



To kliniske fagringer har vurdert aktuell forskning i relasjon til egen praksis

Modell for fagutvikling

AV KARI MARGRETE HJELLE, MARGARET LJOSNES SØVIK, GUNHILD AUSTRHEIM OG LIV GRETHE KINN

Sammendrag

Denne artikkelen beskriver en modell for fagutvikling der to kliniske fagringer vurderer sin praksis i forhold til forskningsbasert kunnskap. En fagring arbeidet med følgende spørsmål: «Hvilken effekt har ADL-trening for voksne personer med apraksi etter venstresidig hjerneslag?» Funnene av litteratursøk viser at strategitrening har effekt på ADL-funksjon, men at det er behov for videre undersøkelser når det gjelder langtidsvirkning av strategitrening. Mindre fremgang i ADL-funksjon ble assosiert med mer alvorlig apraksi, mer selvstendighet i ADL ved inklusjon, høyere alder og nedsatt motorisk funksjon. Den andre fagringen arbeidet med følgende spørsmål: «Hvilken ergoterapeutisk oppfølging har effekt for å oppnå god håndfunksjon etter innsetting av silikonproteser i MCP-ledd hos RA-pasienter med ulnardeviasjon?» Funnene fra litteratursøk viser gode resultater av to ulike regimer – et dynamisk og et statisk - der det dynamiske samsvarer med det som i dag brukes i egen praksis. Det er ingen studier som sammenligner de to regimene, og det vil derfor være behov for utprøving av et statisk regime før en kan anbefale dynamisk regime framfor et statisk regime.

Fagutviklingsprosjektet ble evaluert både muntlig og skriftlig, og deltakerne formidler at de har lært en metode eller et verktøy for fagutvikling ved at de kan følge trinnene i modell for kunnskapsbasert praksis. Det har gitt dem muligheter til vurdering av egen praksis på en systematisk måte. Arbeidsmetoden stimulerer til senere fagutvikling i avdelingene. Samarbeid mellom utdanning og praksisfelt er en fordel for begge parter, da en har ulike kunnskaper, noe som har vært en berikelse i dette fagutviklingsprosjektet.

Nøkkelord

Modell for fagutvikling, kliniske fagringer, kunnskapsbasert praksis, samarbeidsprosjekt praksis og utdanning

Introduksjon

Som andre helseprofesjoner skal ergoterapeuter yte beste praksis og begrunne sine tiltak med utgangspunkt i forskningsbasert kunnskap (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Ergoterapeuter i Helse Bergen, bibliotekar og høgskolelektorer ved Høgskolen i Bergen har anvendt fagutviklingsmodellen klinisk fagring, for å forankre egen praksis i forskning.

Artikkelen beskriver konseptet kliniske fagringer som modell for fagutvikling, og mål og rammer for etablering av vårt fagutviklingsprosjekt. Deretter vil vi eksemplifisere hvordan vi i praksis har anvendt denne metodikken for å implementere aktuelle forskningsresultater i praksis, og gi en oppsummering av våre gruppediskusjoner angående

kritisk vurdering av artiklene. Avslutningsvis oppsummerer og evaluerer vi kliniske fagringer som modell for fagutvikling i praksis, og hvordan denne modellen kan styrke samarbeidet mellom praksis og utdanning.

Kliniske fagringer

Kliniske fagringer er en gruppebasert modell for fagutvikling der trinnene i kunnskapsbasert praksis er retningsgivende for gruppearbeidet (Graverholt, Nortvedt, & Ruud, 2007; Løvåsen Undervisningssykehjem, 2008). Arbeidet går ut på å formulere et presist spørsmål, lete etter aktuell og oppdatert forskningsbasert kunnskap som kan besvare dette spørsmålet, og kritisk vurdere aktuelle artiklers rele-



Kari Margrete Hjelle er høgskolelektor ved Høgskolen i Bergen, Institutt for ergoterapi. E-post: Kari.Hjelle@hib.no



Margaret Ljosnes Søvik er avdelingsleder og ergoterapeut på Haukeland universitetssykehus, Ergoterapiavdelingen.



Gunhild Austrheim er bibliotekar ved Høgskolen i Bergen.



Liv Grethe Kinn er stipendiat ved Høgskolen i Volda.

Ingen interessekonflikt mellom forfatterne om rettigheter til manuskriptet

	Innhold
Fagdag 1. 3 timer. Undervisning ved veiledere og bibliotekar	Hva er KBP? Hvordan formulere presise spørsmål
Fagringmøte 1. 3 timer, med veileder. Bibliotekar tilgjengelig.	Arbeid med PICO/SPICE spørsmål Forslag til søkestrategier
Fagdag 2. 5 timer med bibliotekar	Søkeverksted
Fagringmøte 2 og 3. 3 timer hver. Bibliotekar tilgjengelig.	Presisering av spørsmål Databasesøk Artikler fordeles og leses individuelt
Fagdag 3. 3 timer. Undervisning ved veiledere.	Kritisk vurdering av artikler
Fagringmøte 4. 3 timer, med veileder.	Velge ut aktuelle artikler
Fagringmøte 5. 3 timer, med veileder.	Bli enige om relevante artikler i forhold til forskningsbasert kunnskap, erfaringskunnskap og brukerens preferanser
Fagdag 4. 3 timer. Undervisning ved veiledere og bibliotekar.	Hvordan skrive en rapport
Fagringmøte 6 - 8. 3 timer hver, uten veileder.	Deltakerne arbeider selvstendig med sin oppgave til rapporten
Fagdag 5. 3 timer, ved deltakere og en veileder.	Presentasjon av rapporten for Ergoterapiavdelingen



Tabell 2: Trinnene i KBP (www.kunnskapsbasertpraksis.no).

Tabell 1 (til venstre): Framdriftsplan fagringprosjekt

vans i forhold til egen praksis. En norsk evaluering av kliniske fagring er prøvd ut blant sykepleiere og studenter, viste at kunnskapsbasert praksis var en egnet metode for fagutvikling, og at organiseringsmodellen fungerte godt (Graverholt, et al., 2007). I litteraturen finner en diskusjonsgrupper omtalt som «journal club». I gruppen kan en diskutere forskningsartikler og reflektere over eksisterende praksis (Addy, 2006; Sherratt, 2005; Stern, 2005; Taylor, 2007). «Journal club» kan også være en diskusjonsgruppe mellom studenter, klinikere og/eller lærere.

Mål og rammer

Dette var bakgrunnen for at Haukeland universitetssykehus, Ergoterapiavdelingen, og Høgskolen i Bergen, Institutt for ergoterapi, ønsket å prøve ut tilsvarende modell. Målene for dette fagutviklingsprosjektet var å anvende trinnene i kunnskapsbasert praksis i en klinisk fagring, vurdere egen praksis i lys av aktuell forskning, dokumentere egne erfaringer og styrke samarbeidet mellom utdanning og praksisfelt.

Vi søkte Helse Bergen om utviklingsmidler, og fikk 120 000 kroner for 2009/2010. Utviklingsmidler er de tidligere praksisveiledningsmidlene, som skal brukes til samarbeidsprosjekter mellom høgskolene og helseforetakene.

To kliniske fagring i ergoterapi ble etablert ved Haukeland Universitetssykehus. En fagring har bestått av fire ergoterapeuter fra Nevrologisk avdeling og avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR), samt to tredjeårs ergoterapeutstudenter fra Høgskolen i Bergen (HiB), Institutt for ergoterapi. Fokuset har vært ergoterapi i forhold til personer med hjerneslag. Den andre fagringen har bestått av en ergoterapeut fra Plastikkirurgisk avdeling

og en ergoterapeut fra Revmatologisk avdeling, samt to tredjeårs ergoterapistudenter. Her har fokuset vært på ergoterapi i forhold til revmatologi og håndoperasjon. Studentene hadde sin tredjeårspraksis ved Nevrologisk, Revmatologisk og Plastikkirurgisk avdeling. De har deltatt i fagringene også etter avsluttet praksisperiode.

Tildelte midler er brukt til frikjøp av terapeuter og til undervisning (fagdager) og veiledning i fagringene ved høgskolelektorer fra ergoterapeututdanningen, HiB, og bibliotekar, HiB. På fagringmøtene har fagringene arbeidet hver for seg med eget tema, med og uten veileder (Tabell 1). Undervisningen har fulgt innholdet i de seks trinnene i modell for kunnskapsbasert praksis (Tabell 2).

Målene for prosjektet var at deltakerne skulle kunne:

- Gjøre rede for trinnene i kunnskapsbasert praksis
- Arbeide kunnskapsbasert
- Vurdere sin egen praksis i lys av forskningsbasert kunnskap
- Dokumentere og rapportere eget arbeid og egne erfaringer i fagringen

Delmål for prosjektet var å fremme:

- Et sterkere samarbeid mellom utdanning og praksisfelt
- Helseforetaket som læringsarena for ergoterapistudenter

Denne artikkelen er skrevet på bakgrunn av rapporten *Kliniske fagring for kunnskapsbasert praksis/ergoterapi. Et samarbeidsprosjekt mellom klinisk praksis og ergoterapeututdanningen* (Søvik & Hjelle, 2010). Artikkelen retter særlig fokus på arbeidet i fagringene, samt deres diskusjon og konklusjon av aktuell forskning i lys av egen praksis. Avslutningsvis har vi med noen refleksjoner om kliniske



Deltakere i fagring slag presenterer sine funn av søk etter forskningsstudier.

fagringer som modell for fagutvikling og som samarbeidsprosjekt mellom praksis og utdanning. For dypere innsikt i fagringenes organisering og budsjett, og beskrivelse av arbeidet i de seks trinnene, henvises leseren til rapporten.

Eksempel 1: Fagring slag

Fagring slag har vurdert forskning som finnes i forhold til følgende spørsmål: «*Hvilken effekt har ADL-trening for voksne personer med apraksi etter venstresidig hjerneslag?*»

Etter søkedag med bibliotekar, lesing av abstract og kritisk vurdering av artikler, var to artikler aktuelle:

1. *Efficacy of strategy training in left hemisphere stroke patients with apraxia: A randomized clinical trial* (Donkervoort, Dekker, Stehmann-Saris, & Deelman, 2001).
2. *The course of apraxia and ADL functioning in left hemisphere stroke patients treatment in rehabilitation centres and nursing homes* (Donkervoort, Dekker, & Deelman, 2006).

I tillegg brukte vi synopsisen til Hoffmann & Jackson (2005), av Donkervoort, Dekker, Stehmann-Saris & Deelman (2001): *Efficacy of strategy training in left hemisphere stroke patients with apraxia*.

I det følgende presenteres fagringens *kritiske refleksjoner og konklusjon av funn* sett i lys av egen praksis. Kritisk vurdering av forskningsstudier ble gjort ved bruk av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) og fra McMaster Universitetet (Law et al., 1998).

Diskusjon

Den første studien (Donkervoort, et al., 2001) konkluderer med at strategitrening kombinert med tradisjonell ergoterapi, ga større bedring i ADL-funksjon enn ergoterapi alene, men ingen forskjell i motorisk funksjon eller grad av apraksi ved fem måneders oppfølging. Strategitrening bestod av behandlingsprogrammet for pasienter

med apraksi etter venstresidig hjerneslag, utviklet i en tidligere studie (Van Heugten et al., 1998). Hovedprinsippet i behandlingsprogrammet er bruken av strategier for å kompensere for apraktiske vansker når en utfører daglige aktiviteter. Eksempler på dette er selverbalisering for å støtte utførelsen av handlinger, og skrive ned, eller vise bilder av, riktig handlingsrekkefølge når en utfører aktiviteten. Behandlingen sikter på å gradvis lære pasienten mer effektive strategier. Studien henviser til studien av Van Heugten et al., 1998 for en mer detaljert beskrivelse av hva strategitrening innebærer.

Det fremkommer ikke av artikkelen (Donkervoort, et al., 2001) om aktivitetene som inngikk i ADL-undersøkelsene og strategitreningen var de samme. Dette vil i så fall kunne påvirke resultatet gjennom en læringseffekt. Det er også usikkert om effekten av strategitrening i gitte hverdagsaktiviteter har overføringsverdi til andre aktiviteter, noe som også blir påpekt i en synopsis av artikkelen (Hoffmann & Jackson, 2005).

Et stort antall institusjoner er inkludert i studien (49 institusjoner fordelt på 15 rehabiliteringsinstitusjoner og 34 sykehjem) (Donkervoort, et al., 2001). Antall ergoterapeuter er ikke beskrevet; et stort antall terapeuter vil kunne være en mulig feilkilde, da terapien kan variere. Ergoterapeutene i strategitreningsgruppen fikk mulighet til samkjøring gjennom kurs og diskusjoner. Det er ikke beskrevet tilsvarende opplegg for de ergoterapeutene som utførte vanlig ergoterapi. Ergoterapeutene i de to intervensjonsgruppene ble i artikkelen vurdert til ikke å være signifikant forskjellige (Donkervoort, et al., 2001).

Artikkelen beskriver hovedprinsippet i strategitrening (Donkervoort, et al., 2001), men vi mener artikkelen mangler detaljerte opplysninger om innholdet i strategitrening, noe som er nødvendig for vurdering av implementering av denne treningen i egen praksis. En synopsis av studien (Hoffmann & Jackson, 2005) konkluderer imidlertid med at dette er en studie med høy kvalitet, og viser til Van Heugten (2001) for flere detaljer om strategitrening. De nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) anbefaler strategitrening kombinert med tradisjonell ergoterapiintervensjon for å bedre ADL-funksjon hos pasienter med apraksi.

Den andre artikkelen (Donkervoort, et al., 2006) konkluderer med at en ikke kan forvente spontanbedring av apraksi. Vi setter spørsmålsteget ved om en kan konkludere med dette, når middelverdien for inklusjon var 103.9 dager etter hjerneslaget. Ingen pasienter ble undersøkt før minimum fire uker etter slaget. De siste tiårene har gitt ny kunnskap om hjernens plastisitet, og denne kunnskapen åpner nye perspektiver for slagrehabilitering. Så langt viser nyere forskning at tidlig og aktiv rehabilitering øker sjansene for å gjenvinne tapte funksjoner (Helsedirektoratet, 2010).

Studien undersøker effekt av åtte ukers strategitrening gitt til pasienter fra fire uker til to år etter hjerneslaget (Donkervoort, et al., 2006). I egen praksis har vi pasienter med apraksi fra første dag etter hjerneslag, altså akutfase og tidlig rehabilitering, og antar at de på linje med pasien-

ter i kronisk fase vil kunne ha nytte av strategitrening på bakgrunn av ny kunnskap om hjernens plastisitet (Helsedirektoratet, 2010). Det vil være behov for videre undersøkelser av effekten av strategitrening også i akutt fase.

Forfatterne av artikkelen (Donkervoort, et al., 2006) nevner to begrensninger med studien. Den ene er at data ble hentet fra en randomisert kontrollert studie som måler effekten av strategitrening hos slagpasienter med apraksi. Utvelgelseskriteriene ga ensartethet i pasientgruppen, noe som var av betydning for den randomiserte studien. Det er uklart om resultatene kan generaliseres til pasienter som ikke oppfyller utvelgelseskriteriene. Den andre begrensningen er at alle pasientene mottok behandling av ergoterapeut i forhold til vansker i ADL-funksjon. Forfatterne kan ikke med sikkerhet si noe om hvordan forløpet av apraksi og ADL-funksjon vil være for pasienter som ikke har fått behandling, men de forventer at disse pasientene vil vise mindre bedring av apraksi og ADL-funksjon (Donkervoort, et al., 2006).

Konklusjon

Problemstillingen vår handler om å vurdere hvilken effekt ADL-trening har for voksne personer med apraksi etter venstresidig hjerneslag. Donkervoort, Dekker, Stehmann-Saris & Deelman (2001) konkluderer med at strategitrening har effekt på ADL-funksjon hos voksne personer med apraksi etter hjerneslag i venstre hemisfære. Det er behov for videre forskning når det gjelder langtidsvirkning av strategitrening. Donkervoort, Dekker og Deelman (2006) konkluderer med at apraksi hos slagpasienter er en vedvarende funksjonsnedsettelse, som har en uheldig påvirkning på bedring av ADL-funksjon. Apraksi er en vanlig kognitiv funksjonsnedsettelse etter hjerneslag i venstre hemisfære. Det er estimert at omtrent 30 prosent av pasienter med hjerneslag i venstre hjernehalvdel har apraktiske vansker (Donkervoort, et al., 2006). Pasienter som har vansker med å bruke vanlige redskaper og å utføre daglige aktiviteter, bør vurderes med tanke på om det foreligger apraksi. I vår praksis observeres pasientene i utførelse av aktiviteter, men vi mangler spesifikke kartleggingsverktøy for å undersøke apraksi og alvorlighetsgraden. «The apraxia index» (Donkervoort, et al., 2001) er aktuell å se nærmere på.

Mindre forbedring av apraksi var observert hos pasienter som hadde mindre alvorlig apraksi ved inklusjon (Donkervoort, et al., 2006). Det er av betydning å avdekke også mindre alvorlig grad av apraksi, da utfallet kan være farlig i trafikken (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Mindre fremgang i ADL-funksjon ble assosiert med mer alvorlig apraksi, mer selvstendighet i ADL ved inklusjon, høyere alder og nedsatt motorisk funksjon (Donkervoort, et al., 2006). Dette er av betydning når vi vurderer pasientens rehabiliteringspotensial.

De fleste referansene fra begge artiklene er eldre enn 10 år, noen fra tidlig 80-tall. Mange av kildene finner vi igjen i de nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, utgitt i april 2010 av Helsedirektoratet. Dette kan tyde på at det er lite nyere forskning på



Deltakere i fagring revmatologi arbeider med kritisk vurdering av forskningsartikler.

området. West, Bowen, Hesketh, & Vail (2008) konkluderer med at det ikke foreligger tilstrekkelig dokumentasjon for å anbefale spesifikke terapeutiske intervensjoner. Synopsisen av Donkervoort, Dekker, Stehmann-Saris & Deelman (2001) konkluderer også med at det er behov for mer forskning på langtids effekten av strategitrening (Hoffmann & Jackson, 2005).

I etterkant av fagringen har vi jobbet videre med temaet apraksi. Vi har fremdeles behov for økt kunnskap om innholdet i strategitrening for å kunne implementere det til egen praksishverdag. Van Heugten og Geusgens har i boken *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (Van Heugten & Geusgens 2009) skrevet et kapittel vi vil se nærmere på. Kapitlet handler om kognitiv strategitrening for å kompensere for apraksi hos slagklienter.

Eksempel 2: Fagring revmatologi

Ergoterapeutene som deltok i fagring revmatologi, arbeider henholdsvis ved Plastikkirurgisk avdeling og Revmatologisk avdeling. Studentene hadde også sin praksis ved hver sin avdeling. Dette er på mange måter to ulike kliniske felt, men samtidig har begge avdelinger noen felles pasientgrupper og diagnoser. Etter refleksjon over felles kunnskapsbehov kom vi fram til følgende spørsmål: «*Hvilken ergoterapeutisk oppfølging har effekt for å oppnå god håndfunksjon etter innsetting av silikonproteser i MCP-ledd hos RA-pasienter med ulnardeviasjon?*»

Etter søkedag med bibliotekar, lesing av abstract og kritisk vurdering av artikler ved bruk av sjekklister fra McMaster Universitetet (Law, et al., 1998), var fem artikler aktuelle:

1. *Post-operative therapy for metacarpophalangeal arthroplasty* (Massy-Westropp, Johnston, & Hill, 2008).
2. *Continuous passive motion following metacarpophalangeal joint arthroplasty* (Ring, Simmons, & Hayes, 1998).

3. *An alternative splinting and rehabilitation protocol for metacarpophalangeal joint arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis* (Burr, Pratt, & Smith, 2002).
4. *Value of dynamic splinting after replacement of the metacarpophalangeal joint in patients with rheumatoid arthritis* (Thomsen, Boeckstyns, & Leth-Espensen, 2003).
5. *A rational postoperative management program for metacarpophalangeal joint implant arthroplasty* (Madden, De Vore, & Arem, 1977).

I noen av disse artiklene beskrives i detalj to ulike postoperative regimer etter innsetting av silikonprotese i håndens MCP-ledd. To artikler beskriver et dynamisk regime (Madden, et al., 1977; Ring, et al., 1998), mens en artikkel beskriver et statisk regime (Burr, et al., 2002). Funn fra hovedsakelig disse artiklene ligger til grunn for vår videre diskusjon.

Diskusjon

Etter gjennomlesning av de ulike artiklene (Burr, et al., 2002; Madden, et al., 1977; Massy-Westropp, et al., 2008; Ring, et al., 1998; Thomsen, et al., 2003) ble vi klar over at vårt eget regime langt på vei stemmer overens med det såkalte Madden-regimet (Madden, et al., 1977). Plastik-kirurgisk avdeling benytter også en gipslaske frem til mellom femte og sjuende postoperative dag, og deretter dynamisk skinne i omtrent seks uker. Det vi ser tydelige forskjeller på i artiklene, er hyppigheten av konsultasjonene ved oppfølging. Ved vår avdeling får pasienten oppfølging annenhver uke, og i noen tilfeller hver uke, frem til dynamisk skinne seponeres. Deretter kommer pasientene etter tre - fire uker på kontroll, frem til tolvte postoperative uke, hvor behandling og oppfølging avsluttes. Alle de ulike behandlingsstedene hvor studiene er gjennomført, har oppfølging daglig eller flere ganger ukentlig, så lenge pasienten har dynamisk eller statisk skinne på dagtid. Det er ingen som ser pasienten like sjelden som oss. Dette blir det første punktet vi bør diskutere med håndkirurg, for å få en best mulig oppfølging og best mulig resultat av operasjonen. Vi bør også undersøke hyppighet på oppfølging ved andre sykehus i Norge som gir denne typen behandling. Dersom pasienten trener for lite/mye eller trener feil, er det lenge å vente i to uker før en får korrigert treningen ved neste kontroll hos ergoterapeut. Dette er særlig et problem, da vi ikke har skriftlige informasjonsbrosjyrer som pasienten kan ta med hjem og lese på egenhånd. All informasjon formidles muntlig, og det er dermed lett å misforstå eller glemme noe, både for terapeut og pasient. Opererte pasienter får vanligvis mye informasjon i løpet av kort tid, og erfaring viser at det ville vært nyttig med skriftlig informasjon.

I artiklene er det dessverre lite spesifikk informasjon om hvilke treningsøvelser pasientene instrueres i ved postoperativ kontroll hos ergoterapeut. Aktiv og passiv bevegelse i MCP-ledd og IP-ledd, samt pinsettgrep og radial fingervandring, er de øvelsene som det oftest refereres til. I Ring, Simmons og Hayes (1998) sin studie gjennomføres fingervandring fra uke fire, uten loops/hempene på. Produksjonen av karbonprotesene har utarbeidet et regime som

gjelder for den postoperative oppfølgingen etter innsetting av slik protese i MCP-ledd. I dette regimet skal radial fingervandring gjennomføres fra uke tre, med loops/hemper på (Ascension Orthopedics, u.å.) (<http://www.ascensionortho.com/>). Ved vår avdeling blir pasientene instruert i å utføre radial fingervandring fra tredje/fjerde postoperative uke. Andre øvelser pasienten instrueres i, er opposisjon av tommel mot hver av de andre fingertuppene («olympiske ringer»). Pasienten skal strekke tommelen ut mellom hver opponering. Aktiv og passiv bevegelse av MCP- og IP-ledd utføres også. All håndtrening skjer med skinnen på, og pasientene oppfordres til å gjøre øvelser hver våkne time, 10 - 15 repetisjoner. Etter tre - fire uker postoperativt kan pasienten også bruke den opererte hånden til lette daglige aktiviteter som å smøre mat, knytte skolisser, kjemme håret med mer. I Madden, De Vore og Arem (1977) sin artikkel formidles at pasientene fra sjetten postoperative uke kan bruke operert hånd i lette aktiviteter, og at fra uke åtte elimineres alle restriksjoner. Vi kjenner ikke til om vårt regime i utgangspunktet er basert på Madden-regimet, eller om dette er modifisert på bakgrunn av erfaring eller tidligere forskning.

I studien fra Burr, Pratt og Smith (2002) bytter pasientene mellom to ulike statiske skinner og gjennomfører all trening uten skinne på. Denne studien viser at et dynamisk skinneregime kanskje er for konservativt, og at statisk skinne kan være en fullverdig behandlingsmetode ved innsetting av silikonprotese i MCP-ledd. Dette regimet må i så fall diskuteres videre med håndkirurg før det kan anvendes i vår avdeling. Om ikke et statisk skinneregime nødvendigvis overtar som hovedregime etter dynamisk skinne, kan det være bra å ha flere alternativer innen denne typen behandling. Ikke alle pasienter har noen til å hjelpe seg i hjemmet under behandlingen, og dersom den ikke-opererte hånden har svært dårlig funksjon, kan statisk skinne være enklere å administrere for pasienten.

Flere artikler viser også til bruk av fleksjonskinne, dersom man ikke oppnår forventet fleksjon i MCP-leddene (Madden, et al., 1977). Dette har i liten grad vært brukt ved vår avdeling, da det har vært usikkerhet om protesen vil tåle slik tøyning. Det at andre bruker fleksjonskinne i behandlingen, med gode resultater, er derfor svært nyttig informasjon for oss. En må selvsagt avtale med håndkirurg ved avdelingen når det er forsvarlig å ta i bruk en slik skinne.

Hvor lenge pasienten bør bruke dynamisk skinne, var noe av det vi ønsket å finne ut av i dette prosjektet. De artiklene som beskriver dynamisk skinne, viser til Madden, De Vore og Arem (1977) eller modifisert Madden-protokoll (Ring, et al., 1998). Her benyttes dynamisk skinne i seks uker. Det ser ut til at dette stemmer godt overens med det vi allerede gjennomfører i avdelingen, slik at dette kan opprettholdes. Det varierer derimot mye i de ulike regimene som er beskrevet i artiklene, hvor lenge pasienten bør bruke nattskinne. I Maddens (1977) egen protokoll anvendes ikke statisk nattskinne, men den dynamiske skinnen brukes om natten til uke 14. I modifisert Madden-protokoll (Ring, et al., 1998) brukes statisk nattskinne i tolv uker. Også i regimet hvor en bytter mellom to

statiske skinner, anvendes skinne om natten frem til tolv uker postoperativt (Burr, et al., 2002). I den siste studien vi har tatt med i dette prosjektet, hvor en sammenligner bruk av statisk skinne med dynamisk skinne, benyttes statisk nattskinne i ulikt antall uker. Ved bruk av dynamisk skinne på dagtid brukes statisk skinne om natten i seks uker, mens ved bruk av bare statisk skinne, seponeres skinne om natten i uke fire. Dette kan ha påvirket resultatet av studien, da et av funnene var at gruppen som brukte statisk skinne, hadde mer nedsatt ekstensjon i MCP-ledd, enn gruppen som brukte dynamisk skinne og nattskinne to uker lengre (Thomsen, et al., 2003). Ved vår avdeling har vi ikke noe fast regime for nattskinne. Dette anvendes etter behov og pasientens ønsker. Noen ganger er også tid og ressurser avgjørende for om pasienten får tilpasset nattskinne eller ikke. Ved regime for karbonprotese skal nattskinne anvendes fra tredje postoperative uke, og deretter resten av livet. Dette er beskrevet i regimet utarbeidet av proteseprodusenten (Ascension Orthopedics, u.å.). Bruk av nattskinne i tolv uker kan kanskje virke som en «mal», da dette tidsaspektet går igjen i flere artikler.

Det foreligger ingen forskningsbaserte retningslinjer for behandlingsmetoder for denne pasientgruppen ved våre avdelinger. Pasientene får hovedsakelig innsatt silikonproteser ved operasjon, og dynamiske skinner benyttes i postoperativ behandling. De tre siste årene har det også tidvis vært brukt karbonprotese ved denne type operasjon, og produsenten av karbonprotesene har utarbeidet retningslinjer for opptrening etter innsetting av slik protese (Ascension Orthopedics, u.å.). Dette regimet er noe ulikt eksisterende regime for silikonprotese. Når det gjelder retningslinjer for karbonprotesen, foreligger ikke kilder i henhold til forskning. I vår refleksjon fremkom det også at pasientene ofte etterspør skriftlig informasjonsbrosjyre, som beskriver postoperativ trening og bruk av skinne, da det blir mye informasjon for dem både før og etter operasjon.

Konklusjon

På bakgrunn av funn fra fagringprosjektet har vi diskutert egen praksis med håndkirurg ved Plastikkirurgisk avdeling på Haukeland universitetssykehus, særlig med tanke på hyppighet av postoperativ oppfølging og bruk av et statisk regime som alternativ til det dynamiske som i dag benyttes. Når det gjelder hyppighet på oppfølging, anbefaler vi at de opererte pasientene følges opp ukentlig fram til åttende postoperative uke. Behandlingen avsluttes når nattskinne seponeres i uke tolv, dersom det ikke foreligger annet behov. Nylig fant vi også enda en studie som beskriver bruk av et annet statisk regime med gode resultater (Escott, Ronald, Judd, & Bogoch, 2010). Ut fra våre funn i fagringprosjektet, ytterligere informasjon innhentet fra primærkilder som beskriver bruk av statisk regime, og diskusjon med håndkirurg, har vi utarbeidet en kunnskapsbasert fagprosedyre for den postoperative behandlingen og oppfølgingen for RA-pasienter som er operert med silikonproteser i MCP-ledd. Denne er meldt til Helsehåndboka og vil etter hvert publiseres. Den er nå godkjent av håndkirurg internt og en ekstern ergoterapeut

med kompetanse på fagfeltet.

På bakgrunn av studiene vi vurderte i fagringprosjektet og studien til Escott, Ronald, Judd og Bogoch (2010), konkluderer vi med at det er for lite forskning til at vi kan avgjøre hvilket regime som gir best resultat, da ingen studier med god kvalitet har sammenlignet et dynamisk regime opp mot et eller begge de statiske regimene vi har funnet. Etter diskusjon med håndkirurg anbefaler vi i vår fagprosedyre å benytte det dynamiske regimet vi i dag er kjent med. Det er samtidig ønskelig å prøve ut et eller begge de statiske regimene (i en studie) for å sammenligne resultater samt finne ut hvilket regime som er enklest å forholde seg til for både pasient og ergoterapeut. Her bør også tidsbruk og økonomi tas med i vurderingen.

Oppsummering og evaluering av fagutviklingsprosjektet

Et verktøy for å arbeide kunnskapsbasert

Fagutviklingsprosjektet ble evaluert både muntlig og skriftlig i løpet av prosjektet og ved endt prosjekt. De fleste deltakerne formidler at de nå har lært en metode eller et verktøy for fagutvikling, ved at de kan følge trinnene i modell for kunnskapsbasert praksis (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, & Reinart, 2007). Deltakerne er nå kjent med disse trinnene samt med hvordan disse kan brukes i forhold til kliniske spørsmål i egen praksis. Ved å følge trinnene var det lettere å arbeide systematisk og målrettet. Både ergoterapeuter og studenter synes det har vært en fordel at prosjektet er gjennomført i samarbeid med høgskole, da en slik har fått undervisning og veiledning underveis i arbeidet. Alle deltakerne formidler at særlig søkedagen med bibliotekar var viktig, fordi vi ble guidet gjennom ulike databaser mens vi gjorde våre aktuelle søk. Dette var både lærerikt og tidsbesparende i forhold til om vi skulle utført søkene alene. Innføring og veiledning i kritisk vurdering av artikler er også nevnt som nyttig i prosjektet, da få av deltakerne har utført slik vurdering tidligere. Her var det imidlertid et ønske om mer fokus på kritisk vurdering av kvantitative artikler, oversiktsartikler og meta-analyser.

Vurdering av egen praksis på en systematisk måte

Gjennom prosjektet har vi hatt avsatt tid til å arbeide oss gjennom de ulike trinnene i kunnskapsbasert praksis. Dette er ofte vanskelig i praksis, da det er tidkrevende å arbeide på denne måten. I evalueringene formidler flere deltakere at de har satt seg bedre inn i artiklene enn de ville gjort hvis de ikke hadde deltatt i prosjektet. Nå har vi fått veiledning på vurdering av artiklene, samt diskutert metode og resultater med kolleger. På denne måten har en vært mer kritisk til innholdet i artiklene, i stedet for å "ta alt for god fisk". En grundig vurdering av artiklene har også gjort det mer interessant å diskutere forskningsfunnene opp mot egen praksis. Noen av studentene formidler også at erfaring fra fagutviklingsprosjektet vil gjøre det lettere å søke etter og vurdere forskningsfunn opp mot praksis i framtidige jobbsituasjoner. De er også bevisste på viktigheten av å vurdere og å bruke forskning i klinisk arbeid.

Flere av ergoterapeutene som deltok i prosjektet, formidler at arbeidsmetoden kan benyttes ved senere fagutvikling i avdelingen. Den bør da knyttes opp mot avdelingens mål og plan, og det bør arbeides strukturert med et bestemt tema. Det anbefales videre å ha en tidsplan for fagutviklingen, slik at en kommer i mål med arbeidet. Å arbeide kunnskapsbasert er tidkrevende, blant annet fordi det tar tid å søke etter, lese og kritisk vurdere artikler. Deltakerne er tydelige på at det ikke bør gå for lang tid mellom disse oppgavene, da det er vanskelig å miste tråden mellom hver gang. En av fagringgruppene har brukt arbeidet fra fagutviklingsprosjektet til å utarbeide skriftlig pasientinformasjon, samt en kunnskapsbasert fagprosedyre. Arbeidet med selve fagprosedyren var effektivt, da det meste av grunnarbeidet var gjort i fagutviklingsprosjektet. Flere av deltakerne ser også arbeidsmetoden som nyttig dersom en skal samarbeide på tvers av avdelinger eller yrkesgrupper om et felles tema.

Samarbeid mellom utdanning og praksisfelt

Ergoterapeutene som deltok i fagutviklingsprosjektet, formidler at det var en fordel å samarbeide med høgsolen, da vi fikk undervisning og veiledning i de ulike trinnene, samt at vi fikk bruke høgsolens lokaler til fagdager og fagringmøter. Slik fikk vi sitte uforstyrret og jobbe effektivt i den avsatte tiden. De fleste gir i tillegg uttrykk for at de videre vil kunne klare å arbeide etter denne metoden, uten at en nødvendigvis har veiledning fra høgsolen. Det vil imidlertid alltid være en fordel å samarbeide med bibliotekar når en skal foreta systematiske litteratursøk. Studentene som deltok, formidler at det var lærerikt å se hvor raskt ergoterapeutene klarte å formulere konkrete problemstillinger som det var aktuelt å fokusere på i prosjektet, da dette ofte har vært vanskelig for dem i løpet av studiet. De gir også uttrykk for at det var lærerikt å arbeide kunnskapsbasert på denne måten, fordi de fikk prøvd ut metoden i praksis, og ikke bare med teoretiske eksempler. Det var interessant å diskutere kliniske problemstillinger med erfarne ergoterapeuter. Slik lærte studentene mer om hvordan funnene kunne belyse eller påvirke dagens praksis.

På bakgrunn av evaluering og resultater i fagutviklingsprosjektet mener vi at tildelte midler er brukt på en fornuftig måte, da det både har fremmet et samarbeid mellom utdanning og praksisfelt, og medført at vi har fått belyst og vurdert kliniske problemstillinger i forhold til aktuell forskning. Arbeidsmetoden kan dermed anbefales andre som ønsker å arbeide med fagutvikling på en strukturert måte. □

Litteratur:

Addy, L. M. (Red.). (2006). *Occupational therapy evidence in practice for physical rehabilitation*. Oxford ; Malden, MA: Blackwell Pub.
Ascension Orthopedics. (u.å.). Ascension MCP post-operative therapy protocol. [u.s.]: Ascension Orthopedics. Hentet fra: http://www.ascensionortho.com/Assets/PDF/PyroCarbonMCP/AscensionMCP_Therapy-RevC.pdf.
Burr, N., Pratt, A. L., & Smith, P. J. (2002). An alternative splinting

and rehabilitation protocol for metacarpophalangeal joint arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Hand Therapy*, 15(1), 41-47.

Donkervoort, M., Dekker, J., & Deelman, B. (2006). The course of apraxia and ADL functioning in left hemisphere stroke patients treated in rehabilitation centres and nursing homes. *Clinical Rehabilitation*, 20(12), 1085-1093.

Donkervoort, M., Dekker, J., Stehmann-Saris, F. C., & Deelman, B. G. (2001). Efficacy of strategy training in left hemisphere stroke patients with apraxia: A randomised clinical trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(5), 549-566.

Escott, B. G., Ronald, K., Judd, M. G., & Bogoch, E. R. (2010). NeuFlex and Swanson metacarpophalangeal implants for rheumatoid arthritis: prospective randomized, controlled clinical trial. *Journal of Hand Surgery*, 35(1), 44-51.

Graverholt, B., Nortvedt, M. W., & Ruud, L. I. (2007). Evalueringsrapport «Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis» - et samarbeidsprosjekt mellom Helse-Bergen og Høgskolen i Bergen ved Senter for kunnskapsbasert praksis og Institutt for sykepleie. Bergen: Høgskolen i Bergen. Hentet fra: http://www.hib.no/senter/kunnskapsbasert/fou/satsingsomrader/kunnskapsbasert-%20praksis/prosjekter/fagringer/fagringer_sluttrapport.pdf
Helsedirektoratet. (2010). *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00287/IS-1688_Nasjonal_re_287309a.pdf.

Hoffmann, T., & Jackson, T. (2005). The use of strategy training for people with a left hemisphere stroke and apraxia improved ADL functioning at 8 weeks but not after 5 months, and had no effect on apraxia or motor function. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 368-370.

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). Critical review form: quantitative studies. Hentet fra: <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf>
Løvåsen Undervisningssykehjem. (2008). *Søknad om utviklingsmidler 2008 Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis i sykehjem*. Bergen: Løvåsen Undervisningssykehjem.

Madden, J. W., De Vore, G., & Arem, A. J. (1977). A rational postoperative management program for metacarpophalangeal joint implant arthroplasty. *Journal of Hand Surgery* 2(5), 358-366.

Massy-Westropp, N., Johnston, R. V., & Hill, C. (2008). Post-operative therapy for metacarpophalangeal arthroplasty. *Cochrane Database Systematic Reviews*(1), CD003522. doi: 10.1002/14651858.CD003522.pub2

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2006). Sjekklister for vurdering av en kohortstudie. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/binary?download=true&id=3410>
Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Ring, D., Simmons, B. P., & Hayes, M. (1998). Continuous passive motion following metacarpophalangeal joint arthroplasty. *The Journal of Hand Surgery*, 23(3), 505-511.

Sherratt, C. (2005). The journal club: a method for occupational therapists to bridge the theory-practice gap. *British Journal of Occupational Therapy*, 68(7), 301-306.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *-og bedre skal det bli: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015): til deg som leder og utøver*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf.

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort IS-1437*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00025/Regler_og_veiledning_25339a.pdf

Stern, P. (2005). A holistic approach to teaching evidence-based

- practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 157-164.
- Søvik, M. L., & Hjelle, K. (2010). *Kliniske fagringer for kunnskapsbasert praksis/ergoterapi: et samarbeidsprosjekt mellom klinisk praksis og ergoterapeututdanningen: rapport 2010*. Bergen: Høgskolen i Bergen.
- Taylor, M. C. (2007). *Evidence-based practice for occupational therapists* (2. utg.). Oxford: Blackwell.
- Thomsen, N. O., Boeckstyns, M. E., & Leth-Espensen, P. (2003). Value of dynamic splinting after replacement of the metacarpophalangeal joint in patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, 37(2), 113-116.
- van Heugten, C. M. (2001). Rehabilitation and management of apraxia after stroke. *Reviews in Clinical Gerontology*, 11(2), 177-184.
- van Heugten, C. & Geusgens, C. (2009). Strategies to Compensate for Apraxia Among Stroke Clients – The Cognitive Strategy Training. I: Söderback, I. (Eds.), *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (Kap. 22). Springer.
- West, C., Bowen, A., Hesketh, A., & Vail, A. (2008). Interventions for motor apraxia following stroke. *Cochrane Database Systematic Reviews*(1), CD004132. doi: 10.1002/14651858.CD004132.pub2.