

Hvordan fungerer ABLE 2.0?

- en realistisk evaluering af det ergoterapeutiske interventionsprogram for mennesker med kroniske tilstande og ADL problemer



Af:

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

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



Herning
Kommune



Bispebjerg og Frederiksberg
Hospital



Hospitalsenheden Vest

UCN

UNIVERSITY COLLEGE
OF NORTHERN DENMARK



SDU

UNIVERSITY OF
SOUTHERN DENMARK

OAK
FOUNDATION



VIA University
College

*Hvordan fungerer ABLE 2.0? - en realistisk evaluering af det
ergoterapeutiske interventionsprogram for mennesker med kroniske
tilstande og ADL problemer*

2024

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

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

Grafik: ABLE-logo af Sarah Sonne Glatz

Fotos: colourbox.dk

Må citeres med kildeangivelse

Indholdsfortegnelse

Baggrund	4
Om forskningsprogrammet ”En bedre hverdag”	4
Baggrund for realistisk evaluering af ABLE 2.0	5
Formål	5
Design og metoder	6
Deltagere og rekruttering	6
ABLE 2.0 interventionsprogrammet	6
Procedurer for realistisk evaluering	7
Dataindsamling	8
Kvalitative realistinterview	9
Dataanalyse	9
Resultater	10
Deltagere	10
Temaer og CMO-konfigurationer	10
Opbygge fundament for det samlede forløb	11
Infrastrukturelt niveau	12
Institutionelt niveau	12
Interpersonelt niveau	12
Individuelt niveau	13
Etablere fokus for det videre forløb	14
Institutionelt niveau	15
Interpersonelt niveau	15
Individuelt niveau	16
Identificere og implementere relevante kompenserende løsninger	16
Institutionelt niveau	18
Interpersonelt niveau	18
Individuelt niveau	19
Revurdere for at afslutte forløb	20
Institutionelt niveau	20
Interpersonelt niveau	21
Individuelt niveau	21
Konklusioner	21
Implikationer for praksis	22
REFERENCER	23

Baggrund

Om forskningsprogrammet ”En bedre hverdag”

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). At løse ADL-problemer er en kerneopgave for ergoterapeuter, og studier viser, at ergoterapi generelt kan afhjælpe sådanne 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 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 gennemførligheden (feasibility) af indhold og levering af ABLE 1.0 afprøvet i Mariagerfjord Kommune (10,11). Resultaterne medførte enkelte revideringer af interventionsprogrammet, som efterfølgende blev kaldt ABLE 2.0.

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

I 2020-2022 blev der gennemført en række evalueringer af ABLE 2.0 i Herning Kommune: Effektevaluering, realistisk evaluering, procesevaluering og økonomisk evaluering.

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.

I denne rapport fremlægges resultaterne af den realistiske evaluering, som også er publiceret i et videnskabeligt tidsskrift (13). Resultaterne af effektevalueringen af ABLE 2.0 er afrapporteret (14–

16). Resultaterne af procesevalueringen og den økonomiske evaluering blive formidlet i kommende rapporter.

Baggrund for realistisk evaluering af ABLE 2.0

Da evalueringsfasen i 2020 blev indledt, var ABLE 2.0 allerede velbeskrevet, afprøvet, understøttet af en manual og løbende revideret. Dog var viden om, hvordan interventionen virkede i forskellige kontekster, stadig begrænset. Baseret på rækken af publikationer fra det britiske forskningsråd om udvikling og evaluering af komplekse interventioner (6,7,17) har der været stigende fokus på komplekse interventioners underliggende teorier og på betydningen af at integrere forskellige evalueringsmodeller. Især i den seneste publikation fra 2021 (7) anerkendes behovet for mere kontekstualiseret forståelse af, hvordan en intervention kan føre til forandringer, for eksempel ved udvikling af en programteori.

Realistisk evaluering er en teoridrevet evaluering, der adresserer spørgsmålet "*hvad virker, for hvem, under hvilke omstændigheder og hvordan?*" (18). Denne tilgang antager, at intet virker for alle på samme måde alle steder, og at konteksten påvirker resultaterne. Realistisk evaluering søger ikke kun at finde ud af "*hvad der virker?*", men også "*hvordan eller hvorfor det virker, for hvem og under hvilke omstændigheder?*", hvilket giver dybere indsigt en kompleks intervention og den kontekst den skal leveres i (19). Præmissen er, at interventioner ikke virker alene, men at de virker ved *måden* hvorpå de der modtager og leverer interventionen, reagerer på det programmet tilbyder (18). Ved at introducere begrebet 'mekanisme', dvs. underliggende forandringer i ræsonnering/adfærd, som aktiveres af bestemte kontekstuelle faktorer (20), antages det, at interventionsprogrammer fungerer (eller ikke fungerer), som resultat af beslutninger truffet som reaktion på det programmet tilbyder, hvilket forårsager bestemte resultater eller outcomes.

Kontekstuelle faktorer defineres her som materielle, sociale, organisatoriske, økonomiske, tekniske eller individuelle karakteristika. Outcomes defineres som resultater af interaktionen mellem kontekst og mekanisme (18). Kontekstuelle faktorer på forskellige niveauer; infrastrukturelle, institutionelle, interpersonelle og individuelle (21) kan muliggøre eller forhindre udløsningen af mekanismer, som kan medføre bestemte outcomes. Dette benævnes kontekst-mekanisme-outcome-konfigurationer (CMO-konfigurationer) (19). Udvikling og brug af programteori er centralt i realistisk evaluering. En programteori er en eksplicit teori eller model for, hvordan en intervention virker eller ikke virker under bestemte omstændigheder.

Formål

Det overordnede formål med dette studie var at opnå en dybere forståelse af, hvordan ABLE 2.0 fungerede under forskellige omstændigheder, for hvem, hvordan og hvorfor.

Det specifikke formål var at identificere interaktioner mellem kontekst, mekanismer og outcomes i ABLE 2.0, for at bekræfte, revidere eller afkræfte aspekter af programteorien.

Resultaterne vil bidrage til at revidere programteorien og informere eventuel fremtidig implementering af ABLE 2.0 i kommunal rehabiliteringspraksis.

Design og metoder

Studiet var designet som en kvalitativ realistisk evaluering og blev gennemført parallelt med effektevalueringen (14,15), procesevalueringen og den økonomiske evaluering (16,22).

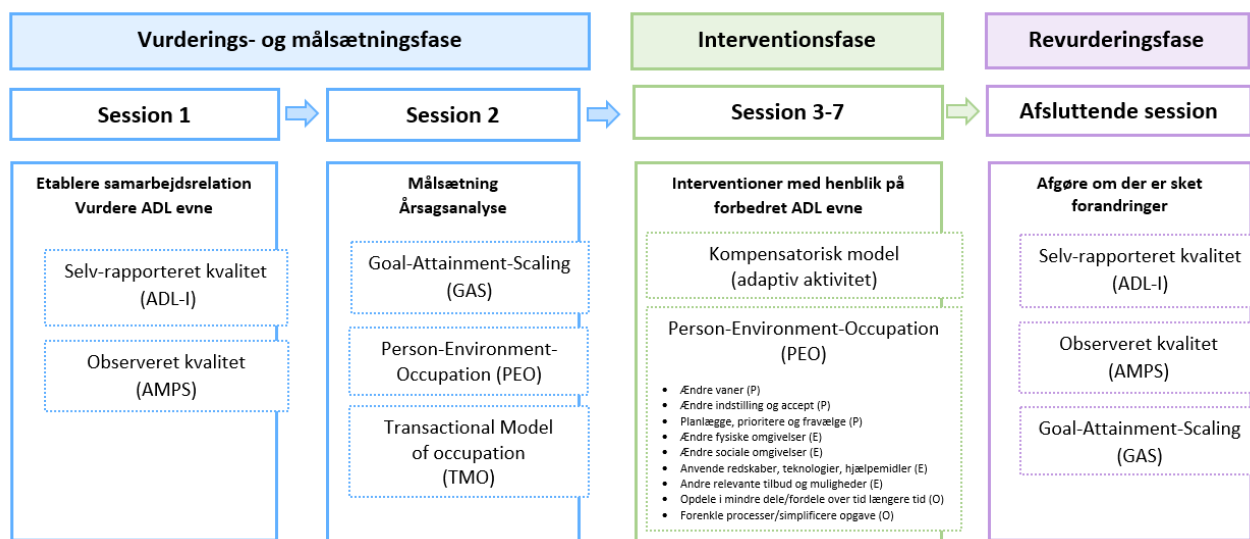
Deltagere og rekruttering

Både klienter og ergoterapeuter deltog i studiet. Klienterne var en undergruppe rekrutteret blandt de senest inkluderede klienter, som var randomiseret til at modtage ABLE 2.0 i effektevalueringen. De havde en eller flere kroniske tilstande; var 18 år eller ældre; boede i eget hjem; oplevede problemer med udførelse af ADL-opgaver; var motiverede og parate til forandringer relateret til udførelse af ADL-opgaver og til at deltage i et ergoterapeutisk forløb; og kommunikerede selvstændigt og relevant. Desuden blev følgende kriterier anvendt til at sammensætte en gruppe på 8 klienter: Mindst tre mænd; mindst fire med motorisk ADL-evne < 1,0 logits målt med Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (23,24), vurderet ved baseline i ABLE 2.0 effektevalueringen (fordi det indikerer behov for moderat til maksimal assistance for at kunne leve i samfundet); variation i antallet af modtagne sessioner; og variation i alder. Desuden skulle de demonstrere variation i resultater (målt ved den sidste session af interventionen og vurderet ved Goal Attainment Scaling (GAS)) (25,26).

Ergoterapeuter blev rekrutteret, forudsat at de havde leveret ABLE 2.0 i effektevalueringen, havde mindst to års erfaring med at arbejde med målgruppen for studiet, var kalibrerede AMPS-testere og trænede i levering af ABLE 2.0 ved deltagelse i 3½ dages kursus. Kurset omfattede introduktion til ABLE 2.0 og de underliggende teorier og modeller, træning i brugen af instrumenterne i programmet og i at levere ABLE-sessioner. Derudover var der indlagt tid til udveksling af erfaringer mellem ergoterapeuterne og adgang til supervision fra forskergruppen.

ABLE 2.0 interventionsprogrammet

ABLE 2.0 er et 8 ugers program med 3-8 sessioner, der leveres i hjemmet, hvor det tilpasses den enkelte klient og hvor klienten er aktivt involveret i problemløsningsprocessen. Se figur 1: ABLE-programmet.



Figur 1: ABLÉ-programmet

Ved session 1 vurderes ADL-evnen baseret på en kombination af selvrapport og observation, ved hjælp af henholdsvis ADL-Interview (ADL-I) (9,27) og AMPS (23,24). Ved session 2 samarbejder klienten og ergoterapeuten om målsætning med Goal-Attainment-Scaling (GAS) (25,26), og om analyse af årsager til ADL-problemerne (28) med Person-Environment-Occupation Model (29) og Transactional Model of Occupation (TMO) (28). Session 3-7 er interventionssessioner, hvor der arbejdes kompensatorisk og med adaptive strategier med henblik på at kompensere for den nedsatte ADL-evne (28). I interventionssessionerne gøres brug af ni komponenter, der kan kombineres efter den enkeltes behov. Adaptive strategier anvendes til at justere på opgaven, ændre på de fysiske eller sociale omgivelser, eller til at reducere klientens brug af kræfter, gøre udførelsen mere effektiv, mere sikker eller mere selvstændig. Klienten 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.

Procedurer for realistisk evaluering

Som den realistiske evalueringscyklus (18) foreskriver, var det første skridt at udvikle en programteori for ABLÉ 2.0. Denne programteori skulle indfange antagelserne om, hvad der virker for hvem, under hvilke omstændigheder og hvordan i ABLÉ 2.0. Programteorien blev udviklet baseret på tidligere studier (1,10,11,30,31). Den overordnede programteori var, at ABLÉ 2.0 kunne forbedre ADL-evnen hos deltagerne, baseret på en struktureret og individualiseret problemløsningsproces samt ved anvendelse af kompenserende løsninger i klientens hjem. Programteorien er illustreret i figur 2.



ADL, almindelig daglig levevis; ET, ergoterapeut

Figur 2: ABLE 2.0 programteori

Dataindsamling

Kvalitative data baseret på realistiske interviews blev indsamlet (32) blandt klienter, der modtog, og ergoterapeuter, der leverede ABLE 2.0.

Kvalitative realistinterview

Gennem interviews blev aspekter af programteorien belyst. Først blev der gennemført individuelle interviews med ergoterapeuterne, efterfulgt af individuelle interviews med den udvalgte gruppe klienter. Afslutningsvist blev der gennemført et fokusgruppeinterview med ergoterapeuterne.

Til alle interviews var der udviklet interviewguides, som afspejlede den realistiske evalueringsmetode (18,32) og som skulle bidrage til at opnå dybdegående information om programteorien og relationerne mellem kontekstuelle forhold, mekanismer og outcomes.

I de individuelle interviews med ergoterapeuterne drejede spørgsmålene sig primært, om deres oplevelser af måden hvorpå ABLE 2.0 fungerede - eller med andre ord, hvordan mekanismer blev aktiveret, og under hvilke omstændigheder, og hvordan dette medførte forandringer. I interviews med klienterne fokuserede spørgsmålene primært på deres oplevelser af, om ABLE 2.0 motiverede dem til at ændre tankegang og/eller adfærd i forhold til udførelse af ADL-opgaver, og i så fald hvordan. Det afsluttende fokusgruppeinterview med ergoterapeuterne gav dybere indsigt i hvordan ABLE 2.0 fungerede, i forhold det der allerede var fundet på baggrund af de individuelle interviews.

Dataanalyse

Baseret på principper for realistisk evaluering blev analysen gennemført som en iterativ proces, med anvendelse af retroduktiv tilgang (18,33). Dette med henblik på at identificere underliggende mekanismer og fortløbende modellere forståelsen af, hvordan ABLE 2.0 fungerede.

Analysen blev gennemført i fem trin:

- 1) Gennemlytning af lydoptagelser og gennemlæsning af transskriptioner for at opnå overblik over data.
- 2) Kodning af hvert enkelt interview i forhold til a) kontekstuelle faktorer; b) aktiverede mekanismer; og c) oplevede outcomes samt identificering af tekststykker der afspejlede CMO-konfigurationer.
- 3) Tekststykker, der afspejlede CMO-konfigurationer fra henholdsvis; a) individuelle interview med ergoterapeuterne; b) individuelle klientinterview; og c) fokusgruppeinterview med ergoterapeuterne blev flettet sammen i hver sin matrice.
- 4) For at opnå gruppering af data i sammenhængende temaer, på tværs af matricer, studerede to forskere først materialet uafhængigt af hinanden og diskuterede sig derefter frem til konsensus om temaer.
- 5) Resultaterne af dataanalysen blev sammenholdt med programteorien, for at vurdere hvilke aspekter af denne der skulle henholdsvis bekræftes, revideres eller afvises, samt vurdere hvilke CMO-konfigurationer der gav de mest robuste forklaringer på de oplevede outcomes.

Resultaterne bliver præsenteret med de identificerede temaer som struktur. CMO-konfigurationer bliver præsenteret i tabeller med korte beskrivelser og citater fra interview. For at fremhæve betydningen af de kontekstuelle faktorer, struktureres præsentationen af resultaterne desuden

inden for de fire niveauer af kontekstuelle faktorer; infrastrukturelle, institutionelle, interpersonelle og individuelle niveauer (21).

Resultater

Deltagere

I alt deltog otte klienter og tre ergoterapeuter (se tabel 1).

Tabel 1 Deltagere i realistisk evaluering af ABLE 2.0

Client nr	Køn	Age	Bo-situation	Diagnose	AMPS ADL motor baseline	Antal sessioner i ABLE-program
1	Kvinde	84	Bor alene	Medicinsk ^c , ortopædisk/muskel-skeletal ^a	0.8	3
2	Mand	74	Bor med partner	Medicinsk ^c , ortopædisk/muskel-skeletal ^a	0.7	4
3	Kvinde	69	Bor med partner	Ortopædisk/muskel-skeletal ^a	1.1	5
4	Kvinde	74	Bor alene	Medicinsk ^c , neurologisk ^b	0.7	5
5	Female	75	Bor alene	Neurologisk ^b	1.1	4
6	Mand	70	Bor alene	Medicinsk ^c	0.8	4
7	Mand	75	Bor alene	Medicinsk ^c , ortopædisk/muskel-skeletal ^a	1.3	4
8	Kvinde	85	Bor med partner	Medicinsk ^c , ortopædisk/muskel-skeletal ^a	1.4	4

ADL: Almindelig Daglig levevis; AMPS: Assessment of Motor and Process Skills

^a ortopædisk/muskel-skeletal: artrose, kronisk/langvarig smerte, fraktur/protese

^b neurologisk: stroke (dvs. højre- /venstresidig stroke, subarachnoidal blødning, cerebral anorisme) og non-stroke (dvs. cerebral parese, traumatisk hjerneskade, multipel sklerose, parkinsonisme)

^c medicinsk: hjerte-kar-sygdomme, luftvejsygdomme, diabetes, cancer, og fedme

Klientgruppen bestod af tre mænd og fem kvinder i alderen 69 til 85 år, med en række kroniske tilstande. Syv af dem havde multimorbiditet. Fire af klienterne havde en AMPS motorisk ADL-evinne <1,0 logits vurderet ved baseline, hvilket indikerede behov for moderat til maksimal assistance til at deltage i samfundet (23,24). I alt havde de otte klienter defineret n=22 (median n=3, spændvidde 1–5) mål i deres ABLE 2.0-forløb. I n=20 (90,9%) af målene opnåede klienterne enten det forventede niveau, mere, eller meget mere end det forventede niveau af mål opnåelse. I ét tilfælde var klientens grad mål opfyldelse på samme niveau som ved baseline. De tre ergoterapeuter var kvinder på 35, 38 og 43 år, med henholdsvis 7, 9 og 11 års erfaring som ergoterapeuter med opgaver i relation til personer med nedsat ADL evne som følge af kroniske tilstande.

Temaer og CMO-konfigurationer

På tværs af de gennemførte interviews blev fire temaer identificeret; 1) opbygge fundament for det samlede forløb; 2) etablere fokus for det videre forløb; 3) identificere og implementere relevante kompenserende løsninger; og 4) revurdere for at afslutte forløb.

I alt blev der identificeret n=28 CMO-konfigurationer (se tabel 2, 3, 4 og 5).

Opbygge fundament for det samlede forløb

Data viste, at kontekstuelle faktorer på forskellige niveauer faciliterede eller hæmmede processen med at opbygge et fundament for det samlede forløb, og at dette primært foregik på session 1 og 2. Opbygning af et fundament for det samlede forløb blev rammesat af den systematiske vurdering af klientens ADL-evne, ved aktiv involvering af klienten i processen og ved at tage klientens perspektiv i betragtning. CMO-konfigurationer relateret til dette tema er præsenteret i tabel 2.

Tabel 2 CMO-konfigurationer; opbygge fundament for det samlede forløb

CMO-konfiguration nr.	Kontekst	Mekanisme	Outcome
Infrastrukturelt niveau			
1	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af kommunale visitationsprocedurer og samarbejde mellem afdelinger i kommunen, der understøtter en logisk rækkefølge i forløbet (dvs. vurdering før målsætning og dialog om årsager) ...	... kan det aktivere, at klienten er aktivt involveret i hele problemløsningsprocessen ...	... hvilket potentielt bidrager til, at klienten motiveres for at deltage i programmet og er parat til forandringer.
2	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst, hvor mål for forløb defineres af visitationsenheden ...	... kan det aktivere begrænset involvering af klienten ...	... hvilket potentielt bidrager til at der opstår problemer med at opbygge et fundament for det samlede forløb.
Institutionelt niveau			
3	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af støttende ledelse...	... kan det aktivere, at ergoterapeuten føler sig forpligtet og ansvarlig ...	... hvilket potentielt bidrager til, at ergoterapeuten føler sig kompetent og professionel, når programmet leveres.
4	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af supervision og erfaringsudveksling blandt ergoterapeuter ...	... kan det aktivere, at ergoterapeuten føler sig sikker i leveringen af programmet ...	... hvilket potentielt fører til, at ergoterapeuten føler sig tilfreds og engageret.
Interpersonelt niveau			
5	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst, hvor klienten og ergoterapeuten initielt oplever at være 'på samme bølgelængde' og udveksler perspektiver, og hvor klienten finder ergoterapeuten professionel ...	... kan det aktivere gensidig tillid og åbenhed ...	... hvilket potentielt bidrager til, at ergoterapeuten er engageret og klienten føler, at hans/hendes problemer anerkendes.
6	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af en systematisk tilgang i de indledende sessioner, herunder en obligatorisk og struktureret dialog om eventuel diskrepans ...	... kan det aktivere, at klienten føler sig tryk og involveret, og opnår indsigt, og at der opstår en samarbejdsrelation mellem klienten og ergoterapeuten ...	... hvilket potentielt bidrager til, at der opbygges et fundament for forløbet, igangsættes en problemløsningsproces, og at klienten og ergoterapeuten opnår en fælles forståelse af klientens ADL-evne.
7	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst, hvor pårørende er en del af klientens udførelsessammenhæng ...	... kan det aktivere, at klienten er mere/mindre engageret ...	... hvilket potentielt bidrager til en mere/mindre faciliteret proces.
Individuelt niveau			
8	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af en dygtig ergoterapeut ...	... kan det aktivere en følelse af tro på både programmet og ergoterapeuten ...	... hvilket potentielt bidrager til, at klienten finder indholdet meningsfuldt.
9	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst, hvor ergoterapeuten føler sig sikker i at forklare, hvordan/hvorfor redskaberne anvendes ...	... kan det aktivere en frugtbar kommunikation, og at klienten opfatter ergoterapeuten som professionel ...	... hvilket potentielt bidrager til, at klienten finder indholdet meningsfuldt og at der skabes fundament og enighed om fokus for det videre forløb.

CMO-konfiguration nr.	Kontekst	Mekanisme	Outcome
10	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af en klient med positive/negative forventninger ...	... kan det aktivere, at ergoterapeuten er mere/mindre engageret ...	... hvilket potentielt bidrager til at fremme/hæmme etablering af en terapeutisk relation.

ABLE, A Better everyday Life (interventionsprogram); ADL; Almindelig Daglig Levevis; CMO; kontekst-mekanisme-outcome; GAS, Goal Attainment Scaling

Infrastrukturelt niveau

Det var sædvanlig praksis i kommunen, at mål for forløb blev defineret af visitationsenheden forud for henvisning til rehabiliteringsforløb. Dette repræsenterede en anden rækkefølge end foreskrevet i et ABLE-forløb, hvor ADL-evnen vurderes forud for målsætning og begge dele er integrerede i forløbet. Når det samtidig viste sig at være i forbindelse med vurdering og målsætning, at fundamentet for det samlede forløb blev opbygget, var den sædvanlige praksis hæmmende herfor. Klienternes vej gennem visitationsprocedurerne påvirkede deres motivation og parathed til at deltage i interventionsprogrammet, og når mål blev defineret før vurdering af ADL-evne, var det en udfordring at opbygge et solidt fundament. Se tabel 2, CMO-konfiguration nr. 1-2.

Institutionelt niveau

På det institutionelle niveau fremhæves ledelsens opbakning og det forudgående kursus i levering af programmet som fremmede for at opbygge et fundament for det samlede forløb. Ledelsens opbakning til prioritering af tid til, at ergoterapeuterne blev trænet i at levere ABLE 2.0 i overensstemmelse med manualen og til at legitimere afvigelser fra den sædvanlige praksis (f.eks. antal eller længde af besøg), faciliterede en følelse af forpligtelse og ansvarlighed hos ergoterapeuterne. Dette medførte øget engagement i at levere dét, som ergoterapeuterne kaldte 'kvalitetsergoterapi', og til en følelse af at være dygtige fagpersoner. Desuden resulterede den støttende ledelse i vigtig støtte fra kolleger i form af både accept af nye måder at arbejde på og henvisning af relevante klienter til ergoterapi. Nogle gange oplevede ergoterapeuterne dog mangel på forståelse af den nye arbejdsmetode blandt deres kolleger, især relateret til leveringen af session 1, som tog længere tid end en sædvanlig opstart.

Det forudgående kursus i at levere interventionen, samt indlagte tid til udveksling af erfaringer mellem ergoterapeuterne og adgang til supervision fra forskergruppen, aktiverede en følelse af tryghed i at levere programmet. Dette medførte, at ergoterapeuterne følte sig tilfredse og engagerede. En ergoterapeut sagde: "Jeg har brugt hende [forskeren] meget for at sikre, at jeg var på rette spor ... det har bare betydet meget ... Jeg har også delt mange ting med mine to kolleger, der var involveret i det [at levere ABLE] ...". Se tabel 2, CMO-konfiguration nr. 3-4.

Interpersonelt niveau

På det interpersonelle niveau fungerede ABLE 2.0 som en ramme for at opbygge en tillidsfuld samarbejdsrelation mellem klienten og ergoterapeuten. Sådanne relationer blev fundet centrale i

opbygningen af fundamentet for det samlede forløb og førte til tilfredshed og engagement hos både klienter og ergoterapeuter. En klient sagde: "*Hun var venlig og ligetil, hun lyttede til mig, og jeg var også ligetil, og så kom vi bare i gang ... vi var på bølgelængde med det samme, og det hjalp meget*". Vurdering af ADL-evne baseret på både selvrapport og observation ved session 1 fungerede som en forudsætning for at igangsætte den ønskede problemløsningsproces. Den systematiske tilgang til det første møde mellem klienten og ergoterapeuten, aktiverede klientens involvering. En klient sagde: "*Jeg synes, det var virkelig godt, især på grund af de skemaer [AMPS og ADL-I], vi brugte. ... Jeg fik endda indsigt og tænkte på en anden måde. Vi satte ord på det, om jeg havde brug for hjælp, eller det var svært eller let for mig, om jeg følte smerte ... Jeg så, at ja, det er faktisk sandt, at jeg har brug for hjælp*". Data viste også, at når ergoterapeuten følte sig dygtig og engageret i at levere såkaldt 'kvalitetsergoterapi', f.eks. ved brug af de foreskrevne instrumenter til vurdering af ADL-evne, førte det til, at klienten følte sig tilfreds, engageret, lyttet til, set og forstået. Desuden førte det til afdækning af klientens perspektiv på egen ADL-evne. En ergoterapeut sagde: "*Du føler dig velinformeret [efter at have gennemført ADL-I og AMPS] til at komme videre, og du føler virkelig, at du har etableret et fælles udgangspunkt for at komme videre, fordi vi kom i dybden med klientens hverdag ...*". Derudover gav ABLE 2.0-manualen retningslinjer for at identificere potentiel diskrepans mellem klientens og ergoterapeutens perspektiver på ADL-evnen. Denne dialog aktiverede en følelse af tryghed hos klienten, hvilket førte til et fælles fundament for videre intervention.

Pårørende var både faciliterende og hæmmende for forløbet. I et tilfælde var en ægtefælle syg og havde brug for særlig pleje fra klienten, hvilket medførte mangel på energi til aktivt at deltage i ABLE 2.0. Dette vanskeliggjorde opbygningen af et fundament for hele interventionen. På den anden side, når en pårørende aktivt støttede processen for en klient ved f.eks. at hjælpe med at beskrive, hvordan ADL-problemer opstod i hjemmet, var pårørende faciliterende for forløbet.

Se tabel 2, CMO-konfiguration nr. 5-7.

Individuelt niveau

På det individuelle niveau fungerede ergoterapeuterne, forudsat de var dygtige og professionelle, som vigtig kontekstuel faktor til at aktivere en følelse af at levere såkaldt 'kvalitetsergoterapi', og en tro på programmets virkning. De færdigheder, som ergoterapeuterne opbyggede under kurset, forbedrede samtidig deres evne til at kommunikere med klienten om de forskellige dele af programmet, f.eks. om de instrumenter, der blev brugt til vurdering af ADL-evne. Det medførte aktiv involvering af klienten. Med andre ord, når ergoterapeuten følte sig tryk ved at forklare, hvordan og hvorfor modellerne eller instrumenterne blev brugt, aktiverede det en frugtbar kommunikation, og klienten oplevede, at ergoterapeuten var professionel, hvilket førte til, at klienten fandt indholdet meningsfuldt, og til etablering af et fundament og en enighed om fokus for det videre forløb. En ergoterapeut sagde: "*... at være tvunget til professionelt at holde sig til manualen, bruge disse værktøjer og skulle bruge nogle faglige termer, når man kommunikerer med klienten ...*" (OT1).

Desuden aktiverede klientens motivation, parathed til forandringer og positive forventninger, at ergoterapeuten blev mere engageret i vurdering af ADL-evnen, hvilket førte til etablering af den terapeutiske relation som basis for det videre samarbejde.

Se tabel 2, CMO-konfiguration nr. 8-10.

Etablere fokus for det videre forløb

Data viste, at kontekstuelle faktorer på forskellige niveauer enten faciliterede eller hæmmede processen med at etablere fokus for det videre forløb, forudsat at fundamentet for det samlede forløb var opbygget i de første sessioner. En styrke ved ABLE 2.0 var sammenhængen mellem programmets forskellige dele, den logiske rækkefølge af sessionerne og måden, hvorpå hvert trin førte til det næste. Dette medførte aktiv involvering af klienten i problemløsningsprocessen, hensyntagen til klientens perspektiver og etablering af fokus for det videre forløb. Fokus for det videre forløb blev primært etableret i session 2, baseret på brug af GAS til målsætning og PEO og/eller TMO til at klarlægge årsager til ADL-problemerne. CMO-konfigurationer relateret til dette tema er præsenteret i tabel 3.

Tabel 3 CMO-konfigurationer; etablere fokus for det videre forløb

CMO-konfiguration nr.	Kontekst	Mekanisme	Resultat
Institutionelt niveau			
11	Hvis ABLE 2.0 leveres i klientens hjem ...	... kan det aktivere øget kendskab til klientens daglige liv og præferencer, at klienten føler sig afslappet, fleksibel planlægning og timing, at ergoterapeuten føler sig forpligtet og ansvarlig ...	... hvilket potentielt bidrager til klientens empowerment, definition af relevante og aktivitetsfokuserede mål og fortsatte aktivitetsbaserede intervention.
Interpersonelt niveau			
12	Hvis ABLE 2.0 leveres i konteksten af samarbejde og dialog mellem klient og ergoterapeut, når årsager til ADL-problemer afklares ved brug af et transaktionelt perspektiv ...	... kan det aktivere klientens involvering i den analytiske tilgang til at forstå ADL-problemerne fra et mere transaktionelt perspektiv (f.eks. ved at tage andre perspektiver end diagnosen i betragtning) ...	... hvilket potentielt bidrager til flere perspektiver og nye indsigter i ADL-problemerne og til at finde nye, andre og flere ideer til løsninger.
Individuelt niveau			
13	Hvis ABLE 2.0 leveres i konteksten af en ergoterapeut, der er dygtig til at kommunikere og administrere GAS ...	... kan det aktivere en samarbejdsrelation, målsætning primært baseret på klientens prioriteter (herunder at klienten har magten til at definere og formulere mål og niveauer for målopfyldelse) ...	... hvilket potentielt bidrager til etablering af grundlag for måling af fremskridt, og relevante og klare mål.
14	Hvis ABLE 2.0 leveres i konteksten af en ergoterapeut, der oplever at mangle færdigheder til at administrere GAS ...	... kan det aktivere begrænset involvering af klienten i definition af mål og niveauer for målopfyldelse, og i dialog om årsager til ADL-problemer ...	... hvilket potentielt bidrager til brud på den logiske rækkefølge i interventionen, og brud i sammenhængen og problemløsningsprocessen.
15	Hvis ABLE 2.0 leveres i konteksten af en klient med kognitive vanskeligheder ...	... kan det aktivere begrænset involvering af klienten i dialoger relateret til målsætning, årsager til ADL-problemer og i den samlede problemløsningsproces ...	... hvilket potentielt bidrager til mindre relevante og klare mål, og mangel på rammesætning af videre intervention

Forkortelser: ABLE, A Better everyday Life (interventionsprogram); ADL, Almindelig Daglig Levevis; CMO, kontekst-mekanisme-outcome; GAS, Goal Attainment Scaling

Institutionelt niveau

Levering af ABLE 2.0 i klientens hjem var vigtigt for at etablere fokus for det videre forløb. Det øgede ergoterapeutens viden om klientens ADL-evne, dagligdag og præferencer samt påvirkede klientens engagement og oplevelse af meningsfuldhed. En klient sagde: *"Hun så, hvordan jeg gjorde tingene i mit soveværelse, i min egen seng. Det var godt, fordi jeg ved, hvordan det fungerer for mig her"*. Levering i hjemmet blev betragtet som den ideelle kontekst til facilitering af dialog med fokus på ADL-opgaver (dvs. aktivitetsfokuseret dialog), involvering af klienten i den analytiske proces og formulering af aktivitetsfokuserede mål baseret på klientens prioriteter. En ergoterapeut sagde: *"De var mere afslappede i deres egne omgivelser; det var det mest naturlige - det var altid en fordel at være i klientens hjem"*.

Levering i hjemmet faciliterede idéer til mulige løsninger og dermed afklaring af indhold i fremtidige aktivitetsbaserede interventionssessioner. Desuden understøttedes programmets iboende element af fleksibilitet, og ergoterapeutens planlægning og timing af interventionen. Dette bidrog til, at ergoterapeuten følte sig forpligtet og ansvarlig, og at klienten blev mere afslappet, hvilket medførte klientens empowerment, frugtbare dialoger og relevante mål.

Se tabel 3, CMO-konfiguration nr. 11.

Interpersonelt niveau

ABLE 2.0 faciliterede samarbejde og en aktivitetsfokuseret dialog mellem ergoterapeuten og klienten om målsætning og årsagsanalyse. I de fleste tilfælde var klienterne aktivt involverede i at formulere mål og niveauer for målopfyldelse. Dette aktiverede ergoterapeutens og klientens ræsonnering og fungerede som udgangspunkt for etablering af fokus for det videre forløb.

Ergoterapeuterne var enige: *"Du kan ikke gennemføre en ABLE-intervention, hvis du ikke bruger GAS eller de andre redskaber. Det vil simpelthen ikke fungere ... du kan ikke komme fra A til Z, hvis du ikke bruger K eller F. Du skal øve og øve og blive dygtig til at bruge redskaberne"*. De sagde yderligere: *"GAS er et godt værktøj. Det er lidt kompliceret at bruge og nogle klienter er svære at involvere, især dem med kognitive vanskeligheder"*. Når GAS blev anvendt som tilsigtet, aktiverede det en dialog om begge parter forventninger til resultater. Dette førte til relevante og klare mål, som rammesatte og målrettede interventionen og etablerede grundlaget for at monitorere eventuelle fremskridt. En ergoterapeut sagde: *"Niveauerne [i GAS] hjalp mig med at tænke i trin og gjorde det [fokus] klart for klienterne. Så GAS hjalp med at sætte rammen for interventionen og at afstemme forventninger"*. En anden ergoterapeut sagde: *"De fleste af mine klienter var virkelig involverede i at definere de forskellige niveauer ... det blev konkret ... og i slutningen af interventionen var det let at måle"* (OT3).

I forbindelse med dialog om årsager til ADL-problemer viste data, at brugen af modeller (dvs. PEO og TMO) gav mulighed for at bevæge sig fra et sygdomsorienteret perspektiv til et mere transaktionelt perspektiv på klientens ADL-problemer. En ergoterapeut sagde: *"Mange ældre har en tendens til at pege på sig selv [når de taler om årsager til ADL-problemer] og sige, 'det er fordi jeg er gammel'. Brug af PEO-modellen var en måde at åbne dialogen om dette. Vi kunne tale om andre*

årsager end dem, der pegede på dem selv". En anden ergoterapeut sagde: "Hvis du synes det er svært at forklare til klienten, så hjælper modellen [PEO] dig. Nogle klienter har aldrig tænkt på andre årsager end deres sygdom. Det bliver klart, hvordan vi kan finde ressourcer i omgivelserne og de kan få øje på muligheder for at kunne gøre det de gerne vil ... det betyder bare alt for det videre fokus". Med andre ord førte dialogen om årsager, baseret på et transaktionelt perspektiv, til aktiv involvering af klienten i problemløsningsprocessen. Det var en øjenåbner for klienten og af stor betydning for etablering af fokus for det videre forløb i form af relevante og klare mål, der pegede mod potentielle kompenserende løsninger.

Se tabel 3, CMO-konfiguration nr. 12.

Individuelt niveau

På det individuelle niveau havde både klientens og ergoterapeutens karakteristika betydning for etablering af fokus for det videre forløb.

Ved at anvende GAS til målsætning fik ergoterapeuten et ordforråd til at kommunikere med klienten om målsætning. Når ergoterapeuten var sikker i at forklare GAS og involvere klienten i brugen af denne, aktiverede det en samarbejdsrelation mellem klienten og ergoterapeuten, hvilket faciliterede etablering af fokus for det videre forløb. Der var dog også tilfælde, hvor involveringen af klienten i målsætningsprocessen mislykkedes. Ergoterapeuterne gav eksempler på, at det kunne være svært at definere niveauer for målopfyldelse og at de en gang imellem oplevede at mangle færdigheder i anvendelse af GAS. Dette var forstærket af den sædvanlige praksis for målsætning i kommunen, hvor ergoterapeuterne arbejdede efter mål defineret af visitationsenheden og dermed ikke var vant til at involvere klienter i målsætning og årsagsanalyse. I de tilfælde, hvor det mislykkedes at involvere klienten i målsætningsprocessen, var der en tendens til, at det blev vanskeligt at fastholde intentionen om en problemløsningsproces. I sådanne tilfælde var mål formuleret som konkrete løsninger (fx kunne støvsuge køkkengulvet med ledningsfri støvsuger) frem for som kvalitet i udførelse (fx kunne støvsuge køkkengulvet uden risiko for at falde) som beskrevet i ABLE 2.0 manualen.

Se tabel 3, CMO-konfiguration nr. 13–15.

Identificere og implementere relevante kompenserende løsninger

Kontekstuelle faktorer på forskellige niveauer faciliterede og/eller hæmmede processen med at identificere og implementere kompenserende løsninger for at forbedre klientens ADL-evne. Det var en forudsætning for at lykkes med dette i session 3-7, at der var opbygget et fundament for det samlede forløb og etableret fokus for det videre forløb i de foregående sessioner. Session 3-7 blev rammesat af ABLE 2.0 interventionskomponenterne og gennemført baseret på samarbejde og dialog mellem klient og ergoterapeut, aktiv involvering af klienten i den problemløsende proces og afprøvning af mulige løsninger i hjemmet. CMO-konfigurationer relateret til dette tema er præsenteret i tabel 4.

Tabel 4 CMO-konfigurationer; identificere og implementere relevante kompenserende løsninger

CMO-konfiguration nr.	Kontekst	Mekanisme	Resultat
Institutionelt niveau			
16	Hvis ABLE 2.0 leveres i klientens hjem når løsninger findes ...	... kan det aktivere den konsultative proces ...	... hvilket potentielt bidrager til at finde effektive og holdbare løsninger.
17	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst, hvor systemet arbejder på klientens præmisser, inklusiv effektiv koordinering mellem afdelinger og adgang til hjælpemidler ...	... kan det aktivere klientens tillid til systemet, og at klienten og ergoterapeuten føler at de lykkes ...	... hvilket potentielt bidrager til at klienten føler sig motiveret for ændringer og tilfreds med sessionernes indhold; og til løsninger tilpasset klientens kontekst.
18	Hvis ABLE 2.0 leveres på systemets præmisser ...	... kan det aktivere nedsat tillid til systemets evne til at hjælpe, og at ergoterapeuten føler sig magtesløs ...	... hvilket potentielt bidrager til afbrudt problemløsningsproces, nedsat ADL-evne og nedsat udbytte af hjælpemidler.
Interpersonelt niveau			
19	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af dialog mellem klient og ergoterapeut; og ergoterapeuten har en ikke-styrende tilgang til samarbejdet ...	... kan det aktivere at klienten føler sig involveret og har magten til at acceptere eller afvise forslag ...	... hvilket potentielt bidrager til, at klienten finder sessionernes indhold meningsfuldt.
20	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst, hvor ergoterapeuten observerer klienten afprøve løsninger under udførelse af ADL-opgaver ...	... kan det aktivere at ergoterapeuten faciliterer forandringer med en adaptiv tilgang, og at klienten føler, at hans/hendes behov er legitimerede ...	... hvilket potentielt bidrager til at klienten føler sig tilfreds med sessionernes indhold.
Individuelt niveau			
21	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af en klient med indsigt i egen ADL-evne, som kan forstå, huske og fastholde viden om egen ADL-evne og årsagerne hertil (afdækket under de første sessioner) ...	... kan det aktivere, at klienten er aktivt involveret i problemløsningsprocessen ...	... hvilket potentielt bidrager til at identificere relevante løsninger og opnåelse af mål.
22	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af en klient, der er åben over for at finde andre løsninger end forventet ...	... kan det aktivere en aktivitetsbaseret tilgang, hvor klienten er villig til at prøve løsninger, og at klient og ergoterapeut diskuterer og udveksler idéer baseret på klientens prioriteter, og at klienten har magten til at acceptere eller afvise løsninger ...	... hvilket potentielt bidrager til, at klienten finder indholdet i programmet meningsfuldt og har motivation for at blive i programmet; og at der identificeres fokuserede, målrettede og potentielt holdbare løsninger.
23	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af en klient, der har ansøgt om specifik praktisk hjælp, f.eks. til rengøring ...	... kan det aktivere begrænset motivation for at foretage andre typer af ændringer ...	... hvilket potentielt bidrager til udfordringer med at identificere relevante løsninger.
24	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af en klient med kognitive problemer ...	... kan det aktivere begrænset involvering i problemløsningsprocessen ...	... hvilket potentielt bidrager til begrænset udbytte af interventionen.
25	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst af en empatisk, venlig, dygtig og kompetent ergoterapeut ...	... kan det aktivere fokuseret kommunikation og samarbejde mellem klient og ergoterapeut ...	... hvilket potentielt bidrager til at finde relevante løsninger og til forbedret ADL-evne.

Forkortelser: ABLE, A Better everyday Life (interventionsprogram); ADL, Almindelig Daglig levevis; CMO, kontekst-mekanisme-outcome; GAS, Goal Attainment Scaling

Institutionelt niveau

Levering i hjemmet fremmede processen med at finde og afprøve løsninger. I hjemmet kunne klienten bedre demonstrere og forklare de oplevede ADL-problemer og den konsultative proces, med at finde effektive og holdbare løsninger, blev understøttet. Desuden oplevede ergoterapeuterne, at klienterne var mindre tilbøjelige til at aflyse aftaler, når det foregik i hjemmet. En ergoterapeut sagde: *"Jeg tror, det [at finde løsninger i hjemmet] giver dem ro og gør dem trygge ... jeg synes ikke det er muligt at gøre det [øve løsninger] på andre måder ... og når vi kommer til dem, er der større chance for, at de vil acceptere det ... hvis de skal komme til os, oplever vi nogle gange frafald"*.

En anden kontekstuel faktor der blev fremhævet af både klienter og ergoterapeuter var samarbejdet mellem kommunens forvaltningsområder, fx mellem rehabiliteringscenteret, visitationsenheden, hjælpemiddelområdet og hjemmeplejen. Når dette samarbejde var smidigt og effektivt, og blev koordineret på klientens præmisser, aktiverede det en følelse hos både klienten og ergoterapeuten af at deres indsats var umagen værd og det medførte at løsninger kunne tilpasses klienten og klientens omgivelser. Dette var tilfredsstillende og motiverende for klienten. For eksempel var det vigtigt at have adgang til et foreslået hjælpemiddel. En klient sagde: *"Det skete ret hurtigt. De kom og stillede dem op [hjælpemidler]. Jeg var fuldstændig overrasket over, at det skete så hurtigt ... jeg troede, der var ventetid på sådan noget. Der skete en masse ting ... jeg er meget glad for det"*. På den anden side, når ABLE 2.0 blev gennemført på systemets præmisser, og der fx var forsinkelser i leveringen af sessioner på grund af ventetid på hjælpemidler, havde det konsekvenser for problemløsningsprocessen, for rådgivning af klienten i brugen af hjælpemidlet og for klientens tillid til systemet, hvilket potentielt kunne resultere i en reduceret effekt af interventionen. En ergoterapeut sagde: *"... klienten kan miste funktion og evne til at bruge hjælpemidlet eller miste tilliden til vores hjælp"*.

Se tabel 4, CMO-konfiguration nr. 16-18.

Interpersonelt niveau

På det interpersonelle niveau viste data, at samarbejde, dialog og diskussion mellem klient og ergoterapeut var afgørende og lettende processen med at finde og implementere løsninger. Det førte til, at flere mulige løsninger blev drøftet og afprøvet. Desuden fremmede det en følelse hos klienten af at være involveret i problemløsningsprocessen og have indflydelse, når ergoterapeuten havde en ikke-instruerende tilgang og foreslog forskellige løsninger, som klienten kunne acceptere eller afvise. Et sådant samarbejde var forbundet med oplevelsen af, at indholdet var meningsfuldt.

En klient sagde: *"Vi diskuterede, om det var den rigtige løsning"*.

Flere klienter fremhævede værdien af, at ergoterapeuten observerede dem udføre de konkrete ADL-opgaver, fx vande blomster eller gøre rent. Det gav mulighed for, at ergoterapeuten kunne foreslå og vejlede i nye måder at gøre tingene på. En af klienterne beskrev dette som en øjenåbner. En anden klient udtrykte det på denne måde: *"Jeg synes, det var godt. For som jeg sagde, snak alene gør det ikke. Jeg foretrækker også noget handling"*. Nogle klienter betragtede ergoterapeutens observation af opgaveudførelse som en bekræftelse af deres behov, hvilket til en

vis grad legitimerede fx ansøgninger om hjælpemidler. En af klienterne sagde: *"Jeg føler, at der virkelig var nogen, der kunne se, at jeg havde brug for dét, at det ikke bare var noget, jeg bad om"*.

Se tabel 4, CMO-konfiguration nr. 19-20.

Individuelt niveau

På individniveau var de vigtigste kontekstuelle faktorer ift. at identificere og implementere relevante kompenserende løsninger relateret til ergoterapeuternes og klienternes karakteristika. For eksempel at ergoterapeuten var empatisk, venlig, dygtig og kompetent, og mestrede kommunikation og samarbejde om relevante løsninger. En klient sagde: *"Hun var rar, venlig og ligetil, og vi kunne komme direkte til sagen"*. En anden klient sagde: *"Hun var rar og forstående, og hun var på dupperne, da jeg klagede over toilettet og lagnerne ... jeg følte, at hun hørte mig ... og det blev løst med det samme"*. Desuden blev det fremhævet som vigtigt, at ergoterapeuten havde et solidt fundament, baseret på forløbets indledende sessioner, og derudfra kunne planlægge og implementere interventionskomponenter på en kompetent måde. En klient sagde: *"Det var det samme skema [ADL-I], vi brugte hver gang, og så da hun så mig gøre det [vande mine blomster] mens jeg brugte min nye stol, kunne hun vejlede mig. Det var en øjenåbner ... nu kan jeg bare rulle over til mine blomster og ordne det, og det gør ikke ondt mere, når jeg gør det"*.

Klientens karakteristika i form af motivation, parathed til at forandringer og forventninger til programmet, havde afgørende betydning, når der skulle findes løsninger. En klient sagde: *"Jeg forventede ikke bestemte ting [før interventionen], jeg ventede bare på, hvad der ville ske ... positiv tænkning, du ved ... jeg er sikker på, det betød meget [for udbyttet af interventionen]"*. Og en ergoterapeut sagde: *"Klienternes motivation betød noget for at definere mål og finde løsninger, og for hvordan jeg kunne hjælpe dem med at foretage ændringer ... og deres engagement betød meget for udbyttet"*. Sådanne individuelle kontekstuelle faktorer syntes at aktivere en professionalisme, som både blev oplevet af ergoterapeuterne og klienterne, og en følelse af fælles engagement. Samtidig aktiverede det engagement hos ergoterapeuten, når målrettede og holdbare løsninger skulle findes. Dette kunne potentielt føre til forbedret ADL-evne.

På den anden side, når en klient specifikt havde ansøgt om hjælp til fx rengøring, var klientens motivation til at finde andre kompenserende løsninger, f.eks. ved brug af hjælpemidler eller ændring af det fysiske miljø, nogle gange mangelfuld, hvilket blev opfattet som en hindring for samarbejdet om at afprøve forskellige løsninger. Desuden, når en klient manglede indsigt på grund af fx alder eller kognitive vanskeligheder, var det en udfordring at involvere klienten i problemløsningsprocessen. En ergoterapeut sagde: *"Hos nogle få klienter, hvis de havde nedsat indsigt i deres egen situation ... nogle gange havde de svært ved at se problemerne. Selv om de havde rapporteret det i ADL-I, huskede de det stadig ikke i de næste sessioner og når man prøvede at finde løsninger"*.

Se tabel 4, CMO-konfiguration nr. 21-25.

Revurdere for at afslutte forløb

Grundet studiedesignet for effektevalueringen af ABLE 2.0, som blev gennemført parallelt med denne realistiske evaluering, og hvor AMPS udgjorde et primært effektmål og derfor blev gennemført af blinde testere efter endt forløb, var det valgfrit at gennemføre AMPS i den afsluttende session. Revurderingen var derfor primært baseret på ADL-I og GAS, og datagrundlaget for evalueringen af den afsluttende session begrænset. Dog afspejlede data, at kontekstuelle faktorer på forskellige niveauer faciliterede og/eller hæmmede den revurdering der udgjorde afslutningen på forløbet.

CMO-konfigurationer relateret til dette tema er præsenteret i tabel 5.

Tabel 5 CMO-konfigurationer; revurdere for at afslutte forløb

CMO-konfiguration nr.	Kontekst	Mekanisme	Outcome
Institutionelt niveau			
26	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst, hvor ergoterapeuten udfører systematisk revurdering ved hjælp af standardiserede redskaber ...	... kan det aktivere klarhed over opnåede forandringer ...	... hvilket potentielt bidrager til nødvendig dokumentation.
Interpersonelt niveau			
27	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst, hvor der gives konkret feedback med sammenligning af niveau for målopfyldelse med niveau ved session 1 ...	... kan det aktivere, at klienten oplever, at interventionen har gjort en forskel og føler sig motiveret til at integrere de nye metoder i dagligdagens rutiner ...	... hvilket potentielt bidrager til holdbare forandringer.
Individuelt niveau			
28	Hvis ABLE 2.0 leveres i en kontekst, hvor ergoterapeuten er dygtig til at fortolke og forklare resultaterne ...	... kan det aktivere, at klienten får indsigt i de opnåede forandringer og får motivation for at fortsætte med at bruge de nye løsninger ...	... hvilket potentielt bidrager til holdbare forandringer.

ABLE, A Better everyday Life (interventionsprogram); ADL, Almindelig Daglig levevis; CMO, kontekst-mekanisme-outcome; GAS, Goal Attainment Scaling

Institutionelt niveau

Data viste, at ABLE 2.0 udgjorde en ramme for at dokumentere opnåede forandringer i ADL-evne. Dokumentation baseret på AMPS var især nyttig, når klienterne ansøgte om fx hjemmehjælp og/eller hjælpemidler. En ergoterapeut udtrykte det på denne måde: *"ADL-I ... nogle gange kan det let stå helt alene ... og jeg kan dokumentere uden AMPS. Men det afhænger meget af, hvad klienten ansøger om ... når jeg brugte AMPS [ved den afsluttende session], var det fordi visitationen skulle træffe beslutning om klientens behov for hjælp til rengøring..."*. Desuden udtrykte en af ergoterapeuterne det sådan: *"Brugen af AMPS til revurdering er især relevant, når man skal dokumentere over for visitationen, eller den praktiserende læge eller sygeplejersken, og hvor jeg som ergoterapeut kan se, at selvom vi arbejdede på det her i otte uger, ændrede intet sig, og vi skal ansøge om noget hjælp i hjemmet"*. Derudover blev AMPS fundet nyttig som dokumentation i klientjournalerne i tilfælde af fremtidig henvisning til rehabilitering.

Se tabel 5, CMO-konfiguration nr. 26.

Interpersonelt niveau

På det interpersonelle niveau udgjorde ABLE 2.0 en ramme for dialog mellem klienten og ergoterapeuten om målopnåelse, samt opnåede forandringer og ADL-evne. Anvendelsen af de foreskrevne instrumenter havde indflydelse på, hvordan man gav feedback til klienten. Ergoterapeuterne var enige om, at GAS, på grund af de specifikt formulerede mål, var det foretrukne redskab for feedback til klienten. Til sammenligning blev ADL-I fundet mindre relevant i forhold til at give feedback. En ergoterapeut sagde: *"Mine erfaringer med at bruge GAS [til at monitorere målopnåelse] er gode ... det gav klienten en bevidsthed om det nuværende niveau og hvad der blev opnået"*. Desuden sagde hun: *"Det var lidt sværere for mig at se pointen i at bruge [ADL-I] i den afsluttende session ... GAS er en bedre opsummering for klienten. I ADL-I, synes jeg, bliver klienterne ikke spurgt om deres oplevelse af fremskridt"*. En ergoterapeut forklarede, hvordan hun oplevede, at ADL-I var mindre nyttig til at give feedback til klienterne: *"Selvom forløbet strakte sig over flere uger, så de stadig sig selv som de fungerede før forløbet. Som om de havde for lidt tid til at forstå implementeringen af deres nye vaner"*.

Se tabel 5, CMO-konfiguration nr. 27.

Individuelt niveau

På individniveau gav ABLE 2.0 ergoterapeuten en ramme for at udføre en valid revurdering som afslutning på forløbet. Når ergoterapeut var dygtig til at fortolke resultaterne, og når ergoterapeuten understøttede formidlingen af resultaterne til klienten med visuelt materiale (fx grafen i AMPS-rapporten), aktiverede det klientens indsigt i de opståede forandringer og motivation for at fortsætte med at bruge de nye løsninger, hvilket potentielt førte til holdbare forandringer. En ergoterapeut sagde: *"ADL-I er god, og i nogle få tilfælde udførte jeg også AMPS. Jeg brugte det til at vise dem udviklingen. Jeg foretrækker at bruge grafen fra AMPS [fra session 1] til at sammenligne med ... det gør en stor forskel"*.

Se tabel 5, CMO-konfiguration nr. 28.

Konklusioner

Denne realistiske evaluering har undersøgt under hvilke omstændigheder, for hvem, hvordan og hvorfor ABLE 2.0 fungerede i en dansk kommunal rehabiliteringskontekst. Overordnet set blev ABLE 2.0 programteorien bekræftet og det kan konkluderes, at ABLE 2.0 havde potentialet til at forbedre ADL-evnen hos personer med kroniske tilstande. Flere kontekstuelle faktorer, herunder en ledelse der understøttede implementering af nye arbejdsgange, og at de kommunale visitationsprocedurer understøttede levering af en sammenhængende problemløsningsproces, havde afgørende betydning for opnåelse af de ønskede forandringer og i sidste ende forbedret ADL-evne hos klienterne. Andre kontekstuelle faktorer som havde betydning for opnåelse af de ønskede forandringer var, at forløbet blev leveret i klientens hjem; ergoterapeuter der engageret og kompetent administrerede de

foreskrevne redskaber, interventionskomponenter og konceptuelle modeller og mestrede en klientcentreret tilgang; samt klienter der var klar til forandringer i relation til udførelse af ADL-opgaver af betydning for opnåelse af de positive effekter. De virkningsfulde mekanismer, som de nævnte kontekstuelle faktorer kunne aktivere, var aktiv involvering af klienten i problemløsningsprocessen, en relation mellem klienten og ergoterapeuten der byggede på samarbejde, gensidig tillid mellem klienten og ergoterapeuten, samt en konsultativ og aktivitetsbaseret/-fokuseret proces med brug af adaptive strategier.

Det kan konkluderes, at ABLE 2.0 repræsenterer en sammenhængende aktivitetscentreret ergoterapeutisk problemløsningsproces, der egner sig til anvendelse på tværs af køn, alder og kroniske tilstande, og som har potentialet til at forbedre ADL-niveauet blandt personer med kroniske tilstande.

Implikationer for praksis

Studiets resultater har implikationer for ergoterapeutisk klinisk praksis og giver indblik i, under hvilke omstændigheder, for hvem, hvordan og hvorfor, aktivitetsfokuseret og aktivitetsbaseret ergoterapi leveres til personer med kroniske tilstande, der har problemer relateret til udførelse af ADL-opgaver.

Det anbefales derfor, at klinisk praksis retter opmærksomhed mod de omstændigheder, eller kontekstuelle faktorer, hvorunder ergoterapeutiske interventioner leveres for at opnå de ønskede forandringer. Det anbefales ligeledes at implementere en ergoterapeutisk arbejdsprocesmodel, kan guide et systematisk og sammenhængende forløb, hvor klienten er aktivt involveret i hele problemløsningsprocessen. Studiet indikerer, at klientcentrering, brug af standardiserede redskaber og levering af ergoterapi i klienters hjem har betydning for effektive ergoterapeutiske indsatser.

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; Wæhrens EE; von Bülow C; Nielsen KT. Qualitative realist evaluation of an occupational therapy intervention program (ABLE), addressing ability to perform activities of daily living among persons with chronic conditions. *BMC Health Serv Res*. 2024;1–22.
14. Hagelskjær V, Bülow C Von, Nielsen KT, Henriksen M, Wæhrens EE. 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). *Clin Rehabil.* 2023;0(0):1–19.
15. Hagelskjær, V; von Bülow, C; Nielsen, KT; Henriksen, M og Wæhrens E. Mennesker med kroniske sygdomme får en bedre hverdag gennem ABLE-programmet. *Ergoterapeutforeningens Forskningsmagasin.* 2024;42–53.
 16. 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.
 17. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ [Internet].* 2000 Sep 16 [cited 2021 Dec 8];321(7262):694–6. Available from: <https://www.bmj.com/content/321/7262/694>
 18. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation.* Reprint. London: Sage; 1997. xvii, 235 s., illustreret.
 19. Wong G, Westhorp G, Manzano A, Greenhalgh J, Jagosh J, Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Med [Internet].* 2016;14(1):1–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-016-0643-1>
 20. Greenhalgh T, Wong G, Jagosh J, Greenhalgh J, Manzano A, Westhorp G, et al. Protocol-the RAMESES II study: Developing guidance and reporting standards for realist evaluation. *BMJ Open.* 2015;5(8).
 21. The RAMESES II Project. What realists mean by context; or, Why nothing works everywhere for everyone. 2017;1–4. Available from: https://www.ramesesproject.org/media/RAMESES_II_Context.pdf
 22. Hagelskjær V. *Occupational therapy for persons with chronic conditions - effectiveness and process evaluation of the ABLE programme.* Thesis. University of Southern Denmark; 2022.
 23. 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.
 24. Fisher AG, Jones KB. *Assessment of motor and process skills. Volume 2: User manual.* 7th ed. Fort Collins, Colorado, USA: Three Star Press; 2012.
 25. 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.
 26. Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE. *Goal Attainment Scaling : Applications, theory, and measurement.* Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1994.
 27. 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.
 28. Fisher AG, Marterella A. *Powerful practice : A Model for Authentic Occupational Therapy.* Fort Collins: CIOTS - Center for Innovative OT Solutions; 2019.
 29. Strong, S.; Rigby, P.; Stewart, D.; Law, M.; Letts, L.; Cooper B. Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical tool. *Can J Occup Ther.* 1999;
 30. Nielsen KT. *Occupational therapy for persons living with chronic conditions - Development and feasibility of the ABLE program.* Thesis. University of Southern Denmark; 2018.
 31. Nielsen KT, Klokke L, Guidetti S, Wæhrens EE. Identifying, organizing and prioritizing ideas on how to enhance ADL ability. *Scand J Occup Ther.* 2018;26(5):382–93.

32. Manzano A. The craft of interviewing in realist evaluation. *Evaluation*. 2016;22(3):342–60.
33. The RAMESES II Project. Retrodution in realist evaluation. *Nihr* [Internet]. 2017;(p 207):1–3. Available from: http://www.ramesesproject.org/media/RAMESES_II_Retrodution.pdf