

Ergoterapi og Parkinsons

“Hvordan beskrives effekten av ergoterapi ved behandling av Parkinsons relaterte utfordringer?”.

Kandidatnummer: 200 og 239

VID vitenskapelige høyskole

Sandnes

Bacheloroppgave

Bachelor i Ergoterapi

Kull: ET17

Antall ord: 10 047

Dato: 20.05.2020

Kandidatnummer: 200 og 239
Navn på studiet: Bachelor i ergoterapi
Navn på eksamen: Bacheloroppgave
Emnekode: ERG-314
Innleveringsfrist: 20.05.2020
Antall ord: 10 047

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om [opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole](#) § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: _____200 & 239_____

Bacheloroppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss Ja: Nei:

FORORD

Vi ønsker i denne anledning å takke VID vitenskapelige høgskole for all hjelp og støtte under dette arbeidet. Vi har under arbeidet fått god veiledning av vår veileder, og ønsker å takke for dette. Vi ønsker også å takke skolens bibliotekar for god hjelp gjennom våre tre år på VID. Ellers ønsker vi å takke alle lærere og eksterne forelesere som har undervist og bidratt gjennom hele ergoterapistudiet. Vi ønsker sist, men ikke minst, å takke alle våre medstudenter for tre lærerike og minneverdige år. Tusen takk, og takk for oss!

SAMMENDRAG

Formål: Formålet med denne studien er å undersøke problemstillingen: Hvordan beskrives effekten av ergoterapi ved behandling av Parkinsons relaterte utfordringer?

Metode: Systematisk litteraturstudie med litteratursøk i Academic Search Elite, Cinahl og MedLine. Studier fra 2013-2019.

Resultat: Tre studier ble inkludert, hvorav 994 personer med Parkinsons sykdom og 586 omsorgspersoner er inkludert. Studiene hadde som formål å undersøke effekten av ergoterapi, og hovedfokuset har vært på daglige aktiviteter og livskvalitet.

Drøfting: Effekten av ergoterapi blir beskrevet som mest virkningsfull når fokuset ligger på meningsfulle daglige aktiviteter (ADL). Effekten blir beskrevet som selvopplevd og ikke klinisk i de inkluderte studiene.

Konklusjon: Effekten av ergoterapi ved behandling av Parkinsons relaterte utfordringer virker å være mest hensiktsmessig ved bruk av høydoserte intervensjonsmetoder med fokus på meningsfulle daglige aktiviteter over en kortere periode. Ingen av studiene kunne vise til økt livskvalitet.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to explore the issue: How is the effect of occupational therapy described in treating Parkinson's related challenges?

Method: A Systematic Review with literature search in Academic Search Elite, Cinahl and Medline. Studies included from 2013-2019.

Results: Three studies were included in this systematic review, including 994 people with Parkinson's disease and 586 caregivers. The purpose of the studies was to investigate the effect of occupational therapy, where the main focus has been on daily activities and quality of life.

Discussion: The effect of occupational therapy is described as most effective when focusing on meaningful daily activities (ADL). The effect is described as self-perceived, and not clinical in the included studies.

Conclusion: The effect of occupational therapy addressing Parkinson's related challenges seems to be most suitable when using high-dose intervention methods focusing on meaningful daily activities over a shorter period. None of the studies were able to show an improvement in quality of life.

Innhold

1 INTRODUKSJON	3
1.1 TEMA	3
1.2 PROBLEMSTILLING	3
1.3 HENSIKT	3
1.4 INNFØRING I FELTET	4
1.4.1 <i>Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling av Parkinsons sykdom</i>	4
1.4.2 <i>ParkinsonNet</i>	4
2 TEORIDEL	4
2.1 PARKINSONS SYKDOM	5
2.2 DIAGNOSTISERING	6
2.2.1 <i>ICF og ICD-10</i>	6
2.2.2 <i>Hoehn and Yahr Scale</i>	7
2.2.3 <i>UK Brain Bank Criteria</i>	8
2.3 ERGOTERAPI	9
2.4 ERGOTERAPI OG PARKINSONS	11
2.5 RETNINGSLINJER	12
2.5.1 <i>Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease Rehabilitation</i>	12
2.5.2 <i>Occupational therapy for people with Parkinson's: Best practice guidelines</i>	13
2.6 ETIKK	14
2.6.1 <i>Ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer</i>	14
2.6.2 <i>Profesjonsetikk</i>	14
2.6.3 <i>Forskningsetikk</i>	15
3 METODE	15
3.1 METODEVALG	15
3.2 SØKESTRATEGI	16
3.2.1 <i>Inklusjonskriterier</i>	17
3.2.2 <i>Avgrensning</i>	17
3.2.3 <i>Eksklusjonskriterier</i>	17
3.2.4 <i>Relevansvurdering</i>	17
3.3 KVALITETSVURDERING	18
3.4 SØK	18
3.4.1 <i>Academic Search Elite</i>	18
3.4.2 <i>Cinahl</i>	18
3.4.3 <i>MedLine</i>	19
3.4.4 <i>Søkeresultat</i>	19
3.5 VALG AV STUDIER	20
3.5.1 <i>Studie karakteristikk oppsummert</i>	21
3.6 ANALYSE	22
3.6.1 <i>Studienes innhold</i>	23
3.6.2 <i>Tematisering</i>	24
4 RESULTAT	25
4.1 ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)	27
4.2 LIVSKVALITET	27

5 DISKUSJON	28
5.1 FUNN OPP MOT PROBLEMSTILLING	28
5.2 METODEDISKUSJON.....	30
5.3 PÅVIRKNINGSFAKTORER.....	31
5.4 ETISKE ASPEKTER	31
5.5 STYKRER OG SVAKHETER MED STUDIEN	32
5.5.1 <i>Validitet og reliabilitet</i>	33
5.6 IMPLEMENTERINGER FOR PRAKSIS.....	34
5.7 KONKLUSJON	35
6 LITTERATURLISTE.....	36

1 INTRODUKSJON

1.1 TEMA

Temaet for vår oppgave er “ergoterapi og Parkinsons”. Vi har begge arbeidet med personer som har Parkinsons sykdom på et rehabiliteringssenter. Vi har der sett ulike utfall av ergoterapi intervensjon knyttet til styrke og mobilitet i arm/hånd. De fleste av disse personene har også hatt tilleggsdiagnoser, og vi har derfor ikke fått noe konkret kunnskap eller erfaring knyttet til ergoterapiens effekt på avgrensede Parkinsons relaterte symptomer og/eller utfordringer.

1.2 PROBLEMSTILLING

I dette arbeidet skulle vi undersøke problemstillingen “Hvordan beskrives effekten av ergoterapi ved behandling av Parkinsons relaterte utfordringer?”. Vi valgte denne problemstillingen da vi ville lære mer om effekten av ergoterapeutiske intervensjoner i arbeid med Parkinsons sykdom. I tillegg var målet å få bredere faglig kunnskap knyttet til ergoterapi og Parkinsons.

1.3 HENSIKT

Hensikten med denne systematiske litteraturstudien var å få bedre oversikt over hvordan eksisterende studier beskriver ergoterapiens effekt på behandling av Parkinsons relaterte utfordringer. Vi ville undersøke i hvilke intervensjonsmetoder ergoterapi kan bidra til bedring ved denne type utfordringer, altså undersøke ergoterapiens effekt. I begrepet effekt la vi i hvilken grad et eller flere tiltak fungerer i praksis, samt i hvilke intervensjoner ergoterapi fordelaktig kan bidra. Et annet mål med denne systematiske litteraturstudien var å undersøke det fysiske aspektet ved Parkinsons sykdom. Vi ville derfor legge fokus på fysisk funksjon og utførelse i daglige aktiviteter, også omtalt som ADL (Activities of Daily Living), for å vurdere hvor eller hvordan ergoterapi eventuelt kan og bør bidra. Disse vurderingene har blitt tatt på grunnlag av eksisterende forskning.

1.4 INNFØRING I FELTET

1.4.1 Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling av Parkinsons sykdom

I 2010 ble det utgitt veiledende retningslinjer og anbefalinger av Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser vedrørende diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom (Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser [NKB], 2010). Dokumentet tar for seg problemer og utfordringer som er vanlige for pasientene og deres pårørende, samt diagnostikk og kartlegging (NKB, 2010). I tillegg er det retningslinjer og anbefalinger knyttet til ulike symptomer som blant annet depresjon, søvn, smerte og kognitiv svikt (NKB, 2010). Ergoterapi blir beskrevet i en egen del av dokumentet. Eksempler på tiltak som blir beskrevet er: funksjonstrening, ADL-trening, tilpasning og tilrettelegging av aktivitet, tilpasning og tilrettelegging av fysisk miljø, veiledning, rådgivning og opplæring i avspenning (NKB, 2010, s. 41). Det står også at ergoterapeuten skal: oppfordre til aktivitet, ha fokus på mestring, prioritering av aktiviteter, ha fokus på ressurser, finne balanse mellom aktivitet og hvile, arbeide med individuell tilpasning og utnytte tiden når medikamentvirkningen er best (NKB, 2010, s. 41).

1.4.2 ParkinsonNet

I 2017 startet ParkinsonNet opp i Oslo og i Rogaland som et pilotprosjekt over to år (ParkinsonNet, u.å). ParkinsonNet er et faglig nettverk bestående av helsefagpersoner som samarbeider tverrfaglig. Det tverrfaglige nettverket består av fysioterapeuter, logopeder, ergoterapeuter og sykepleiere. Det overordnede målet er å utvikle helsetjenesten som skal bidra til at personer med Parkinsons sykdom og parkinsonisme skal få optimal behandling og best mulig livskvalitet der de bor. Dette gjøres gjennom systematisk opplæring av helsepersonell, tverrfaglig samarbeid og samarbeid med brukeren. I 2019 besluttet Helse- og omsorgsdepartementet at ParkinsonNet skal gjøres nasjonalt over tid (ParkinsonNet, u.å).

2 TEORIDEL

Vi valgte å lage en egen teoridel for å redegjør for aktuell relevant teori og litteratur. Ved valg av litteratur og forskning er oppgavens faglighet og troverdighet avhengig av at

kildegrunnlaget er godt begrunnet (Dalland, 2017, s. 152). Informasjon om diagnosen Parkinsons sykdom, ergoterapi og retningslinjer var relevant for denne oppgaven. Dette danner et kunnskapsbasert grunnlag for arbeidet, og gir lesere av oppgaven relevant teori og informasjon. Vi valgte også å skrive om etikk i vår teoridel, da dette ligger til grunn for arbeidet. Teoridelen vil være relevant for å forstå studienes innhold, kriterier og omfang. Litteraturen vi har valgt å inkludere i oppgaven er fra ulike land, og dermed er teoridelen og retningslinjer ikke bare basert på Norge og norsk praksis.

I arbeidet med oppgaven har vi benyttet obligatorisk og selvvalgt pensum. Ved selvvalgt pensum har vi brukt Oria, skolens bibliotekjeneste, og ulike databaser. Videre har vi brukt aktuelle nettsteder for å blant annet finne informasjon og retningslinjer knyttet til Parkinsons sykdom. Under arbeidet har vi vært kildekritiske ved bruk av nettbaserte kilder, hvor vi har sett gjennom blant annet litteraturlister og henvisninger for å sjekke kvalitet. På grunn av begrenset tilgang til fysiske bibliotek, er mye av litteraturen nettbasert.

2.1 PARKINSONS SYKDOM

Vi valgte å ta utgangspunkt i litteratur av Aragon & Kings (2010) for å beskrive Parkinsons sykdom. Parkinsons er en kronisk nevrodegenerativ progredierende sykdom. Dette betyr at sykdommen er en varig sykdom i hjernen som forverres gradvis. Parkinsons sykdom skyldes at cellene som produserer dopamin i hjernen blir ødelagt eller dør. Dopamin, som er et signalstoff, fungerer som et viktig nevrokjemisk drivstoff som sender impulser mellom nervecellene i hjernen. Den delen av hjernen som blir påvirket av sykdommen har en viktig rolle i å styre innlærte, frivillige og halvautomatiske motoriske ferdigheter. Mangelen på dopamin i denne delen av hjernen vil derfor påvirke planlegging, forberedelse og igangsettelse av bevegelser. Dopamin bidrar også i kognitive prosesser, og vil derfor også kunne påvirke blant annet oppmerksomhet, drivkraft, motivasjon og humør. (Aragon & Kings, 2010, s. 7-8).

Forekomsten av Parkinsons er hyppigst hos personer over 60 år, selv om sykdommen også kan sees ned i 40-årsalderen (Aragon & Kings, 2010, s.8-9). Disse tallene varierer noe i litteraturen vi har funnet, men tallene varierer fra 50-80 år på hyppigst forekomst og 20-40 år på tidligste debut (Aragon & Kings, 2010, s.8; Norsk Helseinformatikk [NHI], u.å.; Gjerstad & Dietrichs, 2020).

Sykdommen kan ikke påvises gjennom blodprøver eller bildeundersøkelser og en blir derfor diagnostisert på grunnlag av kliniske evalueringer (Aragon & Kings, 2010, s.9). De vanligste motoriske symptomene på Parkinson er skjelvninger (tremor), stive muskler som følge av økt muskeltonus (rigiditet), sakte- eller stopp av bevegelser (bradykinesi / akinesi) og dårlig balanse (postural instabilitet) (Aragon & Kings, 2010, s.9). Ellers er ikke-motoriske symptomer som fatigue, smerter, søvnproblemer, demens, kognitive- og emosjonelle endringer noe som kan forekomme (Aragon & Kings, 2010, s.10). Parkinsons og parkinsonisme er et motorisk syndrom, og kjennetegnes ved forekomst av minst to av fire kardinaltegn: hviletremor, akinesi, rigiditet og posturale endringer (NKB, 2010, s.9).

Sykdommen blir i utgangspunkt behandlet med medisiner (Aragon & Kings, 2010, s.13). Ellers har det den senere tid blitt mer bruk av kirurgisk behandling for personer som ikke har god effekt av medisinene (Aragon & Kings, 2010, s.13). Disse blir ikke videre beskrevet i oppgaven da dette er utenfor ergoterapeutens kompetanse og rolle. I dette arbeidet var hensikten å se på Parkinsons sykdom, og hvilke aktivitetsutfordringer som følger med. Dette er relevant for å kunne svare på problemstillingen, da vi trenger informasjon om hvilke tiltak/metoder som er aktuelle og hvilke som blir beskrevet i studiene vi skal analysere.

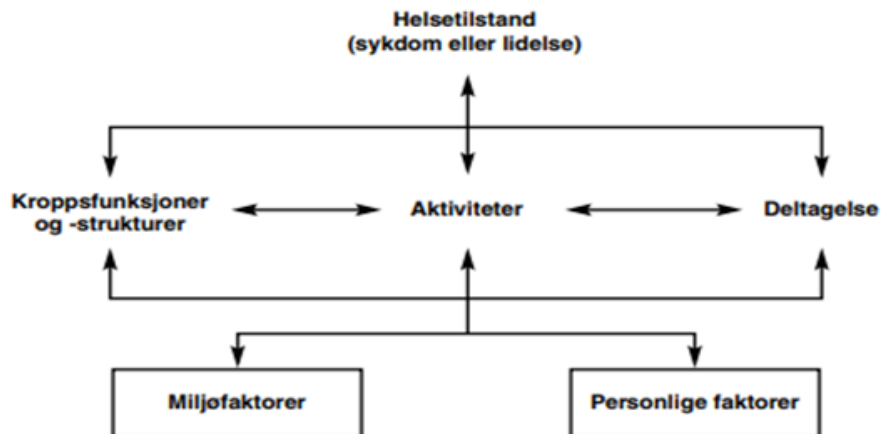
2.2 DIAGNOSTISERING

Aktuelle diagnostiserings og graderingsskalaer ved Parkinsons sykdom er ICF/ICD-10, Hoehn and Yahr Scale og UK Brain Bank Criteria. I studiene vi har funnet brukes Hoehn and Yahr og UK Brain Bank Criteria hyppigst. Vi valgte å skrive om disse i vår teoridel for at lesere av denne systematiske litteraturstudien skulle få et bedre innblikk i hva Parkinsons sykdom innebærer, samt sykdommens forløp.

2.2.1 ICF og ICD-10

ICF er et klassifikasjonssystem som utfyller diagnoseklassifikasjonen ICD-10 (Verdens helseorganisasjon [WHO], 2001). Både ICF og ICD-10 er utviklet av WHO (WHO, 2001). Parkinsons sykdom har koden G20 i ICD-10 (eHelse, 2020). ICF er utviklet til systematisering av helseforhold og gir kodet helseinformasjon om diagnoser, funksjon, funksjonshemming og årsaker til kontakt med helsetjenesten (WHO, 2001). ICF-rammen kan brukes i sammenheng med intervensjon, og brukes for å vurdere sammenhengen mellom begrepene vist i modellen under (Figur 1). Det vurderes hvilke faktorer som fungerer som tilretteleggere og

hvilke som fungerer som barrierer i en eventuell intervensjon (Ramaswamy & McCandless, 2013).



Figur 1. "ICFs begrepsapparat", 2001, av Verdens helseorganisasjon.

<https://ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonalt-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>

2.2.2. Hoehn and Yahr Scale

Hoehn and Yahr Scale (HY) brukes for å klassifisere grad av funksjon ved Parkinsons sykdom (Ramaswamy & McCandless, 2013). HY er delt inn i fem stadier, som beskriver sykdommens kjennetegn og forløp (Ramaswamy & McCandless, 2013).

Stadie 1 - Ved tidlig stadium av Parkinsons sykdom vil en se milde symptomer på den ene siden av kroppen. I tillegg er det vanligvis minimal eller ingen funksjonsnedsettelse (Downward, 2019).

Stadie 2 - Dette er fortsatt et tidlig stadiet, men blir preget av symptomer på begge sidene av kroppen. Stadiet 2 kan utvikle seg på måneder eller år etter stadiet 1. Dette stadiet kan omfatte tap av ansiktsuttrykk, redusert blinkeevne og preges av ulike taleforstyrrelser. I tillegg kan personens holdning påvirkes (Downward, 2019).

Stadie 3 - Denne fasen regnes som en midtfase, og er preget av tap av balanse og langsommere bevegelser. Her kommer også vansker med utførelse av viljestyrte og halvautomatiske bevegelser. For å være klassifisert som fase tre må personen fortsatt kunne utføre aktiviteter som personlig stell og spisesituasjoner (Downward, 2019).

Stadie 4 - I trinn fire går sykdommen over til å være en alvorlig funksjonsnedsettelse. På dette stadiet er personen ikke i stand til å leve et selvstendig liv, og trenger derfor daglig hjelp (Downward, 2019).

Stadie 5 - Er det mest avanserte og alvorlig stadiet. Personen er her ute av stand til å komme seg ut av en stol eller en seng selv, og har kraftig økt fare for fall. Døgnassistanse er nødvendig. Personen kan også oppleve hallusinasjoner og vrangforestillinger (Downward, 2019).

2.2.3 UK Brain Bank Criteria

UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Clinical Diagnosis Criteria er et diagnostiseringsverktøy som består av 3 steg for å diagnostisere Parkinsons sykdom (Hughes, Daniel, Kilford & Lees, 1992).

Steg 1 - diagnostisering av Parkinsons sykdom.

Trege bevegelser og minst ett av følgende symptomer: tremor, postural ustabilitet og/eller stivhet i muskler må være til stede. Dette må ikke være forårsaket av vestibulær-, cerebral- eller proprioseptiv dysfunksjon (Hughes et al., 1992). Det vil si at symptomene ikke må være forårsaket av feil/skade på balanseorganet, i hjernen eller ved evnen til å tolke kroppens posisjon.

Steg 2 - Ekskluderingskriterier for Parkinsons sykdom.

Det er mange ekskluderingskriterier i UK Brain Bank Criteria. Men noen av disse er: sykdomshistorie med gjentatte hjerneslag, hodeskade, hjernehinnebetennelse og tidlig demens med forstyrrelse i hukommelse, språk og praksis (Hughes et al., 1992).

Steg 3 - Støttende potensielle positive kriterier for Parkinsons sykdom.

Tre eller flere av følgende kreves for å fastsette diagnosen Parkinsons sykdom:

- Hviletremor med ensidig utbrudd

- Vedvarende asymmetri som påvirker den ene siden mest i starten av sykdomsforløpet
- At det er en progressiv lidelse
- God respons på Levodopa som vedvarer fem år eller mer
- Klinisk forløp på 10 år eller mer (Hughes et al., 2019).

2.3 ERGOTERAPI

Norsk Ergoterapeutforbund mener at meningsfull aktivitet og deltakelse er helsefremmende, og at helsen påvirkes av og skapes i omgivelsene våre. Helse vil derfor være langt mer enn fravær av sykdom og skade (Ergoterapeutene, 2017). Ergoterapi baseres på en rekke prinsipper, og klientsentrering er en av de mest sentrale (Jepsen & Larsen, 2013, s.346). I ergoterapeutens arbeid finner en blant annet ferdigheter som kartlegging, tilrettelegging og fokus på brukerens behov, ønsker og interesser. Dette fokuset danner grunnlag for målsettinger i intervensjonen. Viktige begreper i ergoterapi er person, aktivitet, omgivelser, deltagelse og inkludering. Disse ser en plassert i modellen under (figur 2).



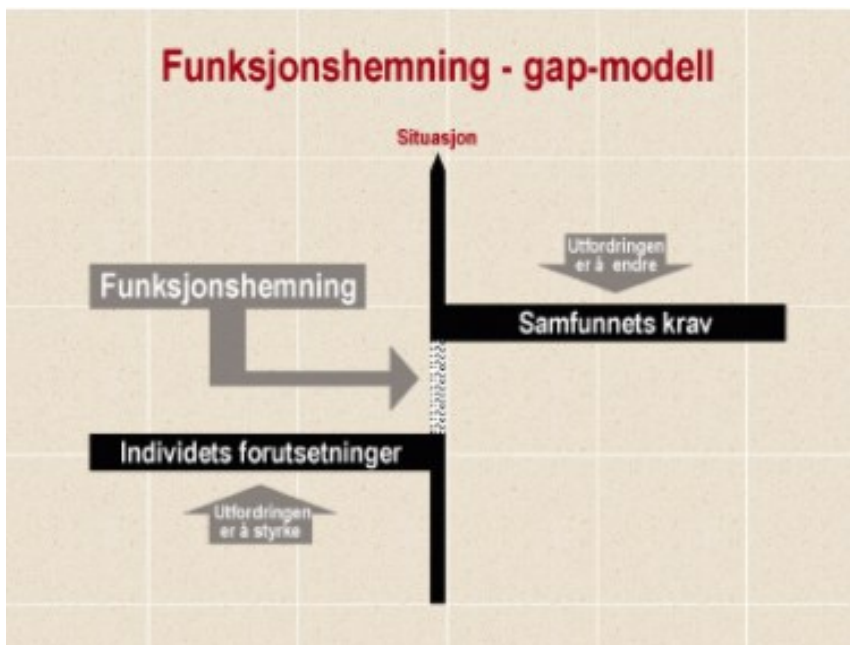
Figur 1 Person, aktivitet, omgivelser og samspillet mellom disse.

Figur 2. "PEO-modellen", 2017 av Norsk Ergoterapeutforbund.

https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOm

[I6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT1pbGV5VVJURTEwZw\)](#)

Som ergoterapeut ser man på samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. En ser på hvordan disse komponentene hemmer og fremmer hverandre, og hvordan deltagelse og inkludering blir ivaretatt. Videre kan en bruke Gap-modellen (figur 3) for å visualisere prosessen. Gap-modellen forklarer hvordan en må minske gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav for å blant annet fremme deltagelse og inkludering. Om en skal se dette i sammenheng med Parkinsons sykdom kan man trekke frem universell utforming som en type tiltak som bidrar til å senke samfunnets krav. Universell utforming vil si at offentlige bygninger og arealer skal være tilgjengelige for alle, uansett funksjonsnivå (Mæland, 2016, s.150). Videre kan man se på for eksempel hjelpemidler som kan styrke individets forutsetninger. Formålet med et hjelpemiddel er å øke, vedlikeholde eller å bedre funksjonen hos et menneske med funksjonsnedsettelse (Brandt & Jansen, 2013, s.378). Dersom man for eksempel ser på funksjonsnivået i stadium 2 og 3 i Hoehn and Yahr Scale vil en se at hjelpemidler som blant annet rullator og diverse småhjelpemidler kan være aktuelt.



Figur 3. "GAP-modell", 2001, av Det Kongelige Sosialdepartement.

(<https://www.regjeringen.no/contentassets/5a8122df4dee44a38beb1ca42698b490/no/pdfs/stm200220030040000dddpdfs.pdf>).

2.4 ERGOTERAPI OG PARKINSONS

Som nevnt er hviletremor, økt muskeltonus, langsomme/nedsatte viljestyrte bevegelser og postural instabilitet kjente motoriske symptomer på Parkinsons sykdom. Disse symptomene kan påvirke personenes hverdag i større eller mindre grad. En artikkel av Radder et al. (2017) tar for seg fysioterapi og ergoterapi ved Parkinsons sykdom. Vi valgte å ta med hvordan Radder et al. (2017) beskriver ergoterapeutisk arbeid ved Parkinsons sykdom. Radder et al. (2017) skriver at ergoterapeuten fokuserer på å muliggjøre deltagelse og utførelse av daglig aktivitet, både på individnivå og samfunnsnivå. En ergoterapeut vil gjøre dette ved å bruke en personsentrert intervensjonsmetode. Radder et al. (2017) skriver at ergoterapeuten kan komme med tips til bevegelsesstrategier, kognitive strategier, tilpasninger i omgivelsene og tilpasninger i aktiviteter. Ved bruk av personsentrert intervensjon vil ergoterapeuten fokusere på brukerens ønsker, interesser og mål. Bevegelser som å gå, reise seg fra en stol eller å komme seg ut av sengen kan være en kompleks utfordring for personer med Parkinsons. I tillegg kommer utfordringer knyttet til orientering, timing, nedsatt muskelkraft og effektivitet i bevegelse som kan påvirke en persons aktivitetsutførelse i hverdagen. Freeze og fall er også en kjent utfordring ved Parkinsons sykdom. Både freeze og fall er delvis forårsaket av de fysiske omgivelsene, og det kan derfor være viktig med tilrettelegginger i hjemmet til den Parkinsonrammede. Dette kan øke grad av selvstendighet og trygghet, samt redusere anstrengelser knyttet til utførelse av daglige aktiviteter. En ergoterapeut kan gi råd som å fjerne hindringer, ommøblere, få bedre belysning og anbefale/montere ulike typer hjelpemidler (Radder et al., 2017).

Rahman, Griffin, Quinn og Jahanshahi (2011) har gjort en studie hvor målet var å identifisere trekkene ved fallfare hos personer med Parkinsons, videre ønsket de å se på hvilken innvirkning trekkene hadde på livskvalitet. Studien hadde 130 deltagere. Resultatet viste at det var vesentlig forskjell i fallfare hos personer som allerede hadde hatt fall, sammenlignet med personer som ikke hadde hatt fall. Påvirkningsfaktorene som ble identifisert var: vanskeligheter med å reise seg fra en stol, vanskeligheter med å snu, postural instabilitet og nøling i utførelse av bevegelser. Frykten for fall forklarte nedsatt livskvalitet hos 65% av deltakerne (Rahman et al., 2011).

Radder et al. (2017) presiserer i sin artikkel at det ikke er studert direkte på effekten av fallforebygging knyttet til Parkinsons, men at det er forsket på effekten av ergoterapi og fallforebygging knyttet til eldre. Ifølge Radder et al. (2017) har ergoterapi vist seg å være effektivt på å redusere fall hos eldre som er i fallrisikogrupper. I tillegg har en grundig intervensjon i hjemmet vist seg å gi økt livskvalitet og trygghet for eldre (Radder et al., 2017). Vi har heller ikke lyktes i å finne forskning som omhandler effekten av fallforebygging hos personer med Parkinsons.

2.5 RETNINGSLINJER

Retningslinjer er anbefalinger fra praksis som skal fungere som en støtte for beslutninger og skal være basert på den beste kunnskap vi har tilgjengelig (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim & Reinar, 2012, s.155). Gode retningslinjer skal være tydelige og åpne med hensyn til hvordan de ble utarbeidet (Nordtvedt et al., 2012, s. 154).

Retningslinjene bør utarbeides av tverrfaglige arbeidsgrupper, hvor også pasienter er involvert. Det bør også komme frem hvordan forskningsbasert kunnskap er innhentet og vurdert (Nordtvedt et al., 2012, s.155). Vi har valgt å inkludere retningslinjer utformet av Sturkenboom et al. og Aragon & Kings i denne oppgaven.

2.5.1 Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease

Rehabilitation.

Sturkenboom et al. utarbeidet i 2008 en evidensbasert nederlandsk retningslinje for ergoterapeuter (Sturkenboom et al., 2008, s.1). Målet med å utvikle disse retningslinjene var å garantere en viss type standard og effektivitet i intervensjoner rettet mot Parkinsons sykdom. Sturkenboom et al. (2008) forklarer at med effektivitet menes det at den som får behandling, og den som gir behandling, skal oppleve en tryggere og mer akseptabel behandling. Retningslinjene skal også skape fordeler, innhold, tilbud og organisering av omsorg og intervensjoner. En retningslinje skal gi fagutøvere en verdifull og pålitelig anbefaling om god og ordentlig omsorg, og intervensjon (Sturkenboom et al., 2008, s.1). Vi har i denne oppgaven brukt den oversatte versjonen som ble utgitt i 2011 av National Parkinson Foundation og ParkinsonNet.

Mål for retningslinjene:

1. Å forbedre utførelse og kvalitet på ergoterapi for personer med Parkinsons og deres pårørende/omsorgspersoner.
2. Å forbedre effektiviteten av ergoterapi i arbeid med personer som har Parkinsons og deres pårørende. Dette oppnås ved å tydeliggjøre indikasjonen for henvisning til ergoterapi, og ved å gi terapeuter instruksjoner for innhold og varighet av behandling.
3. Å fremme tverrfaglig samarbeid ved å tydeliggjøre ergoterapeutens rolle i det tverrfaglige teamet.
4. Å vise retning til forskning. Retningslinjene tydeliggjør hvilke bevismateriale som fremdeles mangler og på hvilke områder det er behov for mer forskning (Sturkenboom et al., 2008).

Det generelle målet for ergoterapi ved Parkinsons sykdom er å muliggjøre en meningsfull hverdag (Sturkenboom et al., 2008, s. 43). En meningsfull hverdag innebærer valg, organisering og utførelse av aktiviteter og roller i et bestemt miljø og med en spesiell betydning for personen som har Parkinsons sykdom (Sturkenboom et al., 2008, s. 43). Ved å utføre meningsfulle aktiviteter vil dette forme personens identitet og rolle, samt gi økt livskvalitet (Sturkenboom et al., 2008 s. 43).

2.5.2 Occupational therapy for people with Parkinson's: Best practice guidelines

Aragon og Kings publiserte i 2010 retningslinjer sammen med College of Occupational Therapists. Aragon & Kings (2010) skriver at det lenge har vært kjent at personer med Parkinsons gjenkjenner fordelene som ergoterapi, fysioterapi og logopedi kan bringe deres funksjonelle status og livskvalitet. I tillegg kan yrkesutøvere som dette gi skreddersydde intervensjoner, som passer personens spesifikke behov. Formålet med retningslinjene er å benytte seg av den bredeste og mest relevante kunnskapen som er tilgjengelig på området, slik at ergoterapeuter kan tilby de beste intervensjonsmetodene som mulig (Aragon & Kings, 2010, s.4). Målet med retningslinjene er å:

1. Bruke en personsentrert intervensjonsmetode hvor personen med Parkinsons og dens pårørende er i fokus.
2. Støtte ergoterapeuter i en helhetlig vurdering og behandling av personer med Parkinsons.
3. Introdusere nye og tilstandsspesifikke ergoterapi intervensjoner.
4. Gi en omfattende oversikt over nåværende best-practice guidelines i Storbritannia (Aragon & Kings, 2010, s.5).

Retningslinjene er delt inn i fire kategorier: Spesifikke strategier for å sette igang og opprettholde bevegelse, optimalisering av aktiviteter, støttende deltagelse og omsorg ved livets slutt (Aragon & Kings, 2010). Retningslinjene tar for seg blant annet motivasjon, læring, mobilitet, holdning, fallforebygging og selvpleierutiner (Aragon & Kings, 2010).

2.6 ETIKK

2.6.1 Ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer

Ergoterapeuter forventes av forbundet å følge ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer som beskriver profesjonsutøverens verdier og handlinger (Ergoterapeutene, 2018).

Ergoterapeuter arbeider mot å fremme befolkningens helse og den enkeltes mulighet til å bruke sine ressurser. I tillegg skal en gi effektive tjenester ut fra fagkompetanse og tilgjengelige ressurser tilpasset behovet i befolkningen. Ergoterapeuter arbeider også mot å få frem den enkeltes ønsker, interesser og behov (Ergoterapeutene, 2018). Målet er å fremme den enkeltes muligheter for å ta ansvar for eget liv og for å forstå konsekvensene av egne handlingsvalg (Ergoterapeutene, 2018).

2.6.2 Profesjonsetikk

Som yrkesutøver i ergoterapi er profesjonsetikk sentralt. Profesjonsetikk omhandler et samspill mellom allmenne og fagspesifikke normer og verdier (Dahl-Michelsen, Groven & Aadland, 2018, s. 18). En profesjonsrolle inneholder de forventningene og forpliktelsene som møter deg i profesjonelle relasjoner. I ergoterapi er dette knyttet til nærkontakt mellom fagutøver og klient. Profesjonell praksis kan defineres som yrkesutøving som er i samsvar med profesjonsetiske og fagspesifikke normer og verdier utviklet gjennom språket og

kulturen til profesjonen (Dahl-Michelsen, et al., 2018, s. 20). Viktige retningslinjer i ergoterapi er knyttet til samfunnsansvar, forsvarlighet og faglig kvalitet. Retningslinjene omfatter også forholdet til pasienten og til pårørende, til kollegaer og andre samarbeidspartnere, samt forskning og fagutvikling (Dahl-Michelsen, et al., 2018, s.125). Som ergoterapeut er det forventet at en skal arbeide kunnskapsbasert. Det å arbeide kunnskapsbasert innebærer at fagutøver bevisst søker kunnskapskilder som er forsknings-, erfarings- og kunnskapsbasert, ved valg av faglitteratur som grunnlag for egen praksis (Nortvedt et al., 2012, s. 16).

2.6.3 Forskningsetikk

Forskning utgjør en stor betydning for samfunnet, enkeltpersoner generelt og global utvikling. Det er også en betydelig maktfaktor på de ulike områdene. På grunnlag av dette er det viktig at forskning foregår etisk forsvarlig (De nasjonale forskningsetiske komiteene [NFK], 2014). NFK utformet i 2014 generelle forskningsetiske retningslinjer (NFK, 2014). Disse retningslinjene skal ikke fungere som en erstatning for fagspesifikke retningslinjer, men skal fungere som en inngangsport til forskningsetiske prinsipper og hensyn (NFK, 2014). Retningslinjen tar for seg temaer som blant annet sannhetsbestrebelse, kvalitet og god henvisningsskikk (NFK, 2014).

3 METODE

Metode defineres av Aubert (1985): "En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder" (Dalland, 2017, s. 50).

3.1 METODEVALG

I dette arbeidet brukte vi metoden systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie er en form for oversiktsartikkel hvor forfatterne har brukt en systematisk og åpen fremgangsmåte for å finne, oppsummere og vurdere enkeltstudier (Nortvedt et al., 2012, s. 135). Hensikten er at leserne skal få en oversikt over hva som finnes av forskning på et bestemt tema eller område, samt få svar på en problemstilling (Nortvedt et al., 2012, s. 135). Malterud beskriver systematisk oversikt som en metode hvor en kan skaffe seg oversikt over den eksisterende forskningslitteraturen på feltet (Malterud, 2017, s. 174).

Hensikten i dette arbeidet var å få en oversikt på hvordan effekten av ergoterapi beskrives ved behandling av Parkinsons relaterte utfordringer.

3.2 SØKESTRATEGI

I arbeid med denne oppgaven har vi søkt i tre databaser: Academic Search Elite (ASE), Cinahl og Medline. Academic Search Elite er en database med mer enn 2000 tidsskrifter innenfor de fleste akademiske fag (VID Vitenskapelige Høgskole [VID], u.å.). Cinahl inneholder fulltekst, referanser og sammendrag til tidsskrifter innenfor sykepleie og helse (VID, u.å.). Medline er den mest brukte databasen innenfor medisin, og inneholder artikler fra over 5600 medisinske tidsskrifter (VID, u.å.). Ved valg av databaser begynte vi med å lese oss opp på VID sine biblioteksider om hva databasene inneholder, og sjekket hvilke vi hadde tilgang til hjemmefra. Vi hadde tilgang til helsefagligedatabaser som blant annet Academic Search Elite, AMED, Cinahl, EBSCO, EMBASE, MedLine og PubMed.

AMED var i utgangspunktet relevant for vår oppgave, men vi fikk ikke til innlogging på søketidspunktet. Denne ble derfor ekskludert. EBSCO inkluderer flere databaser, inkludert ASE og Cinahl (VID, u.å.). Vi ekskluderte denne, og valgte å heller bruke ASE og Cinahl individuelt, da det kun var disse EBSCO inkluderte av helsefaglige databaser. EMBASE er en referansedatabase innenfor medisin og farmakologi (VID, u.å.). Denne ble derfor ekskludert. Pubmed har mye av det samme innholdet som MedLine, men har et annet søkegrensesnitt (VID, u.å.). Vi valgte å isteden bruke MedLine da vi har mer kjennskap til denne databasen. Vi hadde også et ønske om å sjekke ut Cochrane library og OTseeker, men fikk ikke tilgang til disse databasene. Cochrane library er en viktig informasjonskilde for oppsummert forskning (VID, u.å.). Databasen inneholder kvalitetsvurderte systematiske oversikter som viser effekten av behandlinger og forebyggende tiltak (VID, u.å.). OTseeker er en referansedatabase med systematiske oversikter og kvalitetsvurderte randomiserte kontrollerte studier innenfor ergoterapi (VID, u.å.).

For å finne relevant litteratur utarbeidet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt avgrensninger og relevante søkeord før vi startet søk i databasene. Inklusjonskriteriene som blir beskrevet under ble sjekket på de relevante artiklene. Vi la inn avgrensninger i alle databasene, slik at søketreff var basert på våre kriterier. Eksklusjonskriteriet ble ikke lagt inn i databasene, og påvirket derfor ikke søkeresultatet. Søkene ble utført 17. - 19. mars 2020.

På grunn av oppgavens omfang og tidsrammen vi hadde til rådighet valgte vi nyere forskning (ikke eldre enn 10 år) og at studiene skulle si noe om ergoterapiens effekt ved/på Parkinsons relaterte intervensjoner.

3.2.1 Inklusjonskriterier

- Studien må si noe om effekten av ergoterapi på behandling ved Parkinsons relaterte symptomer eller utfordringer.
- Studien må være publisert i et fagfelleurdert tidsskrift.
- Tidsskriftet må ha nivå plassering 1 eller 2 hos NSD.
- Studien må ha IMRaD struktur.

3.2.2 Avgrensning

Studier som er publisert før 2010 eller har annet språk enn engelsk ble ikke sjekket.

3.2.3 Eksklusjonskriterier

- Større kognitiv svekkelse og/eller demens
- Kognitiv trening
- Trenings- /terapiformer utenfor ergoterapeutens kompetanse
- Studier med medikamentperspektiv

3.2.4 Relevansvurdering

Ved relevansvurdering av artiklene leste vi overskrifter og abstrakt for å finne relevante studier til vår problemstilling. Vi tok utgangspunkt i studier som omhandlet ergoterapiens effekt. Videre gjorde vi helhetlig lesning på de utvalgte artiklene for å sjekke om de fulgte våre kriterier. Ved søk i databasene fikk vi opp studier som vi basert på overskriften ikke valgte å lese. Disse omhandlet blant annet "Tai Chi" og "Brain Gym". Disse var ikke relevant for vår problemstilling da de ikke fulgte våre kriterier. Som beskrevet i studiens formål hadde vi et ønske om å undersøke ergoterapiens effekt på det fysiske aspektet ved Parkinsons sykdom. Vi har derfor valgt å ekskludere artikler som fokuserer på medisinsk behandling og

spesifikke treningsformer som ikke er en del av norsk ergoterapeut utdanning - deriblant Tai Chi.

3.3 KVALITETSVURDERING

Ifølge Forsberg & Wengström (2013) er en forutsetning for å kunne gjøre systematisk litteraturstudie å ha tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre et godt grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26). I denne oppgaven skulle vi kun inkludere tre til fire studier, og var derfor svært opptatt av god kvalitet. Vi valgte derfor å kvalitetsvurdere alle de relevante studiene vi fant. Verdien av en systematisk litteraturstudie er avhengig av hvordan man identifiserer og evaluerer relevante studier. Hver studie bør vurderes i flere steg (Forsberg & Wengström, 2013, s. 115).

Ved kvalitetsvurdering av studiene brukte vi Forsberg og Wengström (2013) sine sjekklister for systematiske litteraturstudier og RCT- studier (Forsberg & Wengström, 2013, s. 194-196 og 197-201). Sjekklistene inneholder ulike spørsmål. Sjekklisten for systematiske litteraturstudier inneholder spørsmål om: formål, litteraturvalg og resultat (Forsberg & Wengström, 2013, s.194-195). Sjekklisten for RCT-studier inneholder spørsmål om: studiens formål, undersøkelsesgruppe, intervensjon, målinger/kartlegging, analyse og vurdering (Forsberg & Wengström, 2013, s.197-201).

3.4 SØK

3.4.1 Academic Search Elite

Ved første søk brukte vi søkeordene: Occupational therapy, Parkinson's Disease og Quality of life. Dette søket ga 50 treff. Av disse 50 vurderte vi to som relevant for vår problemstilling.

Vi gjorde også et nytt søk med søkeordene: Parkinson's Disease, Occupational Therapy og Impact or effect or influence. Her fikk vi først inn 126 treff, og tok derfor og satte kriterie om fulltekst. Nytt treff var da 25 artikler. Ingen av de 25 artiklene var relevant for vår problemstilling.

3.4.2 Cinahl

Ved første søk brukte vi søkeordene: Effectiveness, Occupational Therapy og Parkinsons

Disease. Dette søket ga 23 treff, hvorav tre ble vurdert som relevante artikler. Vi fikk full tilgang til alle de relevante artiklene på dette treffet.

Ved søk nummer to brukte vi søkeordene: Occupational Therapy, Parkinsons Disease og Activity of Daily Living. Søket ga 27 treff, hvorav fire ble vurdert som relevant for vår problemstilling. Vi fikk kun tilgang til fulltekst på tre av disse artiklene.

Vi valgte å gjøre et tredje søk i denne databasen da vi her fikk et bredere utvalg av artikler. Ved tredje søk brukte vi søkeordene: Occupational Therapy, Parkinson's Disease og Effects. Dette søket ga 31 treff, hvor tre artikler ble vurdert som relevant for vår problemstilling.

3.4.3 MedLine

Ved første søk ble søkeordene Occupational Therapy, Parkinson's Disease og Activities of Daily Living brukt. Treff på dette søket var 16. Fem av artiklene ble vurdert som relevant for vår problemstilling, og vi fikk tilgang til fire av disse.

Ved vårt andre søk brukte vi søkeordene: Occupational Therapy, Intervention, Effectiveness og Parkinson's Disease. Søket ga seks treff, hvorav fire artikler ble vurdert som relevante for vår problemstilling.

3.4.4 Søkeresultat

Vi fikk syv relevante artikler gjennom våre søk. Disse presenteres i tabellen under.

Fullstendig liste over de syv relevante studiene					
Tittel	Forfatter	Land	Tidsskrift	År	Metode
Physiotherapy and Occupational Therapy vs No Therapy in Mild to Moderate Parkinson Disease: A Randomized Clinical Trial					
	Clarke et al.	Storbritannia	JAMA Neurol	2016	RCT
Systematic review of the effectiveness of occupational therapy-related interventions for people with Parkinson's disease.					

Foster et al.	USA	American Journal of Occupational Therapy	2014	Systematisk litteraturstudie
How to evaluate effects of occupational therapy – lessons learned from an Exploratory randomized controlled trial				
Schaeffer et al.	Tyskland	Parkinsonism and Related Disorders	2019	RCT
Effectiveness of occupational therapy in Parkinson's disease: study protocol for a randomized controlled trial.				
Sturkenboom & Borm et al.	Nederland	Trials	2013	RCT
The impact of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled feasibility study.				
Sturkenboom & Graff et al.	Nederland	Clinical Rehabilitation	2013	RCT
Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomized controlled trial.				
Sturkenboom et al.	Nederland	Lancet Neurol	2014	RCT
Effectiveness of occupational therapy intervention for people with Parkinson's disease: Systematic review.				
Welsby et al.	Australia	Australian Occupational Therapy Journal	2019	Systematisk litteraturstudie

3.5 VALG AV STUDIER

Som nevnt, skulle vi etter anbefaling inkludere og analysere tre til fire studier av samme design i vår oppgave. Etter kvalitetsvurdering av artiklene valgte vi å inkludere tre randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier). Vi så på det som hensiktsmessig å velge

studier av samme design, da dette ville gi lik analysemetode i alle studiene, samt at resultater og diskusjoner ville bli lettere overførbart.

Vi valgte å ekskludere Welsby et al. og Foster et al. på grunn av studienes design. Disse studiene er systematiske litteraturstudier. På grunn av oppgavens omfang var det ikke tilstrekkelig med to studier. Sturkenboom et al. har utarbeidet flere relevante studier for vår problemstilling. To av disse ble ekskludert. En faktor for ekskludering var at det har blitt publisert nyere forskning på området som vi ønsket å undersøke. Vi vurderte dette basert på at den nyeste studien av Sturkenboom et al. (2014), og andre studier, refererer Sturkenboom et al. sine studier fra blant annet 2013. Vi valgte altså å ekskludere Sturkenboom & Graff et al. (2013) og Sturkenboom & Borm et al. (2013). Sturkenboom & Borm et al (2013) var i tillegg ikke en fullført studiet, og vi lyktes ikke i å finne en fullført versjon.

Sturkenboom et al. (2014) har utarbeidet en studie om ergoterapiens effekt for personer med Parkinsons sykdom. Denne studien ble inkludert da det var den nyeste forskningen Sturkenboom et al. hadde på feltet, basert på våre søk. Den oppfylte også kvalitetsvurderingen og kriteriene vi hadde satt. Schaeffer et al. oppfylte også kvalitetsvurderingen og kriteriene vi hadde satt med sin studie som evaluerer ergoterapiens effekt, samt validitet av ulike utfallsparemetere. Clarke et al. har utarbeidet en studie som ser på effekten av fysio/ergo hos personer med Parkinsons sykdom. Denne studien oppfylte også kvalitetsvurderingen og våre kriterier.

3.5.1 Studie karakteristikk oppsummert

Våre søk ga treff på totalt 176 studier. Av disse var det syv studier som passet i våre kriterier. Disse syv studiene ble kvalitetsvurdert og lest i sin helhet. Tre randomiserte kontrollerte studier ble inkludert i denne systematiske litteraturstudien. Totalt har de tre studiene inkludert 994 personer med Parkinsons sykdom. To av studiene inkluderer også omsorgspersoner (Clarke et al., 2016; Sturkenboom et al., 2014). Antallet omsorgspersoner er totalt 586 personer. Alle tre studiene har brukt Hoehn and Yahr Scale, og alle deltakerne med Parkinsons som er inkludert har stadium 2 eller høyere. Alle de tre studiene har også kriterium om at diagnosen er satt ifølge UK Brain Bank Criteria. Studiene har noe ulikt fokus,

men felles for alle er at de ser på effekten av ergoterapi knyttet opp mot personer med Parkinsons sykdom.

3.6 ANALYSE

Vi valgte å ta utgangspunkt i Forsberg & Wengström (2013) i vår analyse. Et sentralt steg i å analysere resultater av effektstudier er å identifisere datatypen for resultatmålinger (Higgins, Li & Deeks, 2019). Effekten av en intervensjon kan vurderes, men er avhengig av måten dataene er samlet inn på (Higgins et al., 2019). Effekt kan blant annet måles ved bruk av to grupper, hvor en ser på forskjell i utfallsdata mellom gruppene (Higgins et al., 2019).

Dataene i studiene er samlet inn gjennom ulike kartleggingsverktøy. Vi valgte å ta utgangspunkt i hovedkartleggingene, da det ville bli for omfattende å inkludere alle kartleggingsverktøyene som er brukt i studiene. Alle studiene har ulik hovedkartlegging, hvor Clarke et al. (2016) bruker NADL (Nottingham extended Activities of Daily Living scale), Schaeffer et al. (2019) bruker MDS-UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) og Sturkenboom et al. (2014) bruker COPM (Canadian Occupational Performance Measure). Disse verktøyene ble brukt for å kartlegge blant annet prioritet av aktiviteter, utførelse av aktivitetene og eventuell forbedring i aktivitetene. Videre brukes blant annet verktøy som PDQ-39 (Parkinson's Disease Questionnaire-39) og EQ-5D (EuroQol 5 dimensions) for å kartlegge livskvalitet i Clarke et al. (2016) og Sturkenboom et al. (2014).

Analysen startet med helhetlig lesing av artiklene, hvor vi noterte ned stikkord og funn. Vi ble inspirert av Forsberg og Wengström (2013) og har dermed lagt en tabell hvor studiene presenteres med ulike punkter (Forsberg & Wengström, 2013, s. 164-165).

Tittel	<i>Physiotherapy and Occupational Therapy vs No Therapy in Mild to Moderate Parkinson Disease: A Randomized Clinical Trial</i>	<i>How to evaluate effects of occupational therapy – lessons learned from an Exploratory randomized controlled trial</i>	<i>Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomized controlled trial.</i>
Forfattere	Clarke et al.	Schaeffer et al.	Sturkenboom et al.
Årstall	2016	2019	2014

Land	Storbritannia	Tyskland	Nederland
Formål	Å utføre en stor pragmatisk randomisert kontrollert klinisk studie, for å forsøke og evaluere den kliniske effektiviteten av individualisert fysio/ergo hos personer med Parkinsons sykdom.	Å evaluere effektiviteten av ergoterapi, og gyldigheten av ulike utfall parametere.	Å vurdere ergoterapiens effektivitet på å forbedre den daglige aktiviteten hos personer med Parkinsons sykdom.
Design	RCT	RCT	RCT
Utvalg	762 personer med Parkinsons sykdom 406 omsorgspersoner	41 personer med Parkinsons sykdom	191 personer med Parkinsons sykdom 180 omsorgspersoner
Bortfall	70 personer i terapigruppen 59 personer i kontrollgruppen	1 person med Parkinsons sykdom	3 personer med Parkinsons sykdom (2%) 6 omsorgspersoner (9%)
Instrument / Datainnsamling	NEADL - Nottingham Extended Activities of Daily Living scale	MDS-UPDRS - Unified Parkinson's Disease Rating Scale	COPM - Canadian Occupational Performance Measure

3.6.1 Studienes innhold

Clarke et al. (2016) sin studie består av klientsentrert intervensjon gjennom fysio/ergo, hvor intervensjonen går over 15 måneder. Studien inneholder en intervensjonsgruppe hvor deltakerne mottok fysioterapi og/eller ergoterapi, og en kontrollgruppe som ikke mottok verken fysioterapi eller ergoterapi (Clarke et al., 2016). Vi valgte å fokusere på ergoterapien i denne studien. Ergoterapiintervensjonene ble i hovedsak utført kommunalt, men i noen situasjoner poliklinisk eller i andre settinger. Ergoterapeutene hadde i hovedsak intervensjoner knyttet til forflytning, påkledning, hygiene, søvn, fatigue, innendørs mobilitet, hushold og andre omgivelsesmessige utfordringer (Clarke et al., 2016). Ergoterapeutene adresserte altså store deler av ADL-spekteret.

Schaeffer et al. (2019) har utført en studie som inneholder en intervensjon over 10 uker, hvor intervensjonen tar sted på et rehabiliteringssenter. Alle intervensjonene ble utført av

samme ergoterapeut, og hadde en intensitet på 60 min per uke. Intervensjonen fokuserte på aktivitetsbegrensninger, finmotorisk kontroll og motorisk svekkelse. Deltakerne ble anbefalt å fortsette treningen hjemme, i tillegg til intervensjonen. Studiens hovedkartlegging er gjort ved bruk av MDS-UPDRS del 2 og 3. Kartleggingen av deltakerne fra del 2 fokuserer på munnmotorikk, håndfunksjon, måltidssituasjoner, morgenrutiner og gangfunksjon. Kartleggingen fra de kliniske målingene ved part 3 fokuserer på hviletremor, rigiditet og hånd funksjoner (Schaeffer et al., 2019).

Sturkenboom et al. (2014) har utført en studie som baserer seg på en hjemmebasert intervensjon over 10 uker. Intervensjonen er basert på de nederlandske retningslinjene som vi har skrevet om i vår teoridel. Studien er gjennomført i ParkinsonNet kontekst. Antallet intervensjoner varierte etter hvilke utfordringer som skulle adresseres, men hadde en maksimumsgrense på 16 timer over 10 uker. Intervensjonen inkluderte råd, strategitrening og tilpasninger av/ved daglige rutiner og omgivelser. Hovedkartleggingen i studien er COPM, som er en individualisert kartlegging av daglig aktivitet (Sturkenboom et al., 2014).

3.6.2 Tematisering

Denne delen av analysen innebærer identifisering av meningsbærende enheter, koding av kategorier samt identifisering av sentrale tema (Forsberg & Wengström, 2013, s. 151). Målet var å utføre en grundig gjennomgang av teksten, slik at vi senere kunne bruke disse enhetene og temaene for å bedre besvare vår problemstilling. Etter grundig gjennomgang valgte vi derfor å notere ned ulike aktuelle tema fra studiene. Temaene presenteres i tabellen under, sammen med stikkord fra tidligere lesning. I tabellen ser en at det er to tema som gjentok seg i studiene. Alle studiene fokuserer på daglige aktiviteter (ADL) og to av studiene kartlegger også livskvalitet. Videre ønsker vi å presisere at begreper som “self-perceived performance”, “individual improvement” og “subjective improvement” i vår tabell blir oversatt til “selvopplevd ytelse”. Vi valgte dette begrepet da det dekker alle de tre begrepene, samt at vi vurderte det som et passende norsk ord i forhold til hva studiene rapporterer. Temaene ble trukket ut etter hva vi vurderte som relevant for vår problemstilling.

	Tema	Stikkord
Clarke et al. 2016	Activities of Daily Living (ADL) Livskvalitet	ADL, livskvalitet (QoL), tidlig Parkinsons sykdom, motoriske utfordringer, ergoterapi, fysioterapi, 15 måneder, 762 personer, omsorgspersoner, NEADL, klientsentrert, lavdosert
Schaeffer et al. 2019	Activities of Daily Living (ADL) Selvopplevd ytelse Motoriske aspekter	Aktivitetsbegrensning, ADL, motorisk svekkelse, selvopplevelse, finmotorisk kontroll, tremor, MDS-UPDRS, selvopplevd ytelse, rehabiliteringssenter, 10 uker, 40 personer
Sturkenboom et al. 2014	Livskvalitet Activities of Daily Living (ADL) Selvopplevd ytelse	Personsentrert, daglig aktivitet, livskvalitet, 191 personer med Parkinsons, 10 uker, Nederlandske retningslinjer, omsorgspersoner, selvopplevd ytelse, meningsfulle daglige aktiviteter, COPM, OTiP, råd, tilpasninger, hjemmebasert

Analysens siste steg presenteres i oppgavens resultatdel. I resultatdelen skal vi sette bitene sammen igjen, altså kontekstualisere. Vi skal sammenfatte det vi har funnet i form av utredete synteser til grunn for nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2017, s. 108).

4 RESULTAT

Clarke et al. (2016) sin studie konkluderer med at det ikke fantes signifikante endringer i ADL eller livskvalitet ved ergoterapi for mild til moderat Parkinsons sykdom (Clarke et al., 2016, s. 296-297). Studien viser at man ikke finner umiddelbar eller middels gunstig effekt på livskvalitet, og ved måling var resultatene lave og nådde ikke klinisk signifikante nivåer. Clarke et al. definerte signifikant ut i fra om nivåene var det dobbelte av det minimale

forventede endringsnivået (Clarke et al., 2016, s. 296-297). Clarke et al. nevner ikke noe om selvopplevd ytelse i deres studie.

Studien av Schaeffer et al. (2019) fokuserer på motoriske aspekter knyttet til daglig aktivitet, og intervensjonen inneholdt, som nevnt, terapi rettet mot aktivitetsbegrensninger, finmotorisk kontroll og motoriske svekkelser. Schaeffer et al. (2019) viser til selvopplevd forbedring av motoriske aspekter ved daglige gjøremål etter ergoterapi. Det ble vurdert ved bruk av MDS-UPDRS del II og bekreftet av deltakerne gjennom subjektiv evaluering (Schaeffer et al., 2019, s. 44). Likevel hadde studien utfordringer med å vise til kliniske forbedringer av motoriske aspekter. Schaeffer et al. skriver at dette har reist spørsmålet om ergoterapi virkelig er en effektiv terapiform i forhold til Parkinsons. I studien peker deltakerne på ulike aspekter av terapien når de rapporterer om bedring av aktivitetsbegrensninger, noe som demonstrerer det brede spekteret av individuell tilpasning og klientsentrering i ergoterapi. Schaeffer et al. konkluderer med at deres studie utfordrer validiteten av de brukte standardiserte kartleggingsverktøyene, og deres måling av effekten av individuell ergoterapi som rettes mot Parkinsons sykdom (Schaeffer et al., 2019). Schaeffer et al. har ikke sett på ergoterapiens effekt på livskvalitet.

Sturkenboom et al. (2014) bruker begrepet "daily activities". I innledningen presenteres en hypotese om at deres intervensjon ville forbedre den selvopplevde ytelsen hos personer med Parkinsons sykdom i daglige aktiviteter - sammenlignet med vanlig pleie. De forventet også at mer deltakelse i daglige aktiviteter ville gi lavere omsorgsbyrde, som igjen kunne føre til økt livskvalitet hos deltakerne og deres omsorgspersoner (Sturkenboom et al., 2014). Ved tre og seks måneders oppfølging viste intervensjonsgruppen signifikant bedret selvopplevd utførelse på prioriterte aktiviteter. Likevel ble forskjellen mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen mindre over tid. Sturkenboom et al. skriver i sin diskusjonsdel at ergoterapi signifikant forbedret deltakernes selvopplevde ytelse knyttet til daglig aktivitet. Videre skriver de at en høyere andel av personene i intervensjonsgruppen hadde klinisk relevant forbedring knyttet til COPM. Sturkenboom et al. skriver at det ikke var noe effekt på livskvalitet hos personene med Parkinsons sykdom, men at omsorgspersonene hadde noe bedret livskvalitet (Sturkenboom et al., 2014).

4.1 ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL)

Intervensjonene i studiene fokuserer generelt på ADL, og funksjoner knyttet til ADL. Clarke et al. (2016) sin studie inkluderer deltakere som har utfordringer knyttet til ADL, Schaeffer et al. (2019) inkluderer deltakere som hadde utfordringer knyttet til motoriske aspekter ved aktivitet, hvor de kartla motoriske aspekter i dagliglivet og Sturkenboom et al. (2014) inkluderer deltakere med selvrapporterte utfordringer knyttet til ADL (Clarke et al., 2019; Schaeffer et al., 2019; Sturkenboom et al., 2014). Her kan det spesifiseres at hovedkartleggingen i Schaeffer et al. (2019) tar for seg ADL aktiviteter som blant annet spising, påkledning og hygiene (Schaeffer et al., 2019).

Hovedforskjellene i studiene er at de har ulikt antall deltakere, ulike referanserammer og at studiene var utført i ulike land. To av studiene har intervensjonsforløp over 10 uker (Schaeffer et al., 2019; Sturkenboom et al., 2014), mens en studie har intervensjon over 15 måneder (Clarke et al., 2016). I tillegg bruker alle de tre studiene ulike kartleggingsverktøy som utgangspunkt for målinger. Clarke et al. (2016) konkluderer med at fysioterapi og ergoterapi ikke var assosiert med direkte, eller middels direkte, klinisk forbedring i meningsfulle ADL hos personer med mild til moderat Parkinsons sykdom (Clarke et al., 2016). Sturkenboom et al. (2014) konkluderer med at individualisert hjemmebasert ergoterapi ledet til bedret selvopplevd ytelse i daglige aktiviteter for personer med Parkinsons (Sturkenboom et al., 2014). Schaeffer et al. (2019) skriver i sin konklusjon at deres funn viste individuell selvopplevd bedring knyttet til aktivitets utfordringer (Schaeffer et al., 2019).

4.2 LIVSKVALITET

To av studiene har målt livskvalitet gjennom sine intervensjoner (Clarke et al., 2016; Sturkenboom et al., 2014). Begge studiene har brukt Parkinson's Disease Questionnaire 39 (PDQ-39) og EuroQol 5 Dimensions (EQ-5D) for å kartlegge endringer i livskvalitet hos deltakere med Parkinsons, og deltagende omsorgspersoner. Clarke et al. (2016) konkluderer med at deres intervensjon ikke ga økt livskvalitet hos personer med mild til moderat Parkinsons sykdom (Clarke et al., 2016). Sturkenboom et al. (2014) sin intervensjon ga noe økt livskvalitet hos omsorgspersonene, men ingen endring for deltakerne med Parkinsons

sykdom (Sturkenboom et al., 2014). Ingen av de inkluderte studiene kunne vise til økt livskvalitet som følge av ergoterapi intervensjon hos personer med Parkinsons.

Det interessante i denne målingen er at omsorgspersonene i Sturkenboom et al. (2014) viste noe økt livskvalitet. Sturkenboom et al. (2014) hypotiserer at økt deltagelse i daglige aktiviteter ville lede til mindre krevende omsorgsbyrde og økt livskvalitet hos deltakerne med Parkinsons og deres omsorgspersoner. Studien viser ikke til økt livskvalitet hos personene med Parkinsons, men viser til bedret selvopplevd ytelse i daglige aktiviteter (Sturkenboom et al., 2014). Basert på litteraturen i denne studien, og vår bakgrunn fra ergoterapi virker denne hypotesen logisk. Likevel gjør det at vi stiller spørsmål til hvorfor livskvaliteten ikke økte. Vi har også stilt spørsmål til om det er intervensjonsmetoden eller kartleggingen som er årsaken til dette.

5 DISKUSJON

Vi har hentet inspirasjon fra Forsberg og Wengström (2013) til diskusjonsdelen av oppgaven (Forsberg & Wengström, 2013). De skriver at diskusjonsdelen med fordel kan deles opp i ulike deler. Deres eksempel innebærer: kort sammenfatning av resultatet, resultatdiskusjon opp mot studiens formål og problemstilling, samt tidligere forskning og/eller teori, kritisk metodediskusjon, behov for ny forskning og empirisk nytte/overførbarhet av funn (Forsberg & Wengström, 2013, s. 170-171). Vi valgte en litt annen rekkefølge enn eksempelet til Forsberg & Wengström (2013), da vi også skulle forholde oss til skolens føringer.

5.1 FUNN OPP MOT PROBLEMSTILLING

Basert på litteraturen inkludert i denne systematiske litteraturstudien opplevde vi å få en bedre oversikt over hvordan ergoterapiens effekt blir beskrevet knyttet til Parkinsons relaterte utfordringer. Ved gjennomgangen erfarte vi at komponenter knyttet til ADL ble mest brukt for måling av ergoterapiens effekt. Vi valgte derfor å knytte våre funn opp mot problemstilling til ADL og fysisk funksjon rettet mot ADL. Basert på litteraturen ble vår oppfatning at ergoterapi er mest effektivt når fokuset ligger på meningsfulle ADL aktiviteter. Denne oppfatningen stemmer også overens med hvordan andre studier har konkludert (Sturkenboom et al., 2014; Welsby et al., 2019). Noen av studiene på området har derimot ikke lyktes i å bevise forbedringer gjennom kliniske målinger (Clarke et al., 2016; Schaeffer et

al., 2019). Effekten av ergoterapi blir i to av de inkluderte studiene beskrevet som selvopplevd, og ikke klinisk (Schaeffer et al., 2019; Sturkenboom et al., 2014). Dette danner derfor spørsmål om hvor effektivt ergoterapi egentlig er i forhold til Parkinsons sykdom. Basert på studiene ble vår oppfatning at korte intervensjonsmetoder med høydosert terapi som har fokus på meningsfull ADL kan ha fordelaktig effekt ved behandling av Parkinsons relaterte utfordringer. Dette begrunnes gjennom Schaeffer et al. (2019) og Sturkenboom et al. (2014). Videre ser det ut til at intervensjoner med høydosert terapi er mest fordelaktig (Schaeffer et al., 2019; Sturkenboom et al., 2014). Vår litteraturgjennomgang viste til lite/ingen effekt av intervensjoner med lavdosert terapi over en lengre periode (Clarke et al., 2016).

Sturkenboom & Graff et al. (2013) skriver i sin diskusjonsdel at det finnes bevis for at Parkinsonrammede i rehabilitering har mer effekt av høy intensitetstrening over en kort periode. Sturkenboom & Graff et al. (2013) opplyser derimot at de fleste ergoterapeuter som jobber i feltet ikke er erfarne med å gi intensive tiltak over kort tid. Dermed stiller de spørsmål om dette bør læres ved opplæring av terapeutene (Sturkenboom & Graff et al. 2013, s. 109). Det må her presiseres at disse funnene ble gjort i Nederland, og gjennom vår litteraturgjennomgang har vi ikke fått oversikt over hvordan dette gjøres i Norge. Likevel er det et interessant funn.

Videre kan det trekkes frem at Welsby et al. (2019) refererer til Clarke et al. (2009) og Clarke et al. (2016) i sin systematiske litteraturstudie (Welsby et al., 2019, s. 734). Clarke et al. (2016) er inkludert i denne studien, men ikke Clarke et al. (2009). Welsby et al. (2019) skriver at ingen av studiene fant signifikant endring mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, knyttet til vedlikehold eller forbedring av ADL funksjon (Welsby et al. 2019, s. 734). Her er NEADL brukt som hovedkartlegging i begge studiene. Clarke et al. (2009) skriver i sin konklusjon at studien ikke var ment for å måle effekten av ergoterapi knyttet til ADL, men for å utarbeide en utforming for en fremtidig RCT-studie (Clarke et al., 2009, s. 978). Studien Clarke et al. (2009) refererer til er studien vi har inkludert, Clarke et al. (2016).

Foster et al. (2014) viser i sin studie et annet synspunkt enn det som diskuteres i denne diskusjonsdelen. Foster et al. (2014) skriver at Parkinsons sykdom tradisjonelt sett blir ansett til å være en bevegelsesforstyrrelse, men at det har i nyere tid også blitt forstått at denne

sykdommen innebærer mer enn det fysiske aspektet. Videre skrives det at de ikke-motoriske utfordringene faktisk kan ha større utslag på livskvalitet enn de motoriske utfordringene. Her refererer Foster et al. (2014) til flere kilder (Foster et al., 2014, s. 44). Foster et al. (2014) skriver at intervensjoner som adresserer kognitive og psykososiale ytelsesferdigheter for personer med Parkinsons sykdom ikke har blitt nok forsket på (Foster et al., 2014, s. 43-44). De skriver i sin studie at de som forsker på ergoterapi kan gjøre et unikt bidrag for rehabilitering knyttet til denne brukergruppen. Dette ved å overføre fokuset på intervensjonene fra motoriske utfordringer og utfordringenes effekt på PADL (Personlig Dagliglivets Aktiviteter) til kognitive og psykososiale utfordringer (Foster et al. (2014, s. 43-44). Dette er et interessant funn da vi i denne systematiske litteraturstudien hadde som formål å fokusere på det fysiske aspektet ved Parkinsons sykdom. I tillegg har vi sett i de inkluderte studiene at livskvalitet blir målt parallelt med fysiske aspekter og ADL.

5.2 METODEDISKUSJON

Ved vurdering av metoden gjorde vi oss tanker rundt valg av litteratur og tolking av begreper. I en systematisk litteraturstudie vil det være avgjørende å forstå begrepene som er anvendt, samt forstå hva forfatteren/forfatterne legger i et begrep. Litteraturen vi har funnet er skrevet på engelsk og er publisert i forskjellige land som blant annet Australia, England, Nederland, Norge og Tyskland.

Da vi skulle lese og forstå litteraturen opplevde vi i noen tilfeller utfordringer med å oversette eller å tolke begrepene som ble brukt. For eksempel ordet community, som ble brukt i Clarke et al. (2016). Community kan blant annet oversettes direkte til ordene: offentlig, samfunn, folkegruppe og/eller fellesskap. Clarke et al. (2016) skriver at fysio/ergo intervensjonen ble utført "in the community and/or outpatient setting.." (Clarke et al. 2016, s. 292). Videre i studiens resultatdel skrives dette: "OT was more commonly performed in the community (69%) rather than outpatient (29%) or other (2%) settings" (Clarke et al., 2016, s. 295). Outpatient oversettes til poliklinisk og/eller dagpasient. Basert på "table 2" (Clarke et al., 2016, s. 295), som viste til kartlegging gjort ved 3 måneder. Vi tolket det slik at community kan oversettes til kommunalt. Denne tolkningen kunne også støttes ved at ergoterapien i de fleste tilfeller adresserte utfordringer i hjemmet. Ergoterapi hadde flest intervensjoner knyttet til påkledning/stell, søvn og fatigue, innendørs mobilitet, hushold og

andre miljømessige utfordringer (Clarke et al., 2016, s. 295). I norsk kontekst kan dette sammenlignes med hvordan ergoterapeuten arbeider i kommunen.

Disse tolkningene som ble gjort under arbeidet kan både være riktige, delvis riktige/feilaktige eller feilaktige. Feilaktige tolkninger kan utfordre validiteten av resultatet og diskusjonen i denne oppgaven. Vi har derfor brukt mye tid på oversettelse og tolkning av begreper vi har vært usikre på. Dersom begreper tolkes feil kan dette påvirke vår forståelse av litteraturen og målingene som har blitt gjort.

5.3 PÅVIRKNINGSFAKTORER

Vi tok en vurdering og valgte å bytte fra kvalitativt intervju til systematisk litteraturstudie i midten av mars. Valget ble tatt da vi fikk få svar fra ønskede informanter.

Videre har mangel på fysiske bibliotek gjort at store deler av litteraturen er nettbasert, og vi har dessverre ikke hatt tilgang til all litteratur vi har hatt behov for. Vi har prøvd så godt vi kan å finne gode oppdaterte og validerte kilder, men har i noen situasjoner sett oss nødt til å velge kilder vi heller ville nedprioritert for annen pensumlitteratur. Eksempler er bøker som Forsberg og Wengström (2013) og Malterud (2017). Vi fikk kun tak i Forsberg og Wengströms 3.utgave (2013), og Malterud (2017) har vi kun hatt tilgang til deler av boken gjennom skolens kompendium.

5.4 ETISKE ASPEKTER

I begynnelsen av arbeidet med en systematisk litteraturstudie bør etiske overveielser gjøres. Vitenskapsrådet (2011) har gitt ut retningslinjer for god medisinsk forskning og tydeliggjør at fusk og uærlighet ikke skal forekomme innen forskning (Forsberg & Wengström, 2011, s. 69). Vi har i denne oppgaven i utgangspunktet forholdt oss til de "generelle forskningsetiske retningslinjer" som er utgitt av NFK (NFK, 2014).

Alle tre studiene informerer om etisk godkjenning. Clarke et al. (2016) fikk godkjenning av West Midlands Research Ethics Committee og lokal godkjenning ble inngitt ved hvert deltakende senter (Clarke et al., 2016, s. 292). Sturkenboom et al. (2014) fikk godkjenning av den medisinske etiske komiteen av Arnhem-Nijmegen (Sturkenboom et al., 2014, s. 2). Schaeffer et al. (2019) fikk godkjenning av den lokale etiske komiteen (Schaeffer et al., 2019, s. 43). Sturkenboom et al. (2014) beskriver at den medisinske etiske komiteen identifiserte

ingen forutsigbare risikoer forbundet med intervensjonen (Sturkenboom et al., 2014, s. 3). Alle deltakerne i de tre studiene ga skriftlig informert samtykke før intervensjonen startet (Clarke et al., 2016; Schaeffer et al., 2019; Sturkenboom et al., 2014).

5.5 STYKRER OG SVAKHETER MED STUDIEN

En styrke med denne studien kan være at vi ikke har hatt en klar formening om ergoterapiens effekt i arbeid med Parkinsons. Vi så på denne oppgaven som en mulighet for ny kunnskap og en mulighet for å utvide våre erfaringer knyttet til Parkinsons sykdom. I vår praksis hadde personene med Parkinsons sykdom både fysioterapi og ergoterapi, i tillegg til at de fleste hadde tilleggsdiagnoser. Tilleggsdiagnosene var også i dette tilfellet gjerne utgangspunktet for den ergoterapeutiske intervensjonen. Vi hadde derfor ikke grunnlag til å si noe om effekten av ergoterapi på konkrete Parkinsons relaterte utfordringer. Videre har vi på forhånd satt oss inn i feltet, som er en styrke for denne oppgaven. Vi opplevde at vi fikk god oversikt over relevant litteratur, deriblant retningslinjer, klassifiseringer og basiskunnskap. En annen styrke var at alle de inkluderte studiene ble kvalitetsvurdert gjennom arbeidet, samt at de har blitt publisert i nivå 1 eller nivå 2 tidsskrift. Vi har utført søk i flere databaser og vi opplevde å få en god oversikt over forskningen på området innenfor de rammene vi hadde satt. En annen styrke kan være at vi er to personer som har lest alle studiene, og vi har diskutert studiene oss imellom.

Videre ønsker vi å trekke frem mulige svakheter med studien. Generelt sett er det en svakhet at denne systematiske litteraturstudien kun inkluderer tre studier, men dette er valgt og anbefalt da det er overkommelig i en bacheloroppgave. Videre er det stor variasjon i grad av Parkinsons sykdom, og de inkluderte studiene har ulike inklusjonskriterier. Schaeffer et al. (2019) har inkludert personer som har mellom stadie to og tre i Hoehn and Yahr Scale (Schaeffer et al., 2019, s.43). Sturkenboom et al. (2014) har inkludert personer med Parkinsons som er hjemmeboende, og har i sin randomisering sortert etter over - og under stadie tre i Hoehn and Yahr Scale (Sturkenboom et al., 2014, s. 558). Clarke et al. (2016) har inkludert hele spekteret av Parkinsons sykdom, men har flest deltakere med mild/moderat Parkinsons sykdom (Clarke et al., 2016, s. 297). Clarke et al. (2016) skriver i sin studie at fysioterapi og ergoterapi tradisjonelt sett er mest brukt i de mer avanserte stadiene av Parkinsons sykdom, altså over stadie tre i Hoehn and Yahr Scale (Clarke et al., 2016, s. 297).

Dette har også vært vår oppfatning gjennom arbeidet, altså at ergoterapi er mer utbredt og anvendt i de mer alvorlige gradene av Parkinsons sykdom. Også Schaeffer et al. (2019) skriver i sin studie at personer med mer alvorlig grad av Parkinsons sykdom ble ekskludert fra deres studie, da de allerede mottok ergoterapi (Schaeffer et al., 2019, s. 46). Det at studiene som er inkludert i denne systematiske litteraturstudien generelt sett har større andel deltakere med mild/moderat Parkinsons sykdom kan derfor påvirke hvordan ergoterapiens effekt blir beskrevet, samt hvilke intervensjonsmetoder som brukes.

Under søkeprosessen opplevde vi å få noen av de samme studiene i flere av databasene, til tross for endring i søkeord. Vi har gjort oss noen tanker rundt dette og har kommet frem til at dette kan basere seg på refleksivitet og/eller som en følge av søkestrategien vi valgte, altså en følge av inklusjons-, eksklusjons- og avgrensningskriteriene vi valgte. Forskeren skal i prosess og produkt vise vilje og evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke (Malterud, 2017, s. 19). Vi har i dette arbeidet begrunnet valg og fremgangsmåter hvor vi har sett det som nødvendig. Vi har også prøvd å formidle egen forståelse med leseren. Leseren av en studie kan tolke og oppfatte resultatet noe forskjellig fra forskeren, og en delt forståelse kan derfor belyse leseren om hvordan forskeren kom frem til et bestemt resultat (Malterud, 2017, s. 19). Om våre begrunnelser for valg og fremgangsmåter, samt formidling av forståelse, ikke kommer godt nok frem kan dette være en svakhet med studien. Videre ønsker vi å trekke inn dette med falsifisering av studie. For at studien ikke skal kunne falsifiseres er det viktig å stille spørsmål underveis i prosessen, både til funn og fremgangsmåte (Malterud, 2017, s. 20). Falsifisering vil si å vise at noe ikke stemmer overens med virkeligheten (Dalland, 2017, s. 42). Vi har i denne oppgaven gjort et systematisk søk hvor vi har beskrevet utfyllende og begrunnet valg vi har gjort, videre har vi vært kritiske og stilt spørsmål til egne funn. Dette har vi gjort slik at utenforstående personer skal kunne validere vår oppgave, samt sjekke opp om dette stemmer overens med virkeligheten. Dette anser vi som en styrke med studien.

5.5.1 Validitet og reliabilitet

Validitet står for relevans og gyldighet. Dette betyr at det som måles må ha relevans og gyldighet for problemstillingen som undersøkes (Dalland, 2017, s. 40). Validitet refererer til utfordringen om at en eller flere indikatorer som er utviklet for å måle et konsept virkelig

måler dette konseptet (Bryman, 2016).

Reliabilitet betyr pålitelighet, og handler om at målinger må utføres korrekt, og at eventuelle feilmarginer angis (Dalland, 2017, s. 40). Reliabilitet refererer til konsistensen av et mål, av et konsept (Bryman, 2016). I følge Forsberg & Wengström (2013) uttrykkes reliabiliteten som graden av konsistens mellom målinger med samme måleinstrument i ulike tilfeller. Høy reliabilitet tyder på høy ytelsesegenskaper (Forsberg & Wengström, 2013, s. 54).

Det har vært viktig for oss at denne studien skal ha validitet og relevans for fagfeltet, og at funnene skulle være gyldige, pålitelige og stemme overens med virkeligheten. Vi har derfor brukt mye tid på å nøye begrunne valg, samt beskrive funn og resultater i dette arbeidet. Vi har også vært nøye på å vurdere funn i studiene, for å sikre at disse stemmer overens med virkeligheten. Studiens reliabilitet er avgjørende for at andre også skal kunne nyttiggjøre seg kunnskapen som presenteres her.

5.6 IMPLEMENTERINGER FOR PRAKSIS

I dette arbeidet har vi lest mye variert litteratur. Vi har blant annet lest ulike retningslinjer (Aragon & Kings, 2010; NKB, 2010; Sturkenboom et al., 2008). Forskjellene på retningslinjene er at Aragon & Kings (2010) og Sturkenboom et al. (2008) er spesifikke for ergoterapi og Parkinsons, mens de norske retningslinjene av NKB (2010) er spesifikke for Parkinsons. Vi har gjort oss noen tanker rundt om at også norske ergoterapeuter kunne hatt nytte av egne nasjonale retningslinjer for ergoterapi og Parkinsons. En utfordring her er at vi ikke har hatt tilgang til praksisfeltet under arbeidet, og har derfor ikke undersøkt med norske ergoterapeuter om hvordan de arbeider knyttet til Parkinsons. I vår litteraturgjennomgang har vi heller ikke funnet nasjonale retningslinjer for ergoterapi og Parkinsons. Spørsmålet er derfor om dette ikke finnes. Fordelen en ville hatt ved å ha nasjonale retningslinjer spesifikke for ergoterapi og Parkinsons i Norge ville vært at personer med Parkinsons i hele landet ville hatt rett på samme behandling. En retningslinje kunne bidratt til klarhet i rettigheter og intervensjonsmetoder. Et eksempel er at de nederlandske retningslinjene gir terapeuter instruksjoner for innhold og varighet av intervensjoner (Sturkenboom et al., 2008). Noe som kan skape trygghet og forutsigbarhet for både terapeut og klient.

Basert på litteraturen i denne systematiske litteraturstudien tenker vi at det er relevant å forske mer på hvordan ergoterapeuter kan adressere nedsatt livskvalitet, ikke bare gjennom

intervensjoner som fokuserer på det motoriske aspektet, men også på det ikke-motoriske aspektet ved Parkinsons. Videre hadde det vært spennende med forskning som kartlegger hvordan ergoterapeuter mest fordelaktig kan bidra til kliniske endringer ved det motoriske aspektet ved Parkinsons.

5.7 KONKLUSJON

Vi har i dette arbeidet gjort en systematisk litteraturstudie. Under arbeidet har vi gjort grundige litteratursøk, hvor syv artikler ble vurdert som relevant for vår problemstilling. Videre ble artiklene kvalitetsvurdert. Av disse artiklene analyserte vi tre RCT-studier som fulgte våre satte kriterier. Alle studiene er publisert i mellom år 2013 og 2019. De inkluderte studiene utførte intervensjoner med et formål om å se effekten av ergoterapi på spesifikke områder, blant annet ved ADL, livskvalitet og motoriske aspekter (Clarke et al., 2016; Schaeffer et al., 2019; Sturkenboom et al., 2014). Gjennom arbeidet opplevde vi å tilegne oss bredere faglig kunnskap knyttet til Parkinsons og en bredere oversikt over eksisterende litteratur på området. I tillegg har vi fått en bedre forståelse for hvordan ergoterapiens effekt blir beskrevet knyttet til Parkinsons relaterte utfordringer, som blant annet ADL og livskvalitet. Videre har vi fått et klarere bilde av hvilke intervensjonsmetoder som blir beskrevet som mest fordelaktige.

Basert på informasjon og funn i de inkluderte studiene er vår konklusjon at effekten av ergoterapi ved behandling av Parkinsons relaterte utfordringer vil være mest hensiktsmessig ved bruk av høydoserte intervensjonsmetoder med fokus på meningsfull ADL over en kortere periode. Det må her presiseres at denne intervensjonsmetoden i utgangspunktet har gitt selvopplevd bedring hos personer med Parkinsons sykdom (Schaeffer et al. 2019; Sturkenboom et al., 2014). Videre har ikke ergoterapi lyktes i å øke livskvalitet hos personer med Parkinsons gjennom samme intervensjonsmetode.

6 LITTERATURLISTE

Aragon, A. & Kings, J. (2010). *Occupational therapy for people with Parkinson's: Best practice guidelines*. London: College of Occupational Therapists. Hentet fra

https://www.parkinsons.org.uk/sites/default/files/2017-12/otparkinsons_bestpracticseguidelines.pdf

Brandt, Å. & Jensen, L. (2013). At muliggøre aktivitet og deltagelse - hjelpemidler og tilgængelighet (kap. 21). Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 375-398). København: Munksgaard.

Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.

Clarke, C. E., Furnston, A., Morgan, E., Patel, S., Sackley, C., Walker, M., . . . Wheatley, K. (2009). Pilot randomized controlled trial of occupational therapy to optimise independence in Parkinson's disease: the PD OT trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 2009(80), 976–978. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2007.138586>

Clarke, C. E., Patel, S., Ives, N., Rick, C. E., Dowling, F., Woolley, R., . . . Sackley, C. M. (2016). Physiotherapy and Occupational Therapy vs No Therapy in Mild to Moderate Parkinson Disease: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol*, 73(3), 291-299. DOI: 10.1001/jamaneurol.2015.4452

Dahl-Michelsen, T., Groven, K. S. & Aadland, E. (2018). *Profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene [NFK]. (2014). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf

Det Kongelige Sosialdepartement. (2001). *Funksjonshemming - gap-modell* [figur 3]. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/5a8122df4dee44a38beb1ca42698b490/no/pdfs/stm200220030040000dddpdfs.pdf>

Downward, E. (2019). Diagnosis – Rating Scales. Hentet 03. april 2020 fra <https://parkinsonsdisease.net/diagnosis/rating-scales-staging/>

eHelse. (2020, 26.mars). Kodeverket ICD-10 (og ICD-11). Hentet 10. april 2020 fra <https://ehelse.no/kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Ergoterapeutene. (2017). Alle skal kunne delta: ergoterapeuters kjernekompetanse. Oslo: Norsk ergoterapeutforbud. Hentet fra https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdGVyYXBlbXRIbmUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT1pbGV5VVJURTEwZw

Ergoterapeutene. (2018). Yrkesetiske retningslinjer. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund. Hentet fra https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:w:/g/EZmYMwTeZVFHlj4s8xDDYwABRyvI0XWFQo_bjqHGmGyk8xQ?e=0pZTIs

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). Att göra systematiska litteraturstudier (3. utg.). *Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Foster, E., Bedekar, M., Tickle-Degnen, L., (2014). Systematic Review of the Effectiveness of Occupational Therapy - Related Interventions for People With Parkinson's Disease. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 68, 39-49. <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.008706>

Gjerstad, L. & Dietrichs, E. (2020). Parkinsons sykdom. Hentet 17. mars 2020 fra http://sml.snl.no/Parkinsons_sykdom

Higgins, J. PT., Li, T. & Deeks, J. J. (2019). Chapter 6: Choosing effect measures and computing estimates of effect. Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T.,

Page, M. & Welch, V. (Red.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Version 6). Hentet fra <https://training.cochrane.org/handbook/current>

Hughes, A. J., Daniel, S. E., Kilford, L. & Lees, A. J. (1992). Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinico-pathological study of 100 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1992(55), 181-184. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1014720/pdf/jnnpsyc00488-0011.pdf>

Jepsen, B. G. & A. E. Larsen (2013). At muliggøre aktivitet og deltagelse hos voksne - somatisk behandling og rehabilitering (kap. 19). Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 375-398). København: Munksgaard.

Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser [NKB]. (2010). Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom. Hentet fra <https://helse-stavanger.no/seksjon/NKB/Documents/Behandlingsplaner/PSK%20-%20Retningslinjer%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20ved%20Parkinsons%20Sykdom.pdf>

Norsk ergoterapeutforbund. (2017). PEO-modellen [Figur 2]. Hentet fra https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdGVyYXBldXRlbmUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT1pbGV5VVJURTEwZw

Norsk Helseinformatikk [NHI]. (u.å.). Parkinson, forekomst. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/parkinson/parkinsons-sykdom-oversikt/?page=2>

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. & Reinar, L., (2012). *Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Radder, D. L. M., Sturkenboom, I. H., Nimwegen, M. Keus, S. H., Bloem, B. R. & Vries, N. M. (2017). Physical therapy and occupational therapy in Parkinson's disease. *International Journal of Neuroscience*, 127(10), 930-943.

<http://dx.doi.org/10.1080/00207454.2016.1275617>

Rahman, S., Griffin, H. J., Quinn, N. P. & Jahanshahi, M. (2011). On the nature of fear of falling in Parkinson's disease. *Behavioural Neurology*, 24(2011), 219–228.

DOI: 10.3233/BEN-2011-0330

Ramaswamy, B. & McCandless, P. (2013). Physiotherapy management of Parkinson's and of older people. Porter, S. (Red.), *Tidy's Physiotherapy fifteenth edition* (539-). London:

Churchill Livingstone. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/hoehn-and-yahr-scale>

ParkinsonNet. (u.å). ParkinsonNet. Hentet 20.03.2020 fra <https://parkinson.no/behandling-og-rehabilitering/parkinsonnet>

Schaeffer, E., Streich, S., Schubert, R., Reilmann, R., Wolfram, S. & Berg, D. (2019). How to evaluate effects of occupational therapy - lessons learned from an exploratory randomized controlled trial. *Parkinsonism and Related Disorders*, 67(2019), 42-47.

<https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2019.09.013>

Sturkenboom, I. H., Borm, G. F., Graff, M. J., Adang, E. MM., Nijhuis-van der Sanden, M, Bloem, B. R. & Munneke, M. (2013). Effectiveness of occupational therapy in Parkinson's disease: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials Journal*, 14(34). doi: 10.1186/1745-6215-14-34.

Sturkenboom, I. H., Graff, M. J., Borm, G. F., Veenhuizen, Y., Bloem, B. R., Munneke, M. & Nijhuis-van der Sanden, M. (2013). The impact of occupational therapy in Parkinson's disease: a random controlled feasibility study. *Clinical Rehabilitation*, 27(2), 99-112.

<https://doi.org/10.1177/0269215512448382>

Sturkenboom, I. H., Graff, M. L., Hendriks, J. C. M., Veenhuizen, Y., Munneke, M., Bloem, B. R. & Nijhuis-van der Sanden, M. (2014). Efficacy and occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *Lancet Neurol* 2014(13) 557-566.

[http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70055-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70055-9)

Sturkenboom, I. H., Thijssen, M., Elsacker, J. G., Jansen, I., Maasdam, A., Schulten, M., Vijver-Visser, D., Steultjens, E., Bloem, B. & Munneke, M. (2008). Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease Rehabilitation. Miami, Florida: ParkinsonNet/National Parkinson Foundation. Hentet fra

https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/sites/3/2019/11/ot_guidelines_final-npf_3_.pdf

Verdens helseorganisasjon [WHO]. (2001). *ICFs begrepsapparat* [Figur 1]. Hentet fra

<https://ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonalt-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>

Verdens helseorganisasjon [WHO]. (2001). *ICF: Internasjonalt klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. (2. opplag, 2006). Trondheim: Aktietrykkeriet. Hentet fra

<https://ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonalt-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>

VID Vitenskapelige Høgskole. (u.å.). Databaser og nettressurser. Hentet 23. mars 2020 fra

<https://www.vid.no/bibliotek/databaser-og-nettressurser/>

Welsby, E., Berrigan, S. & Laver, K. (2019). Effectiveness of occupational therapy intervention for people with Parkinson's disease: Systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(6). 731-738. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12615>