonelloven et selvstendig individuelt ansvar for å holde seg ajour med ny kunnskap (9).



**Randomiserte kontrollerte studier er bra for å vise effekt av enkle intervensjoner, men passer mindre bra for komplekse tiltak.**

### Oppdragsgivere og pasienter etterspør om våre tiltak har effekt

I dag forventer helseforetak og myndigheter at det kan bevises at helsetjenester har effekt – og man snakker derfor om evidensbaserte helsetjenester. Forskningsbasert kunnskap og evidens for valgte behandlingsmetoder etterspørres (10). Dette innebærer at ergoterapi som fag og profesjon utfordres til å begrunne og legitimere sine behandlingsmetoder, relatert til om det finnes vitenskapelige bevis (evidens) for disse. Ergoterapeuter utfordres til å vise at tiltak som brukes overfor pasienter har effekt. Opprettelse eller nedleggelse av ergoterapistillinger, kan påvirkes av hvorvidt det foreligger evidens for ergoterapi.

Pasienter og pårørende stiller også økende krav til ergoterapeuter om å begrunne at valgte tiltak har effekt. Ny informasjonsteknologi som for eksempel Google Scholar, gir pasient og pårørende enkel adgang til forskningsartikler. Det er derfor sannsynlig at vi vil møte pasienter som har søkt kunnskap om egen diagnose og behandling på nettet i dag. Vi trenger derfor, som ergoterapeuter, å kunne søke forskningsbasert kunnskap i forhold til kliniske problemstillinger som vi møter i vår hverdag. Formidling av kunnskap til pasienter, pårørende og andre profesjoner er avgjørende for vår troverdighet og legitimitet i det vi gjør.

### Kan vi stole på den kunnskapen vi finner i en forskningsartikkel?

I dag finnes et uendelig antall vitenskapelige artikler, ofte med helt motstridende funn. For eksempel fant ergoterapeuter på Sunnaas, at massasje av arrvev bedret sårtilheling i en vitenskapelig artikkel, mens de i en annen artikkel fant at dette ikke hadde effekt. Det finnes i dag så mange vitenskapelige artikler at det ofte er mulig å finne en artikkel som passer den enkeltes «overbevising». Det er derfor viktig at ergoterapeuter har kompetanse til å vurdere betydningen og evidensgraden av en forskningsartikkel, og tar utgangspunkt i oppsummert forskning om dette finnes, når man velger tiltak. Det er derfor vi alltid bør starte med å søke om det finnes noen oppsummert kunnskap i form



**Pasienter og pårørende ønsker å vite om våre tiltak har effekt.**

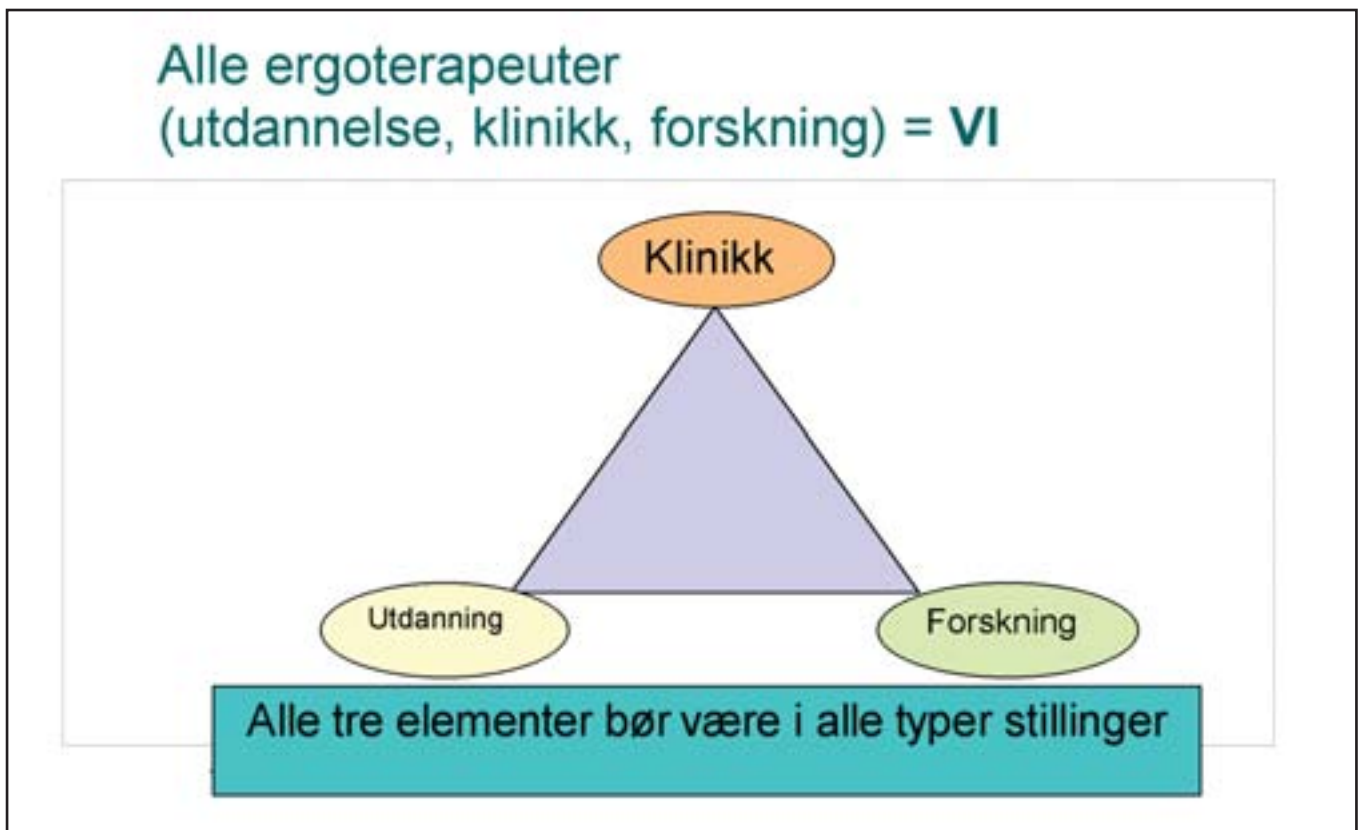
av effektstudier i Cochrane-databasen, eller oversiktsartikler. Det er viktig at ergoterapeuter kan søke forskningsbasert kunnskap i forhold til kliniske problemstillinger, og formidle kunnskapen til sine pasienter, pårørende og samarbeidspartnere, når vi skal begrunne tiltak som velges.

### Det finnes et bevishierarki innen forskningen

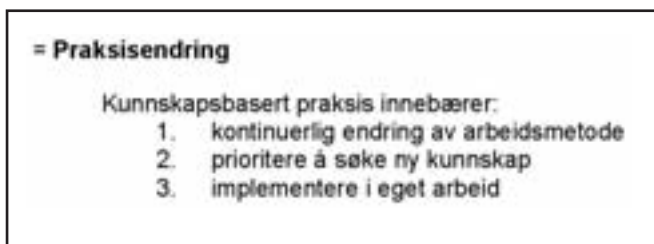
Noen forskningsmetoder gir sterkere bevis enn andre metoder. Studier der man har et tilfeldig utvalg av pasienter, som matches med friske kontrollpersoner, såkalte randomiserte kontrollerte studier, regnes å være det forskningsdesignet som gir de sterkeste bevisene.

Men mange ganger er det ikke mulig å bruke randomiserte kontrollerte studier, eller slike studier finnes ikke av andre grunner. Det blir da viktig å bruke den evidensen som finnes, men at man vet på hvilket evidensnivå man har tatt en klinisk beslutning når man planlegger pasientens behandling.

Kunnskapsbasert praksis er både en mulighet og utfordring for ergoterapi. Det er ofte vanskelig å bruke prinsipper for evidenshierarki i forhold til ergoterapiforskning, og det finnes et gap mellom vår evidens og vår kliniske praksis. Randomiserte kontrollerte studier er bra for å vise effekt av enkle intervensjoner, men passer mindre bra for komplekse tiltak og generelle resultat som ofte skjer innen ergoterapi. Kun vitenskapelige data er ikke nok når man skal velge behandlingsmetode for enkeltpasienter. Vitenskapelige data er aldri tilstrekkelig for å ta kliniske beslutninger eller gi pasientanbefalinger. Vitenskapelige data må integreres med klinisk kompetanse og klinisk skjønn.



(Fra workshop i regi av Karolinska instituttet og sjukhuset; Europeiske ergoterapikongressen 2008)



Figur 2: Praksisendring

**Vi må styrke rollen til ergoterapi i det akademiske og kliniske systemet for å utvikle kvaliteten i fagutøvelsen**

Det er behov for å beskrive innsatsen som kreves i klinikk og gjennom akademisk utdannelse. Vi må samtidig utvikle ergoterapi i utdanning, forskning og klinisk utøvelse av faget (11).

Ergoterapi består av utdannelse, klinikk og forskning. Vi er avhengige av at det er et nært samarbeid mellom disse virksomhetene for å utvikle vår profesjon. Alle elementer av utdannelse, klinikk og forskning bør være i alle typer stillinger. Når man arbeider som klinisk ergoterapeut, inngår det å utdanne studenter, gi veiledning til pårørende og samarbeidspartnere og å være konsument av forskningsresultat. (Se Figur 1.)

**Behov for å innarbeide en kunnskapsbasert praksis som ny arbeidsform**

Vi trenger å skape en organisasjon som implementer forskningsresultatene i de tiltakene vi gjør overfor pasientene,

når dette er hensiktsmessig. En styrking av kunnskapsbasert praksis i undervisning og praksisopplæring av studenter vil sikre at pasientene får ergoterapi som utøves i forhold til oppdatert kunnskap om gjeldende evidens. Erfaringsbasert og klient-sentrert praksis er fra tidligere godt innarbeidet ved høgskolene og i klinikken. Det er derfor nødvendig å heve kompetansen i forhold til søk/innhenting, kritisk vurdering og implementering av *forskningsbasert kunnskap*.

Det er viktig å utdanne studenter og klinikere, slik at de kan nyttiggjøre seg forskning. Dette innebærer å innhente, kritisk vurdere og anvende forskning. Som tidligere nevnt er kunnskapsbasert praksis en prosess i klinisk beslutningstaking og en systematisk måte å samle inn og lese informasjon og kunnskap bestående av 6 trinn. De 6 trinnene i kunnskapsbasert praksis støtter og veileder en gjennom «informasjonsjungelen» slik at søkeprosedyren blir lettere. Ergoterapistudenter får nå i løpet av utdanningen ferdigheter i å finne, kritisk vurdere og å benytte forskningsbasert kunnskap.

Kunnskapsbasert praksis innebærer en kontinuerlig endring av arbeidsmetode, at man prioriterer å søke ny kunnskap og implementerer dette i eget arbeid. (Figur 2)

**Forsknings «tenking» styrker og utvikler ergoterapi**

Både klinikk og utdanning må stimulere til og ta ansvar for å skape forskningsspørsmål, og derfor er det viktig å begrunne hvordan forskning kan styrke ergoterapi og utvikle kvaliteten på vår fagutøvelse. I klinisk arbeid er det viktig å tenke igjennom når og for hvem ergoterapi har





**De er viktig å kritisk granske om det finnes evidens for nye behandlingsmetoder, før man bruker dem overfor pasienter.**

mest effekt. Hva og når er det mulig å påvirke med de virkemidler og metoder vi bruker innen ergoterapi?

Intervensjon i forhold til ADL-ferdigheter og deltagelse er kanskje det viktigste området for ergoterapeuters faglige fokus. I blant kan det være mest hensiktsmessig å foreta et intervju. Men ofte så gir ikke dette nok informasjon og man må supplere med andre kartleggingsmetoder. For å kunne gjøre en god intervensjon, og kunne hjelpe våre brukere, er det ofte behov for en standardisert kartlegging som er gyldig og pålitelig, for å kunne undersøke brukers funksjonsevne og planlegge behandling. Først da kan vi evaluere effekt av intervensjonen, og måle om det har skjedd noen endring.

Kliniske spørsmål handler ofte om:

- Når er det mulig å kartlegge/vurdere/måle?
- Kan brukers problemområde kartlegges på ulike måter?
- Er det etisk riktig å kartlegge om man ikke kan tilby hjelp/trening/oppklaring/endring?

Noen av spørsmålene kan utvikles og besvares gjennom forskning, som igjen vil føre til at våre pasienter får bedre behandling.

### Nye teknikker/behandlingsmetoder

Det er viktig å kritisk granske om det finnes evidens for at nye behandlingsmetoder har god effekt, før man bruker dem overfor pasienter. Det er behov for å tenke igjennom hva nye metoder gir, som er i tillegg til det som allerede gjøres. Det tar tid og ressurser å implementere nye kartleggings- og behandlingsmetoder. Ofte reiser ergoterapeuter på kurs og lærer nye metoder uten at dette blir implementert i pasientarbeidet etterpå. Å ta i bruk nye metoder krever mye ressurser etter kurset, når dette skal innarbeides i klinikken. Når vi skal prioritere knappe ressurser, blir det nok i fremtiden satt større krav til å bruke tid og ressurser på metoder som har god evidens. Her er det viktig å bruke

tid på å evaluere forskningen som foreligger, og tenke igjennom om de nye metodene passer i egen virksomhet, og hva slags resultat dette gir, før man går på kurs, og starter å bruke nye metoder i klinikken.

### Å kritisk granske egen arbeidsmåte

Det er ikke bare viktig å se på gyldigheten, pålitelighet og effekt for nye metoder, men like viktig å kritisk granske egen arbeidsmåte. Hva mener vi at vi kan påvirke med våre tiltak? Kan man måle det på alle, på noen diagnoser, eller i forhold til noen funksjonsnedsettelse?

Hva finnes det evidens for av det vi gjør til daglig? Hva er en ferdigbehandlet pasient?

Vi trenger å ta i bruk forskning. Ofte er ikke forskning tilgjengelig, fordi den er vanskelig å forstå. Hvis forskning skal bli tatt i bruk trenger

forskningsfunn å bli forstått av klinikere, pårørende, og pasienter. Ofte så tar det 10 – 15 år før forskningsresultat er implementert i praksis, etter at studiene er publisert. Derfor er det viktig å ha personer med forskningskompetanse som arbeider i klinikken. Ergoterapeuter med master og doktorgradskompetanse, som arbeider i klinikk kan brukes til å «oversette» forskningsresultat.

Dette vil gjøre pasienter i stand til å få nytte av mulige intervensjoner *tidligere* (12).

### Å starte med forskning og utviklingsarbeid

Det er behov for forskning for å styrke og utvikle ergoterapi. Hvordan kan ergoterapeuter komme i gang med forskning og utviklingsarbeid? Først av alt trenger man å formulere et spørsmål. Ofte observerer man en hendelse i sitt kliniske arbeid, og ønsker å få svar på dette. Målet med forskning er å skape ny kunnskap, og på den måten gi våre pasienter mer virksomme tiltak.

En forskningsprosess starter ofte med at man har interesse og en nysgjerrighet for en spesiell problemstilling. Man ønsker å øke egen kunnskap, og når man selv lærer mer så øker man også kollegaers kunnskap. Motivasjoner er ofte at man har et problem «fra gulvet» som man vil løse. Det er også behov for at brukere og samarbeidspartnere vet hva de kan forvente av en ergoterapeut, og at det finnes retningslinjer for å kvalitets sikre arbeidsmetoder i klinikken.

Mange spør seg sikkert, hvorfor skal jeg forske som er kliniker? For å kunne gjøre god forskning så er det behov for innsikt i pasientenes problemstillinger. Og det er de som har arbeidet lenge med en pasientgruppe, som ofte forstår denne gruppens behov best. Mange dyktige forskere er «klinikere», og klinisk arbeid gir relevant informasjon. Utviklingsarbeid skjer på en bra måte i det daglige arbeid, og relevans og nytteverdi av forskningen blir ofte best når forskning er nært relatert til kliniske problem-

stillinger. Forskning er også høyt verdsatt og har en merittverdi i forhold til karriere for den enkelte.

Når man starter et forsknings- og utviklingsarbeid er det viktig å stille spørsmål som kan besvares. Spørsmålene skal gå ut fra et formål, kunne forstås av alle og være klinisk relevant.

Det er viktig å tenke igjennom om det finnes et teoretisk fundament for kunnskapen relatert til spørsmålet, og om det arbeid man skal starte kan bidra til denne teorien. Er spørsmålet besvart før? Her er det viktig å ikke oppfinne hjulet enda en gang, og søke i litteraturen og spørre andre fagmiljøer før man starter et forskningsprosjekt. Det er viktig å bruke andre personer, og samarbeide med dem som kan mer. Det er også viktig å snakke med personer som du respekterer, og å respektere andres råd. Finnes det et tilstrekkelig antall pasienter for å kunne besvare spørsmålet? Hvilken metode er den beste for å undersøke det man vil? Man må bruke mest tid på planlegging og forberedelser av et forskningsprosjekt, og sikre at man har kvalifisert veiledning før man begynner (12).

## Anbefalinger for å styrke forskning innen ergoterapi

For å styrke ergoterapi er det viktig å ha personer med kombinerte stillinger i klinikk og forskning, og det er behov for å ha personer med forskningserfaring i klinikken.

Ledere og ergoterapeuter må utdannes i hvordan man søker evidensbasert kunnskap, og personer med forskningserfaring må brukes som rådgivere i kliniske spørsmål.

- Søk kunnskap før endring i praksis eller oppstart av et prosjekt.
- Gjør en beskrivelse av status før endring, følg opp og evaluer.
- Identifiser områder som trenger forskning.
- Arbeid tverrfaglig med kliniske områder som dere vil endre.
- Forankre hos ledelsen. Det er viktig at arbeidsgiver prioriterer utviklingsarbeid og har forståelse for at utviklingsarbeid tar tid. Ledelse og ergoterapeuter må se utviklingsarbeid som investering i «human capital» og ikke som kostnad.

## Oppsummering

Det er nødvendig å implementere kunnskapsbasert praksis i klinikk, utdanning og forskning samtidig for å styrke og utvikle ergoterapi som profesjon. Det anbefales at ergoterapeuter lager en plan for kompetanseheving i forhold til kunnskapsbasert praksis, og forankrer dette hos ledelsen. Det skaper motivasjon å formulere et klinisk relevant spørsmål som er meningsfylt og som man ønsker svar på. Det anbefales å organisere innlæring av kunnskapsbasert praksis som prosjektarbeid. Å samarbeide med andre er morsomt, og det sikrer fremdrift i arbeidet. □

### Referanser

1. Aas WR. Evidence-Based Health Care. Del 1: En tradisjon med focus på kunnskapsideal for gode helsefaglige beslutninger. Ergoterapeuten 2002.
2. Aas WR. Evidence-Based Health Care. Del 2: Konsekvenser og kjernesporsmål for ergoterapi i lys av denne tradisjonen. Ergoterapeuten 2002.

3. Aas WR. Evidensbasert praksis – hva bør ergoterapeutene dokumentere? Ergoterapeuten 2003.
4. Bennett S, Bennett JW. The process of evidence-based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. Australian Occupation Therapy Journal 2002.
5. Hayes RL. Evidence-based occupational therapy needs strategically-targeted quality research now. Australian Occupational Therapy Journal, 2002.
6. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. 2006.
7. Jamtvedt G, Nordtvedt M. Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis. Ergoterapeuten, 2008; (51): 10-18.
8. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reiner LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Norsk sykepleierforbund 2007.
9. Lov 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell mv (helsepersonelloven). [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)
10. Plan for strategisk utvikling 2009-2020. Helse Sør-Øst RHF. [www.helse-sorost.no](http://www.helse-sorost.no)
11. Samuelsson M, Kottorp A, Tham K, Krumlinde-Sundholm L og Guidetti S. How to strengthen the role of occupational therapy in the academic and clinical system – a joint presentation from the Karolinska Institute and Karolinska University Hospital. Workshop: 8th European Congress of Occupational Therapy. Hamburg, 22-25 May 2008.
12. Stibrandt Sunnerhagen, K. Hvordan få til en god samhandling mellom forskning og klinikk? Erfaringer fra Sunnaas og Gøteborg. Foredrag holdt ved Fagdagen ved Sunnaas sykehus 01.09.2008