

Ergoterapeutar sine beskrivingar om kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag – ein kvalitativ studie

Av Anna Igland, Rebekka Tytingvåg Skard, Espen Johan Valle & Tina Taule

Samandrag

Bakgrunn: Gjennom litteratursøk identifiserte vi eit kunnskapshol grunna lite tilgjengeleg forskning om ergoterapeutisk kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Forsking og retningslinjer syner at ergoterapeuten ofte er involvert i kartlegging og behandling av handødem.

Formål: Å belyse korleis ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta beskriv kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Datamaterialet er basert på semistrukturerte gruppe- og individuelle intervju med fire ergoterapeutar. Systematisk tekstkondensering vart nytta for å analysere datamaterialet.

Funn: Tre funn vart identifisert: *Handødem avgrensar aktivitet og behandling, Kartleggings- og behandlingsmetodar ved handødem og Kunnskapsbasert praksis og «ergofagleg påfyll».*

Oppsummering: Informantane påpeiker at handødem avgrensar pasientane si moglegheit til deltaking i kvardagsaktivitetar og er difor viktig for ergoterapeutar å behandle. I studien kom det fram at ergoterapeutane verdsett å inkludere aktivitet i behandling av handødem. Grunna lite forskning og utydelege retningslinjer for behandling av handødem etter hjerneslag, var det utfordrande for ergoterapeutane å utøve kunnskapsbasert praksis.

Nøkkelord: Ergoterapi, handødem, kunnskapsbasert praksis, rehabilitering, hjerneslag.



Anna Igland er tidlegare ergoterapeut ved Ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune og tidlegare student ved ergoterapiutdanninga, Høgskulen på Vestlandet, Bergen. E-post: annaigl22@gmail.com



Rebekka Tytingvåg Skard er tidlegare ergoterapeut på Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Stord sjukehus og tidlegare student ved ergoterapiutdanninga, Høgskulen på Vestlandet, Bergen.



Espen Johan Valle er ergoterapispesialist i somatisk helse ved Haukeland universitetssjukehus, Bergen.



Tina Taule er førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet, Bergen.

Det er ingen interessekonfliktar knyttet til denne fagartikkelen.

Innleiing

I 2021 fekk om lag 9000 personar akutt hjerneslag i Noreg (1). Etter hjerneslag kan ulike funksjonsnedsettingar førekomme (2), eksempelvis nevrologiske følgetilstandar som hemiparese. Hemiparese gir redusert muskelaktivitet og nedsett kontroll ved rørsler i handa og kan i om lag 33 prosent av tilfella føre til væske-samlingar i form av handødem (3). Handødem oppstår grunna ubalanse av trykk i kapillærene og vevet rundt eller som følgje av hinder i lymfesystemet (4). Sjølv om omlag ein av tre pasientar utviklar ødem i den paretiske handa (5) opplyser Artzberger & White (4) at behandling av ødem ofte vert nedprioritert i rehabilitering etter hjerneslag. Handødem kan påverke pasienten si evne til å delta i kvardagsaktivitetar (4). For å oppnå mest mogleg sjølvstende og deltaking i eigen kvardag vert handrelaterte funksjonsnedsettingar, som handødem viktig å behandle (6). Kapittel 4.3 i Helse- direktoratet (5) sine *Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* framhevar likevel at behandling av ødem er vanskeleg.

I det ergoterapeutiske kunnskapsgrunnlaget er samspelet mellom menneske, aktivitet og omgjevnadar sentralt for å auke pasienten si meistring, livskvalitet og deltaking i kvardagen (7). I den forbinding er hovudmålet med ergoterapi at alle skal ha moglegheit til å delta i kvardagsaktivitetar (8), også omtalt som Activities of Daily Living (ADL) (9). Kunnskapsgrunnlaget syner i tillegg at ergoterapeutar har eit aktivitetssentrert perspektiv som omhandlar å bruke aktivitet terapeutisk for å betre helse og livskvalitet hos pasienten (7). Ein

slik tankegang plasserer aktivitet i sentrum av ergoterapeuten si resonnering (10).

Ergoterapeutar skal, som andre helseprofesjonar, arbeide i tråd med lover og retningslinjer samt utøve kunnskapsbasert praksis (8). Kunnskapsbasert praksis tyder at kliniske val skal takast på bakgrunn av forskingsbasert-, erfaringsbasert- og brukarkunnskap (11). Der- som det er lite forskning på eit tema er det viktig å ta i bruk erfaringsbasert kunnskap. I tillegg kan ein etterlyse ny kunnskap som kan bidra til å underbygge praksis samt utvikle retningslinjer og prosedyrar for behandling (12), eksempelvis ved ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag.

Eit strukturert kunnskapsbasert pyramidesøk etter relevant forskning om handødem gav treff på forskingsartiklar og retningslinjer. I behandling av handødem etter hjerneslag vert elevasjon av handa, funksjonell elektrisk stimulering av muskelpumpa og kompresjon ved bruk av elastisk bandasje anbefalt av Helsedirektoratet (5). Funksjonell elektrisk stimulering skaper ifølgje Artzberger & White (4) rørsle i musklar ved hjelp av elektriske impulsar. Kapittel 4.3 i retningslinja frå Helsedirektoratet (5) er oppdatert i 2017, men baserer seg på eldre forskning utgitt før 2007. Ei nyare systematisk oversikt av Giang et al. (13) viser at tiltak som kompresjonsterapi, ortose og mobilisering kan bidra til å redusere handødem. Forfattarane presiserer likevel at det er lite tilgjengeleg forskning på effekt av ergoterapitiltak for behandling av handødem. Dette er problematisk for ergoterapeutar involvert i behandling av handødem etter hjerneslag.

Litteratursøket syntte eit av-

grensa utval forskning med vage konklusjonar om ergoterapeutisk kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Med bakgrunn i kunnskapsholet er forskingsspørsmålet for studien: *Korleis beskriv ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag?*

Metode

DESIGN

Når det føreligg lite tilgjengeleg forskning med vage konklusjonar om eit tema, eksempelvis behandling av handødem etter hjerneslag, er kvalitativ metode eigna (14). Bruk av kvalitativ metode kan identifisere nye spørsmål og bidra til ny forskning på feltet (14).

UTVAL

Ergoterapeutar frå spesialisthelsetenesta med minst eitt års erfaring med behandling av handødem blei inkludert i studien. For å sikre rask respons og nok deltakarar til planlagt intervjustart, vart 13 tilfeldige rehabiliteringsavdelingar ved dei fire helseføretaka i Noreg kontakta per telefon. Dei tre første rehabiliteringsavdelingane som gav respons, fekk delta. Dette er, ifølgje Malterud (14), tilstrekkeleg tal informantar for å svare på eit forskingsspørsmål. Det vart sendt e-post til dei resterande avdelingane med ein takk for interesse. Ei av avdelingane tilbydde eit intervju med tre ergoterapeutar som arbeider saman. Dei to andre avdelingane deltok ved individuelle intervju. Med bakgrunn i dette valde vi å inkludere eitt gruppeintervju og to individuelle intervju. Ifølgje Malterud (15) kan gruppeintervju kombinerast med andre forskingsmetodar, eksempelvis

individuelle intervju. Ein deltakar i gruppeintervjuet trakk seg grunna behov for ergoterapeut på avdelinga. Fire informantar frå tre ulike rehabiliteringsavdelingar deltok difor i studien. Informantane er presentert med fiktive namn og arbeidserfaring i tabell 1.

Informantar	Arbeidserfaring
Ylva	4 år i spesialisthelsetenesta
Ragnhild	2 år i kommunehelsetenesta 8 år i spesialisthelsetenesta
Stine	8 år i spesialisthelsetenesta
Johanne	13 år i spesialisthelsetenesta

Tabell 1: Oversikt over informantar og deira arbeidserfaring.

DATAINNSAMLING

Eit kvalitativt forskingsintervju handlar om å forstå eit aktuelt tema ut frå informantane sine eigne perspektiv (16). Vi gjennomførte forskingsintervjua med semistrukturert form. Slik kunne intervjuaren nytte intervjuguiden som hugseliste for å sikre henting av ønskja datamateriale (14). Intervjuguiden som er presentert i tabell 2, bestod av innleiande-, hovud- og avsluttande spørsmål. Innleiande spørsmål vart nytta for å skape ein god relasjon til informanten og introdusere forskingsspørsmålet som hovudspørsmåla bidrog til å svare på. Avsluttande spørsmål vart nytta for å summere informantane sine svar og gi informantane moglegheit til å tilføre informasjon som vi ikkje hadde spurt om. Intervjuguiden inneheldt også oppfølgingsspørsmål som vart nytta ved behov for meir utdjupande svar frå informantane. Oppfølgingsspørsmål kunne til dømes vere om informantane kunne gi eksempel på kva avgrensingar handødem kan føre til og kvifor dei nyttar ulike strategiar ved behandling. Spørsmåla og rekkefølgja vart tilpassa informantane sine svar undervegs i intervjuet, då intervjuarane opna for at informantane kunne snakke fritt ved kvart spørsmål. Dette førte til at informantane fekk formidle informasjonen dei ønskja innan tema i den rekkjefølgja dei sjølv formidla det.

I tråd med Krumsvik (17) sine anbefalingar gjennomførte vi eit

Innleiande spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Kor lenge har du jobba som ergoterapeut, og kor lang arbeidserfaring har du innan spesialisthelsetenesta? • Kor ofte møter du pasientar med handødem etter hjerneslag? • Kva andre profesjonar har du erfaring med at bidreg ved behandling av handødem?
Hovudspørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Korleis opplev du/dykk at handødem avgrensar aktivitetsutføring til pasientane i rehabiliteringsprosessen? • Korleis kartlegger du/dykk ødem? • Kva strategi brukar du/dykk ved behandling av ødem? Med dette tenkjer vi på både framgangsmåte og behandlingsmetode. • Kva erfaringar har du/dykk gjort deg på fagområdet? • Synes du/dykk behandling av ødem er viktig som ergoterapeut? Kvifor/Kvifor ikkje • Korleis oppdaterer du/dykk deg på informasjon om behandling av ødem?
Avsluttande spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Ønsker du/dykk å legge til noko?

Tabell 2: Intervjuguide.

pilotintervju. Nokre av spørsmåla vart omskrive etter pilotintervjuet, då dei ikkje vart tolka slik vi ønskja. Eksempelvis viste det seg naudsynt å presisere at spørsmålet angåande ergoterapeutiske strategiar i behandlinga både omfatta framgangsmåte og behandlingsmetode. Grunna geografisk avstand mellom intervjuarane og informantane vart intervjuja gjennomført på digitale plattformer. Video gav moglegheit til å observere nonverbal kommunikasjon. Det vart også teke notat av nonverbal kommunikasjon, eksempelvis demonstrasjon av behandling, for å supplere til datamaterialet. Lydopptak av intervjuja vart teke på mobiltelefon i flymodus.

DATAANALYSE

Datamaterialet vart analysert av første og andre forfatar. Dataanalyseprosessen bestod av

transkribering av intervjuja etterfølgd av systematisk tekstkonsensering (STK) for å analysere meningsinnhaldet i intervjuja. Ved transkribering vart datamaterialet samanfatta til tekst og gjort handterbart til å nytte i STK (14). I samhøve med Malterud (14) si anbefaling transkriberte vi datamaterialet med små endringar.

Vår kunnskap om ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag ved studien sin start vert omtalt som føreforståing og hadde kontinuerleg innflytelse på analyseprosessen (14). Føreforståinga vår var prega av litteratur lest ved henting av informasjon til studien samt ergoterapeuten sitt kunnskapsgrunnlag. Etter å ha lest på tema hadde vi eit inntrykk av at behandling av handødem er nedprioritert blant ergoterapeutar og utfordrande å behandle.

Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4
Utvikling av 4-8 førebelse tema som intuitivt vekka vår merksemd.	Utviklar temaa til kodegrupper og sorterer ut meiningsberande einingar.	Forme subgrupper for kodegruppene og lage kondensat. Gullsitat vart henta ut.	Forme analytisk tekst ut ifrå kondensata til kodegruppene for å identifisere hovudfunna.

Tabell 3: Stega i systematisk tekstkondensering.

Dette med grunnlag i at retningslinjer og mykje av litteraturen baserer seg på ødem generelt og ikkje spesifikt handødem etter hjerneslag. Føreforståinga vår gav også motivasjon til å undersøkje meir om tema.

STK er ein fleksibel prosess som tillét forskaren å gå mellom dei ulike stega i analysen (tabell 3) og slik bidra til å oppdage nye element i datamaterialet (14). Dei fire stega i analyseprosessen er presentert i tabell 3.

Vi har nytta dei fire stega i STK av Malterud (14) i analyseprosessen. I første analysesteg vart vi kjend med datamaterialet og nytta forskingsspørsmålet som referanseramme for å utvikle fire til åtte førebelse tema individuelt. Deretter møttest vi og samla desse til førebelse tema: *behandlingsmetodar, kva kan ergoterapeuten gjere?, individuelle forskjellar, informasjon og opplæring, samarbeid og ergoterapeuten sin refleksjon*. I det andre analysesteget vart dei førebelse tema diskutert med mål om å forstå kva kvart tema innebar og korleis tema kunne bidra til å svare på forskingsspørsmålet. Tema vart i dette steget utvikla til kodegrupper som kontinuerleg var under endring, samt at meiningsberande einingar vart sortert ut frå transkripta. I tredje analysesteg nytta vi datamaterialet frå førre steg og forma to til tre subgrupper under kvar kodegruppe. Eksempelvis var ergoterapeuten si rolle ei

kodegruppe som danna subgruppene tverrfagleg samarbeid og kunnskapsgrunnlaget til ergoterapeuten. I tredje analysesteg vart også gullsitat henta ut direkte frå transkriptet. Gullsitata er direkte sitat frå informantane som gir ei god beskriving og konkretiserer hovudfunna. Kondensat vart utforma i tredje analysesteg og er eit kunstig sitat skrive i eg-form basert på ein eller fleire informantar sine utsegn. Vidare i fjerde analysesteg vart kondensata i kvar subgruppe satt saman til tekst og samla under den tilhøyrande kodegruppa som danna ein analytisk tekst skrive i tredje person. Funna utvikla seg gjennom stega i STK frå seks tema i første steg til tre hovudfunn som seinare vart presentert under «Funn».

ETISKE BETRAKTNINGAR

Studien er godkjend av Norsk senter for forskingsdata (meldeskjemanummer: 156908 frå 2022). Skriftleg informert samtykke vart innhenta frå alle informantane før gjennomføring av intervju. Informantane kunne når som helst trekkje samtykket i samsvar med helseforskningslova (18). Personvern og anonymitet vart teke omsyn til for å beskytte informantane sine utsegn, samstundes som vi har vore opptatt av at informantane bør kunne kjenne seg igjen i det analyserte datamaterialet. Lydfila vart lagra sikkert på to passordbeskytta datamaskiner og vart sletta etter at data var analysert.

Funn

Gjennom intervju har ergoterapeutane beskrive sine arbeidsoppgåver og rutinar ved behandling av handødem etter hjerneslag. Funna syner at informantane er einig i at handødem avgrensar pasientane si moglegheit til deltaking i kvardagsaktivitetar, og at handødem difor er viktig for ergoterapeutar å behandle. Likskapar og ulikskapar i ergoterapeutane sine erfaringar med behandlinga vart identifisert og danna tre hovudfunn: *Handødem avgrensar aktivitet og behandling, kartleggings- og behandlingsmetodar ved handødem og kunnskapsbasert praksis og «ergofagleg» påfyll*.

HANDØDEM AVGRENSAR AKTIVITET OG BEHANDLING

Informantane opplev handødem som ei vanleg problemstilling i rehabilitering etter hjerneslag. Dei er einig i at behandlinga er viktig og nemner fleire aktivitetsavgrensingar handødem kan føre til. Eksempel på dette er utfordringar med knepping av knappar og å halde gjenstandar grunna nedsett finmotorikk og gripeevne.

Ragnhild fortel om hennar oppfatning av pasientar si oppleving av å miste funksjon i henda slik: «Altså hender har ein veldig stor påverknad. Det er jo sånn som pasientane ofte seier sjølv, at dei [pasientane] aldri har tenkt over kor mykje dei [pasientane] nyttar henda sine før dei [pasientane] plutselig ikkje kan nytte dei [hendene] lenger». Nokre av informantane beskriv at handødem kan føre til utfordringar med sjølvstendig grep og finmotorikk. Dette kan påverke pasienten si evne til å utføre ADL, til dømes knepping av knappar og opne ei tannkremtube. Ved utfordringar

med sjølvstendig grep og redusert finmotorikk opplev somme av informantane at affisert hand ofte ikkje er medverkande i ADL. Ylva presiserer at handødem ofte er ein av fleire ulike utfordringar etter hjerneslag, og at behandlinga difor er ein samansett prosess. For å lukkast, påpeiker informantane at pasientane treng oppfølging frå eit tverrfagleg team i tillegg til at pasientane må følgje opp behandlinga sjølv.

KARTLEGGING OG BEHANDLING AV HANDØDEM

Rolla til ergoterapeuten i den tverrfaglege innsatsen for kartlegging og behandling av handødem vert beskrive av informantane på ulike måtar. Initiativet til å kartlegge og behandle handødem kjem ifølgje Ragnhild og Stine i hovudsak frå ergoterapeuten. Ylva og Johanne opplev derimot at også fysioterapeutar tek initiativ, i tillegg til at sjukepleiarar og helsefagarbeidarar følgjer opp tiltaka.

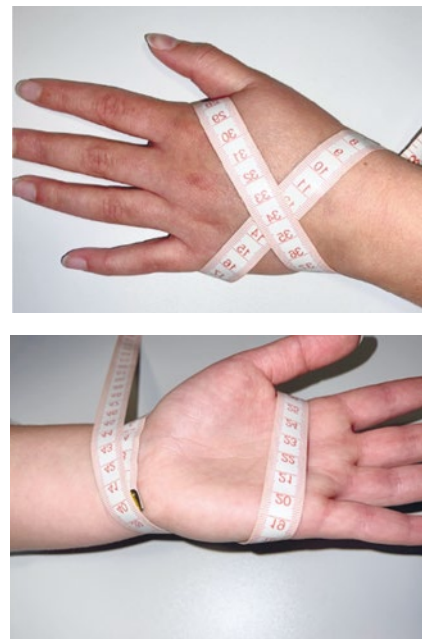
Informantane nytta i hovudsak subjektive observasjonar for å kartlegge utviklinga til handødemet. I tillegg fortel Johanne at ho nyleg starta å nytte kartleggingsmetoden «figure of eight». Ved bruk av metoden, vert det som vist i Figur 1, strekt eit tynt måleband over handleddet, inn i handflata og tilbake til handleddet slik at målebandet formar eit åttetal.

Grunna nyleg oppstart av «figure of eight» har ikkje Johanne opparbeida seg erfaring med metoden. Ragnhild og Stine har også vurdert å kartlegge ved å nytte eit måleband for å måle omfanget av handødemet. Dei snakka i tillegg om å nytta foto.

Målet med behandling av handødem er ifølgje Ylva å oppattrette funksjon i ADL ved å

senke hevelsen. Stine og Ragnhild beskriv at både funksjon og grad av hevelse spelar ei rolle for val av behandlingmetode. Eksempel på dette kan vere at pasienten ikkje har aktiv rørsle, noko ergoterapeuten må ta omsyn til ved å velje passende behandlingmetode ut ifrå pasienten sin funksjon. Ylva reflekterer rundt forskjellar på ulike rehabiliteringsavdelingar angående val av behandlingmetodar, då avdelingane kan ha forskjellige perspektiv og arbeider på ulike måtar. Kva behandlingmetodar som vert nytta av dei ulike informantane er presentert i tabell 4.

Ylva, Ragnhild og Stine opplev at aktiv og passiv guiding i ADL senkar ødemet og nyttar difor desse behandlingmetodane mest. Ergoterapeutane nytta guiding ved å inkludere affisert arm i morgonstell, eksempelvis aktiv guiding av arm og hand ved påføring av deodorant og passiv guiding av arm og hand ved vask av ansikt. Somme av informantane synes likevel at behandling av handødem kan vere utfordrande og Stine beskriv det slik: «Det [behandling av handødem] er litt vanskeleg, altså ofte er det [behandlinga] ikkje gjort på ei veke å få det [handødemet] vekk. At det [behandlinga] tar litt tid (lita tenkepause) og ein må vere konsekvent med tiltaka». Ut ifrå sitatet opplev Stine at handødem er tidkrevjande å behandle, noko som gjer det viktig å følgje opp til ei kvar tid, eksempelvis ved bruk av elevasjon av handa gjennom døgnet. Rutinar med tverrfagleg fokus vert i den forbindelse nemnd av alle informantane som vesentleg for god behandling og oppfølging av tiltak. Ylva beskriv behovet for samarbeid mellom dei ulike yrkesgruppene gjennom følgjande sitat: «Det hjelp ikkje



Figur 1: «Figure of eight».
(Bergen 11.05.2022)

at det kun er ein ergo [ergoterapeut] eller ein fysio [fysioterapeut] som gjer det [elevasjon i form av leiring og gjennombeveging] ein time om dagen. Så det er veldig fint å ha det tverrfaglege samarbeidet og eit 24-timers perspektiv på det [behandlinga]». Informantane påpeika også at kontinuerleg oppfølging er avhengig av at sjukepleiarar og helsefagarbeidarar følgjer opp tiltaka gjennom døgnet, då ergoterapeuten som oftast arbeidar kun på dagtid.

Ragnhild og Stine nyttar ofte kompresjon i form av ødemhanske i behandlinga for å dempe ødemet. Hansken gir ifølgje Giang (13) kompresjon som fører væska riktig veg og kan dermed bidra til å minske handødem. I følgje informantane har hansken frie fingertuppar og er mogleg å nytte i aktivitet. Samstundes uttrykkjer Ragnhild at ho er oppteken av at pasienten skal behalde følelsen i handa, eksempelvis ved berøring av gjenstandar i aktivitet: «Vi tenkjer oss alltid om eit par gongar

Behandlingsmetodar	Informantar som nyttar metoden
Elevasjon i form av leiring.	Ylva, Ragnhild, Stine og Johanne
Guiding; medverknad av handa i kvardagsaktivitet	Ylva, Ragnhild, Stine og Johanne
Gjennombevegning ved passiv rørsle	Ylva, Ragnhild, Stine og Johanne
Øvingar med pumperørsle	Ragnhild, Stine og Johanne
Massasje	Ragnhild, Stine og Johanne
Fokus på naturleg røslmønster og medverknad av handa i aktivitet	Ylva
Bruk av ødemhanske	Ragnhild, Stine og Johanne
Kompresjons-sleeve i kombinasjon med ødemhanske.	Johanne
Ortoser; handleddstøtte og kvileortose.	Ragnhild, Stine og Johanne

Tabell 4: Behandlingsmetodar dei ulike informantane nyttar.

før vi plottar på [tar i bruk] eit hjelpemiddel på ei hand, fordi du tar vekk litt av det sensoriske». I motsetning til Ragnhild har Johanne grunna fagleg oppdatering på avdelinga, nyleg auka bruk av ødemhanske frå eit par timar om dagen til å nytte det gjennom heile døgnet. I tillegg har ho starta å nytte kompresjons-sleeve som gir kompresjon frå handledd til skulder, saman med ødemhanske på pasientar.

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG «ERGOFAGLEG PÅFYLL»

Informantane i denne studien baserer i hovudsak sine val av behandlingsmetodar på eigne erfaringar om tiltak som minskar handødemet. Sjølv om informantane har ulike erfaringar og nyttar forskjellige behandlingsmetodar, etterlys dei meir tilgjengeleg forskingsbasert kunnskap og anbefalingar for personar som har handødem etter hjerneslag. Informantane gjer sitt beste for å oppsøkje ny kunnskap for å halde seg fagleg oppdatert.

Ylva og Johanne fortel at fagutvikling vert arrangert for alle ergoterapeutane på deira sjukehus,

noko Ylva omtaler som «ergofagleg påfyll». Fagutvikling omtalar dei som egna for å tileigne seg ny kunnskap eller oppdatere kunnskapen dei har frå før av. Johanne beskriv at fagleg oppdatering på avdelinga nyleg har bidrege til eit større fokus på handødem, eksempelvis auka ho intensiteten ved bruk av ødemhanske og starta å nytte kompresjons-sleeve saman med ødemhanske i behandlinga. Ylva, Stine og Ragnhild opplyser at tiltaka dei utfører er basert på eigne erfaringar, innspel frå andre ergoterapeutar og profesjonar, men også gjennom faglege diskusjonar med ressurspersonar tilsett ved andre avdelingar på sjukehuset. Informantane påpeiker at mykje fagstoff er utforma med bakgrunn i behandling av ødem som lymfatisk problem, og at kunnskapen difor ikkje er direkte overførbar til pasientar med hjerneslag.

Vidare syner Ylva behovet for meir forskning. «Det er veldig greitt å få ting litt meir strukturert og skriftleggjort, meir kunnskapsbasert praksis tenkjer eg, i staden for at det [behandlinga] er tilfeldig og erfaringsbasert. At ein har måtar ein kan gjere det [behandlinga] på

som er forska på, og som det står «det her verkar». Det kan jo vere at det er det, at det er noko som er forska på og det her [behandlingsmetodar] verkar, men kanskje berre få det litt meir synleg».

Drøfting av funn

Denne studien utforska korleis nokre ergoterapeutar i spesialisert rehabilitering beskriv kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Eitt hovudfunn i denne studien viser at informantane stort sett baserer yrkesutøvinga på erfaringsbasert kunnskap. Vidare syner hovudfunna at informantane forsøker å behandle handødem med fokus på aktivitet. Samstundes beskriv informantane at behandling av handødem er komplekst og at tverrfagleg samarbeid er ein viktig faktor i behandlinga. Hovudfunna vert vidare drøfta opp mot aktuell teori, tilgjengeleg forskning og aktuelle retningslinjer.

KARTLEGGING OG BEHANDLING I EIT KUNNSKAPSBASERT PERSPEKTIV

Subjektiv kartleggingsmetode i form av observasjon vert nytta av alle informantane. I tillegg til subjektiv observasjon syner funna bruk av den validerte kartleggingsmetoden «figure of eight» (Figur 1). Validerte kartleggingsmetodar er forska på og bidreg til kunnskapsbasert praksis (11), noko som dessutan er eit krav for helsepersonell (8). Det kan tenkast at subjektiv observasjon kan vere utfordrande å nytte i tverrfaglege team, då personar kan ha ulik oppfatning av handødemet si grad. Bruk av «figure of eight» kan derimot gi eit meir objektivt mål då ein kartlegg handødemet med måleband, noko ei systematisk oversikt av



Informantenes behandlingsmetodar baserer seg på å skape rørsle i handa, eksempelvis ved aktiv og passiv guiding i ADL.
Foto: Colorbox.

Llanos et al. (19) underbyggjer betydinga av «Figure of eight» eller foto kan truleg gjere det enklare for det tverrfaglege teamet å dokumentere grad og endring av handødem. Funna kan tyde på at forskingsbaserte og validerte kartleggingsmetodar som «figure of eight», er hensiktsmessig for å kunne følge opp handødemet i eit tverrfagleg team.

Som vist i tabell 4 nyttar informantane behandlingsmetodar som baserer seg på å skape rørsle i handa, eksempelvis ved aktiv og passiv guiding i ADL. Slike aktivitetsbaserte behandlingsmetodar er underbygd av forskning (5, 13). Til tross for dette opplev informantane vage retningslinjer for ergoterapeutisk behandling av handødem som følgje av hjerne­slag. Funna presiserer eit ønskje

om meir forskning på tema etter­som behandling av handødem ofte fell under ergoterapeuten sitt ansvarsområde. Samstundes trekk Helsedirektoratet (5) i sine retningslinjer fram funksjonell elektrisk stimulering som be­handlingsmetode for ødem etter hjerneslag. Funna i denne studien syner at ingen av informantane nytta dette tiltaket. Det kan tenkjast at opplæring, kunnskap og utstyr for å drive denne typen behandling er mangelfull og slik fører til at behandlingsmeto­den ikkje er gjennomførleg for ergoterapeutar. Dessutan ba­serer ikkje funksjonell elektrisk stimulering seg på aktivitet, og behandlingsmetoden viker frå ergoterapeuten sitt aktivitetssen­trerte perspektiv (7). Ved mangel på forskingsbasert kunnskap på

gjennomførlege ergoterapitiltak kan det tenkjast at ergotera­peutane sine erfaringar vert den beste referanseramma dei har når behandlingsmetode skal veljast. Grunna lite tilgjengeleg forskings­basert kunnskap og utydelege retningslinjer for behandling av handødem etter hjerneslag, er det utfordrande for ergoterapeutar å utøve kunnskapsbasert praksis.

FOKUS PÅ AKTIVITET I BE­HANDLING AV HANDØDEM

Ifølgje funna fokuserer ergotera­peutane på å inkludere aktivitet i behandling av handødem. Dette samsvarer med ergoterapeuten sitt kunnskapsgrunnlag som presiserer at aktivitet er sentralt i ergoterapi (10). Eksempelvis syner funna at guiding i kvardagsaktivitetar er ein behandlingsmetode som vert

nytta av alle informantane. Ryrson (3) fortel at ødem kan vere ein konsekvens av mindre rørsle i handa. I den forbinding er det truleg viktig at handa som er affisert vert inkludert i ADL, då målet med behandlinga er at handa vert funksjonell i kvardagsaktivitetar. I tillegg vert behandlingsmetodar som skapar rørsle i handa, eksempelvis naturlege rørslemønster og medverknad av handa i aktivitet, underbygd av forskning (5, 13). Ergoterapeutane vi har snakka med forsøker etter beste evne å plassere aktivitet i sentrum av behandlinga, sjølv om dette til tider kan vere utfordrande grunna pasienten si reduserte evne til deltaking i kvardagsaktivitetar.

Funna i denne studien syner at det er viktig å vurdere om pasienten har behov for kompresjon i form av ødemhanske. I behandling av handødem vert kompresjon som behandlingsmetode anbefalt av forskning (13) og tilgjengelege retningslinjer (5). Derksom det er vurdert at pasienten har behov for ødemhanske i tillegg til behandlingsmetodar som fokuserer på deltaking i aktivitet, kan følelsen i handa verte påverka. Sannsynlegvis kan det vere ein fordel å oppretthalde kontakt med omgjevnadane i behandling av handødem, ved eksempelvis berøring av gjenstandar i ADL. Ved bruk av ødemhanske kan det tenkast at frie fingertuppar er vesentleg for å behalde kontakt med omgjevnadane i aktivitet samt å bevare fokus på aktivitet i behandling. Sjølv om forskning støtter bruk av ødemhanske kan det truleg vere viktig å vurdere intensiteten gjennom døgnet.

BEHANDLING AV HANDØDEM ER EIN SAMANSETT PROSESS

Studien sine funn tyder på at

formålet med behandling av handødem er at pasienten si hand vert mest mogleg funksjonell i kvardagsaktivitetar fortast mogleg. Samstundes opplev nokre av informantane at behandlinga kan vere utfordrande slik også Helsedirektoratet (5) opplys om. I tillegg beskriv Artzberger & White (4) at behandling av ødem ofte vert nedprioritert i rehabilitering etter hjerneslag. Eit viktig funn i denne studien er at behandlinga kan vere ressurskrevjande og kompleks. Dette kan vere ein mogleg grunn til at behandlinga er vanskeleg og vert nedprioritert slik Helsedirektoratet og Artzberger & White opplys om (4, 5).

Til tross for at nokre informantar opplev behandling av handødem som utfordrande, syner funna at ergoterapeutane vi har intervjuet, prioriterer behandling av handødem med fokus på aktivitet. Ei mogleg forklaring på at ergoterapeutane synes behandlinga er utfordrande, kan vere at ergoterapeutane opplev utydelege retningslinjer, slik som tidlegare er drøfta.

Ifølgje funna i denne studien er tverrfaglege tiltak som eksempelvis elevasjon og bruk av kompresjon, nytta blant informantane. Helsedirektoratet (5) støttar elevasjon og kompresjon som tiltak i behandling av handødem. Det kan tenkast at eit 24-timers tverrfagleg perspektiv er vesentleg for å bidra til kontinuitet ved slike behandlingsmetodar. Dessutan framhevar Solvang (20) at samarbeid mellom ulike profesjonar kan bidra til å kombinere ulike perspektiv frå det tverrfaglege teamet. I den forbinding kan fordeling av arbeidsoppgåver mellom ulike profesjonar skape eit godt tverrfagleg samarbeid på avdelingane ved behandling av

handødem, då dette er ein del av rehabiliteringsprosessen.

Drøfting av metode

Med utgangspunkt i omfanget av studien bestod utvalet av fire informantar fordelt på tre intervju. Eit lite utval informantar kan ha ført til at funna i studien syner lite breidde av ergoterapeutar sine erfaringar. Dette er ein svakheit med studien og det er difor viktig at resultatata vert tolka med varsamheit.

I denne studien vart individuelle intervju og gruppeintervju nytta, noko som ifølgje Krumsvik (17) kan bidra til å gi ei sikrare og breiare forståing om tema, eksempelvis behandling av handødem. Ein kombinasjon av intervjumetodane kan ifølgje Malterud (14) gi datamaterialet fleire synspunkt. Truleg kan informantane i gruppeintervjuet spele kvarandre gode og gi kvarandre moglegheita til å fremje ulike synspunkt på tema, noko Kvale og Brinkmann (16) påpeiker er formålet med gruppeintervju. På den andre sida kan individuelle intervju sannsynlegvis skape meir flyt i samtalen då informantane kan snakke fritt utan påverknad frå andre informantar, slik som i eit gruppeintervju. Kombinasjonen av ulike intervjumetodar kan ha bidrege til at fleire tankar og synspunkt har blitt inkludert, noko som kan ha styrka validiteten til studien.

Føreforståinga vår om ergoterapi og behandling av handødem var forsøkt satt til side med ønske om å oppdage ulike perspektiv av datamaterialet i første analysesteg i STK. Å sette føreforståinga til side vart opplevd som utfordrande, då føreforståinga er ein del av vårt faglege tanke sett. Som eksempel kan dette ha ført til at tema som er tett knytt til ergo-

terapi, kan ha blitt meir fremma i funna til studien. I den forbinding kan føreforståinga ha påverka funna frå analysen.

Oppsummering

Kvalitativ metode ved semis-strukturerte intervju i form av eitt gruppeintervju og to individuelle intervju vart nytta for å svare på forskingsspørsmålet: «Korleis beskriv ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag?». Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering vart nytta for å analysere data-materialet frå intervju. Funna er drøfta opp mot kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, tilgjengeleg forskning og aktuelle retningslinjer for behandling av handødem.

Målet med behandling av handødem er ifølgje informantane at pasienten fortast mogleg klarer å nytte handa i meiningsfulle kvardagsaktivitetar. For å nå målet vert kartlegging av handødem sentralt. Funna syner at to ulike kartleggingsmetodar vart nytta. Både subjektive observasjonar og ein meir objektiv metode med namn «figure of eight» vart beskrive av informantane. Vidare beskriv informantane at dei ønsker å nytte behandlingsmetodar som skapar rørsle, kontakt med omgjevnadane og inkluderer handa i aktivitet. Tverrfagleg samarbeid med eit 24-timars perspektiv vert påpeika som vesentleg for å fremme ulike synspunkt og skape kontinuitet i behandling av handødem. Funna indikerer at informantane i hovudsak støtter seg på erfaringsbasert kunnskap ved behandling av handødem etter hjerneslag, då dei opplev lite tilgjengeleg forskingsbasert kunnskap og utydelege retningslinjer. Likevel er det i løpet av studien

identifisert at behandlingmetodane som informantane nyttar vert underbygd av tilgjengeleg forskning og aktuelle retningslinjer.

IMPLIKASJONAR FOR PRAKSIS

- Det er viktig at ergoterapeutar som arbeider med handødem har tydelege og oppdaterte retningslinjer på ergoterapeutisk kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag.
- Det er behov for meir forskning om kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Det hadde vore interessant med nyare effekt- og oversiktsstudiar på kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag.

Litteraturliste

1. Nasjonalt sekretariat for Norsk Hjernslagregister. Hjernslag i Norge 2021 Kvalitetsregistre.no: Norsk hjernslagregister; 2021 [Available from: <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-07/Pasientrapport%202021.pdf>].
2. Edmans J, Coupar F, Gordon A. Introduction. In: Edmans J, editor. Occupational Therapy and Stroke. 2 ed: Wiley-Blackwell; 2010.
3. Ryerson SD. Hemiplegia. In: Umphred DA, editor. Neurological Rehabilitation. 5 ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2007. p. 827-901.
4. Artzberger SM, White J. Edema Control. In: Gillen G, editor. Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach. 4. ed. Missouri: Elsevier; 2016. p. 511-29.
5. Helsedirektoratet. Hjernslag 2017 [updated 21.12.2017. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjernslag>].
6. Olsen MSK, Boel S. Identifikation af behov for ergoterapeutisk intervention. In: Hansen AØ, Boel S, editors. Lærebog i håndterapi: Munksgaard; 2020.
7. Kielhofner G. Ergoterapi i praksis :

- det begrepsmæssige grundlag. 3. ed. København: Munksgaard; 2013.
8. Dahl-Michelsen T, Groven KS, Aadland E. Profesionsetikk i ergoterapi og fysioterapi: Samlaget; 2018.
9. Gillen G, Schell BAB. Introduction to Evaluation, Intervention, and Outcomes for Occupations. In: Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME, editors. Willard & Spackman's Occupational Therapy. 12 ed: Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2014. p. 606-52.
10. Fisher AG. Powerful practice : a model for authentic occupational therapy. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019.
11. Kristensen HK, Peoples H. Evidensbaseret ergoterapi og kvalitetsudvikling af ergoterapi. In: Brandt Å, Peoples H, Pedersen U, editors. Basisbog i Ergoterapi. 4 ed: Munksgaard; 2019. p. 441-57.
12. Bonsaksen T, Ellingham B. Klinisk resonnering i ergoterapi: Mankoni Media; 2017.
13. Giang TA, Ong AWG, Krishnamurthy K, Fong KN. Rehabilitation interventions for poststroke hand oedema: a systematic review. Hong Kong Journal of Occupational Therapy. 2016;27:7-17.
14. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 ed: Universitetsforlaget; 2017.
15. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag: Universitetsforlaget; 2012.
16. Kvale S, Brinkmann S. Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3 ed: Hans Reizes Forlag; 2015.
17. Krumsvik RJ. Forskingsdesign og kvalitativ metode - ei innføring: Fagbokforlaget; 2014.
18. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, LOV-2008-06-20-44 (2008).
19. Llanos C, Gan EY, Chen J, Lee M-J, Kilbreath SL, Dylke ES. Reliability and Validity of Physical Tools and Measurement Methods to Quantify Hand Swelling: A Systematic Review. Physical Therapy. 2020;101(2).
20. Solvang PK. (re)habilitering: Terapi, tilrettelegging, verdsetting: Fagbokforlaget; 2019.