

Effekten af ABLE 2.0

- et ergoterapeutisk interventionsprogram for mennesker med kroniske tilstande og ADL problemer



Af: Vita Hagelskjær^{1,2,3}, Cecilie von Bülow^{1,2}, Kristina Tomra Nielsen^{1,4}, Marius Henriksen¹ og Eva Ejlersen Wæhrens^{1,2}

Affilieringer:

1. Parker Institutet, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, København Universitet
2. Brugerperspektiver og Borgernære Indsatser, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, Odense
3. Ergoterapeutuddannelsen, VIA University College, Holstebro
4. Ergoterapeutuddannelsen, University College Nordjylland, Aalborg



Hering
Kommune



Bispebjerg og Frederiksberg
Hospital



Hospitalsenheden Vest



UNIVERSITY COLLEGE
OF NORTHERN DENMARK



UNIVERSITY OF
SOUTHERN DENMARK



VIA University
College

Effekten af ABLE 2.0, - et ergoterapeutisk interventionsprogram for mennesker med kroniske tilstande og ADL problemer

2023

Udgiver: Forskningsenheden for **Aktivitetscentreret Ergoterapi**,
Parker Institutet, Frederiksberg og Bispebjerg Hospital,
Region Hovedstaden, Danmark

Forfattere: Vita Hagelskjær, Cecilie von Bülow, Kristina Tomra Nielsen,
Marius Henriksen og Eva Ejlersen Wæhrens

Grafik: ABLE-logo af Sarah Sonne Glatz

Fotos: colourbox.dk

Må citeres med kildeangivelse

Indholdsfortegnelse

Baggrund.....	4
Formål.....	5
Design og metoder.....	5
Deltagere.....	5
Randomisering.....	6
ABLE 2.0 og sædvanlig ergoterapi.....	6
Dataindsamling.....	7
Dataanalyse.....	8
Resultater.....	9
Deltagere.....	9
Indhold i den leverede ergoterapi i de to grupper.....	9
Primære og sekundære effektmål.....	10
Responderanalyse.....	12
Konklusioner.....	12
Implikationer for praksis.....	13
Kommende studier i ”En bedre hverdag”.....	13
REFERENCER.....	14

Baggrund

Det er velkendt, at en række kroniske tilstande kan medføre nedsat evne til at varetage gøremål i hverdagen relateret til egenomsorg og huslige gøremål, også kaldet almindelig daglig levevis (ADL) (1). Der er ligeledes et dokumenteret behov for at udvikle og evaluere interventionsprogrammer, der adresserer sådanne problemer (1,2). ADL-problemer er en kerneopgave for ergoterapeuter, og studier viser, at ergoterapi generelt kan afhjælpe ADL-problemer (2–5). På den baggrund, blev forskningsprogrammet ”En bedre hverdag” etableret i 2015, med henblik på at udvikle og evaluere et ergoterapeutisk interventionsprogram, der kunne implementeres som en del af de eksisterende kommunale rehabiliteringstilbud.

Forskningsprogrammet følger den britiske ramme for udvikling og evaluering af komplekse interventioner, kaldet MRC-rammen (6,7), som efterhånden er både udbredt og anerkendt blandt forskere verden over. MRC-rammen beskriver processen for udvikling og evaluering af komplekse interventioner i fire faser: 1) udvikling, 2) feasibility/pilotering, 3) evaluering og 4) implementering.

Siden 2015 er der gennemført en række studier i ”En bedre hverdag”. I denne rapport fremlægges resultaterne af effektevalueringen, som er gennemført som et fuldskala randomiseret kontrolleret studie i Herning Kommune. Men først lidt om forskningsprogrammets tidligere studier.

I 2015-2017 blev den første version af interventionsprogrammet ABLE 1.0 udviklet, baseret på en kombination af behov og præferencer hos mennesker med kroniske sygdomme, der oplever problemer relateret til udførelse af ADL-opgaver; forskningsbaseret viden og erfaringer blandt ergoterapeuter, der arbejder med målgruppen (8,9).

I 2018 blev relevansen og gennemførbarheden (feasibility) af indholdet og leveringen af ABLE 1.0 afprøvet i et mindre studie i Mariagerfjord Kommune. Resultaterne medførte enkelte revideringer af interventionsprogrammet, som efterfølgende blev kaldt ABLE 2.0 (10,11).

I 2019-2020 blev der gennemført et pilot studium med henblik på at afprøve flere dele af designet for en fuldskala evaluering af interventionsprogrammet (12).

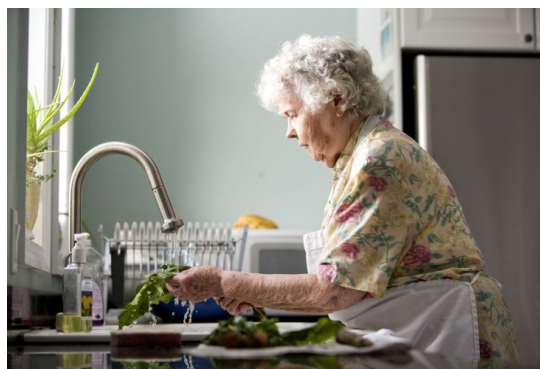


Foto: Colourbox.dk

Evaluering af ABLE 2.0:

I denne rapport formidles resultaterne af effektevalueringen af ABLE 2.0. Kommende rapporter vil formidle resultaterne af de øvrige evalueringer, når disse foreligger og er publiceret i videnskabelige tidsskrifter. Det drejer sig om en procesevaluering, der evaluerer indhold og levering af ABLE 2.0; en realist evaluering, der evaluerer hvordan ABLE 2.0 virker for hvem og under hvilke omstændigheder; samt en økonomisk evaluering, der evaluerer omkostningseffektiviteten af ABLE 2.0.

I 2020-2021 er der indsamlet data til gennemførelse af effektevaluering, procesevaluering, realistisk evaluering og økonomisk evaluering af ABLE 2.0 i Herning Kommune (13).

Støtte til studiet:

Den Kommunale Kvalitetsudviklingspulje har støttet piloterings- og evalueringsfasen af ABLE 2.0 med kr. 724.000. Forskerne i ”En bedre hverdag” takker for bidraget. Ligeledes rettes en tak til Herning Kommune for at have deltaget og bidraget med ressourcer til gennemførelse af studiet; og til Hospitalsenheden Vest, Fysio- og Ergoterapien, Mette Mondrup og Linda Trier Hald, for at have bidraget til dataindsamling.



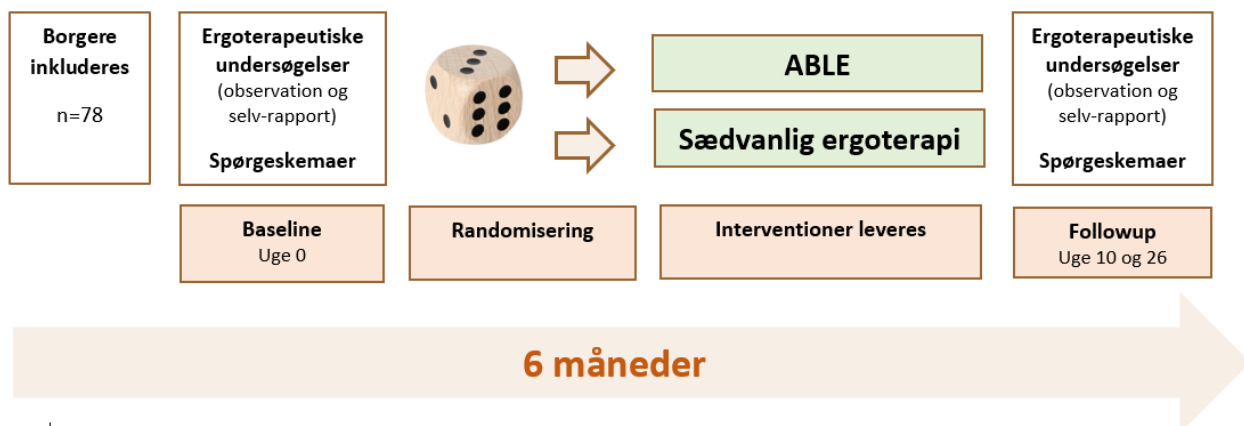
Foto: Colourbox.dk

Formål

Formålet med det aktuelle studie var at evaluere effekten af ABLE 2.0, sammenlignet med sædvanlig ergoterapi, i forhold til at forbedre ADL-evnen hos mennesker med kroniske tilstande.

Design og metoder

Effektevalueringen var designet som et randomiseret kontrolleret studie (RCT), hvor deltagerne ved lodtrækning (randomisering) blev fordelt til enten ABLE 2.0 eller sædvanlig ergoterapi og hvor testere og forskere var blindede for deltagerens allokering. Vi havde tre måletidspunkter; det første ved baseline, umiddelbart før interventionen; det andet ved uge 10 som det primære måletidspunkt, umiddelbart efter intervention; og det sidste 26 uger efter baseline. Se figur 1: Studiets design.



Figur 1: Studiets design

Deltagere

Hjemmeboende borgere med kroniske tilstande og ADL problemer blev randomiseret og allokeret til ABLE 2.0 eller sædvanlig ergoterapi. Data blev indsamlet ved baseline (uge 0), efter endt intervention (uge 10) og ved followup (uge 26).

Effektevalueringen blev gennemført i Herning Kommune, som består af ca. 90.000 indbyggere. Både levering af interventioner og dataindsamling er foregået i hjemmet hos deltagerne og alle interventioner blev leveret af ergoterapeuter ansat i Herning Kommune.

Deltagerne blev inkluderet under forudsætning af, at de var over 18 år, boede i eget hjem, havde en eller flere kroniske tilstande, oplevede ADL-problemer, var motiverede for og parate til forandringer relateret til udførelse af ADL-opgaver og til at modtage ergoterapi, og at de kunne kommunikere selvstændigt og relevant. Akut opstået behov for hjælp til udførelse af visse ADL-opgaver, f.eks. bad eller foretage toiletbesøg, samt anden sygdom opstået inden for de seneste tre måneder og som påvirkerede ADL-evnen, var eksklusionskriterier.

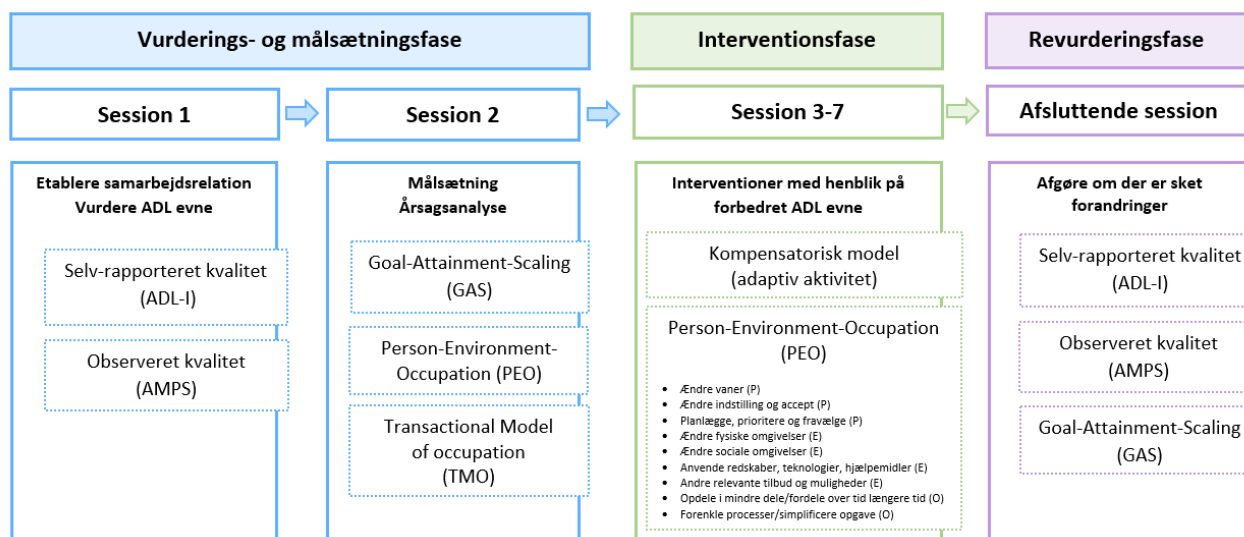
Ergoterapeuter til levering af ABLE 2.0 skulle have minimum 2 års erfaring med målgruppen og være uddannede til at bruge det ergoterapeutiske undersøgelsesredskab Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (28,29).

Randomisering

Deltagerne blev tilfældigt fordelt til enten ABLE 2.0 eller sædvanlig ergoterapi.

ABLE 2.0 og sædvanlig ergoterapi

ABLE 2.0 er et 8 ugers program med 3-8 sessioner, der leveres i hjemmet, hvor det tilpasses den enkelte borger og hvor borgeren er aktivt involveret i den problemløsende proces. Se figur 2: ABLE-programmet.



Figur 2: ABLE-programmet

Ved session 1 vurderes ADL-evnen baseret på en kombination af selvrapport og observation, ved hjælp af henholdsvis ADL-Interview (ADL-I) (9,14) og AMPS (15,16). Ved session 2 samarbejder borgeren og ergoterapeuten om målsætning med redskabet Goal-Attainment-Scaling (GAS) (17), og om analyse af årsager til ADL-problemerne (18). Session 3-7 er interventionssessioner, hvor der

arbejdes kompensatorisk og med adaptive strategier for at kompensere for den nedsatte ADL-evne (18). Interventionssessionerne indeholder ni komponenter, der kan kombineres efter den enkeltes behov. Med adaptive strategier justeres på opgaven, eller det fysiske eller sociale miljø ændres, for at reducere borgerens brug af kræfter, og gøre udførelsen mere effektiv, mere sikker eller mere selvstændig. Borgeren engageres i at afprøve og øve løsningerne, med henblik på at indarbejde disse i de daglige rutiner. Ved den afsluttende session revurderes ADL-evnen og graden af målopfyldelse vurderes.

Ergoterapeuterne blev uddannet i at levere ABLE 2.0 på et kursus af tre en halv dages varighed.

Deltagerne i kontrolgruppen modtog ergoterapi, som sædvanligt leveret i kommunen.

Dataindsamling

Co-primære effektmål var selvrapporteret ADL evne, målt med ADL-Interview (ADL-I Udførelse) (11,14) og observeret motorisk ADL evne målt med Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (15,16) ved uge 10 efter baseline.

Sekundære effektmål var selvrapporteret ADL evne, målt med ADL-I Udførelse, og observeret motorisk ADL evne, målt med AMPS, ved uge 26 efter baseline; og selvrapporteret tilfredshed med ADL evne, målt med ADL-I Tilfredshed (19), og observeret procesmæssig ADL evne, målt med AMPS, ved uge 10 og 26 efter baseline.

Eksplorative effektmål var aktivitetsbalance målt med Occupational Balance Questionnaire (OBQ11) (20), oplevede forandringer målt med Client-Weighted-Problems Questionnaire (CWP-Q), et spørgeskema udviklet specifikt til dette studie, og generelt helbred målt med det første spørgsmål i the MOS 36-item Short Form Survey Instrument (SF36-SF1) (21). Eksplorative udfaldsmål blev målt ved uge 10 og 26 efter baseline.

Instrumenter

ADL-I (11,14) og AMPS (15,16) er standardiserede instrumenter, som er udviklede baseret på Rasch analyser, og som anvendes af ergoterapeuter til at vurdere og måle kvalitet i udførelse af ADL-opgaver. I ADL-I scorer klienten sin oplevede kvalitet i udførelse af ADL-opgaver, samt tilfredshed med udførelse, for i alt 47 ADL-opgaver, på en ordinal skala. Disse scorer konverteres til lineære mål for udførelse og tilfredshed, som udtrykkes i logits og er justeret for opgavernes sværhedsgrad. Højere værdier repræsenterer mere ADL-evne. En klinisk relevant forskel eller forandring på ADL-I Udførelse er ≥ 0.64 logit (14).

I AMPS vælger og udfører borgeren to standardiserede ADL-opgaver, som er relevante og af passende sværhedsgrad. Lineære mål genereres for både motoriske og procesmæssige færdigheder, udtrykt i logits og justeret for testerens hårdhed og opgavens/færdighedens sværhedsgrad (15). En klinisk relevant forskel eller forandring er ≥ 0.3 logit på ADL motorisk og procesmæssig skala (15).

OBQ11 er et instrument med 11 spørgsmål, til vurdering af borgerens oplevede aktivitetsbalance og tilfredshed med denne. Aktivitetsbalance defineres som “*oplevelsen af at have den rette mængde og variation af meningsfulde og formålstjenlige aktiviteter i aktivitetsmønstret*” (20). Borgeren scorer sin oplevelse på en fire-punkt-skala fra 0-3, og den totale sumscore på 33 repræsenterer fuldstændig aktivitetsbalance.

CWP-Q indeholder fem spørgsmål til borgerens oplevede problemer og forandringer vedrørende accept, behov for hjælp, og håb for fremtiden. Der anvendes en 11-punkts ordinal skala (0-10), hvor højere scorer repræsenterer større problemer.

SF36-SF1 (21) anvendes til at vurdere borgerens selv-rapporterede generelle helbred og velbefindende.

Mere detaljerede beskrivelser af instrumenterne kan findes i den publicerede protokolartikel (13).

Data om sædvanlig ergoterapi (kontrolgruppen)

Data om hvad der blev leveret i kontrolgruppen indeholdt oplysninger om dosis, tilgange til vurdering af ADL-*evne*, målsætning, indhold i behandling, henvisning til andre tilbud og afslutning på forløb. Disse oplysninger blev indsamlet retrospektivt fra deltagernes journaler efter endt forløb og gennem registreringsskemaer udfyldt af de ergoterapeuter der leverede sædvanlig ergoterapi.

Sample size

Stikprøvens størrelse blev vurderet baseret på data indsamlet i feasibilitystudiet (11) og fastsat til 80 (n=80) deltagere, med 40 (n=40) i hver gruppe.

Dataanalyse

De primære analyser blev gennemført som Intention-To-Treat analyser efterfulgt af sensitivitetanalyser i form af Per-Protocol analyser. Per-Protokol gruppen bestod af deltagere som havde fuldført deres interventioner og uge 10 målinger. Lineære mål blev analyseret som forskelle i forandringer over tid mellem grupperne, fra baseline til uge 10 og/eller uge 26 (repeated measures mixed linear models) med ADL-I Udførelse ved baseline som ko-*variat* (ANCOVA).

De eksplorative effektmål (OBQ11, CWP-Q, and SF36-SF1) blev analyseret med logistisk regressionsanalyse.

Respondere, dvs. deltagere som havde opnået klinisk relevant forandring i AMPS motorisk ADL-*evne* (≥ 0.3 logit) (15) og/eller ADL-I Udførelse (≥ 0.64 logit) (14) ved uge 10 eller uge 26, blev identificeret i per-protokol gruppen og sammenlignet mellem grupperne (ABLE 2.0 og sædvanlig ergoterapi).

Resultater

Deltagere

I alt blev 78 (n=78) borgere inkluderet og allokeret til ABLE 2.0 (n=38) eller sædvanlig ergoterapi (n=40) (Se tabel 1). Af de inkluderede borgere var 90 % pensionister, med en median alder på 76 år; og næsten 65 % havde mere end én kronisk tilstand. Deres gennemsnitlige ADL evne ved baseline, målt med AMPS, indikerede nedsat kvalitet i udførelse af ADL opgaver i begge grupper.

Tabel 1: Baseline karakteristika, deltagere i ABLE 2.0 RCT (n=78)

Variabel	ABLE (n=38)	Sædvanlig ergoterapi (n=40)
Alder: median (rækkevidde)	75.0 (34-88)	76.5 (29-92)
Køn: kvinde, n (%)	29 (76.3)	27 (67.5)
Diagnose som påvirker ADL-<i>evne</i> mest ved baseline^a: n (%)		
Ortopædisk/muskel-skeletal ^b	18 (47.4)	24 (60.0)
Neurologisk ^c	6 (15.8)	9 (22.5)
Medicinsk ^d	14 (36.8)	7 (17.5)
Multi-morbiditet	24 (63.2)	26 (65.0)
Civil status: n (%)		
Bor alene	26 (68.4)	26 (65.0)
Bor med partner	12 (31.6)	14 (35.0)
ADL-<i>evne</i>: gennemsnit (SD)		
AMPS motor	0.9 (0.6)	0.9 (0.6)
AMPS proces	1.0 (0.5)	0.9 (0.5)
ADL-I Udførelse	1.12 (1.10)	0.96 (0.80)
ADL-I Tilfredshed	0.97 (1.26)	0.77 (0.96)

ABLE: a better everyday life; ADL: almindelig daglig levevis; ADL-I: almindelig daglig levevis interview;

AMPS: Assessment of Motor and Process Skills

^a vurderet af tester i forbindelse med AMPS

^b defineret som artrose, kronisk/langvarig smerte, fraktur/protese

^c defineret som stroke og non-stroke (for eksempel cerebral parese, traumatisk hjerneskade, multipel sklerose, Parkinsons sygdom)

^d defineret som hjerte-kar-sygdom, lungesygdom, diabetes, cancer, fedme

Indhold i den leverede ergoterapi i de to grupper

I alt gennemførte n=30 (75.0%) deltagere i kontrolgruppen og n=29 (76.3%) i ABLE 2.0-gruppen deres forløb. Seks ergoterapeuter leverede sædvanlig ergoterapi til kontrolgruppen, og fem af dem havde >2 års erfaring med at arbejde med målgruppen. Samlet set blev n=95 og n=144 sessioner leveret i henholdsvis kontrolgruppen og ABLE 2.0-gruppen. I kontrolgruppen blev n=90 sessioner (94,7 %) leveret i klientens hjem, mens n=5 sessioner (5,3 %) blev leveret via telefon sammenlignet med n=136 (94,4 %) sessioner leveret hjemme og n=8 (5,6%) sessioner leveret telefonisk i ABLE 2.0-gruppen.

Indholdet af, hvad der blev leveret i de to grupper, er præsenteret i tabel 2.

Tabel 2: Indhold i sædvanlig ergoterapi (n=30) og ABLE 2.0 (n=29) i ABLE 2.0 RCT

	Sædvanlig ergoterapi	ABLE 2.0
Dosis^a	Forløb, varighed i dage: <i>median (spænd)</i>	14.5 (1-118)
	Besøg, antal: <i>median (spænd)</i>	5 (3-8)
	Besøg, varighed i minutter: <i>median (spænd)</i>	60 (10-135)
Vurdering af ADL-<i>evne</i>^b	Standardiseret tilgang: n (%)	29 (100,0)

Målsætning ^{b,c}	Samarbejde mellem borger og ergoterapeut: <i>n (%)</i>	12 (40,0)	28 (96,6)
	Visitation: <i>n (%)</i>	17 (56,7)	1 (3,4)
Interventionsmetoder ^d	Øve udførelse og/eller rådgivning og vejledning: <i>n (%)</i>	18 (60,0)	29 (100,0)
Henvielse til andet ^b	Hjælpe midler: <i>n (%)</i>	9 (30,0)	17 (58,6)
	Andet, herunder hjemmehjælp: <i>n (%)</i>	8 (26,7)	4 (13,8)
Revurdering af ADL- evne ^{b,c}	Standardiseret tilgang: <i>n (%)</i>	0 (0,0)	28 (96,6)
	Ikke-standardiseret tilgang: <i>n (%)</i>	7 (23,3)	0 (0,0)

ABLE: a better everyday life; ADL: almindelig daglig levevis

^a Data indsamlet i registreringsskemaer

^b Data indsamlet fra klientjournaler i kontrolgruppen og i registreringsskemaer i ABLE 2.0 gruppen

^c Data missing for én deltager i kontrolgruppen

^d Ingen information der indikerer udførelse af ADL-opgaver og/eller rådgivning og vejledning i n=12 (40.0%) af forløbene i kontrolgruppen

^e Ingen information om revurdering af ADL-*evne* i forbindelse med afslutning på forløb i n=23 (76.7%) tilfælde i kontrolgruppen

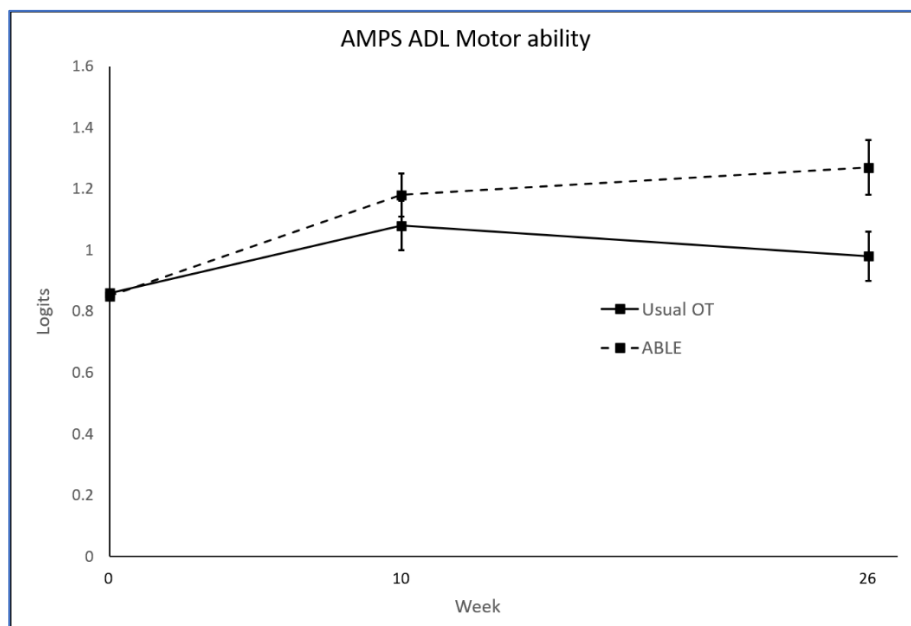
Data indikerer, at der i kontrolgruppen blev anvendt ikke-standardiserede tilgange til vurdering af ADL-*evne*, og at undersøgelse, målsætning og intervention/behandling blev planlagt og udført parallelt, frem for i en rækkefølge med anvendelse af vurdering af ADL-*evne* som grundlag for målsætning og planlægning af borgerens videre forløb. Der er således ikke tegn på anvendelse af en arbejdsprocesmodel, som ramme for en systematisk og problemsløsende proces. Desuden indikerer data, at fokus i behandlingssessionerne i kontrolgruppen varierer mellem klientens kropsfunktioner, aktivitet og deltagelse og/eller omgivelsesmæssige faktorer; samt at forløbene blev afsluttet på flere forskellige måder og uden brug af standardiserede redskaber til revurdering af ADL-*evne*.

Detaljerede oplysninger om levering af ABLE 2.0 vil blive rapporteret i procesevalueringen.

Primære og sekundære effektmål

I de primære analyser af primære effektmål fandt vi ingen statistisk signifikante eller klinisk relevante forskelle mellem grupper i gennemsnitlige forandringer i selvrapporert (ADL-I Udførelse) (-0.16 logits; 95 % CI: -0.38 to 0.06; p=0,1635) eller observeret (AMPS) (-0.1 logits; 95 % CI: -0.3 to 0.1; p=0,3430) motorisk ADL *evne* fra baseline til uge 10.

Ved uge 26 efter baseline, fandt vi en statistisk signifikant og klinisk relevant forskel i motorisk ADL *evne* (AMPS) (-0.3 logits; 95% CI = -0.5 to -0.1; p=0,0178) mellem grupperne, i ABLE 2.0 gruppens favør (se figur 1). Dette fund blev bekræftet i sensitivitetsanalysen (-0.4 logits; 95% CI = -0.7 to -0.1; p=0,0027). Resultaterne er præsenteret i tabel 3.



Figur 1: Forskelle mellem grupper i AMPS motorisk ADL-evne (rapporteret i LS means). Højere værdier repræsenterer mere ADL-evne

Tabel 3: Forandringer i primære og sekundære effektmål, ABLE 2.0 RCT

Intention-To-Treat				
Variabler	ABLE 2.0 (n=38)	Sædvanlig ergoterapi (n=40)	Estimeret forskel	
	LSMean (SE)	LSMean (SE)	ΔLSMean (95% CI)	p-værdi
Uge 10				
AMPS motorisk ADL-evne	0.3 (0.1)	0.2 (0.1)	-0.1 (-0.3 to 0.1)	0.3430
ADL-I Udførelse	0.17 (0.08)	0.01 (0.08)	-0.16 (-0.38 to 0.06)	0.1635
Uge 26				
AMPS motorisk ADL-evne	0.4 (0.1)	0.1 (0.1)	-0.3 (-0.5 to -0.1)	0.0178
ADL-I Udførelse	0.19 (0.09)	0.28 (0.09)	0.09 (-0.15 to 0.34)	0.4381
Per-Protocol				
	ABLE (n=29)	Sædvanlig ergoterapi (n=28)	Estimeret forskel	
	LSMean(SE)	LSMean(SE)	ΔLSMean (95% CI)	p-værdi
Uge 10				
AMPS motorisk ADL-evne	0.4 (0.1)	0.1 (0.1)	-0.2 (-0.5 to 0.0)	0.0622
ADL-I Udførelse	0.19 (0.09)	0.03 (0.09)	-0.15 (-0.41 to 0.10)	0.2384
Uge 26				
AMPS motorisk ADL-evne	0.5 (0.1)	0.1 (0.1)	-0.4 (-0.7 to -0.1)	0.0027
ADL-I Udførelse	0.14 (0.10)	0.31 (0.10)	0.18 (-0.10 to 0.46)	0.2050

ABLE, a better everyday life (interventionsgruppen); ADL, almindelig daglig levevis; ADL-I, almindelig daglig levevis interview; AMPS, assessment of motor and process skills; CI, confidence interval; CWP-Q, client weighted problems questionnaire; OBQ, occupational balance questionnaire; ITT, intention to treat; PP, per protocol; SE, standard error

Statistisk signifikante og klinisk relevante forskelle mellem grupper over tid er markeret med fed skrift

I analyserne af de sekundære og eksplorative effektmål fandt vi ingen statistisk signifikante eller klinisk relevante forandringer, ligesom vi heller ikke fandt en sammenhæng mellem gruppeallokering og selvrapporert forandring i helbred.

Responderanalyse

Vi har også i studiet set nærmere på de deltagere i begge grupper, der opnåede klinisk relevant forandring på de primære effektmål (dvs. AMPS motorisk ADL evne $\geq 0,3$ logit; og/eller ADL-I Udførelse $\geq 0,64$ logit) fra baseline til uge 10 og/eller uge 26 (dvs. respondere) (14,15).

Ved baseline var det gennemsnitlige mål for AMPS motorisk ADL-evne hos respondere i ABLE 2.0 gruppen og kontrolgruppen henholdsvis 0,5 og 0,6 logits lavere end non-respondere. Der var således klinisk relevante forskelle mellem respondere og non-respondere i begge grupper allerede fra start.

Ligeledes fandt vi en klinisk relevant forskel i gennemsnitlig AMPS procesmæssig ADL-evne ($\geq 0,3$ logit) målt ved baseline, mellem respondere og non-respondere i ABLE 2,0 gruppen, hvorimod den gennemsnitlige forskel i kontrolgruppen var 0,1 logit til fordel for non-respondere og således ikke klinisk relevant.

De gennemsnitlige baseline målinger på ADL-I for henholdsvis respondere og ikke-respondere var ikke klinisk relevant forskellige i hverken ABLE 2.0 eller kontrolgruppen.

Alt i alt indikerer dette, at personer med lavere observation-baseret ADL-evne målt ved baseline med AMPS kan drage fordel af ABLE 2.0 interventionen.

Konklusioner

På baggrund af studiets resultater kan det konkluderes, at ABLE 2.0 havde effekt i forhold til at opnå forbedringer i observeret motorisk ADL evne, i form af nedsat anstrengelse (klodsethed, fysisk udmattelse og træthed) blandt personer med kroniske tilstande. De opnåede langsigtede effekter på den observerede motoriske ADL evne tilskrives den systematiske tilgang til problemløsningsprocessen, jf. den ergoterapeutiske arbejdsprocesmodel OTIPM (18), den aktive involvering af borgeren i processen, herunder at finde og afprøve løsningsmuligheder, levering af interventionsprogrammet i hjemmet, og brugen af kompenserende tilgange. Slutteligt, fordi deltageres observerede ADL evne ved baseline var den eneste identificerede forskel mellem de klienter, der opnåede forbedret ADL evne og de der ikke gjorde, og ABLE 2.0 således var effektiv på tværs af køn, alder og diagnoser, understøtter resultaterne ideen om et generisk program, der kan anvendes på tværs af kroniske sygdomme, alder og køn. Konklusionerne danner grundlag for at anbefale iværksættelse af forskningsaktiviteter, der sigter mod implementering af ABLE interventionsprogrammet i kommunal rehabiliteringspraksis.

Implikationer for praksis:

Langtidsholdbare forbedringer i ADL-evne hos mennesker med kroniske tilstande kan potentielt opnås ved at:

- Implementere en evidensbaseret arbejdsprocesmodel, som understøtter levering af systematisk, individualiseret, problemløsningsorienteret ergoterapi
- Anvende standardiserede metoder til vurdering af ADL-evne
- Samarbejde med borger om at sætte mål og om at finde og afprøve løsninger
- Anvende kompensatoriske strategier til løsning af ADL-problemerne



Fotos: Colourbox.dk



Kommende studier i "En bedre hverdag":

Aktuelt planlægges forskningsaktiviteter relateret til implementering af ABLE interventionsprogrammet i flere danske kommuner.

Ved interesse for deltagelse kan der rettes henvendelse til:

Vita Hagelskjær: viha@via.dk

Du kan læse den fulde videnskabelige artikel om studiet her:

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/02692155231180720>


Original Research Article

**CLINICAL
REHABILITATION**

Clinical Rehabilitation
1-19
© The Author(s) 2023
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/02692155231180720
journals.sagepub.com/home/cre



Effectiveness of an individualised occupational therapy intervention programme (ABLE) using adaptational strategies on activities of daily living among persons with chronic conditions: A randomised controlled trial (RCT)

Vita Hagelskjær^{1,2,3} , Cecilie von Bülow^{1,2},
Kristina Tomra Nielsen^{1,4} , Marius Henriksen¹,
and Eva Ejlersen Wæhrens^{1,2}

REFERENCER

1. Nielsen KT, Klokke L, Wæhrens EE. Self-reported quality of activities of daily living task performance in four diagnostic groups with chronic conditions. *IJTR*. 2021;28(4):1–10.
2. Nielsen TL, Petersen KS, Nielsen CV, Strøm J, Ehlers MM, Bjerrum M. What are the short-term and long-term effects of occupation-focused and occupation-based occupational therapy in the home on older adults' occupational performance? A systematic review. *Scand J Occup Ther*. 2017 Jul 4;24(4):235–48.
3. Steultjens E, Dekker J, Bouter L, Leemrijse C, Ende C van den. Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. *Clin Rehabil*. 2005;19(3):247–54.
4. Hand C, Law M, McColl MA. Occupational therapy interventions for chronic diseases: A scoping review. *Am J Occup Ther*. 2011;65(4):428–36.
5. Von Bülow C, Amris K, Bandak E, Danneskiold-Samsøe B, Wæhrens EE. Improving activities of daily living ability in women with fibromyalgia: An exploratory, quasi-randomized, phase-two study, improve trial. *J Rehabil Med*. 2017;49(3):241–50.
6. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj*. 2008;337(7676):979–83.
7. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374(2018):1–11.
8. Nielsen TL, Andersen NT, Petersen KS, Polatajko H, Nielsen CV. Intensive client-centred occupational therapy in the home improves older adults' occupational performance. Results from a Danish randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther*. 2018;26(5):325–42.
9. Wæhrens EE, Kottorp A, Nielsen KT. Measuring self-reported ability to perform activities of daily living: a Rasch analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):1–17.
10. Guidetti S, Nielsen KT, von Bülow C, Pilegaard MS, Klokke L, Wæhrens EE. Evaluation of an intervention programme addressing ability to perform activities of daily living among persons with chronic conditions: study protocol for a feasibility trial (ABLE). *BMJ Open*. 2018;8(5):e020812.

11. Nielsen KT, Guidetti S, von Bülow C, Klokke L, Wæhrens EE. Feasibility of ABLE 1.0—a program aiming at enhancing the ability to perform activities of daily living in persons with chronic conditions. *Pilot Feasibility Stud.* 2021;7(1):1–15.
12. Hagelskjær V, Nielsen KT, von Bülow C, Graff M, Wæhrens EE. Occupational therapy addressing the ability to perform activities of daily living among persons living with chronic conditions: a randomised controlled pilot study of ABLE 2.0. *Pilot Feasibility Stud.* 2021;7(122):16.
13. Hagelskjær V, Nielsen KT, von Bulow C, Oestergaard LG, Graff M, Wæhrens EE. Evaluating a complex intervention addressing ability to perform activities of daily living among persons with chronic conditions: study protocol for a randomised controlled trial (ABLE). *BMJ Open.* 2021;11(11):e051722.
14. Wæhrens EE, Nielsen KT. ADL-Interview (ADL-I). Klinisk version 1.0 - Introduktion, ADL-I og administration [Clinical version 1.0 - Introduction, ADL-I, and administration]. ACE Copenhagen. 2020.
15. Fisher AG, Jones KB. Assessment of motor and process skills. Volume 1: Development, standardization, and administration manual. 7th ed. Fort Collins, Colorado, USA: Three Star Press; 2012.
16. Fisher AG, Jones KB. Assessment of motor and process skills. Volume 2: User manual. 7th ed. Fort Collins, Colorado, USA: Three Star Press; 2012.
17. Krasny-Pacini A, Hiebel J, Pauly F, Godon S, Chevignard M. Goal Attainment Scaling in rehabilitation: A literature-based update. *Ann Phys Rehabil Med.* 2013;56(3):212–30.
18. Fisher AG, Marterella A. *Powerful practice : A Model for Authentic Occupational Therapy.* Fort Collins: CIOTS - Center for Innovative OT Solutions; 2019.
19. Wæhrens EE. Measuring quality of occupational performance based on self-report and observation. Development and validation of instruments to evaluate ADL task performance. Thesis. Department of Community Medicine and Rehabilitation, Umeå University; 2010.
20. Håkansson C, Wagman P, Hagell P. Construct validity of a revised version of the Occupational Balance Questionnaire. *Scand J Occup Ther.* 2019;27(6):441–9.
21. Gill TK, Broderick D, Avery JC, Dal Grande E, Taylor AW. Self reported overall health status: Implications for intervention strategies. *Australas Med J.* 2009;2(8):44–57.