

Hva er viktig for oss?

Fremtidig fokus i ergoterapiforskning

Første februar 1990 ble jeg mor for første gang. Fram til da hadde foreldre blitt rådet til å la spedbarn sove på magen. På barselavdelingen ble vi nå fortalt at de skulle sove på ryggen. Hvorfor var praksis plutselig forandret?

Av Ingvild Kjeken



Ingvild Kjeken er ergoterapeut og professor ved Oslo Metropolitan University, Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi og seniorforsker ved Nasjonal Kompetanse-tjeneste for revmatologisk rehabilitering og REMEDY, Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning, Diakonhjemmet Sykehus. e-postadresse: ingvild.kjeken@diakonsyk.no

Artikkelen er basert på æresforelesningen ved den norske fagkongressen i ergoterapi. Det er ingen interessekonflikter knyttet til det innsendte manuskriptet.

I 1946 kom første utgave av barnelegen Benjamin Spocks bok «The Common Sense Book of Baby and Child Care» (1). Den ble en umiddelbar suksess og solgte mer enn 50 millioner eksemplarer frem til årtusenskiftet. I boken skriver han blant annet at (min oversettelse): «Det er to ulemper ved at et spebarn sover i ryggleie. Hvis han kaster opp, er sjansen større for at han kveles av oppkastet. Dessuten vil han som oftest sove med hodet vendt mot samme side ... noe som kan medføre at hodet blir flatt på den siden. Jeg anbefaler derfor å venne et spebarn til å sove på magen helt fra starten av».

Spock ble etter hvert kritisert for å basere sine råd mer på egne meninger enn på forskning. I 1992 kom en oversiktsartikkel hvor man oppsummerte resultatene fra 25 studier av sammenhenger mellom krybbedød og soveleie (2). Disse viste uten unntak at å sove på magen økte sjansen for krybbedød, med anslag som varierte fra en tredobling til en ti-dobling av risikoen. Resultatene førte til at praksis ble endret, og verden over ble det igangsatt kampanjer for å få småbarnsforeldre til å la spebarna sine sove på ryggen. I Norge fikk vi «Denne siden opp»-kampanjen, som i de første fem årene etter lanseringen halverte forekomsten av krybbedød. Det tilsvarer 100

sparte liv i denne perioden, og at tilsvarende mange familier slapp å oppleve dette.

Når praksis går ut på dato

Ergoterapeuters råd har heldigvis sjelden så alvorlige konsekvenser. Jeg har imidlertid, i lys av ny forskning, ofte angret på råd jeg har gitt pasienter. Et eksempel er leddvern for mennesker med revmatiske leddsykdommer. Da jeg var ung og nyansatt ved revmatologisk avdeling på Diakonhjemmet Sykehus, la boken «Leddsydd och rehabilitering vid inflammatorisk leddsjukdom mye av grunnlaget for ergoterapi og fysioterapitilbudet til pasientene (3). Ut fra en antagelse om at aktivitet og belastning bidrar til mer betennelse i leddene, var et hovedprinsipp å spare leddene for uheldig belastning. Trening skulle derfor være skånsom, og man skulle ikke overskride smerteterskelen. Ellers handlet mye om hva man ikke skulle gjøre, som å unngå «tynne grep», og repeterende bevegelser og tyngre aktiviteter over tid. Basert på dette, rådet jeg pasienter til for eksempel å være forsiktige med å strikke, noe jeg i etterpåkløskapens lys angrer på.

I 2004 kom det en randomisert kontrollert studie (RCT) som snudde opp-ned på ledd-

vernsfilosofien. I alt 309 deltakere med revmatoid artritt ble tilfeldig fordelt til enten å trene skånsomt (kontrollgruppe) eller intensivt med vektbelastning (intervensjonsgruppe) i to år (4). Hovedeffekt ble målt som grad av leddødeleggelse, basert på røntgenbilder av hender og føtter tatt ved oppstart og etter to år. I motsetning til hva mange trodde, viste resultatene at intensiv trening med vektbelastning beskyttet mot leddødeleggelse i føttene, mens det ikke var noen forskjell mellom gruppene når det gjaldt leddødeleggelse i hendene. Vi tok, ikke helt uten motstand, inn over oss at praksis måtte forandres. Senere har nye og effektive medisiner ført til at man unngår store feilstillinger og ødelagte ledd, noe som også har konsekvenser for hvilken informasjon og behandling vi gir pasientene.

Det er ellers verdt å merke seg at resultatene fra en fersk RCT viser at strikking ikke fører til mer smerte og stivhet hos personer med håndartrose, mens strikkeglede («knitting enjoyment») og etterlevelse av strikkeprogrammet blant deltakerne var høy (5). Som ivrig strikker gjenkjenner jeg gleden ved å mestre denne aktiviteten og tenker at aktivitetsglede kanskje er noe ergoterapeuter skal vektlegge og måle i fremtidige studier.

Hva er forskning?

Hva er det så som kjennetegner helsefaglig forskning? Helse Sør Øst sin definisjon er ganske typisk og beskriver medisinsk og helsefaglig forskning som «virksomhet som utføres med vitenskapelige metoder for å frembringe ny gyldig kunnskap som er relevant for klinisk praksis og organiseringen av denne». Til forskjell fra man-

ge andre definisjoner legges det også til at forskningen skal «...kvalitetssikres og formidles gjennom fagfelleverderte publikasjoner». Dette er et viktig poeng. Om ikke forskningsresultater når frem til og omsettes i klinisk praksis er studiene så å si bortkastet.

Ofte skiller vi mellom *grunnforskning* og *klinisk forskning*. I Store norske leksikon defineres *grunnforskning* som «Eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlaget for fenomener og observerbare fakta, uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk». Et godt kjent eksempel er May-Britt og Edvard Moser, som mottok Nobelprisen i medisin for oppdagelsen av hjernens gitterceller. I sine museforsøk utforsket de romlig orientering, uten konkrete siktemål om at denne kunnskapen skulle være relevant for klinisk praksis. Det viste seg imidlertid raskt at resultatene hjelper oss til å forstå hvorfor personer med demens kan ha problemer med å finne frem i sine omgivelser.

Ergoterapiforskere jobber sjelden med laboratorieforsøk. Vår grunnforskning grenser kanskje mere til filosofi, i form av tenkning som utfordrer vedtatte faglige sannheter. Et eksempel er Karen Hammels artikler om «doing, being, becoming and belonging» (6). Her spør hun om klinikers og forskeres opptatthet av diagnose og aktivitetsbegrensninger kan gå på bekostning av et mer dyptliggende fokus på selve meningen med livet: Hvem er jeg, hvordan utfolder jeg meg gjennom aktivitet, hvilke fremtidsdrømmer har jeg og hvem er «flokken min»?

Et annet eksempel er den pågående debatten rundt aktivitetens mørke sider, hvor forfatterne

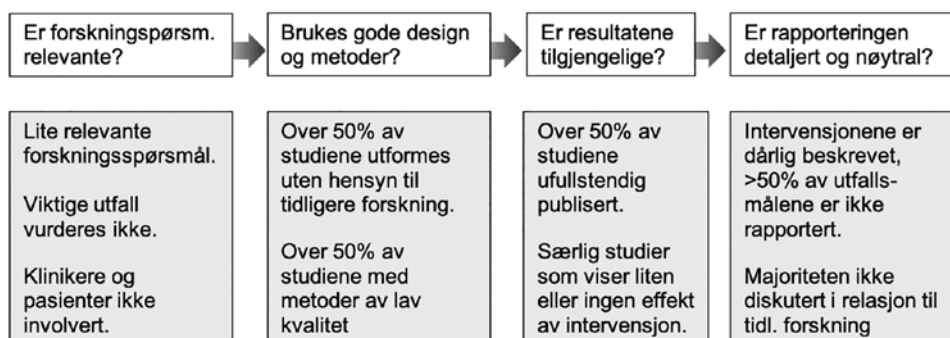
diskuterer om all aktivitet nødvendigvis er helsebringende (7).

I motsetning til grunnforskning er *klinisk forskning* primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelse i praksis. Data innhentes som regel fra pasienter, klienter eller (hjelpesøkende) familier, og tar sikte på å forebygge sykdom og forbedre diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering. Avstanden mellom klinisk forskning og klinisk praksis er som regel liten. Eksempler på slik forskning er studier hvor man utforsker ulike gruppers erfaringer med å leve med en sykdom eller funksjonsnedsettelse, og RCT'er hvor man evaluerer effekten av en spesifikk intervensjon.

I klinisk praksis drives det også mye *utviklingsarbeid*. Dette er systematisk virksomhet som bruker eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring til å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger eller å øke helsepersonells kompetanse. Hensikten er å bedre kvaliteten i prosesser, systemer eller tjenester. Utviklingsarbeid er altså ikke forskning, men inngår ofte i kliniske studier, ved at vi for eksempel bruker observasjon eller vurderingsredskap på en systematisk måte. Når vi jobber systematisk vil vi også ofte stille spørsmål ved det vi observerer og erfarer, som igjen kan utvikles til nye forskningsspørsmål og studier.

Forskere og pasienter har ulike forskningsagendaer

På samme måte som med kunnskapsbasert praksis, bør god klinisk forskning baseres på forskningsbasert kunnskap, klinikers erfaringsbaserte kunnskap og brukernes kunnskap og verdier. Når vi diskuterer hva som er



Figur 1: Fire hovedgrunner til at studier er lite relevante eller bortkastede, etter Chalmers & Glaziou, 2009 (9).

viktig å forske på i ergoterapi, bør vi altså spørre våre målgrupper, pasienter og pårørende. Dessuten bør vi følge nøye med på hva våre oppdragsgivere, politikere og helsemyndigheter, er opptatt av.

Slik er det ikke alltid. Et eksempel er en studie hvor forskerne så på hva studier av behandling av kneartrose i hovedsak omhandlet (8). Resultatet viste at nær 60 prosent evaluerte medikamentell behandling (n=550/59 prosent), og 26 prosent kirurgi. Når de så spurte pasienter med kneartrose om hva de synes var viktig å forske på, var bildet annerledes. Riktignok kom forskning på innsetting av kneproteser på første plass, men forskning på informasjon og pasientopplæring kom på en god andreplass, tett fulgt av forskning på fysioterapi. Det er altså ofte et gap mellom det forskere synes er viktig å forske på, og hva pasienter og klinikere mener.

Bortkastet forskning

Denne og lignende artikler førte til en serie på fire artikler med fokus på kvalitet i klinisk forskning. I den første artikkelen hevder forfatterne Chalmers og Glasziou at 85 prosent av midlene som brukes på forskning er bortkastet og innførte begrepet «research waste», på norsk kalt «bortkastet

forskning» eller «søppelforskning» (9).

De beskrev videre fire hovedfeller man kan gå i som fører til bortkastet forskning (se figur 1). Den første handler nettopp om lite relevante forskningsspørsmål, hvor en av årsakene er at pasienter og klinikere ikke blir involvert i utforming av spørsmålene.

RELEVANTE FORSKNINGSSPØRSMÅL I ERGOTERAPI?

Går vi til vår egen profesjon er det flere studier som har undersøkt hva ergoterapeuter prioriterer som viktige forskningsspørsmål (10-12). Fire tema som går igjen i disse studiene er effekt av ergoterapi, utvikling og kvalitetssikring av gode vurderingsinstrumenter, kostnadseffektivitet og implementering av forskningsresultater for å sikre kunnskapsbasert praksis. Som en profesjon som påberoper seg å være klientsentrert, bør vi imidlertid også lytte til hva våre målgrupper mener.

Det gjorde det britiske ergoterapeutforbundet da de innledet et samarbeid med the James Lind Alliance om å utvikle en forskningsagenda. The James Lind Alliance (www.jla.nihr.ac.uk) er en ideell organisasjon som samler pasienter, pårørende og klinikere i såkalte Priority Setting Partnerships, på norsk ofte kalt

«behovsidentifisert forskning». Gjennom en styrt prosess identifiserer og prioriterer deltakerne sammen viktige, ubesvarte spørsmål og kunnskapshull, slik at forskere og de som finansierer helseforskning, får kunnskap om hva de som er direkte berørt ønsker at det skal forskes på. På hjemmesidene til organisasjonen er det publisert en rekke «Topp ti-lister» innen ulike sykdommer og tilstander som er vel verdt å kikke på. Samarbeidet med det britiske ergoterapeutforbundet førte også til en slik liste og er også beskrevet i en egen artikkel (13). I Tabell 1 er de ti høyest prioriterte forskningsspørsmålene gjengitt (min oversettelse).

Det er interessant å se at «pasientsentrert og inkluderende ergoterapi», «hverdagsmestring», og «samarbeid med pasienter, pårørende og i tverrfaglige team» er sentrale tema i denne Topp ti-listen. Det å inkludere pasient- og pårørendeperspektivet kan synes å medføre at nye og viktige forskningsspørsmål løftes frem.

Når disse spørsmålene skal adresseres i nye kliniske studier, er det viktig at pasienter og klinikere involveres også i den videre utviklingen av forskningsspørsmål og studiedesign, igjen for å sikre at forskningen er relevant for de det gjelder. Brukermedvirkning i forskning er de siste tiårene blitt satt i system gjennom retningslinjer og anbefalinger (14, 15) og er ofte en forutsetning for å få tildelt forskningsmidler fra for eksempel Norges Forskningsråd og de regionale helseforetakene. Basert på egen erfaring vet jeg at slikt samarbeid bidrar til bedre forskning.

Viktige effektmål vurderes ikke

Chalmers og Glasziou skriver i sin

TOPP 10 PRIORITERTE FORSKNINGSPØRSMÅL INNEN ERGOTERAPI (13)

- 1 Hvordan kan ergoterapi gjøre en forskjell i folks hverdagsliv?
- 2 Hvordan kan ergoterapeuter sikre at deres praksis er personsentrert?
- 3 Hvordan kan ergoterapeuter samarbeide bedre med pårørende?
- 4 Hva er langtids-effekten av ergoterapi?
- 5 Hva er effekt av ergoterapi i kommunehelsetjenesten?
- 6 Hvordan kan ergoterapitjenestene bli mere inkluderende i forhold til både psykisk og fysisk helse?
- 7 Hvordan kan ergoterapi bidra til at folk mestrer sine helseutfordringer i hverdagen?
- 8 Hva er ergoterapeuters rolle i forhold til å forebygge sykehusinnleggelser?
- 9 Hvordan kan ergoterapeuter samarbeide best mulig med andre for å bedre utfallene hos brukerne?
- 10 Hvor kostnadseffektivt er ergoterapi?

Tabell 1: De ti høyest prioriterte forskningsspørsmålene innen ergoterapi (13).

artikkel om bortkastet forskning at viktige effektmål (utfall) ofte ikke vurderes (9). En god nyhet er at ergoterapeuter har mange gode instrumenter for å vurdere aktivitet og deltakelse. Disse er ofte basert på ergoterapimodeller og utviklet gjennom en grundig prosess. Videre er mange ikke diagnosespesifikke, men kan brukes på tvers av pasientgrupper og problemstillinger. Noen av instrumentene er også klientsentrerte og etterspør brukerens verdier, prioriteringer og vurderinger. I tillegg pågår det en kontinuerlig prosess for å kvalitetssikre instrumentenes måleegenskaper og anvendelighet.

Noen eksempler på slike instrumenter er Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (16) og Interessesjekkliste (17), som bygger på the Model of Human Occupation, og the Canadian Occupational Performance Measure (COPM)(18), som bygger på the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement. Dette er instrumenter som

er godt kjent blant norske ergoterapeuter. I en studie fra 2013 med 898 deltakere rapporterte 54 prosent at de brukte COPM, 24 prosent at de brukte Interessesjekkliste og 14 prosent at de brukte AMPS (19).

Bortkastet forskning – felle nummer to

Skal kliniske studier ha høy kvalitet må design og metoder være gode (se figur 1). I følge Chalmers og Glaziou, utformes halvparten av alle studier uten å ta hensyn til tidligere relevant forskning (9). Halvparten av alle studier bruker dessuten metoder av lav kvalitet.

Et søk etter systematiske kunnskapsoppsummeringer av effekt av ergoterapi i Cochrane Library, som er den største databasen for kunnskapsoppsummeringer, understøtter dette. Søket ga syv treff. Den nyeste oppsummeringen handler om effekt av ergoterapi for kognitive utfall hos slagpasienter (20). Noen av konklusjonene er at (min oversettelse): «Effekten av ergoterapi

er usikker»... «Gitt stor grad av usikkerhet knyttet til mesteparten av resultatene, trengs det mer forskning for å bekrefte eller avkrefte effekten av ergoterapi», og «Fremtidige studier må bruke bedre metoder for å redusere fare for feiltolkning, og beskrive utfallsmål og intervensjoner med grundig». Da er det en fattig trøst at dette er konklusjoner som går igjen i de aller fleste kunnskapsoppsummeringer, uavhengig av intervensjon og profesjon.

En vanlig svakhet i studier av effekt er at studiene har for få deltakere, noe som reduserer muligheten for å oppdage effekt av intervensjonen. Skal man gjennomføre effektstudier kan det derfor være lurt å samarbeide på tvers av sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner for å sikre nok deltakere. For å beskrive studiedesign bør man følge retningslinjer og sjekklister som er utarbeidet nettopp for å sikre bedre kvalitet i rapportering (21).

Publikasjonsskjevhet

Felle nummer tre handler om manglende eller ufullstendig publisering, særlig av studier som viser liten eller ingen effekt av intervensjoner. Dette omtales som publikasjonsskjevhet (publication bias), fordi det gir et ubalansert bilde av effekt av en intervensjon når kunnskapsoppsummeringer ikke har tilgang til denne typen studier. For å forebygge dette stiller de fleste tidsskrift nå krav om at studier skal være beskrevet i et tilgjengelig register før man starter å inkludere deltakere. I beskrivelsen skal alle utfallsmål inngå sammen med oppfølgings-tidspunkt, hva som er primært (viktigste) utfallsmål og måletidspunkt for dette og en plan for analysene som skal gjøres.



Figur 2: Rammeverk for utvikling og evaluering av komplekse intervensjoner, etter Skivington et al 2021 (23).

Dette bidrar til at forskere ikke i etterkant kan la være å rapportere negative resultater eller velge ut kun de utfallsmålene hvor resultatene er positive. Det gjør også at forfattere av kunnskapsoppsummeringer kan kontakte ledere av studier som ikke har rapportert resultatene som planlagt og etterspørre disse.

Intervensjoner må beskrives godt

Den siste fellen handler om dårlig beskrivelse av intervensjonene som er brukt, og at resultatene ikke er diskutert i relasjon til tidligere forskning. I mange, særlig eldre, artikler kan man for eksempel lese at en av gruppene fikk «tradisjonell ergoterapi», eller «rehabilitering». Da er det vanskelig for andre å gjenta studien, og klinikere som kanskje ønsker å ta i bruk intervensjonen har lite konkret å forholde seg til. For å bedre dette er det utarbeidet retningslinjer for hva som skal inkluderes for å gi en beskrivelse som holder mål (22).

Rammeverk for studier

I sin artikkelserie skriver Chalmers og Glaziov mye om hva forskere

ikke skal gjøre. Heldigvis er det også utviklet rammeverk for hvordan studier av god kvalitet bør utvikles og gjennomføres. Nylig kom en oppdatering av rammeverket for utvikling og evaluering av komplekse intervensjoner (23), (se figur 2).

En kompleks intervensjon kjennetegnes blant annet av at den består av flere komponenter, krever ulike typer kunnskap, ferdigheter og adferd hos de som mottar og leverer intervensjonen, kan tilpasses forskjellige grupper av pasienter eller befolkningen i forskjellige kontekster og nivåer av helsetjenesten, og at det er stor grad av fleksibilitet i tilpasning av intervensjonen. Det er liten tvil om at ergoterapi passer godt til denne beskrivelsen.

Rammeverket beskriver en prosess i fire faser, (se figur 2). I det følgende eksemplifiseres prosessen ved å beskrive utvikling og pilottesting av en behandlingsapp.

Happy Hands – en behandlingsapp

Bakgrunnen for å utvikle appen er at håndartrose er en leddsykdom som rammer halvparten av alle

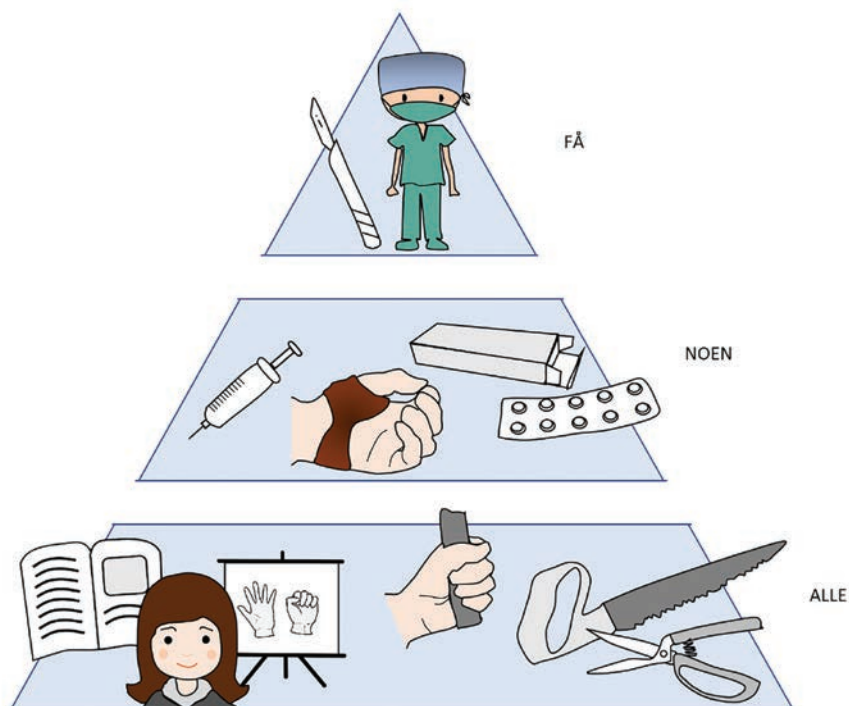
kvinner og en fjerdedel av alle menn i løpet av livet. Vanlige konsekvenser er smerter, stivhet og nedsatt håndfunksjon, som igjen medfører problemer med å utføre daglige aktiviteter og å delta i arbeids- og samfunnsliv. Det finnes ingen kur for håndartrose, og anbefalt kjernebehandling er informasjon og veiledning i håndøvelser, bruk av hjelpemidler og gode arbeidsteknikker (se figur 3). De som har artrose i tommelens rotledd bør i tillegg få tilbud om tilpasning av tommelortose (24). Smertelindrende medisiner kan brukes i korte perioder, mens kirurgi først skal vurderes når annen anbefalt behandling ikke har tilfredsstillende effekt.

I følge politiske strategier skal artrose i hovedsak behandles i kommunehelsetjenesten. Forskning viser imidlertid at tilbudet her er nærmest fraværende, og i en av våre studier fant vi at kun en av fem med artrose i rotleddet hadde fått anbefalt behandling før de ble henvist til vurdering av kirurg i spesialisthelsetjenesten (25).

Vi vurderte derfor at en behandlingsapp ville gjøre anbefalt behandling mer tilgjengelig for alle med håndartrose, uavhengig av bosted og tilgjengelig helsepersonell (26).

FASE 1: UTVIKLING AV APPEN HAPPY HANDS

Et litteratursøk viste at det ikke fantes noen behandlingsapper for håndartrose. Vi etablerte da en tverrfaglig prosjektgruppe med to brukerrepresentanter, ergoterapeuter, fysioterapeut, revmatolog, fastlege og sykepleier. I utviklingen fulgte vi retningslinjer for utvikling av digitale intervensjoner (27). Teorigrunnlaget for utforming av appen var en



Figur 3: Behandlingspyramide for personer med håndartrose. Ill: Anne Therese Tveter.

kombinasjon av biomedisin, salutogenese og kognitiv adferdsterapi, mens innholdet var basert på tidligere forskning, nyere behandlingsanbefalinger og grundige diskusjoner med de to brukerrepresentantene. Deres innspill var førende for hva som ble hovedtema, hvordan disse ble delt opp og presentert og oppbygging av og progresjon i appen gjennom de tre månedene programmet varer. Parallelt søkte vi og fikk to millioner kroner i utviklingsmidler fra DAM-stiftelsen. Det ga oss muligheten til å bruke profesjonell fotograf og animatør til å lage korte videosnutter og filmer. I appen inngår også ukentlige quizer og oppmuntrende tilbakemeldinger. Selve programmeringen ble gjort av Universitetets Senter for Informasjonsteknologi ved Universitetet i Oslo (UiO), og vi brukte Tjeneste for Sensitive Data ved UiO for å innhente og lagre brukerrapporterte data i behandlingsperioden. Brukerne registrerte blant annet hver gang

de hadde sett en film eller utført en øvelse, og de rapporterte smerter og stivhet i hendene etter hver treningsøkt. De vurderte også aktivitetsutførelse ved å fylle ut skjemaet MAP-Hand (28) ved oppstart og etter en, to og tre måneder. På bakgrunn av dette kunne vi oppsummere og tilgjengeliggjøre progresjon av utvikling smerte, stivhet og aktivitetsutførelse i enkle grafer for hver bruker.

I hele utviklingsperioden hadde vi jevnlig møter med utviklerne og brukerrepresentantene for å sikre at innholdet var forståelig og passe dosert.

Fase 2: Vurdering av anvendelighet

Da appen var klar til pilottesting rekrutterte vi 73 deltakere med håndartrose via en fastlegepraksis, poliklinikken på Diakonhjemmet Sykehus, Norsk Revmatikerforbund, omtale i media og ved at inkluderte brukere spurte om bekjente med håndartrose også kunne få være med. Deltakerne fikk hjelp til

å laste ned app'en, målt håndkraft i begge hender, og en liten brosjyre med veiledning i bruk av app'en. Etter tre måneder målte vi igjen håndkraft og intervjuet deltakerne enkeltvis eller i grupper om deres erfaringer med app'en.

Foreløpige analyser viser lovende resultater, og brukerne var jevnt over veldig fornøyde med app'en. Basert på tilbakemeldingene ble det gjort en del tekniske justeringer. Vi la til en kort animasjonsfilm med tips om bruk av app'en og laget en innledende motivasjonsfilm hvor to av brukerne forteller om hvordan de etter tre måneder har mindre smerte og stivhet, bedre håndkraft og mestrer aktiviteter de tidligere ikke klarte.

Flere brukere fortalte dessuten at det var vanskelig å registrere smerte og stivhet i hender, og anbefalte å endre til registrering av hver hånd for seg, noe vi tok til følge. Parallelt med dette har vi søkt om forskningsmidler til en større utprøving, og var igjen heldige og fikk midler fra DAM-stiftelsen.

FASE 3 OG 4: EVALUERE OG IMPLEMENTERE

I oktober starter vi inklusjon i en RCT med 400 deltakere, som rekrutteres ved rundt 20 sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, fastlegepraksiser og kommuner i hele landet. Deltakerne følges med målinger ved oppstart og etter tre og seks måneder. Hovedutfallsmål måles etter tre måneder ved å sammenligne hvor mange i hver gruppe som har en klinisk relevant bedring i følge OMERACT/OARSI-kriteriene, som er et kombinasjonsmål av smerte, sykdomsaktivitet og aktivitetsutførelse (29).

I utvikling av strategier for

implementering vil vi igjen samarbeide tett med brukere, klinikere og brukerorganisasjoner. Så langt har vi erfart at interessen fra pasienter, helsepersonell og media er stor, og mange har meldt sin interesse for å delta i inklusjon eller som brukere av app'en. Det at så mange er involvert i og har påvirket utvikling og utprøving, fører dessuten til at de har et eierforhold til app'en: Det tror vi øker motivasjonen for å ta den i bruk i klinisk praksis når den store studien er avsluttet, og app'en er tilgjengelig på vanlige plattformer som App-store og Google Play.

Vi må tenke stort og være modige

Å utvikle og evaluere komplekse intervensjoner er krevende både i forhold til tid, penger og tålmodighet. Min erfaring er imidlertid at prosessen er kreativ, spennende og morsom. Det tette samarbeidet med brukere og klinikere er lærerikt og givende, og de mange konstruktive tilbakemeldingene og justeringene gjør at vi føler oss ganske trygge på at studien vår vil gi resultater som gjør en forskjell i hverdagen for mange med håndartrose.

Erfaringer fra tidligere store satsinger, som innføring av hverdagsrehabilitering, viser også at grundig forskning gir gode resultater, både for brukere av tilbudet og i form av medieoppmerksomhet og nye ergoterapistillinger i mange kommuner (30).

Jeg tenker at vi, som profesjon, aldri har stått bedre rustet til å gjennomføre gode studier enn vi gjør nå. Noen av våre styrker er:

- gode teorier, modeller og instrumenter vi kan bruke når vi skal designe studier av høy kvalitet
- stadig flere ergoterapeuter



Erfaringer fra tidligere store satsinger, som innføring av hverdagsrehabilitering, viser at grundig forskning gir resultater både for brukere av tilbudet, i form av medieoppmerksomhet og nye ergoterapistillinger i mange kommuner.

- med videreutdanning, mastergrad, doktorgrad og/eller erfaring med forskning
- gode faglige nettverk
- engasjerte og motiverte klinikere
- et engasjert og strategisk fagforbund

Mitt ønske er at vi samler krefter

ne, tør å tenke stort og strategisk og samarbeider på tvers av miljøer for å få til gode studier som evaluerer effekt av ergoterapi. En siste utfordring til oss alle er å være modige og si ja når vi blir invitert til å delta i forskning, og å endre praksis når nye resultater utfordrer dagens metoder og intervensjoner.

Stor takk

Jeg vil rette en stor takk til studieleder Mona Dahl og OsloMet for forskningstid til utarbeiding av foredrag og artikkel, mine gode ergoterapeutkolleger på Diakonhjemmet for kloke innspill til utforming av æresforedraget, seniorforsker Anne Therese Tvetter som leder Happy Hands-studien og brukerrepresentantene Thalita Blanck og Sissel Nyheim og resten av prosjektgruppen for godt samarbeid i utvikling og pilottesting av Happy Hands.

Referanser

1. Spock B. The Common Sense Book of Baby and Child Care. 1st ed. New York: Duell, Sloan, and Pearce; 1946.
2. Guntheroth WG, Spiers PS. Sleeping prone and the risk of sudden infant death syndrome. *JAMA*. 1992;267(17):2359-62.
3. Brattström M. Leddskydd och rehabilitering vid inflammatorisk ledtsjukdom. Lund: Studentlitt.; 1980.
4. de Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH, Kroon HM, Ronday KH, Lems WF, et al. Long term high intensity exercise and damage of small joints in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(11):1399-405.
5. Leonard G, Paquet N, Guitard P, Toupin-April K, Cavallo S, Paterson G, et al. The effects of an 8-week knitting program on osteoarthritis symptoms in elderly women: A pilot randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2021;27:410-9.
6. Hammell KW. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Can J Occup Ther*. 2004;71(5):296-305.
7. Horne V, Edvardsen E. Videre refleksjoner rundt aktivitetens mørkesider. *Ergoterapeuten (norsk)*. 2022;65(3):2.
8. Tallon D, Chard J, Dieppe P. Relation between agendas of the research community and the research consumer. *Lancet*. 2000;355(9220):2037-40.
9. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1341-5.
10. AOTA, AOTF. Occupational therapy research agenda. 2011;65(Suppl.):4.
11. Bannigan K, Boniface G, Doherty P, Nicol M, Porter-Armstrong A, Scudds R. Priorities for Occupational Therapy Research in the United Kingdom: Executive Summary of the POTTER Project. *Br J Occup Ther*. 2008;71(1):13-6.
12. Mackenzie L, Coppola S, Alvarez L, Cibule L, Maltsev S, Loh SY, et al. International Occupational Therapy Research Priorities. *OTJR (Thorofare N J)*. 2017;37(2):72-81.
13. Watson J, Cowan K, Spring H, Donnell JM, Unstead-Joss R. Identifying research priorities for occupational therapy in the UK: A James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *Br J Occup Ther*. 2021;84(12):735-44.
14. de Wit MP, Berlo SE, Aanerud GJ, Aletaha D, Bijlsma JW, Croucher L, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the inclusion of patient representatives in scientific projects. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(5):722-6.
15. Nilsen TK, Gustafsson A, Dahl U, Aaadahl P, Serigstad S, Lund A, et al. Brukermedvirkning i helseforskning i Norge. Forslag til retningslinjer og tiltak.: Helse og omsorgsdepartementet; 2014.
16. Chi IJ, Lin LY. Using the Assessment of Motor and Process Skills and the Pediatric Evaluation of Disability Inventory to Assess Self-Care Performance Among Preschool Children With Autism Spectrum Disorder. *Am J Occup Ther*. 2022;76(2).
17. Reinseth L, Uhlig T, Kjekken I, Koks-vik HS, Skomsvoll JF, Espnes GA. Performance in leisure-time physical activities and self-efficacy in females with rheumatoid arthritis. *Scand J Occup Ther*. 2011;18(3):210-8.
18. Tuntland H, Aaslund MK, Langeland E, Espehaug B, Kjekken I. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2016;9:411-23.
19. Dolva AS, Sveen U, Bonsaksen T, Hagby C, Horghagen S, Solbakken AI, et al. Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 3. . *Ergoterapeuten (norsk)*. 2015(2):44-9.
20. Gibson E, Koh CL, Eames S, Bennett S, Scott AM, Hoffmann TC. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients. The Cochrane database of systematic reviews. 2022;3(3):Cd006430.
21. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Moher V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg*. 2012;10(1):28-55.
22. Dijkers MP. Reporting on interventions: issues and guidelines for rehabilitation researchers. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(6):1170-80.
23. 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:n2061.
24. Kloppenburg M, Kroon FP, Blanco FJ, Doherty M, Dziedzic KS, Greibrokk E, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(1):16-24.
25. Gravas EMH, Tvetter AT, Nossum R, Eide REM, Klokkeide A, Matre KH, et al. Non-pharmacological treatment gap preceding surgical consultation in thumb carpometacarpal osteoarthritis - a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):180.
26. Tvetter AT, Blanck T, Nyheim S, Maarnes M, Christensen BS, Pedersen SJ, et al. Development of a smartphone application for treatment of hand osteoarthritis - happy hands. EULAR 2022; Copenhagen. *Ann Rheum Dis* 2022. p. 79.
27. Johnson C, Turley J. A New Approach to Building Web-based Interfaces for Healthcare Consumers. *HIC 2006: Health Informatics Society of Australia*; 2006. p. 296-302.
28. Fernandes L, Grotle M, Darre S, Nossum R, Kjekken I. Validity and responsiveness of the Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-Hand) in patients with hand osteoarthritis. *J Rehabil Med*. 2012;44(10):869-76.
29. Pham T, van der Heijde D, Altman RD, Anderson JJ, Bellamy N, Hochberg M, et al. OMERACT-OARSI initiative: Osteoarthritis Research Society International set of responder criteria for osteoarthritis clinical trials revisited. *Osteoarthritis Cartilage*. 2004;12(5):389-99.
30. Førland O, Skumsnes R. Hverdagsrehabilitering. Senter for omsorgsforskning, vest 2016.