

faglig

Hvordan kan forskningsfunn anvendes i egen praksis?

Et eksempel på hvordan forskningsresultater fra en valgt artikkel kan brukes i ergoterapipraksis

Det stilles økende krav til at ergoterapeuter arbeider kunnskapsbasert. Det innebærer at ergoterapeuter søker etter og anvender kunnskapsbasert kunnskap. La oss anta at vi arbeider som kommuneergoterapeuter og en stor del av brukerne våre er eldre. I tråd med kunnskapsbasert praksis gjør vi litteratursøk for å finne kunnskapsbasert kunnskap om intervensjoner som kan forebygge fall blant eldre. Vi finner en randomisert kontrollert studie om et hjemmebasert, forebyggende program for eldre for å redusere fall (Clemson m.fl., 2004). I artikkelen fremkommer det at deltagelse i opplæringsprogrammet ga 31 prosent reduksjon i fall, og at relativ risiko for nye fall var 0.69 for de som deltok i programmet sammenlignet med de som ikke deltok. Hva betyr så dette? Er dette så viktige funn at vi bør tilby dette programmet i vår kommune? Vil det passe på vår bruker fru Stenersen? I denne artikkelen skal vi se på hvordan vi kan tolke slike forskningsfunn og hva de betyr for vår praksis.

AVHANNE TUNTLAND OG INGVIDL KJEKEN

Kan vi stole på vår egen erfaring?

Ergoterapeuter har mye erfaringsbasert kunnskap om hvilke tiltak som har effekt, men slik erfaring er ikke alltid til å stole på. Det er mange grunner til at vi blir lurt til å tro at et tiltak virker, mens det i virkeligheten ikke gjør det (Bjørndal m.fl 2007, Herbert m.fl 2005). En grunn til dette er at vi ikke tar hensyn til sykdommers spontanfor-



Hanne Tuntland er klinisk ergoterapeutspesialist i eldres helse og arbeider som høyskolelektor ved Høyskolen i Bergen.



Ingvild Kjekken er ergoterapeutspesialist i somatisk helse, PhD, og arbeider som forsker ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter.

løp. Mange personer blir uansett bedre over tid uavhengig av behandling. Vi kan også bli lurt av tilfeldig variasjon. Brukerne våre kan ha vært heldige og hatt effekt av tiltaket, men dersom vi har et stort, representativt utvalg så viser det seg at intervensjonen ikke har effekt på gruppenivå. Ved tverrfaglig innsats er det heller ikke godt å vite om en bedring skyldes vår innsats som ergoterapeut, en av de øvrige profesjonenes innsats eller hele teamets innsats. Videre kan en positiv effekt skyldes placeboeffekt grunnet den oppmerksomheten brukeren får. Dessuten er brukere høflige og kan ha en tendens til å overdrive effekten av behandlingen. Sist, men ikke minst, har vi ofte en tendens til å huske resultater som stemmer overens med vår egen oppfatning, mens vi lett overser eller bortforklarer de som ikke gjør det.

Er forskningsresultatene til å stole på?

Det første vi må gjøre for å finne ut om vi kan stole på forskningsresultatene er å utføre en kritisk vurdering av den aktuelle artikkelen. Da kan det i dette tilfellet være nyttig å bruke en sjekklister for randomiserte kontrollerte studier. En randomisert kontrollert studie er en studiedesign hvor delta-

gerne er tilfeldig fordelt til intervensjonsgruppe og kontrollgruppe og hvor resultatene blir vurdert ved å sammenligne utfall i de to gruppene. Ved vurdering av artikkelen må vi stille oss spørsmål som: Er formålet med studien klart formulert? Er randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet? Når det gjelder eksemplet vi har valgt kan vi svare ja på begge disse screeningsspørsmålene. Neste skritt blir da å sjekke ut om artikkelen tilfredsstillende kvalitetskriterer til intern validitet. Det gjelder krav til tilfredsstillende randomiseringsprosedyre, om gruppene var like ved oppstart, om gruppene ble behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres, om deltagere, terapeut og forskeren var blindet med hensyn til tiltaks- og kontrollgruppe og om alle deltagerne ble gjort rede for ved slutten av studien. I tillegg til vår egen vurdering kan vi gå til den elektroniske databasen OT-seeker som i dette tilfellet har gjort denne vurderingen for oss. Vår artikkel skårer 6 av 8 poeng i OT-seekers kvalitetsvurdering. I ergoterapiforskning er det som regel umulig å blinde deltagere og terapeut, så dette er et meget godt resultat når dette tas i betraktning. Konklusjonen er at studien er

Presentasjon av den aktuelle studien

Bakgrunn: Artikkelen er skrevet av ergoterapeut Lindy Clemson med medarbeidere og publisert i 2004. Studien ble utført i Australia.

Mål: Forfatterne vurderte om opplæringsprogrammet Stepping On var et effektivt program for å redusere fall hos risikoutsatte hjemmeboende eldre.

Design: En randomisert kontrollert studie hvor deltagerne ble fulgt opp i 14 måneder.

Deltagere: 310 hjemmeboende eldre over 70 år av begge kjønn som hadde falt de siste 12 månedene eller som fryktet å falle. Deltagerne var i gjennomsnitt vel 78 år. De falt i gjennomsnitt to ganger i året før studien startet.

Intervensjon og kontrollintervensjon: Stepping On er et kommunalt, gruppebasert opplæringsprogram som har som formål å forebygge fall, bedre tro på egen mestring og oppmuntre til adferdsendring. Programmet er bredt og ivaretar mange faktorer som bedring av balanse og muskelstyrke i bena, bedring av sikkerhet i hjem og nærmiljø, bedring av deltagerens adferdsmønster når det gjelder sikkerhet, bevisstgjøring om synets betydning for å unngå fall, tilrettelegging for å kompensere for nedsatt syn og vurdering av medisinbruk. Programmet pågår i syv uker, med ukentlige gruppemøter av to timers varighet. Det fokuseres på ulike tema hver gang. En ergoterapeut foretar et hjemmebesøk underveis i forløpet. Tre måneder etter at opplegget er avsluttet foretas en oppfølgingssamtale pr. telefon.

Deltagerne i kontrollgruppen mottok to sosiale besøk av en ergoterapeutstudent som et ledd i et aldersrelatert praksisprosjekt. Studentene var instruert til ikke å snakke om fall eller fallforebygging med deltagerne.

Resultater: Intervensjonsgruppen hadde 31 prosent reduksjon i fall (relativ risiko = 0.69, 95 prosent konfidensintervall (CI) = 0.50-0.96; $P=0.025$). Dette viser at Stepping On er et effektivt program for å forebygge fall hos hjemmeboende eldre med falltendens.

av relativt høy metodisk kvalitet og at vi følgelig kan stole på disse forskningsresultatene.

Hvordan tolke effekten?

Hovedfunnene i artikkelen vår var at effekten av intervensjon kalt Stepping On gir 31 prosent reduksjon i fall ($P=0.025$) og at relativ risiko (RR) = 0.69 (95% konfidensintervall = 0.50-0.96). For menn er relativ risiko (RR) = 0.32 (95 prosent konfidensintervall = 0.17-0.59). For kvinner er relativ risiko 0.96 (95 prosent konfidensintervall = 0.67-1.39). Kjønnforskjellen i relativ risiko har en P -verdi på 0.003. Disse tallene skal vi prøve å tolke i det følgende.

Hvordan oppgis resultatene?

Resultater eller data kan oppgis på flere måter. Data som kan rangordnes (slik som alder, vekt eller grad av funksjonsproblemer) kalles ofte kontinuerlige data, mens data som ikke kan rangordnes kalles kategoriske data. Eksempler på dette er nasjonalitet, yrke eller bosted. Noen kategoriske data er dessuten dikotome, det vil si at de kun kan ha to utfall. Eksempler på slike er død/levende og mann/kvinne, eller som i den aktuelle studien fall/ikke fall.

Relativ risiko

Effekt mål for slike dikotome data angis ofte som relativ risiko (RR). Matematisk er RR sannsynligheten for et utfall (for eksempel fall) skjer i intervensjonsgruppen dividert på sannsynligheten for samme utfall i kontrollgruppen (Nortvedt m.fl., 2007). Er risikoen den samme i begge grupper er RR lik 1. Er RR større enn 1 betyr det at gruppen som får behandling har høyere risiko for utfallet enn kontrollgruppen, mens RR mindre enn 1 indikerer mindre risiko for utfallet i behandlingsgruppen.

I den aktuelle studien vurderes det om deltagelse i opplæringsprogrammet reduserer risikoen for at deltagerne faller. Forfatterne rapporterer at RR er 0.69. Dette innebærer at de som fikk behandlingen hadde 69 prosent risiko for å falle i oppfølgingsperioden, altså at risikoen for å falle var redusert med 31 prosent sammenlignet med deltagerne i kontrollgruppen.

Konfidensintervall og P-verdier

Hvor sikre er så disse resultatene? Vitenskapelige studier innebærer at vi undersøker noe (her effekt av opplæring for å forebygge fall) i en utvalgt gruppe personer. Imidlertid ønsker vi

at resultatene skal være pålitelige og overførbare til alle som har det aktuelle problemet – i dette tilfellet alle over 70 år som har falt eller er redde for å falle. Hvor presist og sikkert anslaget for effekten er, kan angis ved et 95 prosent konfidensintervall (CI). I denne studien er 95 prosent CI for RR 0.50 til 0.96. Dette innebærer at om vi hadde undersøkt alle aktuelle deltagere vil RR med 95 prosent sikkerhet ligge mellom 0.50 (det vil si redusert fallrisiko på 50 prosent) og 0.96 (det vil si redusert fallrisiko med 4 prosent).

En annen måte å oppgi sikkerheten knyttet til effekten er i form av P -verdier. P -verdien angir sannsynligheten for at en forskjell mellom to grupper skyldes en tilfeldighet. Det er vanlig å trekke grensen for hva som regnes for en statistisk signifikant P -verdi ved mindre enn 0.05. Dersom en P -verdi er mindre enn 0.05 tilsier det at det er 95 prosent sjanse eller mer for resultatene ikke skyldes tilfeldigheter. I vårt tilfelle er P -verdien relatert til 31 prosent reduksjon i fall på 0.025, noe som er et signifikant resultat.

En subgruppeanalyse når det gjelder kjønn viser at menn har større reduksjon i fall enn kvinner. Mannlige deltagere i programmet har relativ



Fru Stenersen er 74 år, hjemmeboende og har bare falt én gang de siste 12 månedene.

risk på 0.32, og får altså redusert sin risiko med å falle med 68 prosent, mens kvinnelige deltagere har relativ risiko på 0.96 og får dermed redusert sin fallrisiko med bare 4 prosent. P-verdien på kjønnsforskjellen er her 0.003, noe som tilsier at denne forskjellen med svært stor sannsynlighet er sann.

Analysene i artikkelen tyder videre på at programmet er mest effektivt for eldre deltagere, for de som har lett redusert fysisk funksjon og balanse, og for de som har falt tidligere. Disse resultatene er imidlertid ikke statistisk signifikante.

Kan resultatene overføres til vår bruker?

Forskning er vanligvis ikke spesielt interessert i de personene som har deltatt i undersøkelsen. Målet vil være statistisk inferens som er det å trekke slutninger fra utvalget som er studert til hele populasjonen som utvalget kan anses å være tilfeldig trukket ut fra. Det handler i dette tilfellet om å generalisere funnene fra utvalget til å gjelde hele befolkningen av hjemmeboende eldre med falltendens. Vår studie gir en del slik informasjon. Det er imidlertid noe annet å trekke slutninger fra et gitt utvalg til de brukere som vi ønsker å anvende forskningsre-

sultatene på. Dette kan vi kun gjøre dersom tiltaket og utvalget i studien er lignende det tiltaket og de brukere som er aktuelle for oss (Herbert m.fl., 2005).

Å bestemme hvor lik vår bruker er deltagerne i studien er ikke alltid lett. Faktorer av betydning er alvorlighetsgrad av funksjonsnedsettelsen, kjønn, alder, kulturell bakgrunn, sivil status og sosioøkonomisk status (Law & MacDermid, 2008). På grunn av sparsomme opplysninger i artikkelen er det vanskelig å vurdere om det er kulturelle eller sosioøkonomiske forskjeller av betydning mellom deltagerne i utvalget fra Australia og vår bruker i Norge. La oss si at vi vurderer at det her ikke er kulturelle eller sosioøkonomiske forhold av stor betydning og finner at fru Stenersen er lik nok deltagerne i studien til at vi synes at forskningsfunnene kan anvendes.

Vi vet fortsatt ikke om fru Stenersen vil ha effekt av dette tiltaket. Det vi vet om fru Stenersen er at hun er hjemmeboende og at hun ikke faller mye. Hun har bare falt én gang de siste 12 månedene. I gjennomsnitt falt deltagerne i studien to ganger i året før studien startet. Når det gjelder alder er deltagerne i studien i gjennomsnitt vel 78 år. Fru Stenersen er 74 år. Som vi vet reduseres funksjonsevnen med økende alder. Det at fru Stenersen er fire år yngre enn gjennomsnittet på deltagerne i studien og har færre tidligere fall enn dem, kan tilsa at hun har noe bedre funksjonsevne enn deltagerne i studien. Siden fru Stenersen har mindre falltendens og antatt bedre funksjonsevne, vil hun nok i mindre grad profitere på tiltaket enn deltagerne i studien i gjennomsnitt gjorde.

Det er videre grunn til å anta at fru Stenersen vil ha mindre effekt av tiltaket fordi hun er kvinne. I artikkelen drøftes det grunner til at menn har større effekt av tiltaket enn kvinner. En forklaring kan tilskrives sivil status, nemlig det at menn i større grad har en person de lever sammen med og at de mottar støtte fra ektefelle-/samboer når det gjelder å følge opp opplæringsprogrammet. En annen forklaring kan imidlertid være at menn generelt er mindre bevisste på ivaretagelse av egen helse og sikkerhet

og av den grunn i større grad profitterer på opplæringspakken. Fru Stenersen derimot, er enke og er relativt opptatt av egen helse og sikkerhet i utgangspunktet. Det kan også tyde på at fru Stenersen vil ha mindre effekt av tiltaket enn en mann ville ha hatt.

Kan tiltaket overføres til vår praksis?

Av og til er forskningsresultater så entydige og overbevisende at de fører til en endret praksis. Et eksempel på slike direkte føringer for praksis er at man etter at man fikk forskningsfunn som viste at rygggleie forebygger krybbedød hos spedbarn, endret praksis slik at mageleie ble unngått. Resultatet har vært at tusenvis av barneliv er blitt reddet i årene som har gått. Det er imidlertid sjelden i ergoterapi-sammenheng at forskningsresultater gir så klare føringer for yrkesutøvelsen. Ofte har vi med å gjøre med tiltak som retter seg mot aktivitetsbegrensninger, deltagelsesinnskrenkninger og miljømessige barrierer. Slike tiltaksvalg vil være sterkt påvirket av individuelle preferanser, relasjonelle og kontekstuelle faktorer. Det innebærer at faktorer som livshistorie, miljøfaktorer, helsetilstand, livsvilje og verdier har stor innvirkning på beslutningen. Da vil den rollen forskningsfunn har, være å inspirere, opplyse, utfordre og informere praksis (Aas, 2007). I slike tilfeller kan det være mer treffende å snakke om evidensinformert praksis enn evidensbasert praksis i en direkte oversettelse fra engelsk (Strand, 2004). Det er dette dilemmaet vi opplever med vår bruker fru Stenersen. Forskningsfunnene vi kan utlede av artikkelen gir ingen direkte føringer for yrkesutøvelsen utover å beskrive tiltakets karakter. Det er opp til vår kliniske ekspertise i samråd med fru Stenersens uttalte ønsker og behov, å vurdere hvorvidt og eventuelt hvordan resultatene kan anvendes.

Derimot vil studien kunne gi nyttig kunnskap dersom vi vurderer å sette i gang fallforebyggende tiltak i vår egen kommune. Heller enn å utforme et program basert på egen og kollegers erfaringer og synspunkt, bør man strebe etter å iverksette et program med dokumentert effekt der slike finnes. Er

opplysningene om innholdet i programmet sparsomt beskrevet i artikkelen, er det et godt tips å kontakte forfatterne og be om utfyllende informasjon. De fleste vil bli så smigret over at noen har lest deres studie med så stor interesse, at de mer enn gjerne deler dette med den som spør.

I dag varierer det fra kommune til kommune i Norge hvilke forebyggende program en har innført. Noen kommuner har satt dette i et større system og har utarbeidet tverrfaglige opplegg som oppsøker alle innbyggere i en utsatt aldersgruppe, mens andre kommuner kun har en ergoterapeut som forbygger fall etter en konkret henvendelse. Fordelen med Stepping On er trolig den brede og systematiske tilnærmingen som ivaretar både indre og ytre faktorer som kan føre til fall og som i tillegg fokuserer på adferdsendring. Samtidig kan det være at programmet må tilpasses norske forhold. Åpenbare forskjeller, slik som det norske klimaet med snø og kulde, bør vurderes og eventuelt innarbeides. Basert på funnene i den aktuelle studien kan man også bevisst rekruttere deltagere man antar vil ha størst utbytte av et slikt tilbud. Siden resultatene viser entydig at menn hadde bedre effekt enn kvinner, bør man for eksempel tenke ut hvordan man kan nå og motivere aktuelle mannlige deltagere.

INTEGRERING AV KLINISK SKJØNN, BRUKERMEDVIRKNING OG FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP

Forskningsresultater kan informere, men aldri erstatte klinisk ekspertise (Sackett m.fl., 1996). Det er det kliniske skjønn som hjelper ergoterapeuten i å vurdere hvorvidt forskningsfunnene kan anvendes på brukeren og i så fall hvordan de kan integreres med andre faktorer av betydning.

Ved formidling av forskningsfunn er det viktig å informere brukeren om både det vi vet og det vi ikke vet om forskningsresultater. Det kan for eksempel være at man har studier som viser at et tiltak har effekt på en brukergruppe, mens det ikke finnes forskning på den aktuelle brukergruppen som vår bruker tilhører. I slike tilfeller kan man anvende sin kliniske ekspertise i en vurdering om forsk-

ningsfunnene kan tas i bruk på en ny målgruppe. I en slik prosess bør man også diskutere med brukeren, slik at hun eller han kan ta en informert beslutning basert på det til dels manglende kunnskapsgrunnlaget vi har presentert.

Det er fortsatt slik at det ofte ikke finnes forskning på om et ergoterapi-tiltak har effekt eller ei. I slike tilfeller vil vår anbefaling til brukeren være basert på vårt kliniske skjønn og erfaringsbaserte kunnskap. Vi har sjelden motforestillinger mot å anbefale etablerte tiltak som vi erfaringsvis vet virker, slik som fallforebygging. I de siste årene er man imidlertid blitt mer oppmerksom på at tiltak også kan ha utilsiktede skadevirkninger. De fleste vet at tiltak som legemidler og kirurgi potensielt kan gjøre stor skade. Vi er nok mindre bevisste på at også ergoterapi-tiltak har muligheter for utilsiktede skadevirkninger. Eksempler på dette kan være en ortose som gir trykksår, eller personlige og materielle skader som følge av en kollisjon med en motorisert scooter. Dersom vi har et tiltak som potensielt kan gjøre skade er det viktig å vurdere om den potensielle nytten er større enn den potensielle skaden før vi anbefaler tiltaket.

Kunnskap om effekt må alltid prøves mot brukerens personlige verdier før man når en beslutning om tiltak. Det er først når kunnskap om effekt farges av preferanser og verdier at det er mulig å nå frem til en beslutning. Det kan tenkes at fru Stenersen ikke er interessert i å endre sin adferd eller endre hjemmets innredning for å forebygge fall. Stepping On er et tiltak som forutsetter regelmessige gruppetreff over en periode, det forutsetter motivasjon og endringsvillighet. Kanskje mener fru Stenersen at det ene fallet hun har i året ikke innebærer en helserisiko og følgelig vil hun ikke være motivert for endringer i hennes livssituasjon. En annen bruker kan derimot ønske sterkt å få delta i dette fallforebyggende opplegget. Dette eksemplet illustrerer at med samme dokumentasjon om effekt vil to personer likevel kunne ha forskjellige meninger om hva som skal gjøres. Det finnes ikke noe fasitsvar for hva som er riktig å gjøre i det enkelte tilfellet. Oppgaven vår er å hjelpe perso-

nen til å treffe beslutninger ved å vise frem informasjonen om hva som er mulig å oppnå og til hvilken pris, ikke treffe beslutningen for vedkommende (Bjørndal m.fl., 2007).

TIPS VED VURDERING AV ARTIKLER

Førstevalget ved søk etter litteratur bør være å lete etter systematiske oversikter. Dersom man ikke finner en aktuell systematisk oversiktsartikkel, bør man fortrinnsvis sammenligne flere primærstudier, ikke bare basere seg på én primærstudie slik vi har gjort her. Kun én primærstudie kan være et tynt grunnlag å basere en endring av praksis på, men det er selvfølgelig avhengig av studiens metodiske kvalitet og av styrken på evidensen den dokumenterer. Dersom man har flere artikler om samme tiltak må disse vurderes opp mot hverandre og man må bestemme seg for hvilke artikler man vil tillegge størst vekt. Et råd i denne sammenhengen er å tillegge studier som dokumenterer sterk evidens mer vekt enn studier som dokumenterer svak evidens (Law & MacDermid, 2008). Dette forutsetter imidlertid at ergoterapeuten har kompetanse i å vurdere intern og ekstern validitet av studiene. Et annet råd som gjelder ved vurdering av statistikk er at man ikke utelukkende stoler på signifikanstester og deres P-verdi

for å avgjøre hva studien har funnet, med mindre studien har et stort utvalg på 60 deltagere eller mer. Studier med store utvalg har mer styrke til å oppdage statistisk signifikante effekter enn studier med små utvalg (Ibid). Av den grunn er studier med store utvalg mer å stole på.

KONKLUSJON

Vi har i denne artikkelen presentert en forskningsartikkel og prøvd å illustrere hvordan artikkelens resultater kan tolkes og anvendes. Dette som et eksempel på anvendelse av forskningsresultater i klinisk praksis som kan overføres til andre primærstudier. Vurderingene ergoterapeuten må gjøre i denne forbindelsen kan oppsummeres slik:

- Kan jeg stole på forskningsresultatene?
- Har jeg forstått statistikken og forskningsresultatene riktig?
- Kan resultatene overføres til min bruker?
- Kan tiltaket overføres til min praksis?
- Imøtekommer tiltaket min brukers ønsker og behov?
- Ønsker hun/han tiltaket gjennomført?

Dette er vurderinger som ikke bare fordrer kunnskap om forskningsme-

tode/statistikk, men hvor brukerens preferanser og verdier og ergoterapeutens kliniske ekspertise har en meget sentral rolle. Kunnskapsbasert praksis blir ofte urettmessig kritisert for å være en «kokebokmedisin» uten behov for individuell klinisk vurdering (Sackett m.fl. 1996, Law & MacDermid 2008, Gramstad & Jentoft 2008). Som illustrert i artikkelen fordrer imidlertid god praksis nettopp evnen til å tilpasse forskning til lokale forhold og den enkelte bruker. □

Litteratur

- Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A (2007). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. Oslo, Gyldendal akademisk forlag.
- Clemson L, Cumming RG, Kendig H, Swann M, Heard R, Taylor K. The effectiveness of a community-based program for reducing the incidence of falls in elderly: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004; 52; 9: 1487-94.
- Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB (2005). *Practical evidence-based physiotherapy*. Edinburgh, Elsevier Butterworth Heinemann.
- Gramstad A, Jentoft R. Evidensbasert praksis: beste kliniske praksis? *Ergoterapeuten* 2008; 6: 22-26.
- Law M, MacDermid J (ed.) (2008). *Evidence-based rehabilitation. A guide to practice*. Thorofare, SLACK Incorporated.
- Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo, Norsk sykepleierforbund.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996;312:71-72.
- Strand, R. Reasoning and evidence as sources of support for evidence-based medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2004;22(3):130-1.
- Aas WR. (2007). «Tiltaksvalg i komplekse brukersaker. Ni translasjonsutfordringer ved bruk av evidens fra forskning». Horghagen Sissel m. fl. (red). *Beste praksis i ergoterapi*. Trondheim, Tapir Akademiske Forlag.

Nytt nettsted

Vil du lære mer om kunnskapsbasert praksis?

I begynnelsen av september ble det lansert et nytt nettsted som er ment å være til hjelp for alle som vil komme i gang med å arbeide kunnskapsbasert. Adressen er: www.kunnskapsbasertpraksis.no Det er Senter ved kunnskapsbasert praksis ved Høyskolen i Bergen og Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten som i samarbeid har utviklet nettstedet. Nettstedet er gratis tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket under «Andre ressurser» og direkte via Internett. Målgruppen er helsepersonell som ønsker å lære å arbeide kunnskapsbasert.

Nettstedet er bygget opp rundt de seks trinnene i kunnskapsbasert praksis: refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk, kritisk vurdere, anvende og evaluere. Her er det tekst, videosnutter, øvingsoppgaver, tester og litteraturtips. Når det gjelder litteratur, kan det for ergoterapeuter være interessant å vite at åtte av fagartiklene fra temanummeret om kunnskapsbasert ergoterapi er der med link til fulltekstversjon. Websiden vil være et svært nyttig hjelpemiddel for ergoterapeuter som ønsker å øke sin kompetanse i kunnskapsbasert praksis.

Hanne Tuntland