

Anbefalinger for undersøkelse av håndfunksjon for pasienter med Reumatoid Artritt for ergoterapeuter.

Ida Maria Dørstad



Masteroppgave i helsefagvitenskap ved institutt for sykepleievitenskap og helsefag, det medisinske fakultet ved Universitet i Oslo.

Vår 2012

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å utarbeide anbefalinger for undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med Reumatoid Artritt for ergoterapeuter.

Metode: En ekspertgruppe bestående av ergoterapeuter gjennomførte en Delphi-prosess for å oppnå konsensus om undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med Reumatoid Artritt. Det ble oppnådd konsensus rundt ti anbefalinger. Deretter ble det gjennomført et omfattende litteratursøk på bakgrunn av de ti anbefalingene for å undersøke nivå av evidens bak hver anbefaling.

Resultat: Ti anbefalinger for undersøkelse av pasienter med Reumatoid artritt er utarbeidet. Anbefalingene oppnådde lavere grad av evidens og noen ble det ikke funnet evidens for.

Konklusjon: Det etterlyses mer forskning og kunnskap på området for å på den måten kunne bekrefte eller avkrefte anbefalinger for undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med RA.

Abstract

Aims: The aim of this study was to develop recommendations for occupational therapist in assessment of hand function in patients with Rheumatoid arthritis.

Methods: An expert group of occupational therapist followed a Delphi-process. The aim of the Delphi-process was to reach consensus of up to ten recommendations for assessment of hand function in patients with Rheumatoid arthritis. The Delphi-process was followed by an extensive literature search in order to assess the level of evidence for each recommendation.

Results: As a result of the above process ten recommendations for assessment of hand function in patients with Rheumatoid arthritis were developed. The recommendations reached a lower degree of evidence and in some cases no evidence was found.

Conclusion: Ten recommendations for assessment of hand function in patients with Rheumatoid arthritis have been developed. Further research and knowledge is needed to achieve a higher level of evidence concerning assessment of hand function in patients with Rheumatoid arthritis.

Takk til

Takk til ergoterapeuter ved St.Olavs Hospital i Trondheim som arrangerte Fagdager i 2009 og til Ingvild Kjekken som gjennomførte første steg i prosessen. Takk til Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK), ergoterapeuter ved Diakonhjemmet Sykehus og alle ergoterapeuter som deltok i prosessen.

Takk til Ingvild Kjekken for hjelp i utarbeidelsen av problemstilling og for hjelp og veiledning under gjennomføringen av Delphi-prosessen og litteratursøk. Takk igjen til Ingvild Kjekken og NRRK for bruk av ressurser i utsendelsesprosessen. Hoveddelen av arbeidet med oppgaven, som omfatter sortering av litteratursøk, gradering og vurdering av evidens, og disposisjon og skriving av oppgaven har jeg valgt å gjennomføre på egenhånd.

Takk til institutt for sykepleievitenskap og helsevitenskap for muligheten til å skrive en masteroppgave og utvikle kunnskapsnivået mitt. Takk til Bibliotek for medisin og helsefag avdeling Rikshospitalet. Jeg har deltatt på ulike kurs og alltid fått rask og god hjelp til det jeg trengte. Tusen takk! Og takk til It-tjenesten ved Universitetet i Oslo som har hjulpet meg med problemer som kan virke uforståelige for en som ikke har ferdigheter på området.

Takk til Gry Asker for hjelp til utarbeiding av sammendrag på engelsk.

Takk til alle mine nærmeste for støtte og oppmuntring gjennom hele prosessen. Nå er min tid også deres!

Ida Dørstad, vår, 2012.

Ordforklaring:

ADL – Activities of Daily Living.

DIP ledd - Distale InterPhalangedledd

DMARD - Disease-modifying antirheumatic drugs

EULAR – The European League Against Rheumatism

GAT – Grip Ability Test

HAQ - The *Health Assessment Questionnaire*

ICF - The International Classification of Functioning, Disability and Health

KBP – Kunnskapsbaser praksis

Kvalitativ forskning - Fanger opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste.

Kvantitativ forskning – Gir data som beskriver fenomener med tall.

MESH-termer – Termer brukt for å indeksere artikler i MEDLINE

MCP-leddene- Meta Carpolar Ledd, leddene som binder sammen fingre og håndflate.

NRRK - Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter

PIP ledd - Proximale InterPhalangealledd

RA- Reumatoid Artrit

ROM – Range of Motion, leddbevegelse.

UIO - Universitetet i Oslo

UMH– Bibliotek for medisin og helsefag, Rikshospitalet, Oslo.

VAS-skala - Visual Analogue Scale

Innholdsfortegnelse

Ordforklaring.....	5
1. Innledning.....	9
1.1 Introduksjon til tema og oppgaven.....	9
1.2 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling.....	9
2. Teori og bakgrunnskunnskap.....	13
2.1 Reumatoid artritt.....	13
2.1.1 Historisk bakgrunn	13
2.1.2 Reumatoid artritt og symptomer.....	14
2.1.3 Reumatoid artritt og hånden.....	15
2.2 Ergoterapi og Reumatoid Artritt.....	16
2.2.1 Ergoterapi, grunnsyn og kunnskapsgrunnlag.....	16
2.2.2 Er håndfunksjon et området ergoterapeuter har noe å tilby?.....	18
2.3 Reumatoid Artritt og håndundersøkelse.....	19
2.3.1 Generelt om undersøkelse av hånden.....	19
2.4 Kunnskapsbasert praksis.....	22
2.5 Retningslinjer for praksis.....	25
2.5.1 Utarbeidelse av retningslinjer for praksis.....	26
3. Metode.....	28
3.1 Innledning.....	28
3.2 Konsensusprosesser.....	28
3.3 Delphi-prosessen.....	29
3.4 Gjennomføring av Delphi-prosessen.....	33
3.4.1 Start Delphi-prosess.....	33
3.4.2 Delphi-prosess runde 1: Samling av påstander.....	35
3.4.3 Delphi prosess runde 2. Første utsendelse av anbefalingene.....	35
3.4.4 Delphi prosess runde 3. Andre utsendelse av anbefalingene.....	37
3.5 Litteratursøk og utvelgelse av artikler.....	39

3.5.1 Hva kjennetegner et litteratursøk?.....	39
3.5.2 Søkestrategi	40
3.5.3 Litteratursøk på bakgrunn av anbefalingene.....	40
3.5.4 Vurdering av artiklene.....	42
3.6 Ethiske aspekter.....	43
4. Resultater.....	45
4.1 Delphi-prosessen.....	45
4.1.1 Deltakere	45
4.1.2 Oppslutning.....	45
4.1.3. Oppnådd konsensus.....	45
4.1.4 Endelige anbefalinger	45
4.2 Litteratursøk.....	46
4.3 Gjennomgang av anbefalinger.....	47
4.3.1 Anbefaling nummer 1.....	52
4.3.2 Anbefaling nummer 2.....	53
4.3.3 Anbefaling nummer 3.....	53
4.3.4 Anbefaling nummer 4.	54
4.3.5 Anbefaling nummer 5.....	55
4.3.6 Anbefaling nummer 6.	55
4.3.7 Anbefaling nummer 7.	56
4.3.8 Anbefaling nummer 8.....	56
4.3.9 Anbefaling nummer 9.....	57
4.3.10 Anbefaling nummer 10.....	57
5. Diskusjon.....	58
5.1 Innledning.....	58
5.2 Diskusjon av metoden.....	58
5.3 Diskusjon av litteratursøket.....	59
5.4 Diskusjon av anbefalingene som helhet.....	59
5.5 Begrensinger i anbefalingene.....	62
6. Oppsummering.....	64

6.1 Innledning.....	64
6.2 Konklusjon og utfordringer fremover.....	64

Tabeller:

<i>Tabell 1:</i> Studier som beskriver funksjonelle konsekvenser av Reumatoid Artritt.....	50
---	----

<i>Tabell 2:</i> Studier som beskriver klinisk praksis, anbefalinger eller retningslinjer for undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med Reumatoid Artritt.....	51
--	----

Vedlegg:

Vedlegg 1: Utsendelse av 2.runde Delphi-prosess

Vedlegg 2: Utsendelse av 3.runde Delphi-prosess

1. Innledning

1.1 Introduksjon til tema og oppgaven

Revmatoid artritt (RA) er en kronisk, progressiv inflammatorisk tilstand som hovedsakelig påvirker leddene i kroppen. Pasienter med RA vil oppleve funksjonsnedsettelse og aktivitetsproblemer og vil derfor være en aktuell pasientgruppe for ergoterapeuter. Denne oppgaven gir meg mulighet til å belyse ergoterapeuters arbeid med pasienter med RA. Sentralt i arbeidet med denne pasientgruppen bør være selve undersøkelsen før tiltak settes inn men også som et verktøy for å fange opp endring i sykdomsbilde.

Ved oppstart av dette prosjektet forlås det ingen enighet om undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med RA. Dette vil være oppgavens tema. Jeg har brukt ergoterapeuters erfaring og kunnskap og kombinert dette med den forskningsbaserte kunnskapen. Datainnsamlingen har foregått ved en konsensusprosess blant ergoterapeuter. Resultatet av konsensusprosessen er deretter validert gjennom aktuell forskning på området.

1.2 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling.

Reumatoid Artritt er en muskel- og skjelettsykdom som ligger under samlebetegnelsen revmatisme. RA er en kronisk, progressiv inflammatorisk tilstand som hovedsakelig påvirker leddene i kroppen. Det finnes ingen helbredende behandling for RA. Pasienter med RA tilbys medikamentell behandling av symptomer som bør kombineres med ikke-medikamentell behandling som fysisk trening, smertelindring, leddvern og trening av nye måter å gjøre aktiviteter på. (Brekke & Kvien, 1999). Typiske kjennetegn er blant annet fatigue (tretthet), smerte, morgenstivhet, betente ledd som fører til leddestruksjon og redusert kraft i affiserte ledd. Det er viktig at pasienter får behandling raskest mulig for å unngå ødeleggelser av leddene. Behandlinger som tilbys pasientene kan være medisiner, kirurgiske inngrep, fysisk trening og aktivitet, tilrettelegging av hverdagen og ulike hjelpemidler og ortoser. Et viktig mål for behandlingen er å redusere smerter og opprettholde funksjon i leddene.

Hånden er hyppigst affisert hos pasienter med RA. Håndfunksjon kan gi informasjon om sykdom og generell fysisk funksjon. Håndfunksjon kan påvirkes av kjønn, alder, sykdom, hånddominans og yrke. Menn har større kraftutvikling enn kvinner fra naturens side (Bjork, Thyberg, Haglund, & Skogh, 2006). Hendene brukes i svært mange av dagliglivets situasjoner. Som Eberhardt, Sandqvist og Geborek påpeker: *“hand function plays such an important part in daily life.”* (Eberhardt, Sandqvist, & Geborek, 2008). Håndfunksjon og dens innvirkning på pasientens liv vil derfor være aktuelt del av undersøkelsen av pasienter med RA.

Pasienter med RA kan ha vanskeligheter med å utføre daglige aktiviteter og vil derfor være en aktuell gruppe for ergoterapi. Mange vil oppleve nedsatt funksjon og aktivitetsbegrensinger som følge av sykdommen. Pasienter med RA oppgir håndfunksjon som en av de viktigste faktorene til å utføre daglige aktiviteter (Dellhag & Burckhardt, 1995). Ergoterapeuter har sin spesialitet i aktivitet og deltakelse i sitt eget liv uansett forutsetninger. Ergoterapeuter kan her bidra med undersøkelse og behandling av de symptomene som oppstår. Det foreligger ingen enighet om hva ergoterapeuter skal undersøke hos RA-pasienter.

Ergoterapeuter som jobber med disse pasientene innehar erfaring og kunnskap om hva som bør undersøkes. Dette er nyttig kunnskap som bør komme frem.

Det stilles krav om å holde seg faglig oppdatert i den stadige kunnskapsmengden for å på den måten tilby best mulig praksis. Samfunn, pasienter og faggruppene selv ønsker gode faglige begrunnelser for hva som bedrives i praksis (NETF.no). Gjennom Lov om Helsepersonell og pasientrettighetsloven er vi pliktet til å tilby best mulig behandling for pasienten og å holde oss faglig oppdatert.

Erfaringsbasert kunnskap opparbeider man seg gjennom yrkeslivet. Denne kunnskapen er lett tilgjengelig i den kliniske hverdagen. Den forskningsbaserte kunnskapen er i utgangspunktet lett tilgjengelig via internett og fagblader men det kan være vanskelig å finne det man er ute etter. Kunnskapsmengden er stor og kan være vanskelig å få oversikt over. I en hektisk klinisk hverdag kan både mangel på tid og ressurser være barrierer for å holde seg faglig oppdatert (Jamtvedt, Hagen, & Bjørndal, 2003).

Første trinn i holde seg faglig oppdatert vil være å formulere gode spørsmål, søke etter og finne relevant forskning, vurderer kvaliteten på forskningen for så å implementere den i sin kliniske hverdag. Dette arbeidet kan være tidkrevende for den enkelte ergoterapeut som har lite erfaring og kunnskap om denne typen arbeid. Hvordan det tilrettelegges på arbeidsplassen for faglig oppdatering er også av betydning. En av utfordringene til den forskningsbaserte kunnskapen er hvordan den skal gjøres lettere tilgjengelig for praksis slik at ny kunnskap kan komme pasientene til nytte (Jamtvedt et al., 2003).

Ergoterapeuter kan hente sin kunnskap fra flere kilder. De har egen erfaring, brukerens kunnskap om egen situasjon og kunnskap produsert av forskning. Det kan stilles spørsmål om hvordan disse tre kildene til kunnskap skal kombineres. Ergoterapeuter er tradisjonelt gode på bruke egen erfaring og inkludere brukeren i sine avgjørelser. Implementering av den forskningsbaserte kunnskapen er fortsatt en utfordring i daglig praksis (Jamtvedt et al., 2003). Det produseres mye forskning innenfor RA. Størsteparten av forskning som gjøres innenfor ergoterapi har vært gjort opp mot pasienter med RA. (Hammond, 2004). Det ligger et stort potensial i utnyttelse av den forskningsbaserte kunnskapen i den kliniske praksisen. Forskning om spørsmål som er viktig for praksis kan være svært viktig for beslutninger som tas i praksis.

Dette fatter min interesse omkring hva ergoterapeuter mener er viktig i undersøkelsen av håndfunksjon hos pasienter med RA. Og om det foreligger det støtte for dette den evidensbaserte kunnskapen. Økt tilgjengelighet av den forskningsbaserte kunnskapen vil kunne være et bidrag til bedre praksis, både for pasienter og ergoterapeuter

Målgruppe for oppgaven vil være ergoterapeuter som arbeider med pasientgruppen. Hensikten med oppgaven vil være å få kunnskap om hva ergoterapeuter mener er viktig i sin praksis og samtidig komme med faglig oppdatert kunnskap som kan være til nytte i en ergoterapeuts hverdag. Jeg ønsker å bekrefte eller avkrefte anbefalinger gitt av ergoterapeuter i forhold til foreliggende forskning. For ergoterapeuter vil anbefalingene være et bidrag til kravet om å holde seg faglig oppdatert gjennom å gjøre kunnskapen lettere tilgjengelig.

Dette leder frem til følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Hvilken evidens ligger bak praksisanbefalninger, gitt av ergoterapeuter for pasienter med RA?

2. Teori og bakgrunnskunnskap

2.1 Reumatoid Artritt

2.1.1 Historisk bakgrunn

Reumatologi er sammensatt av de greske ordene rheum og logos som kan oversettes med læren om det som flyter, underforstått en syklig tilnærming. De gamle grekerne forsto sykdom som en ubalanse i kroppens ulike væsker, og navnet på sykdomsgruppen har holdt seg siden da, dog med forandring av hva som inkluderes (Klareskog, Saxne, & Enman, 2005).

RA blir regnet som en relativt ny sykdom. Den er først beskrevet på begynnelsen av 1800-tallet. Det er blitt gjort skjellettfunn av indianere i Nord-Amerika som er 3000 år gamle som kan bety at sykdommen var til stedet allerede da (Klareskog et al., 2005). Likevel er det ikke gjort overbevisende arkeologiske funn som tilsier at RA er en sykdom som har eksistert over lang tid (Kåss & Kvien, 2010).

Siste halvdel av 1900-tallet bærer preg av stor utvikling av kunnskap på patogenes, dignostistikk og behandling. Tidlig diagnose og behandling er blitt svært viktig for å forhindre ødeleggelse av ledd (Kåss & Kvien, 2010). På 1990-tallet kom de biologiske legemidlene for fullt og ga svært gode resultater på forløpet til sykdommen (Klareskog et al., 2005). Prognosen for pasienten har dermed blitt svært mye bedre.

RA er påvist over hele verden men med noe ulik prevalens. Variasjonen i prevalensen kan forklares ved genetisk disposisjon hos noen grupper (Klareskog et al., 2005). RA er 2-3 ganger vanligere hos kvinner enn hos menn. Hos kvinner ser man debut av sykdommen tidligere enn menn. Etter menopause er debut av sykdommen nesten lik hos kvinner som hos menn. Medianalder for sykdomsdebut er 55-60 år men RA kan debutere ved ulike aldre. Det er ikke funnet sammenheng mellom bosted, sosiale lag eller med klimaet og RA (Kåss & Kvien, 2010).

2.1.2 Reumatoid Artritt og symptomer

Revmatiske sykdommer faller inn under muskel- og skjelettsykdommer. I alt finnes det over 200 ulike diagnoser innenfor revmatologi. Reumatoid artritt er en del av de inflammatoriske revmatiske sykdommene og utgjør også den største delen av gruppen. RA er en kronisk inflammatorisk sykdom som affiserer leddene. Pasienter med RA vil oppleve hovne og ømme ledd og ofte uttalt morgenstivhet som følge av inflammasjon i leddene (Hansen, 2003). Den kroniske inflammasjonsprosessen rammer i hovedsak synovialvevet (leddhinnen), slimsekkene og senene i de ekte leddene (Danneskiold-Samsøe, Lund, & Avlund, 2002). Typiske symptomer er kronisk inflammasjon i leddene som gir smerter og funksjonsnedsettelse, ofte er også en generell tretthet tilstedet (Kåss & Kvien, 2010). Prognosen for den enkelte pasient vil variere. Men ved RA ser man jevn sykdomsaktivitet og hos flere ser man et svingende sykdomsforløp (Danneskiold-Samsøe et al., 2002) .

Fra midten av 1900-tallet har RA vært anerkjent som en internasjonal betegnelse. Diagnosen stilles på bakgrunn av anamnese og klinisk undersøkelse, laborietester og utelukkelse av andre sykdommer (Danneskiold-Samsøe et al., 2002). På tross av iherdig forskningsinnsats de siste 50 årene vet man lite om hva som utløser sykdommen, dog vet man mye om utvikling og symptomer. Det finnes ingen helbredende behandling for RA. (Kåss & Kvien, 2010).

The American College of Rheumatology (ACR) har utarbeidet klassifikasjonskriterier for RA. Disse kriteriene er stadig under utvikling og det ventes nye, reviderte kriterier i løpet av 2010. Fire av følgende kriterier må være oppfylt; Morgenstivhet som vare over en time, påvist artritt i tre eller flere leddområder, artritt i hender og MCP-leddene, symmetriske symptomer, reumatoide moduler og påvisning av antistoffer i blodet (Hochberg et al., 1992). Ifølge ACR skal de ulike kriteriene være tilstede over en viss tidsperiode. Kriteriene er i hovedsak kliniske men inneholder også kriterier for blodprøveresultater og radiologiske forandringer (Danneskiold-Samsøe et al., 2002).

2.1.3 Reumatoid Artritt og hånden.

Ulike muskler og sener arbeider sammen om å stabilisere og mobilisere leddene i hånden. RA forandrer disse biomekaniske forutsetningene. Dette vil gi symptomer som instabilitet og deformering av leddene (Bielefeld & Neumann, 2005).

Hendene angripes nesten alltid ved RA og oftest symmetrisk. Mer enn 90 % med diagnosen vil oppleve nedsatt håndfunksjon (Pap, Angst, Herren, Schwyzer, & Simmen, 2003). En kohortestudie melder om at så mye som 60% av pasientene med RA hadde utviklet hånddeformiteter etter 10 år med diagnosen. Selve håndleddet og MCP- og PIP-leddene er hyppigst affisert (Hansen, 2003). Hos 15 % med diagnosen er håndleddene affisert ved sykdomsdebut og hos 85 % senere i sykdomsforløpet. PIP- og DIP-ledd er affisert hos 40 % ved sykdomsdebut og hos alle med diagnosen ved senere anledning (Haga, 1998). Pinsettgrep og fingerfleksjon var affisert hos 50% av pasientene og åpningsgrep og tommelposisjonering var affisert hos nesten 25% (Malcus-Johnson, Carlqvist, Sturesson, & Eberhardt, 2005).

Håndfunksjon defineres som "muligheten til å bruke hånden i hverdagslig aktiviteter" (Fowler & Nicol, 2001). Håndfunksjon inkluderer kraftgrep, ROM, følelse, koordinasjon, dexterity, fingrep og motivasjon (Tyler, Adams, & Ellis, 2005). Dette kan føre til funksjonsnedsettelse, smerter, nedsatt kraft og følsomhet og etter hvert også leddforandringer (Danneskiold-Samsøe et al., 2002). Nedsatt håndfunksjon vil også føre til vanskeligheter med å utføre daglige aktiviteter (Pap et al., 2003).

Vi bruker hendene våre i svært mange situasjoner i livet og bruk av hendene er en del av rollene i livet. Derfor er det et særlig fokus på å opprettholde håndfunksjon hos pasienter med RA (Hammond, 2004).

2.2 Ergoterapi og Reumatoid Artritt

2.2.1 Ergoterapi, grunnsyn og kunnskapsgrunnlag.

I denne oppgaven har som mål å komme med anbefalinger for undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med RA. Det vil derfor være naturlig å gi et innblikk i hva ergoterapeuter bygger sin praksis på. Kunnskapsgrunnlaget til ergoterapeuter er sammensatt av ulike perspektiver.

Ergoterapeuter jobber for å fremme aktivitets og deltagelse for alle. Ergoterapeuter er opptatt av at alle skal få leve det livet de selv ønsker uansett forutsetninger (Norsk ergoterapi forbund, 2009). Ergoterapeuter skal fremme deltakelse i hverdags- og samfunnsliv gjennom å muliggjøre aktivitet. (Borg, Tjørnov, Brandt, Madsen, & (red), 2007). Ved å fremme menneskelig aktivitet gjør man mennesker til aktive aktører i sitt eget liv og kan vise seg uvurderlig når mennesker med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer skal få kontroll over eget liv (Townsend & Brintnell, 2002).

Ergoterapeuter retter sitt arbeid mot enkelt pasienter, grupper eller samfunn. Spesielt ser man på den enkeltes eller gruppes forutsetning og motivasjon for deltakelse og aktivitet. Aktivitet brukes som et middel for å nå målet samtidig som målet i seg selv også er aktivitet (Borg et al., 2007).

Ergoterapi er et ungt fag i medisinsk perspektiv og faget er i stadig utvikling. Norsk Ergoterapeutforbund sier følgende om kunnskapsgrunnlaget på sine nettsider: *Faget inkluderer både medisin- og naturvitenskap på den ene siden, og samfunns- og humanvitenskap på den andre siden. Ergoterapi søker dessuten å anvende både teknologi og kreativitet. Faget har forankring både i positivistisk og fenomenologisk tradisjon. Dette gir ergoterapeuter rike analysemuligheter og forståelsesrammer for menneskelig aktivitet. Når ergoterapeuten forholder seg til menneskers aktivitetsfunksjon, kan ergoterapeuten analysere og integrere ulike tilnærminger fra en objektiv anatomisk forståelse av aktivitetsbevegelser til en subjektiv tolkning av glede eller mening ved aktivitetsutføring (Ness, 1999).*

I sin praksis er ergoterapeuter opptatt av brukemedvirkning og pasientfokus. Sentralt i undersøkelse og behandling står den klientsentrerte praksisen. Klientsentrert praksis er et kjennetegn for ergoterapi. I en klientsentrert praksis vil si å inkludere pasienten i beslutninger og erkjenne pasientens erfaringer og viten om egen livssituasjon (Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend, 2002).

Gjennom sin doktorgrad så Grete Alve på hvordan ergoterapeuter samhandlet med sine pasienter. Hun konkluderer med at ergoterapeuter benytter seg av både en medisinsk tenkning og en hverdagslivstenkning. Det vil si at ergoterapeuter både ser på sykdom, skade og symptomer samtidig som man ser på pasientenes situasjonelle virkelighet (Alve, 2006).

Ergoterapeuter balanserer sin praksis på ulike vitenskapelige retningene. Townsend og Brintnell påpeker at *"Ergoterapeuter forstår betydningen af måling, men har samtidig også antagelser og værdier, der er i overensstemmelse med fortolkende og kritisk samfundsvidenskaber"* (Townsend & Brintnell, 2002). Kvantitativ forskning beskriver funn ved hjelp av tall og resultater. Kvalitativ forskning fortolker funn med ønske om å finne mening. Ergoterapeuter henter kunnskap fra begge disse vitenskapstradisjonene i sin praksis.

2.2.2 Er håndfunksjon et området ergoterapeuter har noe å tilby?

Reumatologi er en stor diagnosegruppe. Pasienter med RA er en av de diagnosene innenfor reumatologi som ergoterapeuter skifter oftest bekjentskap med. Ergoterapeuters fokus vil være daglige aktiviteter, fysisk funksjon og psykologisk status. (Hammond, 2004).

Ergoterapeuter vil være en del av rehabiliteringen av RA pasienter sammen med andre faggrupper som sykepleier, lege, fysioterapeut.

Den medisinske forskningen på RA har gjort store fremskritt de siste tiårene. Nye medisiner og tidlig diagnostisering har gjort at livssituasjonen for pasientene har forbedret seg kraftig. Alvorlig invalidiserende feilstillinger av ledd er sjeldent å se hos dagens pasienter. For ergoterapi har mye av kunnskapen om behandling av pasienter med RA vært erfaringsbasert

men i de senere årene har det kommet til evidensbaserte undersøkelser (Danneskiold-Samsøe et al., 2002).

RA vil ha stor innvirkning på flere aspekter av pasientens liv. Funksjonsnedsettelse som nedsatt kraft, nedsatt bevegelse og smerte kan føre til problemer med å utføre daglige aktiviteter. Pasienter med RA har nedsatt kraftgrep, pinsettgrep og gripefunksjon. Dette tilsier at ergoterapeuter vil være en aktuell del av rehabiliteringen av pasienter med RA (Hammond, 2004). Ergoterapeuter arbeider mye med ferdighetstrening og trening av håndfunksjon (Hansen, 2003).

Ergoterapeuter vil kunne hjelpe pasienten med informasjon om sykdommen, bruk av hjelpemidler, ortoser, håndtrening og trening gjennom ulike aktiviteter. Ergoterapeutens hovedmål i behandlingen av pasienter med RA er å forstå de problemer symptomene gir den enkelte pasient. Ergoterapeuter skal kartlegge de problemene som er viktigst for pasienten og sette mål for behandlingen deretter. Pasienten skal involveres og engasjeres i sin egen behandling (Danneskiold-Samsøe et al., 2002).

Ergoterapeuter er opptatt av pasientens daglige aktiviteter, opprettholde eller forbedre funksjon og for å hjelpe pasienten med kompensierende tiltak (Steultjens et al., 2002).

Pasienter med RA kan ha ulike vanskeligheter med å utføre daglige aktiviteter og vil derfor være en aktuell gruppe for ergoterapi. Pasienter med RA oppgir håndfunksjon som en av de viktigste faktorene til å gjøre daglige aktiviteter (Dellhag & Burckhardt, 1995).

Ergoterapeuter er opptatt av flere aspekter i en pasients liv. Ergoterapeuter innehar flere arbeidsredskaper for å undersøke interesser, aktivitetsmønster og hjemmemiljø (Kvalvik Stanghelle, 2004).

Hammond foreslår hva som kjennetegner en pasient som kan ha fordeler av ergoterapi. Pasienter med nedsatt fysisk funksjon, vanskeligheter med å utføre daglige aktiviteter, psykologiske faktorer og pasienter som har ønske om å finne andre måter å klare seg i sine daglige aktiviteter (Hammond, 2004).

Flere kliniske retningslinjer for behandling anbefaler bruk av ergoterapi for pasienter med RA for å opprettholde funksjon i affiserte ledd og for å tilpasse sin livssituasjon til symptomer (Hammond, 2004).

2.3 Reumatoid Artritt og håndundersøkelse.

2.3.1 Generelt om undersøkelse av hånden.

Undersøkelse bør gjennomføres på alle pasienter ergoterapeuter kommer i kontakt med. Dette for å finne pasientens status for å bestemme intervensjon og for å kunne måle forandringer som skjer. Undersøkelsen kan innholde målinger av fysisk funksjon som bevegelighet, kraft og deformiteter. Pasientens egen motivasjon kan undersøkes gjennom å spørre om interesser og ønsket fokus. Det finnes ingen undersøkelser som sier noe om hvilke håndøvelser eller når i sykdomsforløpet ulike øvelser bør benyttes. Ergoterapeuter må her bruke sin kliniske erfaring (Danneskiold-Samsøe et al., 2002).

Flere kartleggingsverktøy er etablert, både objektive og selvrapporterte. De subjektive undersøkelsene har hatt det problemet at det har vært vanskelig å si om svarene de gir er subjektive eller objektive. De objektive undersøkelsene har hatt det problemet at de har vært av dårlig kvalitet og ikke gitt svar på det de er ment å svare på (Pap et al. 471-81).

Pap et al deler undersøkelse av håndfunksjon inn i tre grupper; objektive single måleenheter, funksjonelle tester og subjektive/selvrapporteringskjemaer (Pap et al., 2003). I tillegg foreslår han tre mulige tilnærminger for undersøkelse av den affiserte hånden; 1, beskrivelse av anatomiske symptomer og forandringer, 2, måling av funksjonell tilbakegang og egenskaper, 3, undersøkelse av smerte og funksjonsnedsettelse (Pap et al., 2003).

Formålet med å undersøke håndfunksjon vil være å få innsikt i pasientens tilstand for å avgjøre hvilke tiltak som skal settes inn og for å ha mulighet til å se endring over tid. RA påvirker mange aspekter av en pasients liv, ikke bare fysisk funksjon isolert. Pap et al sier at

"The major area of interest is not simple improvement of single functional parameters, but more importantly, improvement in quality-of-life, including function." (Pap et al., 2003)

Paulsen og Mengshoel utarbeidet i 2003 en klinisk undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med RA. Den inneholdt undersøkelse av hånd-, albue- og skulderfunksjon, feilstillinger, leddbevegelighet, muskelkraft og andre opplysninger som sensibilitet, berøring og kosmetiske aspekter. De delte undersøkelsen inn i tre deler; 1, selvrapporteringsskjema, 2, samtale om aktuelle problemstillinger for pasienten og 3, skjema med observasjoner og tester. De ulike faktorene undersøkes ved hjelp av samtale, funksjonstester, måling av kraft, observasjon og palpasjon (Paulsen & Mengshoel, 2003).

Målemetoder som gir informasjon om fysisk funksjon gir begrenset informasjon om hvordan disse forandringene påvirker pasientens liv. I de senere årene har det kommet ulike verktøy som undersøker pasienten i daglige aktiviteter. Mange av verktøyene fyller pasienten ut selv. Mange av disse verktøyene er standardiserte, validerte og gir muligheter for kvantitativ analyse av resultatene (Pap et al., 2003).

Viktige momenter i en undersøkelse av hånden hos pasienter med RA inkluderer ulike aspekter av funksjon som kraft, bevegelighet, deformiteter og smerte. Disse aspektene kan gi informasjon om fysiske forandringer i hånden (Pap et al., 2003).

Undersøkelse av kraft og styrke regnes som et objektivt mål. Styrke defineres som *"Krafttoppen i et arbeid (moment) under en maksimal voluntær kontraksjon under gitte betingelser (kontraksjonens type og hastighet)" (Kvalvik Stanghelle, 2004).*

Pasienter med sykdom i bevegelsesapparatet, deriblant pasienter med RA, opplever redusert bevegelighet som får konsekvenser for daglige aktiviteter, sosial omgang og livsutfoldelse. Redusert bevegelighet kan gi redusert kraftutslag og vanskeligheter med å utføre aktiviteter. Leddbevegelighet undersøkes ved hjelp av goniometer, linjal eller med øyemål (Paulsen & Mengshoel, 2003) og anses som en objektiv undersøkelse av funksjon.

Medisiner vil kunne redusere forekomsten av alvorlige deformiteter. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil skader på brusk og ledd oppstå og føre til feilstillinger (Kåss & Kvien, 2010). Deformiteter kan undersøkes ved røntgen eller ved observasjon av hånden. Deformiteter undersøkes ved å se på avvik fra hva som anses for å være normalt (Paulsen & Mengshoel, 2003).

Undersøkelse av smerte regnes som en subjektiv måling som angis av pasienten. Det er mulig å undersøke hvordan smerten oppleves, hvor den er lokalisert og hvilke funksjonelle vanskeligheter den gir. *“Smerte som symptom er en individuell, subjektiv opplevelse.”* (Kvalvik Stanghelle, 2004). Smerten kan gjøre seg gjeldende både ved belastning og ved hvile og bidrar sterkt til funksjonsnedsettelse (Ween, 2004). Smerte undersøkes ved at man i samtale med pasienten spør om han eller hun opplever smerte, hvor den lokalisert og når den gjør seg gjeldende. Hvor alvorlig smerten er undersøkes med en VAS-skala som pasienten selv fyller ut (Paulsen & Mengshoel, 2003).

Undersøkelse av gripemulighet kan gjøres gjennom å observere ulike grep blant annet i aktivitet. En pasients gripemulighet vil være avhengig av kraftutvikling i muskelen, leddbevegelighet og smerte i aktivitet.

2.4 Kunnskapsbasert praksis

Hva man skal legge i begrepet ”kunnskapsbasert praksis” er omdiskutert. Kunnskapsbasert praksis har sin opprinnelse i det engelske begrepet ”Evidence based practice”. Det vil direkte oversatt fra engelsk være evidensbasert kunnskap og i den forstand betyr den kunnskapen som hentes fra forskningsbasert arbeid. Ergoterapeut forbundet har vært en av de faggruppene i Norge som har engasjert seg i å presisere mening i begrepet kunnskapsbasert praksis. Det menes at den forskningsbaserte kunnskapen er for snever for vår yrkesutøvelse.

Ergoterapeuter bruker både egen erfaring og brukerens ønsker når de tar avgjørelser i praksis (Jamtvedt & Nortvedt, 2008). Fagutøvelsen til ergoterapeuter bør bestå av både forsknings-, erfarings- og brukerbasert. På bakgrunn av dette har Ergoterapeutforbundet valgt å bruke begrepet ”kunnskapsbasert praksis” om ”evidencebased practice”

Norsk Ergoterapi forbund sier følgende om kunnskapsbasert praksis (KBP):

”KBP muliggjøring av deltagelse og aktivitet basert på borgerens preferanser og ønsker, ekspert- og erfaringsbasert viten og systematisk innhentet forskning. Dette innebærer en resonneringsprosess med en integrering av ulike typer kunnskap, brukerkunnskap, erfaringskunnskap og forskningskunnskap. Denne kunnskapen står i ulike samfunnsmessige kontekster slik at kunnskap om lover, faglige og etiske retningslinjer, organisering av helse- og sosialtjenester er også en nødvendig kunnskapsbase i tjenesteyting.” (Norsk ergoterapi forbund, 2009).

Jamtvedt, Hagen og Bjørndal definerer kunnskapsbasert praksis som

”Kunnskapsbasert fagutøvelse er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker å behov i den gitte situasjonen”. (Jamtvedt et al., 2003).

Hanne Tuntland sier at kunnskapsbasert praksis er et nytt begrep som ble introdusert i Norge på 1990-tallet (Tuntland, 2008). Mange mente at det var et nytt begrep på noe som allerede eksisterte i praksis.

Randi Wågø Aas introduserte norske ergoterapeuter for begrepet ”evidensbasert ergoterapi” gjennom 3 artikler i 2002 og 2003. Hun presiserer at evidensbasert praksis ikke har samme mening som kunnskapsbasert praksis. Med kunnskapsbasert praksis menes det praksis basert på forskning, erfaring og brukerens kunnskap mens begrepet evidensbasert praksis kun inneholder praksis basert på forskning (Eide, 2008).

Kunnskapsbasert praksis består altså av evidensbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerbasert kunnskap. Forskningsbasert kunnskap får man gjennom å lese og anvende forskning av god kvalitet fortrinnsvis forskning som sier noe om effekten av tiltak (Eide, 2008). Den erfaringsbaserte kunnskapen opparbeider man seg gjennom et langt yrkesliv gjennom arbeid med pasienter (Jamtvedt & Nortvedt, 2008) men også erfaring fra kollegaer (Eide, 2008). Brukerbasert kunnskap får gjennom å involvere brukeren når beslutninger skal

tas. Brukeren skal bidra med sine erfaringer men bør også ha innsikt i hva forskningen sier (Jamtvedt & Nortvedt, 2008).

Kunnskapsbasert praksis kombinerer en naturvitenskapelig tenkning med den hermeneutiske tankegangen (Eide, 2008). Naturvitenskapelig tenkning søker svar om naturen og naturlige fenomener til forskjell fra menneskeskapte og sosiale fenomener (Sletnes, 10 A.D.). I hermeneutikk søker svar gjennom å forstå det som har mening (Alnes, 2010).

Overordnet mål for den kunnskapsbaserte praksisen er helseutfallet hos pasientene skal bli best mulig. Beslutninger som tas i praksis skal være gjennomtenkte og basert på bevisste valg og godt begrunnede vurderinger (Jamtvedt & Nortvedt, 2008).

En av utfordringene til kunnskapsbasert praksis er implementering i praksis. Kunnskapsbasert praksis er godt kjent i de akademiske miljøet men er i liten grad brukt som arbeidsform i en ergoterapeuts hverdag (Tuntland, 2008). Utfordringene i den kliniske hverdagen for implementering av kunnskapsbasert praksis er mangel på relevant forskning, mangel på tid og nettverk og mangel på ferdigheter i søk etter forskning og kritisk vurdering av det man finner (Jamtvedt et al., 2003).

Kunnskapsbasert praksis kan være et hjelpemiddel for å koble teori og praksis sammen. En av fordelene ved kunnskapsbasert praksis er at ergoterapeutene står sterkere når avgjørelser skal tas i praksis (Dansk ergoterapi forbund, 2010) .

Kunnskapsbasert praksis er et strategisk satsingsområde for alle helseforetakene i Norge. Norsk Ergoterapi forbund er en av de faggruppene som har engasjert seg aktivt innenfor temaet (Jamtvedt & Nortvedt, 2009).

Magdalena Thomassen referer til Kuhn når hun beskriver paradigmer i et fags utvikling. Et fag er stadig i utvikling og hvilke begreper og metoder som er i fokus vil variere. Det vil ikke bety at man utelukker men hva man vektlegger i denne perioden. Når ny kunnskap introduseres vil den være med på å utvikle faget og hva det står for (Thomassen, 2006).

Det er altså diskusjon om hva kunnskapsbasert praksis skal inneholde og hva som skal vektlegges. Hva som er riktig og viktig kunnskap er vanskelig å enes om. Likevel, er det bred nasjonal og internasjonal enighet om at ergoterapeuter skal fortsette å bidra til utviklingen av kunnskapsbasert ergoterapi (Tuntland, 2008).

2.5 Retningslinjer for praksis

Hensikten med denne oppgaven er å utvikle anbefalinger for undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med RA. Dette har sine likheter med retningslinjer for praksis men med sine klare begrensninger i utarbeidelse og i kvalitetssikring. Etersom denne oppgaven har mange likheter med utarbeidelse av retningslinjer ønsker jeg å belyse hva som ligger i begrepet.

Retningslinjer for praksis har mange navn som faglige retningslinjer, kliniske retningslinjer, veiledere, anbefalinger, behandlingsplan, verktøy, kokebok (Dansk ergoterapi forbund, 2010; Jamtvedt et al., 2003). Disse er utarbeidet etter ulike mål og metoder og kvaliteten kan variere. Faglige retningslinjer "gir anbefalinger for behandlingsvalg for en definert sykdom eller problemstilling" (Jamtvedt et al., 2003). Bjørndal, Flattorp og Klovning sier at hensikten med å utarbeide kliniske retningslinjer er ønske om påvirke og øke kvaliteten av praksis (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2007).

Retningslinjer for praksis blir utviklet med det formål å hjelpe klinikeren ta faglig riktige beslutninger til rett tid. Det er mye kunnskap en kliniker har tilgang til i sin kliniske hverdag. Retningslinjer gir oversikt over temaet og kan gjøre det enklere for klinikeren å treffe de riktige beslutningene (Jamtvedt et al., 2003). Retningslinjer er et potensielt nyttig verktøy i den kunnskapsbaserte praksisen (Bjørndal et al., 2007).

Kliniske retningslinjer skal være med på å gi fornuftige handlingsmønstre i praksis (Bjørndal et al., 2007). De gjør det mulig å holde seg oppdatert på den stadige informasjonsflommen. De kan avsløre vitenskapelige mangler bak de metodene man benytter seg av i praksis (Kjærgaard, Mainz, Jørgensen, & Willaing, 2001).

Retningslinjer for praksis kan utarbeides på bakgrunn av flere kilder som forskning, verdier og kostnadseffektivitet. Kvaliteten og styrken på retningslinjene bestemmes av metoden for utarbeidelse og hvilke faktorer som er lagt som grunnlag (Jamtvedt et al., 2003).

Når man skal utvikle retningslinjer for praksis må man inkludere kliniske eksperter og representanter for pasienter i sitt arbeid (Jamtvedt & Nortvedt, 2009). Kvaliteten på retningslinjene bestemmes i stor grad av at de er utarbeidet på bakgrunn av forskning av en viss kvalitet. Forskningen de er basert på må derfor være oppdatert og av god kvalitet (Jamtvedt et al., 2003).

2.5.1 Utarbeidelse av retningslinjer for praksis

Arbeidet med kliniske retningslinjer går gjennom to faser; utvikling og implementering. Utviklingsfasen består av valg av sykdom eller problemstilling og selve utarbeidelsen. Implementeringsfasen består av anvendelse i praksis og tilbakemelding fra praksis (Kjærgaard et al., 2001). Denne oppgaven vil ta for seg utviklingsfasen.

Utviklingsfasen for anbefalingene bør ha følgende innhold:

- Anbefalinger basert på konsensus hvor det ikke foreligger vitenskapelig evidens.
- Evidensstyrke av hvert vitenskapelig arbeid.
- Utforming av de konkrete kliniske retningslinjer.
- Søkeprofil for litteratursøkingen.

(Kjærgaard et al., 2001).

Retningslinjer for praksis tar utgangspunkt i allerede eksisterende vitenskap og ekspertkonsensus. Dersom det ikke foreligger godt nok vitenskapelig grunnlag kan en ekspertgruppe utarbeide anbefalinger i stedet for kliniske retningslinjer. (Kjærgaard et al., 2001). Fremgangsmåten vil være den samme.

3. Metode

3.1 Innledning

Metoden sier noe om hvordan man har gått frem for å finne mer kunnskap på ønsket området (Dalland, 2004).

Denne delen av oppgaven vil først beskrive hva en konsensusprosess er for deretter og beskrive metodiske valg som ble tatt i gjennomføringen av en slik prosess i denne oppgaven. Metodedelens siste del vil beskrive gjennomføringen av litteratursøk.

3.2 Konsensusprosesser

En konsensusprosess søker etter enighet og undersøker hvordan enighet oppstår. Det er rammer for hvem som skal delta og når enigheten er oppnådd. Konsensusprosessen vil variere ut fra hvilket formål den har (Saunes, Deilkås, Kristoffersen, Lyngstad, & Nyen, 2006).

Sentralt i bruk av konsensusmetoder ligger koblingen mellom ekspertvurdering og evidensgrunnlag. Konsensusmetoder skal brukes for å oppnå enighet på et område det er lite enighet på fra før av. Formålet er ikke å tvinge frem enighet men heller å identifisere hva det er enighet om og hva det ikke er enighet om (Saunes et al., 2006).

Et viktig fellestrekk ved konsensusprosesser er bruk av eksperter. Ekspertgruppen skal ha en felles forståelse for hva oppgaven deres går ut på. I en større prosjekt ville arbeidsgruppen være med på hele prosessen gjennom utarbeidelse og validering av anbefalingene (Kjærgaard et al., 2001). I denne oppgaven vil ekspertgruppen være med på utarbeidelse av anbefalingene men ikke valideringen.

Utviklingen av kliniske retningslinjer består, som nevnt tidligere av to deler; utvikling og implementering. Denne oppgaven tar for seg den første fasen i utviklingen av kliniske retningslinjer; utviklingsfasen. Retningslinjer for praksis utarbeides ofte i større arbeidsgrupper og valideres av flere. Metoden brukt i denne oppgaven har her sine begrensinger. Utarbeidelse av fullstendige kliniske retningslinjer vil ha et større omfang enn

denne oppgaven har kapasitet til. Arbeidsmetoden som benyttes i denne oppgaven vil ha likevel ha flere likhetstrekk med metoden brukt for utarbeidelse av retningslinjer.

3.3 Delphi-prosessen

Opprinnelig ble den utviklet for teknologiske formål og har fått navnet sitt etter oraklet i Delphi fra gresk mytologi (Hasson, Keeney, & McKenna, 2000). Apollo snakket gjennom orakelet og kunne på den måten si noe om hva fremtiden ville bringe (Bowles, 1999). Bowles mener at Delphi-prosessen har potensialet til å forse endring (Bowles, 1999). Delphi-prosessen har blitt brukt i nesten 300 undersøkelser i sykepleie og andre helserelaterte temaer de siste 15 årene (Bowles, 1999).

Delphi-prosess er en felles betegnelse på konsensusmetoder hvor man søker å oppnå enighet på et utvalgt område. Det benyttes survey-skjemaer og deltakerne behøver derfor ikke møtes ansikt til ansikt. Delphi-metoden gjør det derfor mulig å samle inn kunnskap over store geografiske områder på kostnadseffektiv måte (Griffin, 2002). En Delphi-prosess identifiserer kunnskap som allerede finnes. Powells definerer prosessen på følgende måte: *"The Delphi technique is in essence a series of sequential questionnaires or 'rounds', interspersed by controlled feedback, that seek to gain the most reliable consensus of opinion of an 'expert panel'"* (Powell, 2003). Delphi-prosessen viser seg å være et fleksibelt verktøy når man ønsker å oppnå kunnskap og konsensus på et området det er lite konsensus om fra før av (Shekelle, Woolf, Eccles, & Grimshaw, 1999).

En Delphi-prosess begynner med identifisering av problemområdet og hva det er man ønsker å få mer kunnskap om (Hasson et al., 2000). En Delphi-prosess kan være krevende for de som skal delta og det er derfor viktig å sette klare rammer for prosessen. Deretter finner man hvilke ressurser man har tilgjengelig og bestemmer seg for hvordan utsendingen skal foregå. Deretter bestemmer man seg for når det er oppnådd konsensus og hvilken dataanalyse man skal foreta seg (Hasson et al., 2000).

Litteraturen kan være forvirrende når det kommer til nøyaktige beskrivelser av hvilke krav det stilles i gjennomføringen av en Delphi-prosessen (Hasson et al., 2000; Powell, 2003).

Hvordan gjennomføringen av Delphi-prosessen skal foregå er på mange måter opp til den som tilrettelegger men selvsagt innenfor visse rammer.

Prosessen forutsetter en ekspertgruppe og en tilrettelegger. Ekspertene gir tilgang til kunnskap i praksisfeltet på en effektiv måte og kan avdekke kunnskap som forskning enda ikke har belyst (Baker, Lovell, & Harris, 2006). Bowles påpeker at ordet 'ekspert' er mye brukt og et kjent begrep men hvem som innehar en slik ekspertkunnskap kan være vanskelig å avgjøre (Bowles, 1999). Hvem som defineres som eksperter er derfor i stor grad opp til den som tilrettelegger prosessen. En ekspert bør inneha legitimitet og være faglig kyndige på sitt fagområde (Kjærgaard et al., 2001; Shekelle et al., 1999). Shekelle et al sier at eksperter er personer "whose activities would be covered by the guideline or who have other legitimate reasons for having input into the process" (Shekelle et al., 1999). Bruk av eksperter vil kunne øke påvirkningen av praksis ettersom de selv er med på prosessen. Tilretteleggeren må på sin side være seg bevist i sine avgjørelser under hele prosessen, særlig i analysen av resultatene og fremstillingen av de til ekspertgruppen (Bowles, 1999).

Et viktig prinsipp i Delphi-prosessen er anonymitet. Full anonymitet oppnås når deltakere og tilrettelegger ikke har mulighet til å vite hvem som har deltatt og hvem som har svart hva. Anonymitet er en viktig faktor for å hindre påvirkning og negative gruppedynamikker (Saunes et al., 2006).

En Delphi-prosedyre går gjennom flere runder. I første runde blir en ekspertgruppe valgt ut av tilretteleggeren. Sammen kommer tilrettelegger og ekspertene frem til spørsmål eller påstander innenfor det valgte problemområdet (Saunes et al., 2006). Det er ekspertgruppen som kommer med forslag til påstander mens tilretteleggeren administrerer prosessen. Ekspertgruppen skal ha full frihet til å komme med ideer og skal oppfordres til å komme med flest mulig påstander. På den måten sikrer man at alle aspekter innenfor problemområdet blir dekket (Hasson et al., 2000).

Påstanden fra ekspertgruppen blir deretter kategorisert og klargjort for utsendelse av tilrettelegger. Påstander som har samme meningsinnhold blir slått sammen og ordlyden skal

i størst mulig grad beholdes. Tilrettelegger har ikke mulighet til å legge til påstander (Hasson et al., 2000).

Deretter starter det andre runde av Delphi-prosessen. Påstandene som er blitt utarbeidet blir nå sendt ut til og besvart ekspertgruppen. Ekspertene skal rangere de ulike påstandene etter kriterier som er bestemt på forhånd. Svarene som kommer tilbake blir analysert og kategorisert (Saunes et al., 2006).

Så starter tredje runde av Delphi prosessen. De analyserte og kategoriserte svarene sendt ut igjen til den samme gruppen men nå med opplysninger om hvilken oppslutning de fikk ved forrige runde. Det er viktig at tallene som sendes ut til ikke blir for kompliserte for mottakerne (Hasson et al., 2000). Deretter skal ekspertgruppen igjen ta stilling til og rangere påstandene (Saunes et al., 2006).

Slik fortsetter Delphi-prosessen i så mange runder som nødvendig frem til det oppnådd konsensus. Hvor mange runder som skal gjennomføres i en Delphi-prosess bestemmes ut fra når man mener det er oppnådd enighet. Det finnes flere alternativer for når prosessen bør avsluttes. Det kan bestemmes på forhånd hvor mange runder som skal gjennomføres eller gjennomfører prosessen uansett hva resultatene viser. Man kan også velge å stoppe prosessen når en viss prosentandel er oppnådd, før ekspertgruppen blir mett av å svare eller når det ikke er mulig å oppnå bedre konsensus (Hasson et al., 2000). Et viktig poeng er å ikke stoppe for tidlig men samtidig stoppe i tide (Hasson et al., 2000). I litteraturen varierer anbefalt antall runder fra to til fire (Keeney, Hasson, & McKenna, 2006).

Når konsensus er oppnådd er noe uklart i litteraturen (Shekelle et al., 1999; Bowles, 1999). Konsensus kan oppnås ved høyest prosentvis oppslutning, der hvor flest er enige eller hvor stabil oppslutningen er mellom hver runde. Konsensus ved prosentvis oppslutning per påstand ser ut til å være den mest vanlige måten (Shekelle et al., 1999). Hvor stor prosentandelen per påstand bør være vil variere ut fra antall respondenter. I litteraturen rapporteres det om oppnådd konsensus mellom 51 % helt opp til 100 % oppslutning per påstand (Shekelle et al., 1999; Hasson et al., 2000). Det kan se ut som avgjørelsen for når det er oppnådd konsensus skjer etter hvert som prosessen utvikler seg (Bowles, 1999).

Hvor stor ekspertgruppen bør være er også noe uklart i litteraturen. Bowles melder om grupper fra 10 til 50 personer til grupper helt opp til 1685 medlemmer (Bowles, 1999). En fordel med Delphi-prosessen er at den gjør det mulig å samle inn informasjon over store geografiske områder nettopp fordi det ikke er behov for å møtes fysisk. En større gruppe vil øke reliabiliteten og generaliserbarheten (Bowles, 1999).

Analysen av innsamlede data kan gjøres på ulike måter. Hvilke muligheter man har kommer an på hvordan rangeringen av påstandene er gjort. Dette bestemmes av tilrettelegger i starten av prosessen.

Lav svarprosent er vanlig i undersøkelser sendt per post (Keeney et al., 2006). For å øke svarprosenten bør deltakerne føle at de er en viktig del av prosessen, noe de også er. Viktigheten av god informasjon til deltakerne er noe som ofte blir oversett men som kan påvirke svarprosenten positivt (Keeney et al., 2006).

Validiteten og reliabilitet i svarene en Delphi-prosess gir er blitt diskutert. Reliabilitet er til hvilken grad en gjennomføring av en lik undersøkelse, under samme forutsetninger, ville gitt like svar (Hasson et al., 2000). Det finnes ikke evidens for reliabiliteten til Delphi-prosessen (Hasson et al., 2000). Delphi-prosessen har sin styrke i 'safety in numbers'. Med dette menes at en gruppe mennesker har mindre sjanse for å ta feil enn en enkelt menneske alene (Hasson et al., 2000). Det er viktig å understreke at validiteten til Delphi-prosessen avhenger av svarprosenten (Hasson et al., 2000). Validiteten påvirkes også av ekspertgruppens muligheter til å forandre mening mellom rundene. Respondentenes mulighet til å se hva gruppen som helhet har rangert ses på som både en fordel og en ulempe ved Delphi-prosessen (Hasson et al., 2000). Noen vil kanskje forandre mening etter å ha sett hva andre har svart mens andre vil fortsette å svare det samme som sist (Keeney et al., 2006).

I den kunnskapsbaserte praksisen har man som mål å kombinere både evidensbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes erfaring. En slik tilnærming til praksis er forenlig med bruk av Delphi-prosess kombinert med validering av påstandene. Shekelle et al sier at "such an interpretation is arguably more compatible with Delphi methodology than

may at first appear, as an expert opinion would presumably be evidence based in precisely this way.” (Shekelle et al., 1999)

Delphi-prosessen er en relevant måte å belyse et området som det fra før av finnes lite kunnskap om. Delphi-prosessen er også tidligere brukt i utviklingen av retningslinjer for praksis (Bowles, 1999).

3.4 Gjennomføring av Delphi-prosessen

3.4.1 Start Delphi-prosess

Problemstilling for Delphi-prosessen ble formulert i utgangspunkt i problemstillingen:

Hva anbefaler ergoterapeuter for undersøkelse av hånden hos pasienter med RA?

Ergoterapeuter som arbeider med denne pasientgruppen vil være en aktuell ekspertgruppe til å belyse denne problemstillingen. Gjennom Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK) og Ingvild Kjekken ble Norsk Nettverk For Ergoterapeuter Innen Revmatologi invitert til å delta på Delphi-prosessen. Nettverket består av ergoterapeuter fra hele Norge. Det er åpent for alle ergoterapeuter som jobber med revmatiske pasienter og de som har spesiell interesse innenfor fagområdet. Nettverket har vært aktivt i 20 år og våren 2009 hadde netteverket 41 ergoterapeuter på sin e-post-liste. Årlig arrangeres det Fagdager for Ergoterapeuter innen revmatologi.

Først skulle det samles inn påstander som deretter skal rangeres og ende opp i konsensus rundt ti av anbefalingene. Ekspertgruppen, bestående av ergoterapeuter, skal velge ut ti av de anbefalingene de mente var viktigst for undersøkelse av håndfunksjon. Det skulle ikke gjøres noen rangering utover det. Det ble forespeilet antall runder på minimum to og maksimum tre runder. Etter disse rundene var det et ønske om å stå igjen med ti anbefalinger. Dataanalysen skulle foregå etter opptelling av prosentvis oppslutning per påstand. Utsendelsen skulle skje per post. Ferdig utfylte og frankerte svarbrev skulle følge med.

Denne måten rangere påstandene på vil produsere kvantitative data og enkel dataanalyse av svarene. Anonymitet og utsending per post gjør det ikke mulig å gi tilbakemelding om hva hver enkelt har svart sammenlignet med andre respondenter. Det vil heller ikke være mulig å avgjøre om det er de samme deltakerne som er med fra runde til runde.

3.4.2 Delphi-prosess runde 1: Samling av påstander

På den årlige nasjonale fagdage for ergoterapeuter innen revmatologi i 2009 ble Delphi-prosessen gjennomført i regi av Ingvild Kjekken. Fagdage gikk over to dager. En gruppe fikk i oppgave å skrive ned hva de anbefalte av undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med reumatoid artritt og artrose. En annen gruppe fikk i oppgave å skrive ned hva de anbefalte i treningen av håndfunksjon hos pasienter med reumatoid artritt og artrose. De skulle altså skrive ned hva de anså som viktig og ikke hva de nødvendigvis foretok seg i sin praksis. Deretter ble de to gruppernes anbefalinger presentert i plenum hvor alle deltakere hadde mulighet til å gi nye bidrag. Deretter ble alle anbefalingene skrevet ned. Neste dag ble anbefalingene sirkulert i gruppen hvor ergoterapeutene fikk mulighet til å eventuelt tilføye flere anbefalinger. Totalt kom gruppen frem til 168 anbefalinger for undersøkelse og trening av håndfunksjon hos pasienter med RA og artrose. Av disse var 44 anbefalinger for undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med RA. Denne oppgaven vil videre ta for seg disse 44 anbefalingene.

3.4.3 Delphi prosess runde 2. Første utsendelse av anbefalingene

ICF er en mye brukt og akseptert rammeverktøy for beskrivelse helse og funksjon. ICF er utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon og står for "The International Classification of Functioning, Disability and Health" og er både en modell og klassifiseringssystem. ICF er teoretisk forankret i et bio-psykososialt perspektiv på helse. ICF sier noe om hvilke konsekvenser en diagnose gir for den enkelte. ICF-modellen tar sikte på å vise det komplekse samspillet mellom helsetilstand, omgivelser og personlige faktorer. Modellen deles inn i seks ulike dimensjoner; kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer, aktiviteter, deltakelse, miljøfaktorer og personlige faktorer (Vik, 2004). ICF ble brukt som taxonomi for å kategorisere anbefalingene.

Ifølge begrepsapparatet til ICF skal undersøkelser som tar for seg leddbevegelighet, muskelstyrke og kognitive forhold plasseres under kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer. Undersøkelser som tar for seg daglige aktiviteter og observasjon av ferdigheter plasseres under aktivitet. Hvilke aktiviteter pasienten deltar i på fritiden eller på jobb plasseres under deltakelse. Opplysninger om teknologi, tilbud av tjenester og sosialt nettverk plasseres under miljøfaktorer (Vik, 2004).

Etter konferansen i 2009 ble alle anbefalingene skrevet ned og kategorisert etter ICF sitt begrepsapparat. Anbefalingen ble kategorisert i følgende grupper; Håndkraft, Smerte, Leddbevegelighet, Hevelse, Stivhet, Aktivitet, Metode/Instrumenter og Annet. Anbefalinger som var skrevet to ganger ble slått sammen og anbefalingene gikk gjennom en språkvask. Dersom anbefalingene nevnte spesifikke undersøkelses verktøy ble dette strøket fra formuleringen. Dette for å øke troverdigheten og for å gjøre det enklere for respondentene å ta stilling til påstanden. Anbefalingene ble i størst mulig grad bevart akkurat slik de var skrevet. Anbefalinger som var blitt skrevet flere ganger og hadde samme meningsinnhold ble slått sammen. Kategoriseringen ble gjort av Ida Dørstad og deretter vurdert av Ingvild Kjekken som kom med innspill. Ergoterapeuter som arbeidet ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo kom også med innspill på kategoriseringen og formuleringer av anbefalingene.

De ferdig kategoriserte anbefalingene ble sendt ut per post til medlemmer av Norsk nettverk for ergoterapeuter innen revmatologi, uavhengig av om de var tilstedet eller ikke på fagdage i 2009. Utsendelsen innholdt anbefalinger for undersøkelse og trening av håndfunksjon hos pasienter med diagnosene reumatoid artritt og artrose. Deltakerne ble oppmuntret til å kopiere opp eksemplarer til kolleger som ikke hadde mottatt eget brev. Vedlagt lå det en ferdig utfylt og frankert svarkonvolutt.

Utsendelsen (vedlegg 1), besto av en side med informasjon og en side med instruksjon, fire sider med de kategoriserte anbefalingene og et ark med forklaring på uttrykk som kunne misforstås. I tillegg var den ferdig utfylt og frankert svarkonvolutt vedlagt. For å opprettholde anonymiteten til deltakerne ble det ikke spurt om alder, arbeidssted, kjønn eller annen informasjon.

På informasjonsskrivet ble det informert om formålet med undersøkelsen, hvor langt prosessen var kommet og hvor mange runder det forventes å gjennomføre. På side to ble det gitt en enkel instruksjon om hvordan skjemaet var organisert og hvordan det skulle fylles ut. For å øke svarprosenten ble det vektlagt i informasjonsbrevet viktigheten av deres deltakelse.

Mottakerne fikk i oppgave om å sette ring rundt de 10 anbefalingene de anså som viktigst når det gjaldt undersøkelse av håndfunksjon av pasienter med reumatoid artritt. Svarfristen var 3 uker. Svarene var anonyme og kunne ikke spores tilbake til den som hadde besvart.

3.4.4 Delphi prosess runde 3. Andre utsendelse av anbefalingene.

De mottatte svarene ble kategorisert etter hvor stor svarprosent hver enkelt anbefaling hadde fått. Anbefalinger som fikk over 75 % oppslutning ble vurdert som oppnådd konsensus. Anbefalinger med oppslutning under 24 % ble tatt helt ut av prosessen med den begrunnelse at ingen eller et svært lite antall fant disse anbefalingene viktigst. Anbefalinger som fikk mellom 25-74% ble vurdert til å ha potensialet til å kunne samles konsensus om eller ikke samles konsensus om. Disse ble tatt med i en ny runde i Delphi-prosessen for bestemme konsensusnivå.

De kategoriserte anbefalingene ble på nytt sendt ut til samme gruppe (vedlegg 2).

Utformingen på skjema var den samme men anbefalingene var markert på ulik måte etter hvilken oppslutning de fikk i forrige runde. De anbefalingene som hadde fått oppslutning over 75 % ble markert med fet skrift. De anbefalingene som fikk oppslutning under 24 % ble markert i grå farge. De som fikk mellom 25-74% oppslutning ble markert med vanlig skrift. Etter hver anbefaling ble prosentvis oppslutning fra forrige runde opplyst om. Deltakerne fikk dermed sjansen til å se hva gruppen som helhet hadde svart ved forrige runde.

I informasjonsarket ble det takket for deltakelsen i forrige runde og oppfordret til deltakelse også i denne runden og selv om man ikke var med i forrige runde. Det ble informert om at dette sannsynligvis var siste runde og om viktigheten av deltakelse også i denne runden. På instruksjonsarket ble det informert om hvordan kategoriseringen var gjort. Mottakerne skulle markere de ti anbefalingene man anså som viktigst av de som var markert med vanlig

skrift, altså de som hadde fått mellom 26-74% oppslutning ved forrige runde. Svarfrist var 3 uker. Vedlagt også denne gangen lå ferdig utfylt og frankert svarkonvolutt.

I andre runden av Delphi-prosessen ble oppslutning over 75 % per anbefaling vurdert som oppnådd konsensus. I denne runden ble det vurdert til for ambisiøst med oppnådd konsensus ved 75 % per anbefaling. På bakgrunn av hva litteraturen beskriver som oppnådd konsensusnivå og størrelsen på ekspertgruppen ble de anbefalinger som fikk over 50 % oppslutning vurdert til å ha oppnådd konsensus om. Oppslutningen fra 2.runde var ikke medregnet. Tilbakemeldingen fra 3.runde viste i konsensus rundt 10 anbefalinger.

Problemstillingen for Delphi-prosessen var *"Hva anbefaler ergoterapeuter for undersøkelse av hånden hos pasienter med RA?"*. Etter tredje runde med Delphi-prosessen var det oppnådd konsensus om ti anbefalinger. Dette var tilfredsstillende ut fra målsettingen satt før prosessen startet og prosessen ble derfor stanset etter to runder. Totalt gikk Delphi-prosessen over fem måneder. Det var nå identifisert 10 anbefalinger for hva ergoterapeuter anså som viktig ved undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med RA.

3.5 Litteratursøk og utvelgelse av artikler

På bakgrunn av de ti anbefalingene som var utarbeidet ble det igangsatt litteratursøk for å undersøke hvilken evidens som ligger bak hver enkelt anbefaling.

3.5.1 Hva kjennetegner et litteratursøk?

"Et godt litteratursøk er viktig for å identifisere all relevant forskning som er utført i verden om et bestemt spørsmål" (Bjørndal & Red, 2006).

Det anbefales å benytte seg av de som er erfarne innenfor området man søker på. Man bør samarbeidet med en bibliotekar og noen med erfaring på området om søkestrategien. Det kan ofte lønne seg å gå gjennom referanselisten til allerede identifiserte artikler for å på den sikre seg at man har fått med seg mest mulig relevant informasjon. (Bjørndal & Red, 2006).

Litteratursøket skal kunne belyse problemstillingen man er opptatt av. Systematiske skjevheter skal forhindres i størst mulig grad. Tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier skal

være utarbeidet. Skjevheter kan forhindres ytterligere ved at flere er med på utvelgelsen. Artiklene bør velges på bakgrunn av lesning av både tittel og sammendrag. Det bør være to eller flere som vurderer relevansen av artiklene. Dersom alle parter finner artikkelen irrelevant blir den ekskludert. Dersom det er uenighet om artikkelens relevans skal artikkelen leses og igjen vurderes til det oppnås konsensus om den skal inkluderes eller ikke (Bjørndal & Red, 2006).

3.5.2 Søkestrategi

Overordnet tema er undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med RA. Søkordene er valgt på bakgrunn av problemstilling, diagnose og temaene i anbefalingene som kom frem gjennom Delphi-prosessen.

Relevante søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriterier ble identifisert av Ida Dørstad. Bibliotekarer fra bibliotek for medisin og helsefag ved Universitetet i Oslo kom med råd og innspill for valg av søkeord. Engelske søkeord ble brukt i engelskspråklige databaser og skandinaviske søkerord ble brukt i de databasene det var mulig. Søkordene som ble benyttet var Rheumatoid arthritis, Arthritis, Rheumatology, Occupational therapy, Hand, Hand function, Hand asses*, Hand therapy, Hand movement, Hand strength, Asses*, Pain, Wrist, Thumb, Range of motion. MESH-termer ble brukt i de databasene det var mulig og søkeordene ble brukt i kombinasjon (AND/OR). Den skandinaviske betydningen av ordene ble benyttet i databasene hvor det var nødvendig.

De utvalgte artiklene skal enten ta for seg kartlegging, undersøkelse eller veiledning av håndfunksjon hos pasienter med RA, eller se på sammenhengen mellom aktivitet og deltakelse og håndfunksjon

Målet med litteratursøket var komme frem til et sett med artikler som kunne gi grunnlag for validering av anbefalingene.

3.5.3 Litteratursøk på bakgrunn av anbefalingene

Et litteratursøk på bakgrunn av anbefalingene ble dermed igangsatt. Jeg ønsket å finne artikler som enten hadde evidens for eller imot de utvalgte anbefalingene. Det ble søkt i

følgende databaser MEDLine, CINAHL, Amed, Embase, Cochrane, Pedro, SWEMed og OT-Seeker i tidsrommet januar 2000 til august 2010. Forskning på RA har gjort store fremskritt de siste årene, spesielt i forhold til tidlig diagnostisering og i utviklingen av nye medikamenter, som har fått stor betydning for sykdommens utvikling (Adams, Burrige, Mullee, Hammond, & Cooper, 2004). Begrensinger av tidsrommet gjorde det mulig å identifisere så oppdatert kunnskap som mulig.

Databasene er valgt på bakgrunn av de databasene Det medisinske bibliotek ved Universitet i Oslo mener er mest relevante for ergoterapeuter og i oppgavens tema. Databasene samsvarer med de Det Danske Ergoterapi forbund anbefaler til bruk i kunnskapsbaser praksis (Dansk ergoterapi forbund, 2010). Valg av søkekriterier og selve litteratursøket ble gjort i samarbeid med bibliotekarer ved det medisinske biblioteket ved Universitet i Oslo.

Litteratursøket ga et stort antall treff. I første omgang ble artiklene plukket ut med følgende inklusjonskriterier: engelskspråklig eller skandinavisk språklige, deltakere: over 18 år, diagnostisert med RA, Fokus på Rheumatoid arthritis (RA) og hånd derav; håndfunksjon og undersøkelse av håndfunksjon. Artiklene ble ekskludert etter følgende kriterier fokus på medikamentell-, kirurgisk- eller post-kirurgisk behandling, artikler som omhandlet Juvenile arthritis.

Etter denne runden satt jeg likevel med stort antall artikler. Titlene og sammendragene til artiklene ble studert og enten forkastet eller inkludert. En nærmere utvelgelse ble dermed gjort med følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier: Inklusjonskriterier: artikler som tar for seg kartlegging, undersøkelse, veiledninger for RA-pasienter og håndfunksjon, artikler som ser på sammenheng mellom aktivitet og deltakelse og håndfunksjon. Eksklusjonskriterier: omhandlet andre diagnoser enn RA, artikler som hadde fokus på medikamentell behandling, surgery/operasjon, Post-surgery, splinting, work/arbeid, ortoser, radon-/laserbehandling, radiografi eller diet og artikler som omhandlet vertifisering/validering/vurdering av spesifikke tester/verktøy.

Etter denne prosessen ble den endelige utvelgelsen av artiklene som skulle validere anbefalingen gjort i samarbeid med Ingvild Kjekken. Ingvild Kjekken er ergoterapeutspecialist i somatisk helse med doktorgrad fra Universitetet i Oslo. Hun har lang erfaring innen både

innen klinisk arbeid og forskning med pasientgruppen. Artiklene ble vurdert ut fra tittel og ved usikkerhet om relevans ble abstraktet vurdert. Aktuelle artikler ble identifisert og valgt ut individuelt av Ida Dørstad og Ingvild Kjekken. Utvalgte artikler ble så sammenlignet. Ulikheter i utvalgte artikler ble diskutert til konsensus om et sett artikler var nådd. Referanselistene til de utvalgte artiklene ble studert og ytterligere artikler ble identifisert og inkludert. Et endelig sett med artikler var nå utarbeidet.

3.5.4 Vurdering av artiklene

Alle artiklene ble vurdert med sjekklister for vurdering av artikler med ulikt forskningsdesign utarbeidet av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Deretter ble fokuset ble rettet inn mot hver enkelt anbefaling.

Evidensen (artiklene) ble grader med EULAR evidenshierarki for diagnose basert på studie design (Zhang et al., 2006);

- Ia. Meta-analysis of cohort studies
- Ib. Meta-analysis of case control studies
- IIa. Cohort studies
- IIb. Case-control/cross sectional comparative studies
- III. Non-comparative descriptive studies
- IV. Expert opinion.

En meta-analyse vil si analyse av analyser det vil si at man sammenfatter resultater fra flere studier. I en cohort studie observerer man en gruppe over tid. I en case-controllstudie sammenligner man ulike grupper med hverandre. Meta-analyse av cohortestudie eller en case-kontrollstudie vil si at man sammenligner resultatene fra flere slike undersøkelser. En cross sectional komparative studie er en tverrsnittstudie hvor man gjør observasjoner ved et bestemt tidspunkt med sammenligning. En Non-comparativ descriptiv studie er en tverrsnitt studie uten sammenligning. En expert opinion vil si at en eller flere uttaler seg om et bestemt tema men uten selv å ha undersøkt fenomenet.

3.6 Etiske aspekter

Etikk handler om hva som er riktig og god livsførsel (Dalland, 2004). I et forskningsprosjekt har man et spesielt ansvar for den man undersøker. Alle som bedriver medisinsk forskning må forholde seg til Helsinki-deklarasjonen. Helsinki-deklarasjonen er etiske retningslinjer som brukes internasjonalt. Viktige aspekter er anonymitet og frivillig deltakelse for de man undersøker.

Antall ergoterapeuter som jobber innfor revmatologi i Norge er, som nevnt over, begrenset. Det er derfor sjans for at deltakerne møter hverandre og eventuelt snakker om spørreskjema og dermed oppgir til hverandre at de er en av respondentene. Dersom deltakerne viste om hverandres deltakelse vil det være hva Hasson et al referer til som 'kvasi-anonymitet'. Kvasi-anonymitet betyr at deltakerne vet hvem som har deltatt men ikke hva hver enkelt har svart (Hasson et al., 2000).

Svarene til deltakerne var anonyme ved innsending. Dette ble orientert om i informasjonsbrevet. Den frankerte svarkonvolutten som lå vedlagt spørreskjemaet var anonymt og kunne ikke spores. Jeg viste hvem jeg hadde sendt ut til men hadde ikke mulighet til å vite hvem som responderte.

Det må søkes tillatelse hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig etikk (REK) for lagring av personopplysninger og andre sensitive opplysninger som kan identifisere de som har besvart undersøkelsen. Svarene i spørreskjemaet ble telt opp og lagret. Spørreskjemaet innholdt ingen sensitive spørsmål eller kunne frembringe data som ville identifisere avsenderen.

Det var frivillig å delta i alle rundene av Delphi-prosessen. Under første runde av Delphi-prosessen ble innsamlingen av påstander arrangert som en gruppeaktivitet. Dersom noen ikke ønsket å delta kunne deltakerne selv velge å ikke bidra med påstander. Ettersom innsamling av påstandene ble presentert som en del av fagdagene kunne det være vanskelig å velge å avstå fra deltakelse når resten av gruppen ønsket å gi sine bidrag.

Deltakerne kunne velge om de ønsket å fylle ut svarskjemaet eller ikke i både første og andre runde av Delphi-prosessen. På grunn av anonymitet på svarkonvolutten og på spørreskjemaet var det ikke mulig å for trekke sitt bidrag når man først hadde sendt inn svaret. Når det er sagt, var det ingen som fremsatte et slikt krav.

4. Resultater

4.1 Delphi-prosessen

4.1.1 Deltakere

I første runde av Delphi-prosessen deltok totalt 27 ergoterapeuter. Tjueen av disse arbeidet ved på ulike revmatologiske avdelinger, to var håndterapeuter ved en ortopedisk avdeling, en var håndterapeut ved medisinsks avdeling, en var ansatt som foreleser ved en studieavdeling for ergoterapeuter og en ved studieavdeling for ortopediingeniører.

4.1.2 Oppslutning

I 2.runde av Delphi-prosessen ble det sendt ut 48 skjemaer hvorav 25 ble returnert. Dette ga en svarprosent på 52 %. Det ble sendt ut like mange skjemaer i 3.runde hvor 26 skjemaer ble returnert. Dette ga en svarprosent på 54 %. Et av skjemaene var ikke fylt ut etter instruksjonene og ble derfor forkastet.

4.1.3. Oppnådd konsensus

Etter 2.runde med Delphi-prosessen ble det oppnådd konsensus om 3 anbefalinger. 29 anbefalinger gikk ut i denne runden med oppslutning under 24%. 13 anbefalinger hadde oppslutning mellom 25-74% og ble tatt med videre inn i en ny runde med Delphi-prosessen.

Etter 3 runde beholdt man de anbefalingene som hadde fått størst oppslutning, under forutsetning av at 50 % eller mer av deltagerne hadde gitt stemme til anbefalingen. Etter 3. runde var det oppnådd konsensus om ytterligere 7 anbefalinger. Det ble totalt oppnådd konsensus om 10 anbefalinger.

4.1.4 Endelige anbefalinger

I 1.runde av Delphi-prosessen ble det samlet inn 44 anbefalinger. Prosessen ble stoppet etter 3 runder. Da hadde Delphi-prosessen resultert i 10 anbefalinger for undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med RA.

Anbefalinger som inneholdt en spesifikk verktøy ble verktøyet fjernet fra anbefalingen. Dette for å

Følgende påstander ble det oppnådd konsensus om i Delphi-prosessen:

- Man bør undersøke leddbevegelighet i tommel.
Fikk 92 % oppslutning etter 2. runde med Delphi.
- Man bør undersøke hvilke aktiviteter som er vanskelige for pasienten å gjøre.
Fikk 92 % oppslutning etter 2. runde Delphi.
- Undersøkelser bør gjøres ved bruk av standardiserte og kvalitetssikrede instrumenter der det finnes.
Fikk 96 % oppslutning etter 3. runde Delphi.
- Man bør undersøke smerte ved aktivitet.
Fikk 88 % oppslutning etter 3. runde Delphi.
- Man bør undersøke hvilke feilstillinger pasienten har.
Fikk 84 % oppslutning etter 3. runde Delphi.
- Man bør undersøke leddbevegelighet i håndledd.
Fikk 72 % oppslutning etter 3. runde Delphi.
- Man bør undersøke hvilke interesser pasienten har.
Fikk 68 % oppslutning etter 3. runde Delphi.
- Man bør undersøke knytte- og strekkedeficitt 2-5 finger i millimeter.
Fikk 68 % oppslutning etter 3. runde Delphi.
- Man bør undersøke håndkraft i kraftgrep
Fikk 68 % oppslutning etter 3. runde Delphi.
- Man bør stille et åpent spørsmål om hva som plager pasienten mest.
Fikk 88 % oppslutning etter 3. runde Delphi.

4.2 Litteratursøk

Litteratursøket ga totalt 957 treff. Gjennom utvelgelsen ble 16 artikler valgt ut.

Referanselisten fra de utvalgte artiklene ble studert og ytterligere 4 artikler ble tatt med. Det endelige settet av artikler bestod av 20 artikler.

4.3 Gjennomgang av anbefalinger

Artiklene som ble identifisert i litteratursøket skal så brukes til å belyse de ti anbefalingene utarbeidet gjennom Delphi-prosessen. Artiklene er delt inn i to grupper; artikler som tar for seg kartlegging, undersøkelse, veiledninger for pasienter med RA og håndfunksjon, totalt 18 av artiklene omhandlet dette, og artikler som ser på sammenheng mellom aktivitet og deltakelse og håndfunksjon, totalt 2 av artiklene omhandlet dette. Grad av evidens ble vurdert, som nevnt tidligere, etter EULAR evidenshierarki for diagnose basert på studie design. Tabellen under viser en kort oversikt over artiklene, inndeling, hvilke studiedesign som ble benyttet og grad av evidens.

Tabell 1: Studier som beskriver funksjonelle konsekvenser av Reumatoid Artritt:

Forfatter	Studie Design	Resultat	Gradering av evidens
(Shipham & Pitout, 2003)	Tverrsnittstudie	Fant sammenheng mellom kraftgrep og vanskeligheter i ADL og at tap av kraftgrep var hovedindikator for bruk av hjelpemidler.	III
(Fowler & Nicol, 2001)	Case-kontrollstudie	Fant sterk korrelasjon mellom pinsettgrep og range of motion og en biomekanisk undersøkelse og anbefaler dette som en kostnadseffektive undersøkelser av håndfunksjon. Kliniske undersøkelser kan ikke gi et presist bilde av faktisk håndfunksjon.	IIb
(Pincus & Sokka, 2003)	Ekspert uttalelse	Den beste måten å skaffe informasjon om langtidsvirkningene av RA, i en klinisk hverdag, er med selvrapporteringskjemaer. Kvantitative måleinstrumenter gir generelt den beste informasjonen om klinisk status. Testing av gripestyrke og gangfunksjonstest kan predikere dødelighet og evnen til å arbeide.	IV
(Johnsson & Eberhardt, 2009)	Kohortestudie	59% av pasientene utviklet minst en hånddeformitet, hovedsakelig i de første 2-3 årene ut i undersøkelsen, etter 10 år med RA.	IIa
(Hallert, Thyberg, Hass, Skargren, & Skogh, 2003)	Kohortestudie	Menn har mindre funksjonsnedsettelse enn kvinner har. Kvinner opplevde økt smerte mindre velbehag over tid enn det mennene gjorde.	IIa
(Bjork et al., 2006)	Kohortestudie	Håndfunksjon hadde sterk påvirkning gjennom studieperioden på 3 år. En forklaring kan være at menn utnyttet styrken i hånden og kvinner ROM når de utførte oppgavene. Menn hadde bedre håndstyrke enn kvinner. Ingen forskjell mellom kjønnene på gripemulighet.	IIa
(Eberhardt et al., 2008)	Tverrsnittstudie	Håndfunksjon i undersøkelsen viste seg å være sensitive men klinisk relevante ovenfor endringer i håndfunksjon. Gripestyrke vil være den enkleste og mest reliable måten å få en viss oversikt over håndfunksjon.	IIb
(Thyberg, Hass,	Tverrsnittstudie	Det var korrelasjon mellom gripestyrke og aktivitetsbegrensinger. Konkluderer med at	

Nordenskiold, Gerdle, & Skogh, 2005)		gripestyrke kan brukes som indikator for å identifisere en pasients aktivitetsbegrensinger.	IIb
(Odegard, Finset, Mowinckel, Kvien, & Uhlig, 2007)	Kohortestudie	Ved alle målingene hadde minst en tredjedel av gruppen klinisk relevante smertemålinger. Gruppen hadde stabil smerte og psykologisk status samtidig som sykdommen utviklet seg negativt. Kvinnelig kjønn, gripestyrke og sykdomsaktivitet hadde sammenheng med smerte.	IIa
(Dellhag, Hosseini, Bremell, & Ingvarsson, 2001)	Tverrsnittstudie	Selvrapportert smerte, målt med VAS, var lav. De fleste av undersøkelsene som ROM, GAT, kraftgrep og presisjonsgrep skilte seg klart ut fra kontrollgruppen av friske.	IIb
(Bodur, Yilmaz, & Keskin, 2006)	Tverrsnittstudie	Konkluderer med at gripestyrke og pinsettgrep hadde mest sammenheng med hånd dysfunksjon og mener derfor at disse faktorene bør inkluderes i evalueringen av pasienter med RA. Målingene av dysfunksjon var betydelig dårligere hos kvinner enn hos menn.	III
(Bjork, Gerdle, Thyberg, & Peolsson, 2008)	Kohortestudie	En stor del av pasientene som rapporterte om moderat til betydelig smerte ved oppstart rapporterte fortsatt om dette etter fem år. Smerten kan relateres til dårligere håndfunksjon og vanskeligheter i daglige aktiviteter. Hos menn var sykdomsaktivitet mer relatert til smerte enn det var kvinner. Smerte må sees i sammenheng med andre faktorer.	IIa
(Hakkinen et al., 2005)	Tverrsnittstudie	Smerte er viktig faktor for fysisk funksjon. Undersøkelses av pasienter med RA vil være ufullstendig uten smertemålinger. Den faktiske ROM må tas i betraktning når man undersøker fysisk funksjon, ikke bare om pasienten klarer oppgaven som er gitt. Gripestyrke viser seg å være en sterk indikator for håndfunksjon og har også vist seg å kunne predikere arbeidsevne og dødelighet.	III
(Goodson, McGregor, Douglas, &	Case-kontrollstudie	Konkluderer med at pinsettgrep, kraftgrep og ROM gir reproducerbare målinger og kan gi god indikasjon på en persons nedsatte funksjon hos pasienter med RA.	IIb

Taylor, 2007)			
(Oken, Batur, Gunduz, & Yorgancioglu, 2008)	Tverrsnittstudie	Alder, sykdomsvarighet, smerte og kraftgrep var svakt til moderat korrelert med HAQ. Nedsatt gripestyrke hadde ikke innvirkning på funksjonell status. Dette kan ha sammenheng med den lave gjennomsnittsalderen i testgruppen.	III
(Adams et al., 2004)	Tverrsnittstudie	Selv om kraftgrep forekommer i fåtall av de daglige aktivitetene er det likevel en viktig indikator for håndfunksjon. Kraftgrep er en god indikator for sykdomsaktivitet. Kraftgrep kan begrenses av pasientens smerte eller hevelse. Det kan altså være vanskelig å skille sykdomsaktivitet fra faktisk nedsatt funksjon. Bevaring av kraftgrepstyrke bør være et mål for behandlingen.	III
(Bjork, Thyberg, Skogh, & Gerdle, 2007)	Korhorte	Alle scorene i disse testene var signifikante forskjellige fra kontrollgruppen. HAQ (aktivitetproblemer) var linket til gripestyrke. Alle aspekter av håndfunksjon korrelerer med HAQ opptil 3 år etter stilt diagnose. Gripestyrke har sammenheng med størrelsen på hånd, underarm, vekt, høyde og alder. Redusert gripestyrke er assosiert med aktivitetsbegrensinger. Selv med tidlig behandling av RA og forbedring av håndfunksjon de første 3 månedene, har både kvinner og menn nedsatt håndfunksjon etter fem år, sammenlignet med friske personer.	Ila

Tabell 2: Studier som beskriver klinisk praksis, anbefalinger eller retningslinjer for undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med Reumatoid Artritt:

Forfatter	Studie Design	Resultat	Gradering av evidens
(Pap et al., 2003)	Ekspertuttalelse	Gir råd om hvordan man vanligvis undersøker ulike deler av håndfunksjon.	IV
(Tyler et al., 2005)	Ekspertuttalelse	Håndkraft har vist seg å variere så mye som 23,7% på en periode på tre uker. Hvilken posisjon hånden er i når håndkraft måles er også av betydning. Ved måling av håndkraft bør man bruke standardiserte protokoller der de finnes og måle på nøyaktig samme måten hver gang. Det er ikke kjent på hvilket nivå av gripestyrke aktivitetsproblemene vil	IV

		vise seg.	
(Sokka, 2005)	Ekspertuttalelse	Oversikt over hvordan og med hva man kan undersøke smerte hos pasienter med RA.	IV

Så følger redegjørelse for hver enkelt anbefaling. Anbefalingene ble kategorisert inn etter ICF sitt begrepsapparat; *Kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer, aktiviteter og deltagelse, miljøfaktorer og personligefaktorer*. Anbefaling nummer 1, 2, 3, 4, 5, 6 ble kategorisert som kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer. Anbefaling nummer 7, 8 og 9 ble kategorisert som aktivitet og deltagelse. Anbefaling nummer 10 ble kategorisert som miljøfaktorer.

Nummerering av anbefalingene er gjort for å holde bedre oversikt og er ikke ment som gradering. Hver anbefaling vil bli gjennomgått hver for seg.

Gjennomgang av artiklene skulle identifisere hvor mange av artiklene som tar for seg dette fenomenet, om og i så fall hvilke konsekvenser dette fenomenet har for pasienter med RA og om det nevnes som en viktig del av undersøkelsen av pasienter med RA.

4.3.1 Anbefaling nummer 1.

”Man bør undersøke håndkraft i kraftgrep.”

Pasientene med RA hadde klart lavere verdier i kraftgrep sammenlignet med kontrollgruppen (Bjork et al., 2007; Dellhag et al., 2001; Oken et al., 2008).

Gripestyrke er en god indikator for håndfunksjon (Adams et al., 2004; Tyler et al., 2005; Hakkinen et al., 2005; Hakkinen et al., 2005; Bodur et al., 2006; Oken et al., 2008).

Det er sammenheng mellom kraftgrep og aktivitetsproblemer (Thyberg et al., 2005; Tyler et al., 2005). Kraftgrep har også sammenheng med vanskeligheter i ADL og behov for hjelpemidler (Shipham & Pitout, 2003), sykdomsaktivitet (Adams et al., 2004; Eberhardt et al., 2008), dødelighet og evnen til å delta i arbeidslivet (Pincus & Sokka, 2003).

Undersøkelser som tester gripestyrke er sannsynligvis den metoden som gir lettest og mest reliabel oversikt over en pasients håndfunksjon (Eberhardt et al., 2008). Målinger av kraftgrep gir reproducerbare målinger og kan vise endring i fysisk funksjon (Goodson et al., 2007; Pap et al., 2003) og bør derfor inngå som en del av undersøkelsen av pasienter med RA (Bodur et al., 2006). Når man måler kraftgrep må man vite hvorfor man undersøker det, hva

man sammenligner resultatene med og om målemetoden er god nok (Tyler et al., 2005; Pap et al., 2003).

Det var 14 av 20 av artiklene som hadde kraftgrep som overordnet mål eller som sekundær faktor. Tre artikler rapporterer om kraftgrep som en funksjonell konsekvens av RA og syv artikler nevner kraftgrep som prediktor for ulike faktorer. Fire artikler anbefaler måling av kraftgrep som en del av undersøkelsen for pasienter med RA. Denne anbefalingen oppnådde 68 % oppslutning etter 3. runde med Delphi-prosess. Høyest grad av oppnådd evidens er IIb.

4.3.2 Anbefaling nummer 2

”Man bør undersøke knytte- og strekkedeficit 2-5 finger i millimeter.”

Pasienter med RA hadde dårligere ROM i MCP, PIP og DIP leddene enn kontrollgruppen. (Goodson et al., 2007)

Det anbefales å måle ROM i MCP-leddene som en del av undersøkelsen hos pasienter med RA (Fowler & Nicol, 2001; Goodson et al., 2007).

Det var 4 av 20 av artiklene som hadde undersøkelse av knytte og strekke deficit med millimeter som overordnet mål eller sekundær faktor. En artikkel rapporterer om dårligere ROM i PIP- og DIP-leddene og to artikler anbefaler dette som en del av undersøkelsen av pasienter med RA. ROM i PIP- og DIP-ledd er ikke nevnt som prediktor i noen av artiklene. Denne anbefalingen oppnådde 68 % oppslutning etter 3. runde Delphi-prosess. Høyest grad av oppnådd evidens er IIb.

4.3.3 Anbefaling nummer 3.

”Man bør undersøke leddbevegelse i tommel.”

Undersøkelse av ROM gir lite reproduerbare målinger (Goodson et al., 2007) men vil likevel være en god indikasjon på en pasients fysiske funksjon (Hakkinen et al., 2005; Goodson et

al., 2007; Pap et al., 2003) og bør derfor inkluderes som en del av undersøkelsen av pasienter med RA (Goodson et al., 2007; Fowler & Nicol, 2001).

Det var 6 av 20 artiklene hadde undersøkelse av leddbevegelse som overordnet mål eller sekundær faktor. Ingen av artiklene nevner spesifikt leddbevegelse i tommelen som en funksjonell konsekvens av RA eller som en prediktor. Tre artikler nevner at generell leddbevegelse i hånden kan gi en indikasjon på fysisk funksjon. To artikler anbefaler undersøkelse av leddbevegelse som en del av undersøkelsen av pasienter med RA. Denne anbefalingen oppnådde 92 % oppslutning etter 2. runde med Delphi-prosess. Høyest grad av oppnådd evidens er IIb.

4.3.4 Anbefaling nummer 4.

”Man bør undersøke leddbevegelse i håndledd.”

Det ble funnet signifikant forskjell mellom RA og kontrollgruppen på ROM i håndleddet (Goodson et al., 2007). Måling av leddbevegelse er lite reproducerbare (Goodson et al., 2007) men kan likevel si noe om forandring i fysisk funksjon over tid men også være et utslag av sykdomsaktivitet ved undersøkelsestidspunkt (Adams et al., 2004). Undersøkelse av ROM kan gi en indikasjon på en pasients fysiske funksjon (Goodson et al., 2007; Hakkinen et al., 2005; Pap et al., 2003) og bør derfor inkluderes i undersøkelsen av pasienter med RA (Goodson et al., 2007; Fowler & Nicol, 2001).

Det var 9 av 20 artikler som hadde undersøkelse av leddbevegelse som overordnet mål eller sekundær faktor. En artikkel rapporterer om nedsatt leddbevegelse som en funksjonell konsekvens av RA. Ingen artikler nevner leddbevegelse i håndledd som en prediktor eller anbefaler dette som en del av undersøkelsen av pasienter med RA. Tre artikler nevner at generell leddbevegelse i hånden kan gi en indikasjon på fysisk funksjon. To artikler anbefaler undersøkelse av leddbevegelse som en del av undersøkelsen av pasienter med RA. Denne anbefalingen oppnådde 72 % oppslutning etter 3. runde Delphi-prosess. Høyest grad av oppnådd evidens er IIb.

4.3.5 Anbefaling nummer 5.

”Man bør undersøke smerte ved aktivitet.”

Pasienter med RA skiller seg ut med økte smertemålinger (Odegard et al., 2007) men det rapporteres også om lave smertemålinger som ikke skilte seg ut fra kontrollgruppen (Dellhag et al., 2001).

Smerten kunne relateres til kjønn, fysisk funksjon, sykdomsaktivitet (Odegard et al., 2007), nedsatt håndfunksjon og vanskeligheter i daglige aktiviteter (Bjork et al., 2008).

Det anbefales å undersøke smerte og dette må kombineres med andre undersøkelser (Bjork et al., 2008)

Det var 10 av 20 artikler som hadde undersøkelse av smerte som overordnet mål eller sekundær faktor. Tre artikler nevner smerte som en funksjonell konsekvens av RA mens en ikke finner denne sammenhengen. To artikler rapporterer om sammenheng med smerte og andre faktorer. To artikler anbefaler undersøkelse av smerte som en del av undersøkelsen av pasienter med RA. Denne anbefalingen oppnådde 88 % oppslutning etter 3. runde Delphi-prosess. Høyest grad av oppnådd konsensus er IIb.

4.3.6 Anbefaling nummer 6.

”Man bør undersøke hvilke feilstillinger pasienten har.”

Deformiteter er en vanlig konsekvens av RA (Adams et al., 2004) og kan bety nedsatt fysisk funksjon (Pap et al., 2003; Oken et al., 2008), indikerer om sykdomsaktivitet og evnen til å utføre daglige aktiviteter (Johnsson & Eberhardt, 2009).

Undersøkelse av deformiteter bør være en del av undersøkelse av pasienter med RA. (Bodur et al., 2006)

Det var 2 av 20 av artiklene som hadde undersøkelse av deformiteter som overordnet mål eller sekundært mål. To artikler rapporterer om funksjonell konsekvens av deformiteter. En artikkel nevner deformiteter som prediktor og en artikkel anbefaler at deformiteter bør undersøkes hos pasienter med RA. Denne anbefalingen oppnådde 84 % oppslutning etter 3. runde Delphi-porsess. Høyest grad av oppnådd evidens er IIa.

4.3.7 Anbefaling nummer 7.

”Man bør undersøke hvilke aktiviteter som er vanskelige for pasienten å gjøre.”

Fysiske konsekvenser av RA kan forandre seg negativt samtidig som opplevelsen av aktivitetsproblemer ikke følger samme mønster (Pincus & Sokka, 2003). Kvinner opplevde flere aktivitetsbegrensinger enn menn som følge av symptomer av RA (Thyberg et al., 2005; Shipham & Pitout, 2003). Aktivitetsbegrensningene var stabile gjennom 3 år etter diagnostisert med RA (Thyberg et al., 2005).

Hvilke aktiviteter som er vanskelig for pasienten å gjøre kan undersøkes objektivt av ergoterapeut (Pincus & Sokka, 2003), på direkte spørsmål om dette til pasienten eller i en kombinasjon av de to nevnte. Som nevnt tidligere er ergoterapeuter opptatt av å inkludere pasienten og benytte seg av deres viten om eget liv (Law et al., 2002).

Det var 10 av 22 artikler som hadde undersøkelse av aktivitetsbegrensinger som overordnet mål eller som sekundær faktor. Denne anbefalingen oppnådde 92 % oppslutning etter 2. runde Delphi. Høyest grad av oppnådd evidens er IIb.

4.3.8 Anbefaling nummer 8.

”Man bør undersøke hvilke interesser pasienten har.”

Ingen av artiklene nevner eksplisitt undersøkelse av pasientens interesser. Men, som nevnt i teoridelen er klientsentrert praksis et kjennetegn for ergoterapi (Law et al., 2002) og vil derfor være et naturlig fokus i undersøkelsen.

Denne anbefalingen oppnådde 68 % oppslutning etter 3. runde Delphi-prosess.

4.3.9 Anbefaling nummer 9.

”Man bør stille et åpent spørsmål om hva som plager pasienten mest.”

Ingen av artiklene nevner eksplisitt at man skal stille et åpent spørsmål om hva som plager pasienten mest. Fokus på den kunnskapen pasienten har om eget liv er en del av den klientsentrerte praksisen som er typisk for ergoterapi (Law et al., 2002).

Denne anbefalingen oppnådde 88 % oppslutning etter 3.runde med Delphi-prosess.

4.3.10 Anbefaling nummer 10.

”Undersøkelser bør gjøres ved bruk av standardiserte og kvalitetssikrede instrumenter der det finnes”.

Det eksisterer i dag flere undersøkelses verktøy som pasienten fyller ut selv som er standardiserte, validerte og som gir mulighet for kvantitativ analyse av resultatene. Verktøy som måler funksjon bør gi kvantitative målinger, være valide og reliable og sensitive for forandring (Pap et al., 2003). Håndfunksjon i undersøkelsen viste seg å være sensitive men klinisk relevante ovenfor endringer i håndfunksjon (Eberhardt et al., 2008). Et av de viktigste spørsmålene man bør stille seg ved undersøkelsen av RA pasienter er hva den aktuelle undersøkelsen måler og hva den skal brukes til (Pap et al., 2003; Tyler et al., 2005).

Det er 3 av 20 av artiklene nevner bruk av standardiserte og kvalitetssikrede instrumenter som et viktig element i undersøkelsen av pasienter med RA. Denne anbefalingen tar ikke for seg undersøkelse av pasienten men er en beskrivelse av standarden på undersøkelsene som skal benyttes. Denne anbefalingen kan derfor ikke være en konsekvens av RA eller en prediktor. Denne anbefalingen oppnådde 96% oppslutning etter 2.runde med Delphi-prosess. Høyest grad av oppnådd konsensus er IV.

5. Diskusjon

5.1 Innledning

Settet av anbefalingene vil nå bli diskutert på bakgrunn av artiklene i artikkelsettet, temaer tatt opp i teoridelen av oppgaven og mine egne refleksjoner.

5.2 Diskusjon av metoden

En formell konsensusmetode vil føre til reproduserbare målinger nettopp fordi den vil være mindre følsom ovenfor enkeltpersoners eventuelle dominans i gruppen (Kjærgaard et al., 2001).

Ekspertgruppen kunne ha bestått av flere faggrupper og representanter fra pasientene. En variasjon i utvalgte eksperter kan øke validiteten på retningslinjene. En gruppe som er fagspesifikk vil kunne favorisere enkelte påstander (Shekelle et al., 1999). Likevel, utvalget av eksperter er i tråd med oppgavens problemstilling.

Reliabiliteten og generaliserbarheten er avhengig av størrelsen på gruppen. Det finnes ingen nasjonal oversikt over hvor mange ergoterapeuter som arbeider med denne pasientgruppen. Antall ergoterapeuter som arbeider innen revmatologi er begrenset og ekspertgruppen bestod av de som var kjent for NRRK. Resultatene i denne undersøkelsen er på bakgrunn av denne gruppens tilbakemeldinger. Tilbakemeldinger fra ergoterapeuter som ikke er med i dette nettverket, men som arbeider med pasientgruppen, er ikke med i denne undersøkelsen.

Dersom denne oppgaven hadde hatt en større tidsramme og tilgang til flere ressurser kunne andre metodiske valg blitt gjort som kunne hatt betydning for prosessen. Utsending per e-post og bruk av datateknologi ville ha produsert et større antall data og en mer avansert analyse. Respondentene kunne da ha sett hva de selv svarte i forhold til hva gruppen som helhet svarte og gjort valg av prioritering på bakgrunn av dette. Valg av utsending per post, ønske om anonymitet og mangel på tid og ressurser gjorde at dette ikke var mulig.

Respondentene fikk anledning til å se hva gruppen som helhet hadde svart men måtte selv erindre hva de hadde svart i forrige runde. Utsending per post ble brukt for å gjøre prosessen mer personlig og for å på den måten kunne øke svarprosenten. Inkludering av ergoterapeuter fra andre land ville økt størrelsen av gruppen og kunne ha økt reliabiliteten og validiteten.

5.3 Diskusjon av litteratursøket

Litteratursøk dekker ikke såkalt "grå litteratur" og upubliserte arbeid. Grå litteratur er studier som ikke er publisert i tidsskrifter og heller ikke er søkbare i databaser. En del arbeid blir aldri publisert av ulike grunner. Studier med positivt utslag blir oftere publisert (Bjørndal & Red, 2006). Ved å utelukke studier med annet språk enn skandinavisk og engelsk språk kan man gå glipp av informasjon. Oversetting av artikler var det ikke ressurser til i denne oppgaven.

Det er fare for en viss subjektivitet i utvelgelsen av artikler. Dette ble prøvd sikret gjennom inklusjons- og eksklusjonskriteriene og ved være to personer som valgte ut det endelige settet av artikler.

5.4 Diskusjon av anbefalingene som helhet.

RA gir symptomer som vil gi utslag i flere aspekter av en pasients liv. Dette vises gjennom variasjonene i anbefalingene. Blant de ti anbefalingene som hadde størst oppslutning var seks stykker om undersøkelse av fysisk funksjon, tre av anbefalingene undersøker pasientens egen opplevelse og en anbefaling er om hvilke standard undersøkelsen man velger bør ha. Hvor bevist ekspertgruppen var på å vise variasjon når de prioriterte hva de anså som viktig i undersøkelsen kan ikke sies for sikkert. Som Pap et al påpeker "*The major area of interest is not simple improvement of single functional parameters, but more importantly, improvement in quality-of-life, including function.*" (Pap et al., 2003).

I kunnskapsbasert praksis er man opptatt av å kombinere evidensbasert kunnskap, egen erfaring og pasientens kunnskap om egen helse. Variasjonen i anbefalingene er i overensstemmelse med de tre delene i den kunnskapsbaserte praksisen. Dette kan vise at

ergoterapeuter er opptatt av å hente kunnskap fra flere kilder når de undersøker håndfunksjon hos pasienter med RA.

Ergoterapeuter bruker kunnskap fra flere kilder i sin praksis. Variasjonene i anbefalingene viser til nettopp dette. På NETF sine nettsider står det følgende om ergoterapeuters kunnskapsgrunnlag *"Når ergoterapeuten forholder seg til menneskers aktivitetsfunksjon, kan ergoterapeuten analysere og integrere ulike tilnærminger fra en objektiv anatomisk forståelse av aktivitetsbevegelser til en subjektiv tolkning av glede eller mening ved aktivitetsutføring.*(Ness, 1999). Ergoterapeuter anbefaler å undersøke fysisk funksjon og hva pasienten selv anser som viktig i sitt liv. Tilegnelse av kunnskap om fysisk funksjon og om hva pasienten er opptatt av er i tråd med kunnskapsgrunnlaget til ergoterapeuter.

Selv om alle anbefalingene som ble samlet inn i første runde av Delphi-prosessen viser variasjon er det flere komponenter som kunne ha gjort undersøkelsen mer fullstendig. Inflammasjon, lokalisering av smerte, komorbiditet og mestringsstrategier er ikke nevnt i påstandene som ekspertgruppen kom frem til. Det er ikke dermed sagt at dette ikke ble ansett som viktig. En grunn til dette kan være at informasjon om disse aspektene av en pasients liv fås fra andre faggrupper som ergoterapeuten samarbeider med i undersøkelsen av pasientene.

Ergoterapeuter er opptatt av å fremme aktivitet og deltakelse og gjøre mennesker til aktive aktører i eget liv. Ergoterapiens grunnsyn, som det er gjort rede for i teori-delen av oppgaven, sammenfaller med uvalgte anbefalinger.

Ikke alle anbefalingene hadde sterk grad av evidens bak seg. Likevel, oppnådde nettopp disse anbefalingene høyest oppslutning. Dette er aspekter som ergoterapeuter anser som viktig i undersøkelsen av pasienter med RA. Manglende evidens kan bety at det er områder forskningen ikke har avdekket enda. Det kan også bety at elementene som nevnes i anbefalingene er elementer forskningen vanskelig kan avdekke. Som nevnt i teoridelen vil et fag være i stadig være i utvikling og perioder med ulikt fokus (Thomassen, 2006). Lav grad av evidens kan derfor ha sammenheng med hva forskningen og fagutviklingen er opptatt av akkurat nå.

Anbefaling nummer 8 *”Man bør undersøke hvilke interesser pasienten ha.”* og nummer 9 *”Man bør stille et åpent spørsmål om hva som plager pasienten mest ”* ble det ikke funnet evidens for. Likevel er dette i samsvar med den kunnskapen ergoterapeuter legger til grunn for sin praksis. Ergoterapeutene i ekspertgruppen mente også at dette var en av de viktigste komponentene i undersøkelsen av håndfunksjon hos pasienter med RA.

Undersøkelse av leddbevegelighet i tommel og undersøkelse av hvilke aktiviteter pasienten selv opplever som vanskelige oppnådde høy grad av konsensus allerede i andre runde av Delphi-prosessen. Hvorfor nettopp disse anbefalingene raskt oppnådde høy grad av konsensus kan det spekuleres i. En tanke jeg gjør meg er at å undersøke hvilke aktiviteter pasienten opplever som vanskelige er noe som er typisk for ergoterapeuter som nettopp er opptatt av aktivitet og deltakelse i eget liv. Ved å undersøke dette vil man kunne få innsikt i hva pasienten ønsker å sette fokus på og på den måten inkludere pasienten i behandlingen. Undersøkelse av leddbevegelighet i tommelen vil kunne gi en indikasjon på hvor funksjonell tommelen er. Håndfunksjon vil bli svært redusert dersom tommelen ikke er funksjonell. Sentrale grep som pinsett-, presisjons- og kraftgrep vil være vanskelig uten en funksjonell tommel og kan gjøre ulike aktiviteter svært vanskelige. Men, om det var nettopp dette ergoterapeutene hadde i tanken når de markerte påstandene kan kun spekuleres i.

Anbefalingene skal også implenteres i ergoterapeuters praksis. Ettersom ergoterapeuten selv var med i utarbeidelsen av anbefalingen er det mulig at dette vil øke motivasjonen for å teste ut anbefalingene i sin egen praksis.

Undersøkelse av pasienter med RA er en del av en større kontekst i en ergoterapeuts hverdag. Lover og regler, etiske retningslinjer og hvordan arbeidsplassen er organisert vil spille inn på valgene ergoterapeuter gjør i sin kliniske hverdag. Kritisk vurdering av evidens, inkludering av pasientens ønsker, klinisk skjønn i den konteksten ergoterapeuten befinner seg vil ha betydning for anvendelse av anbefalingene i praksis.

5.5 Begrensinger i anbefalingene

Det var lavere grad av evidens for alle anbefalingene. Ingen av anbefalingene oppnådde høyere grad av evidens enn IIa. En anbefaling oppnådde evidensnivå IIa, seks anbefalinger oppnådde evidensnivå IIb, en anbefaling oppnådde evidensnivå IV og to anbefalinger ble det ikke funnet evidens for.

Det er mulig at ikke alle relevante studier ble funnet i litteratursøket. Studier som ikke er oversatt til engelsk eller skrevet på skandinavisk språk er inkludert. I selve utvelgelsen av artikler fra litteratursøket kan det ha blitt oversett relevante artikler. For å sikre seg best mulig mot dette ble referanselistene til alle utvalgte artikler studert og relevante artikler ble inkludert.

Svarprosenten var henholdsvis 52 % og 54 % ved utsendelsen. Ved utsendelse per post er det vanlig med lavere svarprosent. Deltakerne ble oppfordret avsette tid, tankevirkosomhet samt å gi respons ved flere anledninger. Dette kan ha ført til at noen deltakere mistet motivasjon og dermed valgte å ikke delta. Svarprosenten som denne undersøkelsen fikk er innfor hva som er å forvente ved utsendelse av spørreskjemaer per post (Cook, Dickinson, & Eccles, 2009).

Denne undersøkelsen tar for seg de anbefalingene som fikk størst oppslutning. Det er mulig det finnes tilfredsstillende evidens for de anbefalingene som ikke nådde med som de siste ti anbefalingene.

Den kunnskapsbaserte praksisen består, som nevnt tidligere, av tre momenter; evidensbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens kunnskap. Denne oppgaven tar for seg evidensbasert kunnskap fra forskning og erfaringsbasert kunnskap som ergoterapeuter innehar. Ved å inkludere pasientenes erfaring ville jeg ha fått kunnskap om hva pasientgruppen anså som viktig for ergoterapeuter å undersøke.

6. Oppsummering

6.1 Innledning

I denne oppgaven har jeg belyst problemstillingen ”*Hvilken evidens ligger bak praksisanbefalinger, gitt av ergoterapeuter for pasienter med RA?* Dette ble gjort gjennom å samle inn påstander om hva ergoterapeuter mener er viktig i undersøkelsen av pasienter med RA. Gjennom en Delphi-prosess ble de ti anbefalingene med høyest oppslutning valgt ut. Deretter ble det gjennomført et litteratursøk på bakgrunn av de ti anbefalingene med den hensikt å undersøke hvilken evidens som lå bak hver enkelt anbefaling. Oppgaven hensikt var å belyse hva ergoterapeuter mener er viktig i undersøkelsen av pasienter med RA og å finne hvilken evidens som lå bak.

6.2 Konklusjoner og utfordringer fremover

Anbefalinger for undersøkelse av pasienter med Reumatoid artritt er utarbeidet. Anbefalingene oppnådde lavere grad av evidens og noen ble det ikke funnet evidens for. Det etterlyses dermed mer forskning og kunnskap på området for å på den måten kunne bekrefte eller avkrefte påstanden.

Bjørndal, Flattorp og Klovning sier at hensikten med å utarbeide kliniske retningslinjer er ønske om påvirke og øke kvaliteten av praksis (Bjørndal et al., 2007). Dette er også hensikt med denne oppgaven. Anbefalingene kan bidra til bedre praksis og med videre diskusjon av temaet blant ergoterapeuter og andre faggrupper.

Et viktig spørsmål vil være om anbefalingen vil kunne implenteres i praksis. Anbefalingene bør få tilbakemelding fra praksis og justeres deretter. Vil disse anbefalingene kunne brukes i praksis uansett kultur, kjønn eller alder på pasientene?

Inkludering av ergoterapeuter fra flere land, flere faggrupper og fra pasientgruppen vil kunne være med på å videreutvikle anbefalingene.

Faget er i stadig utvikling og hva man anser som viktig vil forandre seg. Ny kunnskap vil komme til og utvikle faget. Utarbeidelse av anbefalinger bør være en prosess som er i stadig utvikling.

Reference List

Adams, J., Burridge, J., Mullee, M., Hammond, A., & Cooper, C. (2004). Correlation between upper limb functional ability and structural hand impairment in an early rheumatoid population. *Clin.Rehabil.*, *18*, 405-413.

Alnes, J. (2010). hermeneutikk. www.snl.no [Electronic version]. Available: www.snl.no/hermeneutikk

Alve, G. (2006). *Terapeutrollen i samhandling. En studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter. Doktoravhandling.* Medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Baker, J., Lovell, K., & Harris, N. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Res.*, *14*, 59-70.

Bielefeld, T. & Neumann, D. A. (2005). The unstable metacarpophalangeal joint in rheumatoid arthritis: anatomy, pathomechanics, and physical rehabilitation considerations. *J.Orthop.Sports Phys.Ther.*, *35*, 502-520.

Bjork, M., Gerdle, B., Thyberg, I., & Peolsson, M. (2008). Multivariate relationships between pain intensity and other aspects of health in rheumatoid arthritis--cross sectional and five year longitudinal analyses (the Swedish TIRA project). *Disabil.Rehabil.*, *30*, 1429-1438.

Bjork, M., Thyberg, I., Haglund, L., & Skogh, T. (2006). Hand function in women and men with early rheumatoid arthritis. A prospective study over three years (the Swedish TIRA project). *Scand.J.Rheumatol.*, *35*, 15-19.

Bjork, M. A., Thyberg, I. S., Skogh, T., & Gerdle, B. U. (2007). Hand function and activity limitation according to health assessment questionnaire in patients with rheumatoid arthritis and healthy referents: 5-year followup of predictors of activity limitation (The Swedish TIRA Project). *J.Rheumatol.*, 34, 296-302.

Bjørndal, Flottorp, & Klovning (2007). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Gyldendal Norsk Forlag.

Bjørndal, A. & Red (2006). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten - 2006*. Oslo: Nasjonalt senter for helsetjenesten.

Bodur, H., Yilmaz, O., & Keskin, D. (2006). Hand disability and related variables in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol.Int.*, 26, 541-544.

Borg, T., Tjørnov, J., Brandt, Å., Madsen, A., & (red) (2007). *Basisbog i ergoterapi*. København.

Bowles, N. (1999). The Delphi technique. *Nurs.Stand.*, 13, 32-36.

Brekke, M. & Kvien, T. (1999). *Reumatoid artritt*. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 119.

Cook, J. V., Dickinson, H. O., & Eccles, M. P. (2009). Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: an observational study. *BMC.Health Serv.Res.*, 9, 160.

Dalland, O. (2004). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Danneskiold-Samsøe, B., Lund, H., & Avlund, K. (2002). *Klinisk reumatologi for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. Danmark : Munksgaard.

Dansk ergoterapi forbund (2010). Evidensbaseret ergoterapi - udvikling af praksis og profession.

[http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG FORSKNING/Evidens/evidens_baseret_ergo_vejledning.pdf](http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Evidens/evidens_baseret_ergo_vejledning.pdf) [Electronic version].

Dellhag, B. & Burckhardt, C. S. (1995). Predictors of hand function in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.*, 8, 16-20.

Dellhag, B., Hosseini, N., Bremell, T., & Ingvarsson, P. E. (2001). Disturbed grip function in women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.*, 28, 2624-2633.

Eberhardt, K., Sandqvist, G., & Geborek, P. (2008). Hand function tests are important and sensitive tools for assessment of treatment response in patients with rheumatoid arthritis. *Scand.J.Rheumatol.*, 37, 109-112.

Eide, L. (2008). Vi trenger en opprydning i ergoterapifaget. *Ergoterapeuten*, 1-4.

Fowler, N. K. & Nicol, A. C. (2001). Functional and biomechanical assessment of the normal and rheumatoid hand. *Clin.Biomech.(Bristol., Avon.)*, 16, 660-666.

Goodson, A., McGregor, A. H., Douglas, J., & Taylor, P. (2007). Direct, quantitative clinical assessment of hand function: usefulness and reproducibility. *Man.Ther.*, 12, 144-152.

Griffin, S. (2002). Occupational therapy practice in acute care neurology and orthopaedics. *J.Allied Health*, 31, 35-42.

Hakkinen, A., Kautiainen, H., Hannonen, P., Ylinen, J., Arkela-Kautiainen, M., & Sokka, T. (2005). Pain and joint mobility explain individual subdimensions of the health assessment questionnaire (HAQ) disability index in patients with rheumatoid arthritis. *Ann.Rheum.Dis.*, 64, 59-63.

Hallert, E., Thyberg, I., Hass, U., Skargren, E., & Skogh, T. (2003). Comparison between women and men with recent onset rheumatoid arthritis of disease activity and functional ability over two years (the TIRA project). *Ann.Rheum.Dis.*, 62, 667-670.

Hammond, A. (2004). What is the role of the occupational therapist?
Best.Pract.Res.Clin.Rheumatol., 18, 491-505.

Hansen, T. M. (2003). *Reumatologi : basisbog* . København: Munksgaard.

Hasson, F., Keeney, S., & McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *J.Adv.Nurs.*, 32, 1008-1015.

Hochberg, M. C., Chang, R. W., Dwosh, I., Lindsey, S., Pincus, T., & Wolfe, F. (1992). The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.*, 35, 498-502.

Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi - et bidrag til bedre praksis! *Ergoterapeuten*, 01., 10-18.

Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. (2009). Engasjerer og provoserer. *sykepleien.no*, 07, 64-69.

Jamtvedt, G., Hagen, K. B., & Bjørndal, A. (2003). *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. (1 ed.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johnsson, P. M. & Eberhardt, K. (2009). Hand deformities are important signs of disease severity in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology.(Oxford)*, 48, 1398-1401.

Kåss, E. & Kvien, T. (2010). leddgikt (SML-artikkel). snl.no [Electronic version].
Available: http://snl.no/sml_artikkel/leddgikt

Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J.Adv.Nurs.*, 53, 205-212.

Kjærgaard, J., Mainz, J., Jørgensen, T., & Willaing, I. (2001). *Kvalitetsudvikling i sunhedsvæsenet*. København: Munksgaard.

Klareskog, L., Saxne, T., & Enman, Y. (2005). *Reumatologi*. Lund, Studentlitteratur.

Kvalvik Stanghelle, J. (2004). Undersøkellesmetoder. In L.Wekre & K. Vardeberg (Eds.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir anderledes* (pp. 65-73). Bergen: Fabokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (2002). Nøglebegreper i ergoterapi. In *Fremme af menneskelig aktivitet ergoterapi i et canadisk perspektiv* (1 ed., pp. 31-59). København: FADL's forlag København.

Malcus-Johnson, P., Carlqvist, C., Sturesson, A. L., & Eberhardt, K. (2005). Occupational therapy during the first 10 years of rheumatoid arthritis. *Scand.J.Occup.Ther.*, 12, 128-135.

Ness, N (1999). Kunnskapsgrunlaget i ergoterapi. Retrieved 1-10-2010, from <http://netf.no/NETF/Fag-og-yrkesutoevelse/Fagprofil/Kunnskapsgrunlaget>

Norsk ergoterapi forbund (2009). NETF. <http://netf.no/NETF/Fag-og-yrkesutoevelse/Kunnskapsporten> [Electronic version]. Available: <http://netf.no/NETF/Fag-og-yrkesutoevelse/Kunnskapsporten>

Odegard, S., Finset, A., Mowinckel, P., Kvien, T. K., & Uhlig, T. (2007). Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann.Rheum.Dis.*, *66*, 1195-1201.

Oken, O., Batur, G., Gunduz, R., & Yorgancioglu, R. Z. (2008). Factors associated with functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol.Int.*, *29*, 163-166.

Pap, G., Angst, F., Herren, D., Schwyzer, H. K., & Simmen, B. R. (2003). Evaluation of wrist and hand handicap and postoperative outcome in rheumatoid arthritis. *Hand Clin.*, *19*, 471-481.

Paulsen, T. & Mengshoel, A. (2003). Utarbeidelse av klinisk undersøkelse av håndfunksjon hos pasienter med revmatoid artritt. *Fysioterapeuten*, *11*, 17-23.

Pincus, T. & Sokka, T. (2003). Quantitative measures for assessing rheumatoid arthritis in clinical trials and clinical care. *Best.Pract.Res.Clin.Rheumatol.*, *17*, 753-781.

Powell, C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *J.Adv.Nurs.*, *41*, 376-382.

Saunes, I., Deilkås, E., Kristoffersen, M., Lyngstad, M., & Nyen, B. (2006). *Formaliserte konsensusprosesser, veiledning ved vanskelige valg?* (Rep. No. 912). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten.

Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ*, *318*, 593-596.

Shipham, I. & Pitout, S. J. (2003). Rheumatoid arthritis: hand function, activities of daily living, grip strength and essential assistive devices. *Curationis.*, *26*, 98-106.

Sletnes, K. (10 A.D.). Naturvitenskap. snl.no/naturvitenskap [Electronic version].

Available: www.snl.no/naturvitenskap

Sokka, T. (2005). Assessment of pain in rheumatic diseases. *Clin.Exp.Rheumatol.*, 23, S77-S84.

Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., van, S. D., van Kuyk, M. A., & van den Ende, C. H. (2002). Occupational therapy for rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Rheum.*, 47, 672-685.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Gyldendal Akademiske.

Thyberg, I., Hass, U. A., Nordenskiold, U., Gerdle, B., & Skogh, T. (2005). Activity limitation in rheumatoid arthritis correlates with reduced grip force regardless of sex: the Swedish TIRA project. *Arthritis Rheum.*, 53, 886-896.

Townsend, E. & Brintnell, S. (2002). Ergoterapeins kontekst. In *Fremme af menneskelig aktivitet ergoterapi i et canadisk perspektiv* (1 ed., pp. 11-28). København: FADL's Forlag København.

Tuntland, H. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi i et internasjonalt perspektiv. *Ergoterapeuten*, 01, 19-27.

Tyler, H., Adams, J., & Ellis, B. (2005). What can handgrip strength tell the therapist about hand function? *British Journal of Hand Therapy*, 10, 4-9.

Vik, K. (2004). ICF - en felles modell og et felles språk i rehabilitering. In L.Wekre & K. Vardeberg (Eds.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir anderledes* (pp. 57-63). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Ween, E. (2004). Bevegelsesapparatet. In L. Wekre & K. Vardeberg (Eds.), *Lærebok i rehabilitering. Når livet blir anderledes* (pp. 175-189). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Zhang, W., Doherty, M., Pascual, E., Bardin, T., Barskova, V., Conaghan, P. et al. (2006). EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*, 65, 1301-1311.

Vedlegg 1

Kjære kolleger!

Oslo 4.juni -09

Å utarbeide anbefalinger for praksis er en metode for å sikre god kvalitet i behandlingstilbudet ergoterapeuter gir til personer med revmatiske sykdommer. I forkant av fagdage i Trondheim mottok de fleste av dere en spørreundersøkelse som omhandlet ergoterapipraksis i forhold til undersøkelse og vurdering av håndfunksjon hos personer med revmatoid artritt eller håndartrose. På fagdage ble resultatet oppsummert, og vi startet arbeidet med å utarbeide et sett med anbefalinger for dette.

Ida Dørstad er ergoterapeut og masterstudent ved Universitetet i Oslo på institutt for Helsefagvitenskap. Hun ønsker gjennom sin masteroppgave å validere praksisanbefalinger for ergoterapeuter som arbeider med pasienter med RA og håndartrose. Hun vil derfor samarbeide med oss om å nå frem til de endelige settet med anbefalinger, ved å gjøre litteratursøk og vurdere kunnskapsgrunnlaget (evidens) for anbefalingene.

Nå er vi i gang med neste steg. Vedlagt følger settet der alle foreslåtte anbefalinger er samlet, fordelt på fire grupper. På bakgrunn av svarene fra dere vil de anbefalingene som har mindre enn 25 % oppslutning utgå. Deretter vil de resterende anbefalingene bli sendt ut på nytt for en ny vurdering. Etter totalt to eller tre slike runder håper vi å sitte igjen med ti anbefalinger for hver av de fire kategoriene.

Vi ber deg fylle ut skjemaet og returnerer det i vedlagt svarkonvolutt så snart som mulig og senest innen 25.juni-09. Det vil ikke være mulig å identifisere hvem som har fylt ut skjemaet, så ditt svar vil være anonymt. For å få god kvalitet på arbeidet er viktig at flest mulig tar seg tid til å fylle ut skjemaet. Vi legger ved noen ekstra skjemaer som du kan gi til kollegaer som ikke har fått. Er det ikke nok er det fint om du tar en kopi og ber han/henne om å fylle ut og returnere det til oss v/ Ingvild Kjekken, Diakonhjemmet Sykehus.

Dersom du har spørsmål til utfylling av skjemaet vennligst ta kontakt med Ingvild Kjekken på tlf. 22 45 48 45 eller på ingvild.kjekken@diakonsyk.no.

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Ingvild Kjekken
Diakonhjemmet sykehus/NRRK

Ida Dørstad
Ergoterapeut, masterstudent

Forklaring til skjema

Nedenfor er alle anbefalingene samlet og delt inn i 4 hovedgrupper som igjen er delt inn i undergrupper. Du skal ringe rundt de 10 anbefalingene du ser som viktigst innefor hver av de 4 hovedgruppene. Det er ikke nødvendig å rangere anbefalingene.

Dersom noen av begrepene skulle være uklare vil du finne forklaring på disse på det bakerste arket. De anbefalingene som er merket med * er forklart her.

Vi foreslår at du bruker blyant og ringer rundt de ti anbefalingene du prioriterer innen hver kategori. Før du går videre til neste kategori, oppsummer for deg selv dine ti prioriterte anbefalinger , og vurder om disse er dekkende for god ergoterapi praksis.

Lykke til!

1. Undersøkelse av håndfunksjon hos RA-pasienter. Det anbefales å undersøke:

Her skal du krysse av for 10 alternativer.

Håndkraft

1. Man bør måle håndkraft i kraftgrep
3. Man bør måle kraftgrep med Grippit for alle
2. Man bør måle kraft i pinsettgrep

Smerte

7. Man bør undersøke smerter i aktivitet
8. Man bør undersøke smerte i hvile med VAS-skala*
9. Man bør undersøke smerte ved aktivitet med VAS-skala*
4. Man bør undersøke smerter ved bevegelse
5. Man bør undersøke smerter i hvile
6. Man bør undersøke smerter ved belastning
10. Smerte ved høy belastning med VAS-skala*

Leddbevegelighet

14. Man bør måle leddbevegelighet i 2-5 finger
18. Man bør måle knytte- og strekkedeficit 2-5 finger i millimeter
13. Man bør måle bevegelighet i håndledd i grader
15. Man bør måle Range of Motion (ROM*) i MCP-leddene
16. Man bør måle Range of Motion (ROM*) ved pronasjon og supinasjon i håndledd
17. Man bør måle Range of Motion (ROM*) ved knytte- og strekkefunksjon i fingrene
19. Man bør måle tommel abduksjon* – 1. og 2. metacarp avstand

11. Man bør undersøke tommelbevegelighet

12. Man bør måle leddbevegelighet i håndledd

Hevelse

20. Man bør måle hevelse generelt og rundt ledd med VAS-skala*

Stivhet

21. Man bør undersøke stivhet
22. Man bør måle stivhet med VAS-skala*. Spørre om hvor stiv er du i dag og hvor stiv har du vært den siste uken?

Aktivitet

23. Man bør vurdere hvilke aktiviteter som er vanskelige for pasienten å gjøre.
27. Man bør kartlegge interesser.

24. Man bør vurdere pasientens aktivitetsproblemer ved bruk av en test eller standardisert vurderingsverktøy
25. Man bør bruke Evaluation of Daily activity questionaer (EDAQ) til å undersøke hvilke aktiviteter som er vanskelige å gjøre.
26. Man bør undersøke funksjon i hender og overekstremiteten med Signals of Functional impairment (SOFI).
28. Man bør benytte Grip Ability Test (GAT).
29. Man bør benytte Map-Hand.
30. Man bør observere hvordan pasienten utfører konkrete aktiviteter
31. Man bør bruke Canadian Occupation Performance Measure (COPM).

Metoder/instrumenter

32. Undersøkelser bør gjøres ved bruk av standardiserte og kvalitetssikrede instrumenter der det finnes

33. Man bør bruke en kombinasjon av normerte tester* og spørreskjema og/eller pasientspesifikke instrumenter*

Annet

34. Man bør stille et åpent spørsmål om hva som plager pasienten mest.
35. Man bør undersøke og notere hvilke feilstillinger pasienten har.
38. Man bør spørre pasienten om hvilke ortoser de benytter eller har prøvd ut.

36. Man bør observere Raynaud-fenomener.
37. Man bør gjennomføre en hud-inspeksjon
39. Man bør undersøke sensibilitet med tanke på medianuskompresjon
41. Man bør innhente informasjon om leddforandringer/destruksjoner via billeddiagnostikk (røntgen, ultralyd, MR).
42. Man bør spørre om tidligere kirurgiske inngrep.
40. Man bør undersøke låsning av fingre/triggerfingre.
43. Man bør spørre om tretthet/slitenhet/fatigue med VAS-skala*.
44. Man bør observere flexortenosynovitt.

Vedlegg 2

Kjære kolleger!

3.september 2009

Å utarbeide anbefalinger for praksis er en metode for å sikre god kvalitet i behandlingstilbudet ergoterapeuter gir til personer med revmatiske sykdommer. I forkant av fagdagene i Trondheim mottok de fleste av dere en spørreundersøkelse som omhandlet ergoterapipraksis i forhold til undersøkelse og vurdering av håndfunksjon hos personer med reumatoid artritt eller håndartrose. På fagdagene ble resultatet oppsummert og det ble utarbeidet et sett med anbefalinger. Før sommeren fikk dere tilsendt disse anbefalingene og bedt om å markere hvilke ti anbefalinger innenfor fire hovedtema dere anså som viktigst for god ergoterapipraksis. Anbefalingene er nå bearbeidet og kategorisert etter hvilken oppslutning de fikk av dere ved forrige utsendelse. Hvor mange som markerte en anbefaling som viktig er angitt i % etter hver enkelt anbefaling.

Vi takker for deltakelsen i den første runden og er glade for å ha mottatt så mange gode tilbakemeldinger. Vi sendte ut rundt 60 skjema til 46 mottakere og fikk 25 svar. Vi håper at de som var med på første runde også tar seg til å svare en gang til. Selv om du ikke deltok ved forrige utsendelse ønsker vi likevel din deltakelse i denne runden. Basert på resultatene så langt tror vi at denne andre runden også blir den siste.

Denne versjonen vil være betydelig raskere å besvare enn den forrige og tar ca 15 minutter å fylle ut. For å få god kvalitet på arbeidet er det viktig at flest mulig deltar.

Vi ber deg om å fylle ut skjemaet og returnere det i vedlagt svarkonvolutt så snart som mulig og senest innen 25.september. Det vil ikke være mulig å identifisere hvem som har fylt ut skjemaet, så ditt svar vil være anonymt.

Dersom du har spørsmål til utfyllingen av skjemaet vennligst ta kontakt med Ingvild Kjekken på tlf. 22 45 48 45 eller på ingvild.kjekken@diakonsyk.no.

På forhånd takk for hjelpen!
Med vennlig hilsen

Ingvild Kjekken
Ergoterapeut, PhD
NRRK

Ida Dørstad
Ergoterapeut, masterstudent
Med. fak., UiO

Forklaring til skjema

Nedenfor er alle anbefalingene samlet og delt inn i 4 hovedgrupper som igjen er delt inn i undergrupper. Anbefalingene er nå sortert prosentvis etter hvilken oppslutning de fikk i forrige utsending. De som fikk høyest oppslutning er markert med uthevet og understreket skrift, de som fikk middels oppslutning er markert med vanlig skrift, og de som fikk lavest oppslutning er markert med blek skrift. De som fikk lav oppslutning er nå "ute" og er ikke lenger aktuelle for avkrysning, mens de som fikk høy oppslutning har en sikker plass i de endelige anbefalingene.

Du skal nå konsentrere deg om de anbefalingene som fikk middels oppslutning. Her skal du ringe rundt dem du synes er viktigst. Hvor mange du kan velge varierer for hver av de firehovedgruppene, og er angitt separat for hver gruppe.

Vi foreslår igjen at du bruker blyant og ringer rundt de anbefalingene du prioriterer innenfor hver kategori. Før du går videre til neste kategori, oppsummer for deg selv dine anbefalinger og vurder om disse er dekkende for god ergoterapipraksis. Er du i tvil kan det være en hjelp å se hvor mange "stemmer" en anbefaling fikk i første runde, dette er angitt som prosent etter hver enkelt anbefaling. Anbefalingene markert med * er forklart på eget ark.

Lykke til!

1. Undersøkelse av håndfunksjon hos RA-pasienter. Det anbefales å undersøke:

Her skal du krysse av for 8 alternativer. Du kan bare velge blant de som er skrevet med vanlig skrift (ikke de med grå eller understreket skrift).

Håndkraft

1. Man bør måle håndkraft i kraftgrep (52 %)
3. Man bør måle kraftgrep med Grippit for alle (40 %)
2. Man bør måle kraft i pinsettgrep (16 %)

Smerte

7. Man bør undersøke smerter i aktivitet (28 %)
8. Man bør undersøke smerte i hvile med VAS-skala* (28 %)
9. Man bør undersøke smerte ved aktivitet med VAS-skala*(44 %)
4. Man bør undersøke smerter ved bevegelse (5%.)
5. Man bør undersøke smerter i hvile (24 %)
6. Man bør undersøke smerter ved belastning (4 %)
10. Smerte ved høy belastning med VAS-skala* (20 %)

Leddbevegelighet

14. Man bør måle leddbevegelighet i 2-5 finger (32 %)
18. Man bør måle knytte- og strekkedeficit 2-5 finger i millimeter (48 %)
13. Man bør måle bevegelighet i håndledd i grader (0 %)
15. Man bør måle Range of Motion (ROM*) i MCP-leddene (0 %)
16. Man bør måle Range of Motion (ROM*) ved pronasjon og supinasjon i håndledd (24 %)
17. Man bør måle Range of Motion (ROM*) ved knytte- og strekkefunksjon i fingrene (16 %)
19. Man bør måle tommel abduksjon* – 1. og 2. metacarp avstand (0 %)

11. Man bør undersøke tommelbevegelighet (92 %)

12. Man bør måle leddbevegelighet i håndledd (72 %)

Hevelse

20. Man bør måle hevelse generelt og rundt ledd med VAS-skala* (0 %)

Stivhet

21. Man bør undersøke stivhet (20 %)
22. Man bør måle stivhet med VAS-skala*. Spørre om hvor stiv er du i dag og hvor stiv har du vært den siste uken? (12 %)

Aktivitet

23. Man bør vurdere hvilke aktiviteter som er vanskelige for pasienten å gjøre. (60 %)

27. Man bør kartlegge interesser. (28 %)

24. Man bør vurdere pasientens aktivitetsproblemer ved bruk av en test eller standardisert vurderingsverktøy (24 %)

25. Man bør bruke Evaluation of Daily activity questionaer (EDAQ) til å undersøke hvilke aktiviteter som er vanskelige å gjøre. (0 %)

26. Man bør undersøke funksjon i hender og overekstremiteten med Signals of Functional impairment (SOFI). (4 %)

28. Man bør benytte Grip Ability Test (GAT). (4 %)

29. Man bør benytte Map-Hand. (0 %)

30. Man bør observere hvordan pasienten utfører konkrete aktiviteter (20 %)

31. Man bør bruke Canadian Occupation Performance Measure (COPM). (24 %)

Metoder/instrumenter

32. Undersøkelser bør gjøres ved bruk av standardiserte og kvalitetssikrede instrumenter der det finnes (44 %)

33. Man bør bruke en kombinasjon av normerte tester* og spørreskjema og/eller pasientspesifikke instrumenter* (16 %)

Annet

34. Man bør stille et åpent spørsmål om hva som plager pasienten mest (64 %)

35. Man bør undersøke og notere hvilke feilstillinger pasienten har. (72 %)

38. Man bør spørre pasienten om hvilke ortoser de benytter eller har prøvd ut (28 %)

36. Man bør observere Raynaud-fenomener (4 %)

37. Man bør gjennomføre en hud-inspeksjon (0 %)

39. Man bør undersøke sensibilitet med tanke på medianuskompresjon (4 %)

41. Man bør innhente informasjon om leddforandringer/destruksjoner via billeddiagnostikk (røntgen, ultralyd, MR). (20 %)

42. Man bør spørre om tidligere kirurgiske inngrep. (8 %)

40. Man bør undersøke låsning av fingre/triggerfingre (4 %)

43. Man bør spørre om tretthet/slitenhet/fatigue med VAS-skala* (20 %)

44. Man bør observere flexortenosynovitt. (0 %)