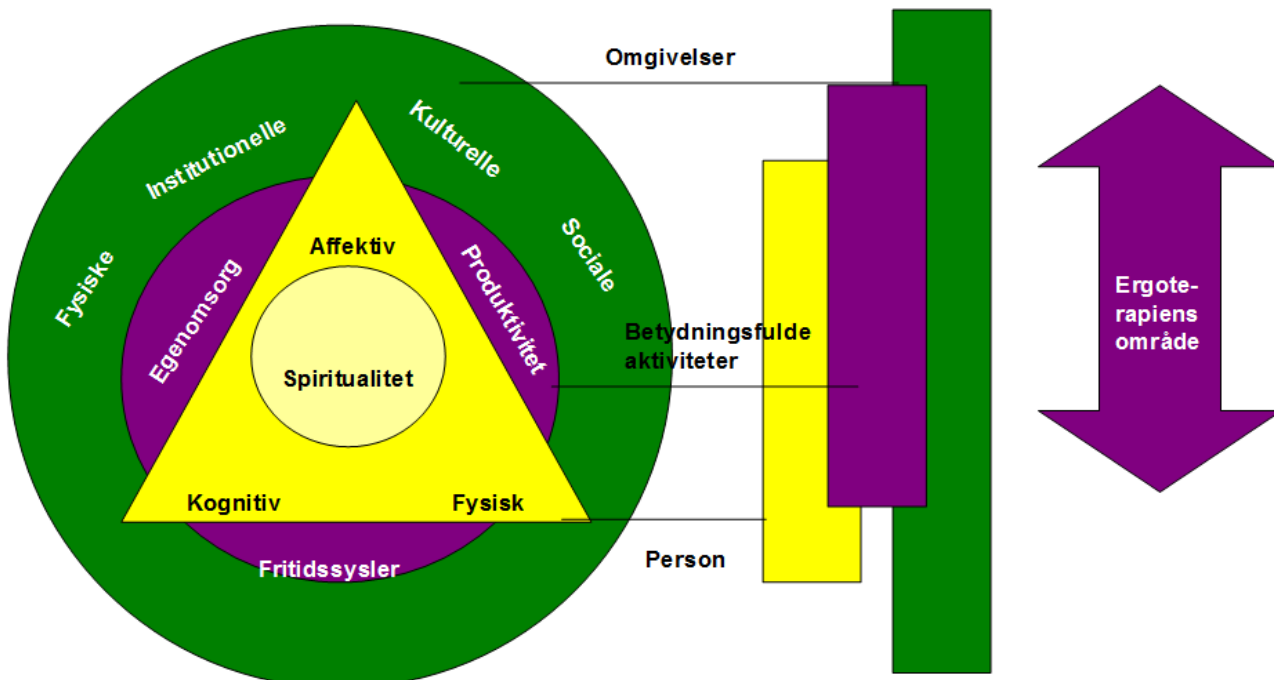


Klientcentrering for at muliggøre betydningsfulde aktiviteter i den ergoterapeutiske praksis

*Betydningsfulde aktiviteter er en mærkelig ting
De gennemtrænger vores liv og mærker vores dage
De definerer os og defineres af os
De både former verden og formes af verden
De kan kendes ved de redskaber, der bruges, og ved det kølvand, de
efterlader sig
De er urørlige og usynlige; indtil en person engagerer sig i dem
De er en form for udøvende kunst
De kan kun ses, når en person udøver dem, og kun forstås, når en
person fortæller dig deres mening*

(Helene J. Polatajko)

CMOP-E ; Specificering af ergoterapeuters sagsområde



Resume

Formål

I vores projekt kunne vi indenfor håndspecialet tænke os at få viden om ergoterapeuters brug af de canadiske modeller herunder undersøgelsesredskabet Canadian Occupational Performance Measure, COPM. Dette set i forhold til at leve op til ergoterapifagets mission at muliggøre betydningsfulde aktiviteter i den ergoterapeutiske intervention med en klientcentreret tilgang. Vores indtryk er at denne tilgang kan være problematisk og en implementering af de nye modeller kan være vanskelig, da ergoterapeuter kan have værdier og holdninger, der stammer fra et positivistisk og biomedicinsk synspunkt.

Problemformulering

På hvilken måde arbejder ergoterapeuten klientcentreret med at muliggøre klientens betydningsfulde aktiviteter i interventionen.

Metode

Vi har i projektet valgt en kvalitativ fænomenologisk/hermeneutisk undersøgelse. Undersøgelsen er baseret på et fokusgruppeinterview med fire ergoterapeuter indenfor håndspecialet i Region Syddanmark, hvor det er deres subjektive oplevelser, der kommer til udtryk i projektet.

Vi har brugt det canadiske teorimateriale i vores analyse af data. Derudover fire undersøgelser der omhandler brug af COPM og aktiviteter.

Analysens resultater diskuteres i forhold til emnet, og der inddrages nye relevante teoretikere, hvorefter projektets resultat sammenfattes i en konklusion.

Konklusion

Projektet indfrier vores forventninger, idet der i fokusgruppeinterviewet fremkommer mange nuancerede udsagn med refleksioner fra informanterne. Resultaterne viser, at ergoterapeuter arbejder klientcentreret såvel med som uden brug af COPM. Ligeledes er de bevidste om at muliggøre klientens betydningsfulde aktiviteter i den ergoterapeutiske intervention.

Perspektivering

I vores fremtidige praksis vil vi gerne arbejde med at implementere en kliniske retningslinje for brug af COPM indenfor håndspecialet. Forskningsmæssigt ser vi en mulighed i at indføre undersøgelsesredskabet DASH sammen med COPM som standard for alle håndpatienter.

Summary

Purpose

In this project we would like to obtain knowledge of how Occupational Therapists working within Handtherapy use the Enabling Occupation I & II including Canadian Occupational Performance Measure COPM. In view of enabling occupation and use a client-centred perspective.

We have the impression that the client-centred practice can be problematic and the Implementation of the new model might be difficult to approach for the Occupational therapists because of the history of working in a positivistic environment.

Thesis

In which way does the Occupational Therapist work in a client-centred perspective in order to enable occupation for the client during the intervention?

Methodology

In this project we have chosen to use a qualitative phenomenological/hermeneutic investigation. It is based on an interview with four occupational therapists working within Handtherapy in the region of South of Denmark where their subjective experiences are expressed throughout the project. For the Analysis of the data we have used Enabling Occupation I & II and four researches regarding use of COPM and occupation. The results of the analysis are discussed and new relevant theorists are included and the results from the project are subsequently summed up in the conclusion.

Conclusion

The project fulfils our expectations as the data from the interview reveals many differentiated statements with reflections on the client-centred perspective. The results show that occupational therapists work in a client-centred practice with or without COPM.

Perspective

In our future practice we would like to work with the implementation of a clinical guideline for the use of COPM within Handtherapy. In regarding to research we see an opportunity to introduce DASH along with COPM as a standard for all patients with handinjuries.

Indholdsfortegnelse

RESUME	2
FORMÅL	2
PROBLEMFOMULERING	2
METODE.....	2
KONKLUSION	2
PERSPEKTIVERING.....	2
SUMMARY	3
PURPOSE	3
THESIS	3
METHODOLOGY	3
CONCLUSION.....	3
PERSPECTIVE.....	3
INDHOLDSFORTEGNELSE	4
INDLEDNING	6
PROBLEMSTILLING	6
OPPM.....	7
CPPF	8
CMOP-E.....	14
PROBLEMFOMULERING:	16
BEGREBSAFKLARING:	16
LITTERATURSØGNING	16
METODE	17
DESIGN	17
VIDENSKABSTEORETISK RAMME	17
TEORETISK RAMME	20
KVALITATIV FORSKNINGSMETODE.....	21
FORSKNINGS- OG INTERVIEWSPØRGSMÅL	21
UDVÆLGELSE AF INFORMANTER TIL INTERVIEWET	21
BESKRIVELSE AF DET KVALITATIVE FOKUSGRUPPEINTERVIEW	22
TRANSSKRIFTION	23
ETISKE OG JURIDISKE OVERVEJELSER.....	24
METODE TIL ANALYSE AF EMPIRIEN.....	25
ANALYSE AF EMPIRI	25
FREM GANGSMÅDE	25
<i>Kendskab til det canadiske materiale</i>	26
<i>Brug af undersøgelsesredskabet COPM</i>	27
<i>Muliggøre betydningsfulde aktiviteter</i>	30
<i>At arbejde klientcentreret</i>	31
DISKUSSION	34

KRITIK AF METODE OG TEORI	36
KONKLUSION	38
PERSPEKTIVERING	38
BILAG 1.....	40
CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE – COPM	40
BILAG 2.....	43
BREV TIL INFORMANTER	43
BILAG 3.....	44
INTERVIEWGUIDE TIL FOKUSGRUPPEINTERVIEW:	44
<i>Tema 1</i>	44
<i>Tema 2</i> :	44
<i>Tema 3</i>	44
TEMA 4: HVILKET KENDSKAB HAR DU TIL PROFESSIONSGRUNDLAGET FOR ERGOTERAPI – UDARBEJDET I 2008?.....	44
BILAG 4.....	45
INTERVIEWGUIDE TIL FOKUSGRUPPEINTERVIEW:	45
TEMA 1:	45
TEMA 2:	45
TEMA 3:	45
TEMA 4: HVILKET KENDSKAB HAR DU TIL PROFESSIONSGRUNDLAGET FOR ERGOTERAPI – UDARBEJDET I 2008?.....	45
TEMA 5: AFSLUTNING	45
BILAG 5.....	46
SKRIFTLIG SAMTYKKEFORMULAR	46
BILAG 6.....	47
MALTERUDS FIRE TRIN EFTER GIORGIS FÆNOMENOLOGISKE ANALYSE.....	47
BILAG 7.....	48
TEMAER	48
KODER	48
SUBGRUPPER.....	48
BILAG 8 RETNINGSLINIE FOR COPM.....	51
LITTERATUR.....	53

Indledning

Dette afgangsprøve indenfor den sundhedsfaglige diplomuddannelse¹ er udarbejdet af to ergoterapeuter, en klinisk underviser og en med speciale i håndterapi, fra Rehabiliteringsafdelingen på et større dansk sygehus.

I vores projekt kunne vi tænke os at få viden om ergoterapeuters brug af undersøgelsesredskabet Canadian Occupational Performance Measure, COPM i forhold til at leve op til ergoterapifagets mission, at muliggøre betydningsfulde aktiviteter i den ergoterapeutiske intervention (bilag 1).

Definition af ergoterapi:

... ”Ergoterapi er at muliggøre aktivitet og deltagelse i hverdagslivet for det enkelte menneske og grupper. Ved hverdagslivets aktiviteter forstås gøremål, der for den enkelte er meningsfulde eller nødvendige, og som relaterer sig til dagligdagen, arbejds- og fritidsliv samt involvering i samfundslivet. I ergoterapi anvendes meningsfulde aktiviteter som middel og mål til at fremme sundhed, forebygge og rehabilitere funktionsevnedssættelser og aktivitetsbegrænsninger samt at vurdere, genskabe og udvikle menneskets mulighed for deltagelse i hverdagslivet.” ... (Ergoterapiforeningen, 2008: Dokument 1, p.4).

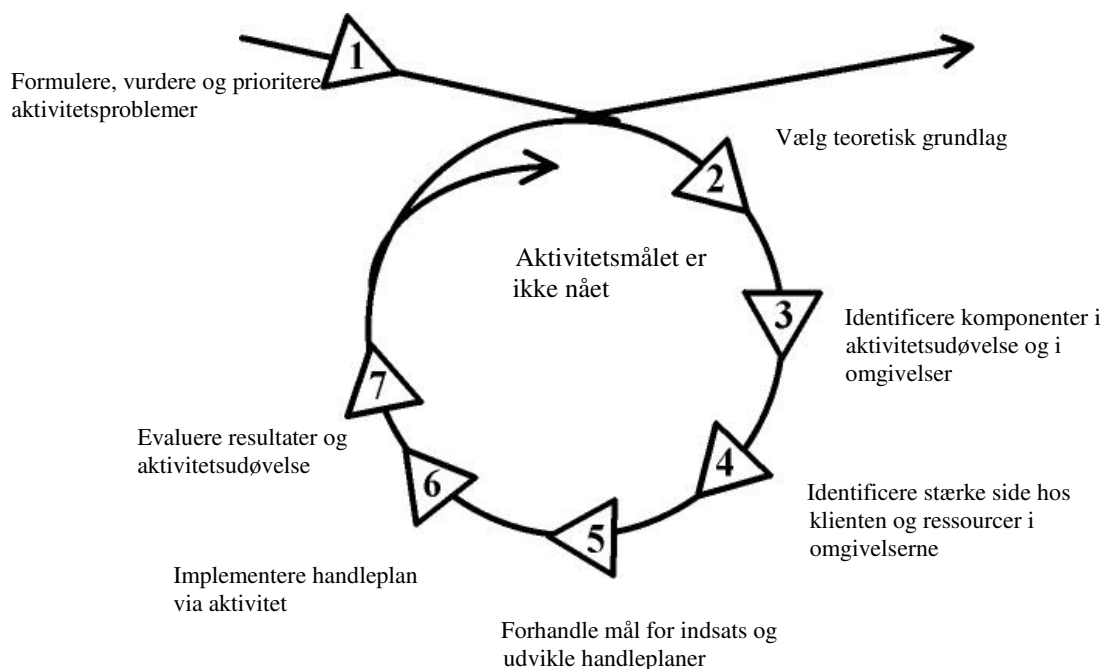
Vi vil derfor spørge nogle ergoterapeuter i Region Syddanmark om, hvordan de arbejder med COPM, eller om andre undersøgelsesredskaber bruges for at nå den ergoterapeutiske mission. Vores indtryk er, at ergoterapeuter i håndspecialet, der også undersøger ved ledmåling, kraftmåling, ødemmåling og sensibilitetsmåling har svært ved at få implementeret indførelsen af de nye klientcentrerede ergoterapimodeller, idet de har værdier og holdninger, der stammer fra et positivistisk biomedicinsk synspunkt.

Problemstilling

I vores dagligdag arbejder vi som ergoterapeuter med at muliggøre klientens betydningsfulde aktiviteter. For ergoterapeuten er fremme af menneskelig aktivitet ensbetydende med at sætte mennesker i stand til at vælge, tilrettelægge og udføre aktiviteter (Townsend, 1997; Tjørnov, 2003), og fremme af menneskelig aktivitet er et kerneområde (Kielhofner, 2001). I vores praksis, arbejdes der på at kvalitetssikre de ergoterapeutiske ydelser. For at forbedre klientbehandlingen og kvalitetssikre de ergoterapeutiske ydelser i afdelingen, har vi i de sidste 10 år indført en canadisk arbejdsprocesmodel Occupational Performance Process Model (OPPM).

¹ Uddannelsen er rettet mod henholdsvis rehabilitering og klinisk uddannelse. Der har været deltagelse i Strategier for kvalitetsudvikling, Udviklingsbaseret og forskningsorienteret klinisk professionspraksis, Relationelle og Kommunikative aspekter, Klinisk vejledermodul, Forandrings- og læreprocesser og Rehabilitering rettet mod en udvalgt brugergruppe.

OPPM



(Townsend, 2001 p.65)

Modellen anvendes som hjælperedskab til planlægning, systematisk notatoptegning, formidling, dokumentation, resultat- og procesevaluering, evidensbaseret og kvalitetsudvikling (Tjørnov, 2003). Vi har i afdelingen brugt OPPM som baggrund for udarbejdelsen af kliniske retningslinier for ergoterapeuter. I arbejdsmodellen indgår der for at afdække klientens aktivitetsproblemer, et validt, relevant, og standardiseret måleredskab COPM (Law, 2000). COPM kan bruges til alle typer klienter, uden hensyn til alder, sygdom eller baggrund (CJOT², 2005).

I 2007 udkom "Enabling Occupation II" (Townsend, 2007). Denne bog blev i 2008 oversat til dansk med titlen: "Menneskelig aktivitet II" (Christophersen). I bogen præsenteres nogle nye canadiske modeller, som er videreudviklet fra de tidligere.

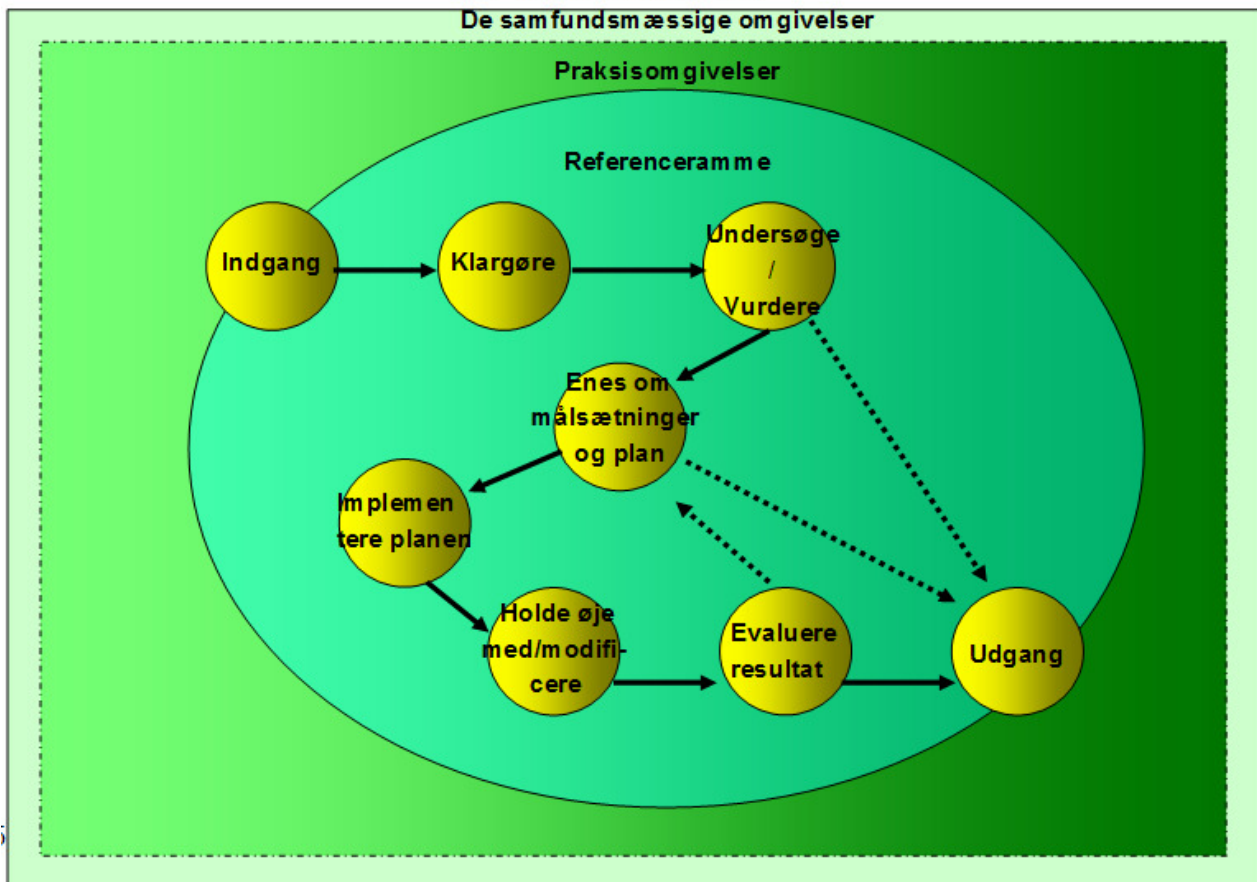
Undersøgelsesredskabet COPM er uændret, men arbejdsprocesmodellen OPPM er nu præsenteret som Canadian Practice Process Framework (CPPF).

² CJOT: Canadian Journal of Occupational Therapy

CPPF

Den Canadiske ramme for praksisprocessen

CPPF-rammen



(Townsend, 2007; Christophersen, 2008, p.322)

Vi oplever problemer i arbejdet med disse modeller i forhold til den klientcentrerede tilgang. Både i egen afdeling og på landsplan er der barrierer overfor brug og implementering af COPM. Det er en klientcentreret arbejds metode, som forudsætter et ligeværdigt samarbejde, forhandling og dialog med klienten.

Klientcentrering:

"...samarbejds metoder, som sigter mod at muliggøre betydningsfulde aktiviteter hos klienter... Ergoterapeuter udviser respekt for klienter, inddrager klienter i beslutningstagning, er fortalere for og med klienter med henblik på at imødekomme klienters behov og anerkender i øvrigt klienters erfaring og viden." (Christophersen, 2008 p.155).

COPM indledes med et narrativt interview.. Ud fra en dialog og forhandling med ergoterapeuten vælger klienten aktivitetsmål og vurderer betydning, udførelse og tilfredshed for de valgte

aktivitetsmål på en skala fra 1 til 10. Det er klientens mål, der skal prioriteres (Townsend, 1997), men ergoterapeut og klient har ofte svært ved at finde fælles mål.

I det håndkirurgiske speciale bruges det narrative interview med COPM som undersøgelsesredskab til de fleste klienter i vores afdeling, inden behandlingen startes. Redskabet er med til at afdække klientens problemer med Activities of Daily Living (ADL), men COPM er også et undersøgelsesredskab. Det bruges mere og mere efterhånden, som ergoterapeuterne har fået større kendskab til redskabet. COPM kan dog ikke stå alene, da det også er vigtigt at lave andre undersøgelser på håndpatienten. Det drejer sig, som tidligere nævnt om bl.a. måling af led, kraft, sensibilitet og ødem. Ved behandlingens start undersøges disse parametre, for at få afdækket klientens funktionsniveau. COPM er testet med tilfredsstillende resultater for gyldighed og pålidelighed i forhold til en række patientgrupper ifølge Kjekken (2003). Klienten udvælger sine betydningsfulde aktiviteter³, og ergoterapeuten kan derefter vurdere, hvilken intervention⁴, det er muligt at udføre i samråd med klienten. Arbejdsmetoden er indført, idet vi oplever, at klientens egne mål for betydningsfulde aktiviteter bedre kommer i fokus.

COPM sætter klienten i centrum og gør, at vores samarbejdspartnere ud fra de valgte mål kan se, hvor meget klienten kan i forhold til daglige betydningsfulde aktiviteter. Det vigtigste er dog at klientens mål anvendes i den ergoterapeutiske intervention. Det gælder om, at give klienten reel mulighed for at vælge sine betydningsfulde aktiviteter, samtidig med at der informeres om det, ergoterapeuten ved i forhold til diagnosen. Informationen gør, at klienten får større mulighed for at vurdere sine valg. Det er netop her vanskeligt for ergoterapeuten at give nødvendig information uden at påvirke klientens valg af mål, hvilket ofte er et tema i vores daglige dialog.

I forhold til den klientcentrerede behandling giver ergoterapeuterne ofte udtryk for, at de ved, hvad klienten har behov for, og at det er svært at skulle sætte klientens mål i fokus.

Det handler for de erfarne ergoterapeuter om det, man kalder tavs viden. Schön kalder det for *"knowing- in-practice"* (Jensen, 2000). Det er den viden, vi har i forhold til opgaver, der udføres eller handles på uden at kunne forklare, hvorfor vi gør det. Det er vigtigt, siger Schön, at ergoterapeuten tvinges til at forklare og reflektere på sin handling *"reflecting-in-action"* og at finde ord eller metaforer til at beskrive handlingen (Law, 2002). Vi kan mere, end det vi kan udtrykke,

³ "... aktiviteter i hverdagslivet, som ...gives mening og værdi af enkeltpersoner...; betydningsfulde aktiviteter er alt det, folk foretager sig ..., indbefattet...egenomsorg,... fritidsaktiviteter og...produktivitet; de betydningsfulde aktiviteter er ergoterapis interesseområde og terapeutiske middel..." (Menneskelig Aktivitet II, 2008 p.490)

⁴ Se begrebsafklaring side 10.

refererer Rognhaug og Vedfelt (1996; 2000). Vi gør meget, fordi vi fornemmer, at det er det, der skal gøres. Bagefter er det svært at beskrive, hvorfor vi gjorde det.

Det kræver erfarne ergoterapeuter, som mestrer at arbejde med mennesker og reflektere i og over situationen. Det handler om at finde den rette løsning og intervention for klienten i et samarbejde. Det er netop kompleksiteten i praksis, der gør, at der skal erfarne til at definere situationen og finde ud af, hvilke opgaver, der skal tages fat på ifølge Schön (Jensen, 2000). Den reflekterende praktiker har en sådan viden, at man ud fra den givne situation finder den rigtige handlemåde. Ergoterapeuten skal lytte for at forstå og dermed handle. Det gælder om at have så megen fronesis viden, at man ud fra situationen kan gøre det rette, siger Aristoteles (ibid). Det er ikke alene vigtigt at kunne reflektere i praksis, men også over praksis, når der opstår noget uventet (ibid).

Nogle vil synes, at det er udviklende at vende en problematik med kolleger, mens andre er bange for at udstille sig selv som ikke kompetente praktikere. COPM kræver refleksion i situationen med klienten, men også med kolleger for at lykkes. Nye ergoterapeuter har ikke den erfarne ergoterapeuts intuition og tavse viden, men er til gengæld oplært i de nyeste teorier med hensyn til den klientcentrerede praksis. Ikke erfarne har ikke samme modstand mod COPM og er gode til at reflektere og vende en situation i hverdagen med andre ergoterapeuter. Nyuddannede ergoterapeuter kan i praksisfællesskabet opleve ergoterapeuternes modstand mod COPM. Det er vigtigt, at såvel den nyuddannede som den erfarne ergoterapeut lærer at finde klientens betydningsfulde aktiviteter, og derved leve op til ergoterapiens mission (Ergoterapeutforeningen, 2008).

At acceptere klientens betydningsfulde aktivitetsmål er den største barriere for ergoterapeutens brug af COPM (Sumsion, 2000; Wressle, 2004). I afdelingen refererer ergoterapeuterne, at klienten ikke gør det, de har aftalt. De fortæller, at det er vanskeligt at acceptere klientens mål, når de ved, at det vil gå hurtigere fremad, hvis klienten gør det, som ergoterapeuten har erfaring for, er det bedste for forløbet.

Der er også modstand mod at bruge redskabet til alle diagnosegrupper, da der er restriktioner for nogle patienter i forhold til kliniske retningslinier. Bjørklund hævder, at selv om mange ergoterapeuter vedkender sig de holdninger, der ligger bag det canadiske materiale og den klientcentrerede praksis, er det vanskeligt at implementere i en hverdag, præget af travlhed og en biomedicinsk positivistisk kontekst (2000).

Både diagnose og kliniske retningslinier fra den biomedicinske verden kan komme i spil, da de ofte er opbygget ud fra positivistiske modeller.

Inden for håndspecialet arbejdes i et tæt tværfagligt team med læge og klient. Arbejdet er baseret både på det naturvidenskabelige og humanistiske syn. I samarbejdet ser vi ofte klienten ud fra en biomedicinsk synsvinkel, hvortil der er knyttet en bestemt behandling. Det forventes, at undersøgelse og status indeholder led- og kraftmålinger mm., men efterhånden også klientens aktivitets mål, da håndlægerne på vores afdeling er blevet opmærksomme på vigtigheden af klientens betydningsfulde aktiviteter. Oplysningerne bruges også til genoptræningsplanen ved udskrivelse til behandling på deres hjemsygehus i andre Regioner herunder Region Syddanmark⁵.

Borrell skriver, at mange amerikanske ergoterapeuter har forsøgt at belyse forskellige relationer mellem ergoterapi faget og den medicinske videnskab (1997). Det påpeges, at den medicinske lægevidenskab har haft en stærk indflydelse på faget. Ergoterapifaget har nærmest levet i symbiose med medicinen og har stærke bånd til den biomedicinske verden, som kan være svære at ændre (ibid).

Ergoterapeuten har vanskeligt ved at inkludere klientens egne oplevelser i behandlingen ifølge Mattingly (1989). Hun siger også, at ergoterapeuten beskriver klientens problem, som et biomedicinsk problem, hvor kroppens funktioner og ikke klientens angst for fremtiden og hverdagen bliver beskrevet. Ergoterapeuter kan derfor have vanskeligt ved at tage beslutning om, hvilken forståelsesramme de skal lade dominere deres indsats (Kristensen, 2004). Ergoterapeutens kerneområder aktivitet og deltagelse er generelt mangelfuldt beskrevet i den skriftlige dialog vedrørende klienten, da det ofte er lettere at beskrive ledmålinger og kraft mm. Det er derfor vigtigt også i forhold til dokumentation og synliggørelse af den ergoterapeutiske profession at indføre COPM, som har en ergoterapeutisk tilgang til faget (Townsend, 1997).

I publikationen ” Patientens møde med sundhedsvæsenet ” med 20 anbefalinger sættes fokus på de mellem menneskelige relationer(2003). Mange af anbefalingerne henviser til, at patienten skal medinddrages i en ligeværdig dialog med accept af patientens egne værdier og normer. Anbefalingerne underbygger at COPM, som har en klientcentreret tilgang, er et brugbart arbejdsredskab i den klientcentrerede behandling.

⁵ Rehabiliteringsafdelingen indenfor håndterapi har land- og landsdelsfunktion. Der er således et samarbejde med hele landet.

I Hvidbog om Rehabilitering står der om borgerens livssituation:

”Hver eneste borger er et unikt menneske. Derfor må både den personlige livsforståelse, kroppens funktioner, de daglige aktiviteter, deltagelse i samfundslivet og omgivelsernes påvirkning indgå ved den fælles analyse af behov, ved udarbejdelse af målsætning, planlægning og rehabiliteringsplan samt ved gennemførelse af hele processen. En helhedsorienteret og individorienteret tilgang og analyse sikrer, at de for borgeren meningsfulde og relevante tiltag iværksættes...”

”...Hvis ikke der kan opnås enighed mellem fagfolk og borger, så er det borgeren, der har den endelige afgørelse, hvilket naturligvis forudsætter, at fagfolkene har givet borgeren relevant, dækkende og for borgeren forståelig information ...”(2004 p.20)

Ifølge Arborelius er klientcentreret praksis med til, at klienten får noget ud af sit møde med en sundhedsfaglig person(1996). Vi skal lytte til klienten med respekt for klientens værdier og meninger og sammen finde målene. Det er vigtigt ikke at blande vurderinger i sin information, men holde sig til faktaviden, siger Arborelius (ibid). Den erfarne sundhedsperson kan ifølge Watzlawick komme til at indtage en oppefra-ned-position, da enhver klientsituation er en asymmetrisk relation (Eide, 2004). Den, der skal hjælpes vil søge at tilpasse sig den, der har den efterspurgte kompetence. Derfor må den, der har magten aktivt bruge sin position, så klienten har mulighed for at deltage på egne og fælles præmisser (Thornquist, 2000). Den klientcentrerede praksis bygger på ligeværd og respekt for individet. Både klient og ergoterapeut er bevidste om den asymmetriske relation, men ergoterapeuten må tage ansvaret for, at samtalen forbliver ligeværdig.

Klienten, der kommer med sin skadede hånd, har dog nogle gange svært ved at skulle fortælle om sin dagligdag, frem for straks at begynde på den specifikke funktionstræning⁶.

Ergoterapeutisk funktionstræning er bl.a. defineret som

”...håndtræning udelukkende ved brug af redskaber/håndøvelsesprogram...”
(Sundhedsstyrelsens klassifikations System, 2009, p.9)

På grund af klientens forventninger om specifik træning får ergoterapeuten ikke afklaret klientens betydningsfulde aktiviteter, men går videre i behandlingen med et træningsprogram.

Sumsion skriver:

“...that it takes more skill to enable a client to highlight problem areas than to simply make decisions for them...” (1993 p.16)

Når COPM bruges med klienter fra ikke vestlige kulturer, oplever vi, at de ikke føler sig tilpas med den klientcentrerede praksis og har svært ved at være beslutningstagere og aktiv deltager i egen

⁶ Funktionstræning: “Ved funktionstræning forstås en behandlingsform, hvor en patient træner og udvikler en funktion eller dele deraf...”(Helby Petersen, Friis; Halberg; Sylvest: *Klinisk Rheumatologi* , 1989, p.334).

behandling. Her må vi være opmærksom på, at COPM er udviklet til sundhedsvæsenet i Nordamerika og Europa (CJOT, 2005). Klienter fra andre kulturer har et andet syn på sygdom og handicap. De har en anden kulturel opfattelse, forventning til ergoterapeutisk intervention og relation til de professionelle rolle.

Sumsion & Smyth udtrykker:

“... increasing therapists’ knowledge of other cultures would help to provide cross cultural , client-centred services...”(2000 p. 17).

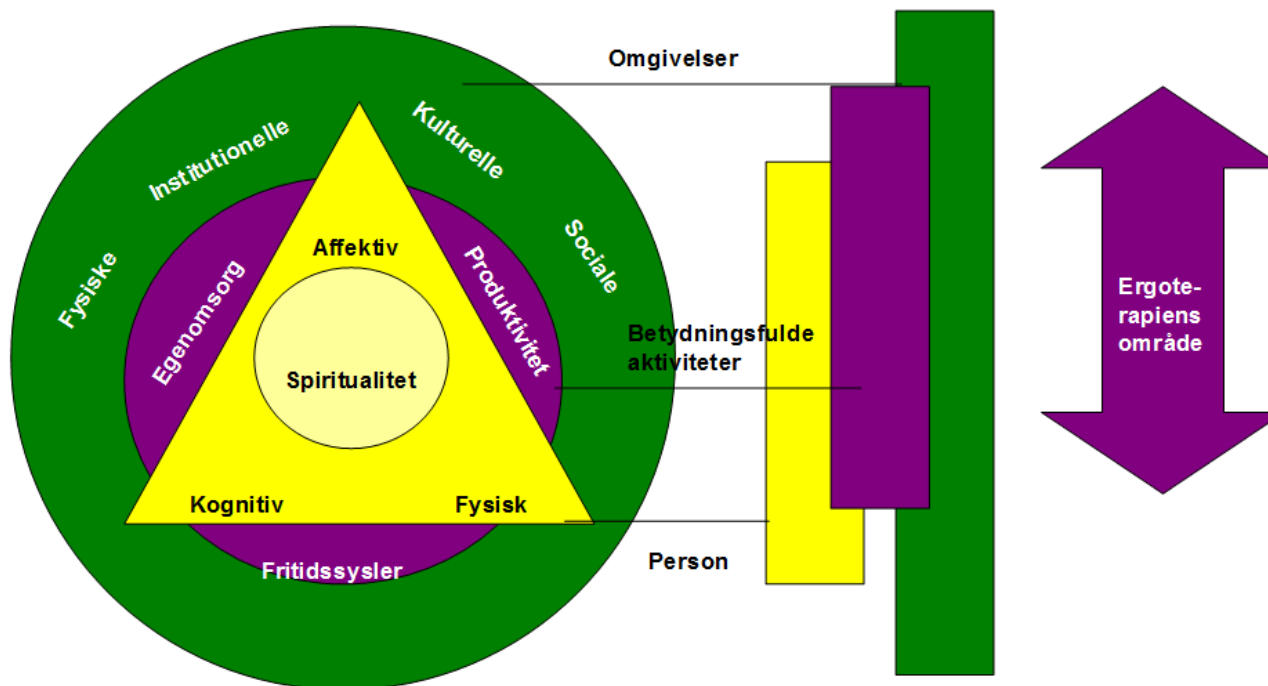
I mødet med klienter fra andre kulturer erfarer vi forventning om, at vi er eksperter og tager ansvar for deres behandling. Ifølge Zoffmann er der fare ved ekspertviden, hvis sygdommen bliver overordnet klientens værdier, eller vi hæver os op over klienten (1997). Det skal vurderes, hvad der er vigtigt for klienten i situationen. Wackerhausen har introduceret et åbent sundhedsbegreb, hvor sygdom defineres ud fra den konkrete situation, men det kræver at klientens perspektiv inddrages (2001). At vise tillid betyder at udlevere sig selv, siger Løgstrup (Eide, 2004), ved tillidsbrud reagerer vi derfor voldsomt. Compliance paradigmet kunne med fordel udskiftes med integrationsdigmet foreslår Hernandez (Zoffmann, 1997).

Sundhedsstyrelsen udsendte i 1993 National Strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet (2002). Dette har sat sundhedsprofessioner i gang med at finde egnede kvalitets udviklingsredskaber. Sundhedsstyrelsen ønsker patientindflydelse og brugerinddragelse. Det er derfor vigtigt at finde redskaber og arbejdsmetoder, som lever op til disse krav.

Op igennem 1990erne er der sket en udvikling for at kvalitetssikre ydelser, og at medinddrage klienten i behandlingen indenfor ergoterapifaget. I Canada oplevedes krav om dokumentation fra myndigheder og brugere om effekt af ergoterapeutisk intervention. De udviklede Canadian Model of Occupational Performance (CMOP). Den nye udgave af denne hedder Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.

CMOP-E

CMOP-E ; Specificering af ergoterapeuters sagsområde



(Townsend, 2007; Christophersen, 2008, p.322)

På baggrund af denne model udviklede arbejdsprocesmodellen OPPM, som i 1998 blev fremlagt af CAOT⁷ på World Federation of Occupational Therapists Verdenskongres. Arbejdsmodellen hedder nu CPPF (se p.3). Ved kongressen blev COPM fremlagt som et måleredskab (Townsend, 1997). Måleredskabet COPM blev i 2000 oversat til dansk og er anerkendt, som et af de bedste måleredskaber i ergoterapeutisk praksis (Andersen et al., 2002). Som ovenfor beskrevet er det et validt redskab, der arbejder ud fra den klientcentrerede praksis, og som opfylder kravene fra Sundhedsstyrelsen (2002).

Mange patienter har i dag stor viden om deres diagnose og tager ansvar for egen behandling (Sundhedsstyrelsen, 2002). De har krav til ekspert behandling, medansvar og medbestemmelse og kræver den bedste behandling af den bedste ergoterapeut. Det er vigtigt, at klientens mål og værdiunivers respekteres (Wackerhausen, 2001). Det kræver indlevelse for ergoterapeuten at sætte sig ind i klientens forforståelse og værdier. Den klientcentrerede behandling, som vi med de nye canadiske modeller fortsat er i gang med at implementere, har i endnu højere grad fokus på

⁷ CAOT: Canadian Association of Occupational Therapists

klientcentrering og ligeværd. Men klientcentrering er også et krav fra patienten, fra patientforeninger og Sundhedsstyrelsen (2002). Redskabet COPM lever op til disse mål. Det er derfor vigtigt, at ergoterapeuten er motiveret for at bruge COPM.

Tiden kan ofte også være en barriere for brugen af redskabet. Sumsion & Smyth skriver:

”...Therapists feel they do not have enough time to work in a client-centred way. ...and that a lack of time to be with patients was the barrier most frequently cited by staff...” (2002 p.16).

Der er generelt et øget pres på Det Danske Sundhedssystem, og klienten skal behandles indenfor en bestemt tidsperiode, for at afdelingen ikke kommer ud med negative tal. Det presser ergoterapeuten i arbejdet med klienterne, og i vores afdeling føler de ofte, at tiden ikke slår til.

Det kan være svært at få opdateret faglige viden og dermed få implementeret og anvendt de nye arbejdsmodeller i en travl hverdag. Wressle hævder, at

“... challenges for the therapist occur because of a lack of knowledge about client-centred practice...” (2004 p.12).

Vi er i afdelingen organiseret i selvfungerende grupper, hvor vi planlægger de daglige arbejdsopgaver. Gruppen er med til, at vi udveksler viden og giver hinanden feedback, men ofte begrænset af hverdagens opgaver.

Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ergoterapi skriver at en nyuddannet:

” ...anvender den ergoterapeutiske arbejdsproces til identifikation af aktivitetsproblematikker, undersøgelse, forhandling og formulering af mål, planlægning, implementering og evaluering af udbytte med henblik på at imødekomme borgerens aktivitetsbehov i relation til hverdagsliv, sundhed og livskvalitet...” (2008, p.4).

Kompetenceudvikling lægger op til, at der sker læring på individ og gruppeniveau, så der udvikles ny viden og ny praksis samtidig. Gruppelæring anses som en central del af dialogen, hvor vi må stille egne antagelser, formodninger og forståelse i bero og opfatte hinanden som kolleger i en fælles søgen efter indsigt og klarhed (Senge, 1990). I teorien om systemtænkning må medarbejdere i en kompleks organisation opfatte problemer og hændelser som en del af helheden og opdage muligheder for at finde nye relationer og ideer. Systemtænkning udvikles via feedbackprocesser og refleksion (Bruun, 2004). Ved som professionel at kunne reflektere over egen praksis sker der ifølge Argyris og Schön en double-loop learning i refleksionsprocessen, der medfører en læring på gruppeniveau (ibid).

Den faglige feedback og refleksion vedrørende klientbehandlingen foregår i faglige fora ugentligt. Det gør, at vi reflekterer og giver hinanden feedback, og at der sker en vidensdeling i forhold til ny viden i gruppen. Men er dette nok eller bliver den daglige travlhed med klienterne en undskyldning for ikke at komme videre. I vores undersøgelse vil vi gerne afdække nogle af disse problemstillinger. Vi vælger at se det ud fra ergoterapeutens perspektiv indenfor håndspecialet. Det ville også have været værdifuldt at se det fra klientens vinkel, men det bliver ikke i denne undersøgelse.

Problemformulering:

På hvilken måde arbejder ergoterapeuten klientcentreret med at muliggøre klientens betydningsfulde aktiviteter i interventionen?

Begrebsafklaring:

Den ergoterapeutiske **muliggørelse:**

"...processer, hvor man letter, leder, instruerer, underviser, tilskynder, lytter, gør sig overvejelser over, opmuntrer eller på anden måde samarbejder med mennesker, således at enkeltpersoner... kan få... muligheden for at deltage i at forme deres eget liv; muliggørelse er grundlaget for den ergoterapeutiske klientcentrerede praksis..." (Christophersen, 2008 p.155)

Betydningsfulde aktiviteter:

"... aktiviteter i hverdagslivet, som ...gives mening og værdi af enkeltpersoner...; betydningsfulde aktiviteter er alt det, folk foretager sig ..., indbefattet...egenomsorg,... fritidsaktiviteter og...produktivitet; de betydningsfulde aktiviteter er ergoterapis interesseområde og terapeutiske middel..." (Christophersen, 2008 p.490)

Intervention i udøvelsen:

"Processen, hvormed der udvirkes ændringer i aktivitetsudøvelsen ved hjælp af meningsfuld aktivitet..."(Hanson, 2002 p.186)

Litteratursøgning

Der søges i databaser i Medline, PubMed, Dansk artikel database, Cochrane, www.OTseeker.com, www.bibliotek.dk og via tidsskrifthjemmesider bl.a. www.etf.dk, www.coat.ca, fagbiblioteker og i udenlandske fagblade.

Det er begrænset, hvad vi finder, men vi vælger at gøre brug af fire undersøgelser om den klientcentrerede praksis, COPM og aktiviteter af Sumsion (2000), Wressle (2004), Kristensen (2004) og Enemark (2002). Vi bruger også det canadiske teorimateriale af Christophersen (2008) og manualen for COPM af Enemark, red. (2007).

Søgeord: Client-centred practice, occupational therapy, client communication, client-centred practice and barriers, Canadian Occupational Performance Measure, client satisfaction and enabling occupation.

Metode

Design

Problemformuleringen lægger op til en kvalitativ metode. Den kvalitative forstående forskningstype vælges, da vore data hentes fra et semistruktureret fokusgruppeinterview. I afsnittet præsenteres og begrundes den videnskabsteoretiske tilgang samt valg af metode, teori og empiri. Der redegøres for etiske, juridiske og datasikkerhedsmæssige overvejelser.

Til besvarelse af problemformuleringen bruges litteraturstudier og empiri. Empirien består af data fra det semistrukturerede fokusgruppeinterview, som analyseres og citeres (Rienecker & Jørgensen, 2006).

Kvale's syv faser i en interviewundersøgelse giver inspiration til den anvendte struktur (2005 p.95). I forhold til analyse af informanternes udsagn bruger vi "Menneskelig Aktivitet II" af Christophersen, der indeholder de canadiske teorier og den tidligere beskrevne litteratur (2008). Begrundelsen for valg af både teori og empiri er, at vi i lighed med Kvale formoder at få en større forståelse for vores problemstilling (2005). Endvidere redegøres for valget af Malteruds analysemodel, inspireret af Giorgis fænomenologiske model, til brug ved den indsamlede empiri (2004).

Videnskabsteoretisk ramme

Formålet med undersøgelsen er at indsamle ergoterapeuters erfaringer i forbindelse med brug af det canadiske materiale, herunder COPM, med henblik på at beskrive, forstå og tolke erfaringer.

Vi vælger den fænomenologiske tilgang til indsamling og bearbejdning af empirien for at få en forståelse og indsigt i ergoterapeutens oplevelser, forståelser og rationaler (Launsø, 1996). Til fortolkning og analyse af data benyttes en hermeneutisk indfaldsvinkel.

Fænomenologi handler om at sanse, erfare verden og studere de fænomener, der opstår.

"...At lære noget vigtigt om fænomenets kvaliteter er at få kendskab til dets karakter og dimensioner, eller de mekanismer, der ligger bag fænomenerne..."
(Schmidt og Holstein, 1999).

Fænomenologien analyserer og klarlægger ifølge Thornquist, hvordan verden konstitueres af bevidstheden (2006). Husserl f. 1859, der regnes for grundlægger af fænomenologien, siger, at

verden er henvist til subjektet for at fremtræde - uden subjekt ingen fremtrædelse. Fænomenologien kaldes også for bevidsthedsfilosofi eller konstitutionsfilosofi. Bevidstheden er aldrig tom, men altid rettet mod noget. Fænomenologi er læren om det, der kommer til syne og viser sig. Det handler om, hvordan verden erfares af subjektet og ikke af verden uafhængig af subjektet, som i den positivistiske retning (ibid). Husserl mener, vi opfatter verden gennem vores bevidsthed. Senere har Schutz f. 1889 og Merleau-Ponty f. 1907 videreudviklet fænomenologien mod det empiriske jeg – det konkrete, kropslige og sociale jeg (Thornquist, 2006).

Schutz fremhæver, at livsverdenen er ”...a province of human practice...” (ibid. p.105). Livsbegrebet har et socialt indhold, og aktørernes erfaringer skal ses i sammenhæng med praksis og den sociokulturelle kontekst. Merleau- Ponty fremhæver, at levet erfaring og det levede liv har kropslig forankring (ibid.). Kroppen er således kernen for erfarings-, perceptions- og videnskabsproblematik.

Fænomenologien formidler respekt for de konkrete og erfaringsnære beskrivelser. Det er vigtigt, at vi går til sagen uden fordomme og færdige teorier for at sagen kommer til udtryk. Det er vi opmærksomme på i mødet med informanterne. Der opfordres til åbenhed for at få en forståelse for handlinger og begivenheder ud fra aktørens eget subjektive perspektiv. Det er for fænomenologerne et nøglepunkt, at vi lever i en verden, der har mening og betydning for os. De informanter, vi har kontaktet, er alle engagerede i deres dagligdag med klienterne, hvilket de i henvendelsen har givet udtryk for. Alle viser stor interesse for at deltage i interviewet.

Ved at komme ind på ergoterapeuternes egne begreber, kan der vise sig forståelsesmønstre, som kommer fra de udforskedes forståelse. Emic⁸ er en metode, der bruges i antropologien, hvor forskeren tager udgangspunkt i de udforskedes perspektiv. Der er tale om et indfødt perspektiv, her forstået som ergoterapeutens perspektiv indenfor håndspecialet, og ikke den fremmedes, forskerens perspektiv (Launsø, 2005 p 179). Det er en central pointe i fænomenologien, at menneskers handlinger fortæller noget om, hvordan mennesker fortolker deres livsverden. Ifølge ovenstående skal ergoterapeuternes rationaliteter forstås i forhold til den verden, som de arbejder i og forstår sig selv i forhold til (ibid.).

⁸ Emic perspective ”insider perspective” : The anthropologist tries to understand a culture the way the members understand it, to learn the concepts they use and to try to see the world the way they do...

<http://www.uwec.edu/minkushk/Anth%20161emic.htm>

Hermeneutikken handler om at forstå og fortolke ud fra kontekst og helhed. Vores undersøgelse tager udgangspunkt i, at ville undersøge, forstå og fortolke ergoterapeuters opfattelse af et emne. Den kvalitative forskningstype er relevant til beskrivelse, analyse og forståelse af alle slags fænomener. Gadamer siger, at når man taler med hinanden trumfes den enes mening ikke igennem på bekostning af den andens, men den enes mening føjes til den andens som ved addition. Det gælder om at sætte sine fordomme på spil og indlade os i en dialog med anderledes tænkende, for at der kan ske en forvandling. Kvalitativ forskning forsøger at forstå menneskers oplevelses og meningsverden i de praksisser og relationer, de skaber (Thornquist, 2006).

Moderator i vores fokusgruppeinterview skal kunne facilitere og lede informanterne uden at overføre egne holdninger til gruppen.

Kvalitetskriterierne for den forstående forskningstype har fokus på de udforskedes perspektiv. Informanterne i vores fokusgruppeinterview er med til at styre processen. Det er vigtigt, at informanterne i det skrevne genkender sig selv og accepterer den tolkning, som vi giver - gyldighedskriteriet. Det er også vigtigt, at der sker en refleksion fra vores side om de sociale og institutionelle sammenhænge, som informanternes meninger kommer fra. Vurdering af helhedskriteriet kan ifølge Launsø ikke overlades til de udforskede, da der kan være viden eller indsigt, de ikke besidder (2005).

En nødvendig betingelse for forståelsen er vores forforståelse, vores fordomme. Med det menes vores personlige og professionelle erfaringer, forestillinger om, hvordan tingene er, hvad der undersøges, vores motiver for og kvalifikationer til at undersøge feltet og vores perspektiver og interesser. Ifølge Gadamer er vores forforståelse altid til stede og ofte i ubemærket, og den medbringes i enhver forståelsesproces, således at der er en gensidighed mellem forforståelse og forståelse. Gadamer siger videre, at forståelse forudsætter, at vi "*sætter os ind*" i den horisont, teksten er et produkt af (Fredslund, 2003 p.96). Det vil sige, at forståelsen af teksten sker i sammenhæng med konteksten. Herved skabes et nyt begreb, som Gadamer kalder horisontsammensmeltning (ibid). At forstå en tekst kan bedst beskrives som at bringe den i spil i samtale, siger Gadamar. Vi må udvide vor oprindelige forståelse, således at vi kan "*sammensmelte*" den andens forståelse i en bredere horisont. Gadamar hævder, at vores eneste mulighed for objektiv forståelse er, at anvende tekstens sandhedskrav i situationen her og nu. Vi skal gøre vores fortolkninger frugtbare og relevante og således i den konkrete undersøgelse få ændret vores forforståelse (Thornquist, 2006).

I undersøgelsen medbringes såvel en teoretisk som en praktisk forforståelse. Fredslund skriver inspireret af Malterud, at denne forforståelse omfatter det faglige perspektiv, antagelser, som kan være erfarings-, empirisk eller teoretisk baseret. Vores teoretiske referenceramme hentes i det canadiske materiale og vores metodiske tilgang er Kvaless syv faser (2005, p.95). Disse danner tilsammen vores forståelseshorisont og dermed baggrund for vores undersøgelse og udgangspunkt for vores interviewspørgsmål.

Vi er bevidste om, at forforståelsen ændres og udvikles gennem projektet, samtidig med at vores antagelser påvirkes og åbner for nye fortolkninger, der påvirker vores forståelseshorisont (Fredslund, 2003). Vi er opmærksomme på, at det i denne sammenhæng betyder, at vores forforståelse afkræftes, hvis vi ikke får de forventede svar fra informanterne.

Forforståelsen kan medføre etiske dilemmaer i vores interviewsituation. Det kan f.eks. påvirke os, hvis informanterne opfatter brug af COPM som unødvendig, eller hvis de ikke ser en nytteværdi for klienten og fagets udvikling (Kvale 2009).

Teoretisk ramme

Vi holder informanternes udsagn op imod teorien fra det canadiske materiale og de fundne undersøgelser. Dette teorimateriale vælges, fordi forfatterne har en ergoterapeutisk tilgang til begreberne klientcentrering og muliggørelse af de betydningsfulde aktiviteter og er derfor velegnede til analyse og forståelse af vores problemformulering.

CMOP-E illustrerer grafisk et ergoterapeutisk syn på det dynamiske samspil mellem menneske, omgivelser og aktivitet og giver en almengyldig referenceramme for muliggørelse af menneskets betydningsfulde aktiviteter (Townsend, 2007). Et vigtigt træk er modellens tredimensionelle gengivelse af den dynamiske indbyrdes afhængighed mellem menneske, omgivelser og aktivitet. Den skildrer ergoterapiens aktivitetsperspektiv ved at fokusere på aktivitet. Det åndelige ligger som en kerne i alle interaktionerne mellem menneske, omgivelser og aktivitet og formidler ergoterapifagets klientcentrerede perspektiv. E, som står for engagement, betyder, at klienten fortager sig noget og deltager aktivt. Det er ikke bare snak, men klienten involverer sig selv og andre aktivt. Det er denne teori, der også er baggrund for COPM (bilag 1) og CPPF.

Artiklerne fra Sumsion og Wressle omhandler barrierer og broer til den klientcentrerede praksis og COPM og holdes op mod informanternes udsagn (2000; 2004). Kristensens undersøgelse ”Samtaler om Aktiviteter”, handler om ergoterapeuters anvendelse af aktiviteter (2004). Herfra bruger vi delelementer i vores projekt til at sammenligne informanternes brug af, at muliggøre betydningsfulde aktiviteter. Enemarks undersøgelse handler om ”God ergoterapi”. Den kan være med til at belyse vores projekt i forhold til informanternes brug af det canadiske materiale og specielt COPM.

Kvalitativ forskningsmetode

Den kvalitative forskningsmetode er velegnet til at forstå og fortolke meningsfulde fænomener og brugbar til at afdække de erfaringer, holdninger og viden, som er undersøgelsens og dermed vores interessefelt. Projektets empiri indhentes gennem en kvalitativ forskningsmetode, et fokusgruppeinterview. I den kvalitative forskningstradition ses forskeren som en aktiv deltager i en kundskabsudvikling, som aldrig bliver fuldstændig, men som handler mere om nye spørgsmål end om universelle sandheder. Vi håber igennem vores undersøgelse at opnå øget forståelse af, hvorfor mennesker gør, som de gør (Malterud, 2004). Fortolkningen af empirien kan samtidig afbildes som en proces, hvor vi opnår en revision af vores forforståelse.

Forsknings- og interviewspørgsmål

Kvales syv faser giver os inspiration til den anvendte struktur i interviewundersøgelsen. Kvale pointerer, at når der anvendes teori og empiri, indebærer det etiske overvejelser, såsom at behandle de enkelte tekster ordentligt og med respekt for at gengive forfatterens og informanternes budskaber korrekt (2005 p.95). Interviewspørgsmålene tager udgangspunkt i det canadiske teorimateriale, fra vores erfaring fra hverdagen og den litteratur vi har fundet indenfor området (bilag 4).

Udvælgelse af informanter til interviewet

Udvælgelsen sker for at få et så validt svar på vores problemformulering som muligt og for at kvalitetsudvikle vores praksis indenfor håndspecialet i Region Syddanmark. Vi taler med 8 deltagere for at få informanter til interviewet. For at spare informanterne tid benytter vi os af at mange er samlet i forbindelse med en håndtemadag. Vi spørger nogle af disse ergoterapeuter, om de har mulighed for at deltage efter mødet. Vi vælger, at informanterne er så bredt repræsenteret som muligt i forhold til arbejdssted og deres erfaring.

To ergoterapeuter mener, at de ikke har nok viden om det canadiske materiale og ønsker derfor ikke at deltage. To andre har på grund af andre aftaler ikke mulighed for at deltage. Vi får derfor 4

deltagere som informanter. De 3 kommer fra hospitaler i Region Syddanmark, en deltager kommer fra et kommunalt genoptræningscenter. Alle arbejder med håndpatienter. Der er spredning i forhold til den geografiske fordeling i området. Ligeledes er der spredning i forhold til erfaring, idet gruppen består af to ergoterapeuter med over 20 års erfaring og to med 5 til 10 års erfaring. Alle har erfaring med COPM fra praksis. Ud fra et tidsmæssigt perspektiv er det nødvendigt at afgrænse antallet af informanter.

Beskrivelse af det kvalitative fokusgruppeinterview

Vi foretager et semistruktureret fokusgruppeinterview med 4 ergoterapeuter fra Region Syddanmark, som arbejder med håndterapi. Det kvalitative forskningsgruppeinterview er efter Launsø et mildt styret interview som koncentrerer sig om et bestemt afgrænset emne (2005). Fokusgruppeinterviewet styres af en moderator og en fascilitator, som opmuntrer og fasciliterer informanterne til at komme med deres meninger og vurderinger.

Vores moderator vælges ud fra at have kendskab til gruppedynamik og evner til at se det fra informanternes perspektiv, idet hun er vant til dette. Moderator står for selve interviewet, som holdes i en tryk og mildt styret form. Vi forsøger at komme tæt ind til kernen i informanternes svar, så de holder sig til emnerne i interviewguiden, men dog med plads til, at der indbyrdes opstår en dialog. Kvale siger, at informanternes evne til aktiv lytten er vigtigere, end hvad den interviewede siger (2009). Det er vigtigt, at vores moderator er interesseret i, hvad informanterne gør, så vi får viden om deres oplevelser og erfaringer ikke blot deres holdninger. Alle erfaringer er lige betydningsfulde, da der ikke er rigtige og forkerte svar. Så mange pointer som muligt er vigtige at få frem (Launsø, 2005).

Vores fascilitator har til opgave at introducere informanterne til interviewet. Det udsendte materiale gennemgås kort mundtligt, og proceduren i forhold til interviewet gentages. Informanternes anonymitet i forhold til interviewet repeteres, og informanternes skrevne informationer indsamles. De får mulighed for at stille spørgsmål og skrive under på, at de stadig vil deltage.

Fascilitator i vores interview er opmærksom på tiden, informanternes kropslige udtryk og supplerer med spørgsmål under interviewet ved behov, f. eks. om indholdet i det sagte har en betydning i forhold til den senere tolkning af dette. Fascilitator er ligeledes opmærksom på, at spørgsmålene fra interviewguiden besvares.

Fokusgruppeinterviewet er til forskel fra enkelt interviewet en hurtig måde at samle detaljerede informationer på. Vi forsøger at opnå en gruppeinteraktion omkring de emner, der er i spil. En styrke er netop, at interaktionen i gruppen kan stimulere til ægte og nuancerede udsagn fra informanterne og virke som kontrol på usande oplysninger. Svaghed ved denne interviewform er, at spørgsmålene må begrænses for at alle informanter kan være med til at give et svar. Informanterne er en aktiv del af processen og interviewet foregår i rolige omgivelser. Stemningen og indstillingen til emnet i interviewet er vigtig og har betydning for vores fortsatte samarbejde. Det er på længere sigt vores intention at kvalitetsforbedre rehabiliteringen i forhold til håndspecialet i Region Syddanmark.

Interviewet foretages med udgangspunkt i interviewguiden udarbejdet med baggrund i det ergoterapeutiske teorigrundlag beskrevet i CMOP-E. Vi forventer, at COPM er et kendt undersøgelsesredskab for informanterne, og at de har en vis erfaring i brug af redskabet.

I interviewundersøgelsen anvender vi både deduktive og induktive fremgangsmåder. Den deduktive fremgangsmåde er teoristyret, *top-down*, med udgangspunkt i det canadiske teorimateriale. Vi går ovenfra ned i materialet for at finde svar (Malterud, 2003). En induktiv tilgang er, når forskeren er åben overfor afdækning af nye forståelsesmuligheder. Vi går i forhold til de empiriske data *bottom-up* for at finde et svar.

Denne metode er fremherskende, da det er en kvalitativ forskning. Interviewet er åbent og kun lidt struktureret, og vi forsøger at forfølge svar og søge ny viden for at opnå en større forståelse for brug af COPM i hverdagen. Vi er bevidste om vores egne roller i forhold til subjektivitet, refleksivitet og positionering (Thornquist, 2006).

Ved at sammenholde informanternes udsagn med deres skrevne kommentarer vil validiteten styrkes. På denne måde fremkommer der upåvirkede data fra informanterne, idet hver deltager har haft ro til at formulere egen holdning inden fokusgruppeinterviewet.

Transskription

Interviewet båndes og transskriberes, og vores data systematiseres og analyseres ud fra Malteruds modificerede analysemodel af Georgis fænomenologiske analyse (Malterud, 2004 pp.99 – 112).

Transskriberingen foretages af moderator og fascilitator i fællesskab. Da vi selv både modererer og transskriberer, kan der opstå usikkerhed omkring fortolkning og reliabiliteten kan blive forringet. Vi opstiller derfor nogle transskriptions procedurer for at forbedre reliabiliteten (Lunde, 2003 p. 285).

Transskriberingen skrives ned i så ordrette vendinger som muligt. Vi forsøger at medtage udsagn som øh, hmm, ophold med ... og – ved pauser. Vi vælger at understrege, når informanten lægger tryk på det sagte. Vi har den fordel, at vi kan inddrage vores erfaringer fra fokusgruppeinterviewet i det optagne og transskriberede materiale, fordi vi såvel har modereret som transskriberet. Vi hører og læser det bandede og transskriberede materiale flere gange sammen, for at opnå så korrekt en transskription som mulig. Ifølge Kvale er der ingen sand, objektiv transformation fra mundtlig til skriftlig form, men vi gør det for at være tro mod det fænomenologien siger (2009 p.208). Det transskriberede materiale er på 18 sider, men vedlægges ikke som bilag. Derimod vedlægges den udarbejdede matrix (bilag 7).

Etiske og juridiske overvejelser

Informanterne informeres om projektet inden interviewet ud fra etiske overvejelser. I et brev beskriver vi formål, baggrundslitteratur, temaer for fokusgruppeinterviewet, den efterfølgende anvendelse, rapportering og brug af materialet (bilag 2 og 3). Informanterne opfordres til at gøre sig tanker og forberede nogle få spørgsmål skriftligt. Vi indhenter mundtligt og skriftligt informeret samtykke fra informanterne, og de garanteres anonymitet i projektet (bilag 5). De informeres om, at det bandede interview og det transskriberede materiale, destrueres efter projektets afslutning. Informanterne har hermed mulighed for at tage stilling til, om de ønsker at deltage, ligesom de til enhver tid kan trække sig ud af projektet. Vi gentager indledningsvis i interviewet disse etiske overvejelser og formål.

De etiske krav til vores moderatorrolle indebærer, at vi som interviewere kan komme i situationer, hvor det videnskabelige ansvar og hensynet til forskningen skal vejes op mod etiske hensyn (Kvale, 2009). I den forbindelse forventes det, at interviewerens internaliserer almindelig moralsk optræden og handlen, og at vi besidder sensitivitet og ansvarlighed for etiske spørgsmål før, under og efter afviklingen af interviewet (ibid.). Kvale pointerer, at sensitiviteten benyttes til at identificere etiske spørgsmål og problemer. Ansvarligheden skal fungere som en forpligtigelse til at gøre noget ved disse problemer, hvis og når de opstår (ibid.).

Da vi som forskere er ergoterapeuter, og således undersøger i eget felt blandt kolleger, forudser vi nogle blinde pletter (Ploug Hansen, 1999 p.25). De blinde pletter kan f. eks. dreje sig om at have svært ved at stille spørgsmål vedrørende forhold, der for os virker selvfølgelige. Vi kan komme til at identificere os for meget med informanterne, så vi ikke formår at bevare den professionelle afstand, som er vigtig (Kvale, 2009).

Ifølge Videnskabsetisk Komite skal kvalitetsudviklingsprojekter ikke anmeldes, da der ikke er personhenførbare data i projektet (Den centrale Videnskabsetiske komite, 2007). Idet alle vores data anonymiseres, skal projektet ikke anmeldes til Datatilsynet, men opbevares aflåst, indtil projektet er publiceret, hvorefter data makuleres (Kjærgaard; Mainz et al, 2001).

Metode til analyse af empirien

Vi vælger at tage afsæt i en teoristyret analyse fra Malterud, hvor de temaer, som vores undersøgelse frembringer, har afsæt i det canadiske teorimateriale (Malterud, 2004). Det gøres, fordi der er relativt mange data at bearbejde, og da det for nybegyndere er vigtigt at have en stringent måde at analysere data på. Malterud modificerer Giorgis fænomenologiske analyse, og beskriver den som velegnet til en tværgående analyse af fænomener, hvor mange informanter er med for at udvikle nye beskrivelser og begreber (ibid.).

Analysen opdeles i fire trin:

- Få et helhedsindtryk – fra vildnis til temaer
- Identificer meningsdannende enheder
- Abstraher indholdet i de enkelte meningsbærende enheder. Kondensering fra kode til mening
- Resumere betydningen af det du har fundet og sammenfatte betydningen af det.

Ovenstående beskrives i bilag 6.

Den danner ligeledes baggrund for den senere analyse, hvor udledte meningsbærende enheder fra empirien i interviewet holdes op mod det canadiske teorimateriale og den beskrevne litteratur. Herved bliver det eksakte mere generelt. CMOP-E kan som model være med til at danne grundlag for billeder, der kan give en ny mening og mulighed for at udvikle ny viden (ibid.).

Analyse af empiri

Fremgangsmåde

Som nævnt i metodeafsnittet anvender vi Malteruds fire trin til analyse af vores kvalitative data, idet vi benytter Malteruds modificerede model af Giorgis fænomenologiske analyse.

De meningsbærende enheder stemmer godt overens med temaerne i vores interviewguide. Der er en relevant kobling til de meningsbærende enheder, som vi udleder af informanternes udsagn og til problemformuleringen vedrørende COPM, klientcentrering og at muliggøre betydningsfulde aktiviteter (2004).

De fire udledte tema er:

- Kendskab til det canadiske materiale
- Brug af undersøgelsesredskabet COPM
- Muliggøre betydningsfulde aktiviteter
- At arbejde klientcentreret

Under selve arbejdet med analysen udarbejdes en matrix for at tydeliggøre de fire overordnede temaers afledte koder og subgrupper (bilag 7). I matrixen forekommer et femte tema som omtales i konklusion og perspektivering.

I analysens sidste trin lægges vægt på at kunne videreformidle beskrivelser af det samlede indhold, der afdækkes under interviewene og struktureres i de centrale temaer, som har relation til projektets problemformulering. Meningskondensering og fortolkning sker ud fra det canadiske teorimateriale og den beskrevne litteratur. Vi anvender den hermeneutiske indgangsvinkel, og dataene præsenteres i forhold til de fire temaer, vi udleder fra informanternes udsagn. Nogle af udsagnene vil være aktuelle i flere temaer, og enkelte koder fravælges, idet de ikke er relevante for vores problemformulering.

Informanterne præsenteres i det efterfølgende som A, B, C og D. Det nævnte sideantal refererer til det transskriberede materiale. Informanternes udsagn tydeliggøres med indryk og kursiv, men uden citationstegn. Vi vælger at bruge citationstegn uden indryk ved reference til direkte citat af forfattere i analysen.

Kendskab til det canadiske materiale

I vores fokusgruppeinterview viser det sig, at to af informanterne har manglende kendskab eller overfladisk kendskab til det canadiske materiale. A udtaler, at de på trods af tre til fire temadage endnu ikke har fået implementeret COPM i en travl hverdag. De har ikke nået at få struktureret en indførelse i brug af den.

*... så jeg burde jo vide lidt mere end jeg synes jeg gør – så prøver vi at bruge den hos os eller vi vil gerne prøve i hvert fald – men vi har ikke fået struktureret en...en indførelse i brugen af den, så den kommer frem lidt tilfældigt må jeg nok sige
...(A, p.1)*

B, der arbejder i kommunalt regi, fortæller, at hun egentligt gerne vil arbejde med COPM. I det tværfaglige team har de talt om, at det kunne være rigtig spændende at arbejde med COPM og få arrangeret en temadag. Hendes to ergoterapeut kolleger har god erfaring med at bruge redskabet.

...altså jeg har meget også overfladisk kendskab til COPM...der har min kollega egentlig kunnet se: ”Jamen det ville egentlig være rigtig godt til at målrette altså ved en visitations samtale” ...så på den måde så ligger det lidt på trapperne, og jeg tror egentlig det kunne være rigtig spændende at arbejde med – faktisk at bruge det tværfagligt!... (B, p.1)

De to andre informanter har en del mere kendskab til brug af undersøgelsesredskabet COPM. C bruger det dagligt og oplever, at være skolet i brugen af COPM og har læst bogen. I forhold til implementering af det canadiske materiale har der været temadage og efterfølgende kollegial supervision.

*...så har vi også haft en temadag for mange år siden...synes jo at det er meget sådan kollegial supervision og så har vi den jo oppe en gang i mellem for hvordan vi gør og hvordan vi bruger den...(C, p.4)
... men det er så fordi at vi nu er blevet så skolede i den måde at spørge på og svare ud fra...(C, p.3)*

D refererer, at hun er undervist i det canadiske materiale i hendes uddannelsesforløb. Senere er hun blevet opdateret i forhold til den nye version.

...jeg har brugt det rigtig meget med de studerende og ...de har implementeret COPM i håndkirurgisk gruppe...de afsluttede et projekt, så selv lægerne er faktisk rigtig glade for det, når de bliver lavet...(D, p.3)

Wressles undersøgelse viser, at netop manglende kendskab er den hyppigste årsag til at COPM ikke bruges (2004). Hun refererer også:

“...client-centred practice requires the use of new knowledge ...”(2004 p.13)

Sumsion refererer ligeledes, at en af de største forhindringer i at bruge redskabet er manglende kendskab til klientcentreret praksis, som COPM bygger på (2000).

I forhold til C's og D's erfaringer skriver Sumsion:

”...therapists need training through support groups and mentoring...” (2000 p.16)

Brug af undersøgelsesredskabet COPM

I rehabiliteringsfasen bruger de tre af informanterne COPM i deres daglige arbejde. De fortæller, at redskabet giver en god introduktion til fagets kerneområder. COPM tager udgangspunkt i alle klientens nævnte aktivitetsproblematikker og fokus er på klientens egen aktivitetsformåen.

... jamen jeg bruger den meget til næsten alle ... dem, som vi har i sådan et ambulant forløb...indenfor de første par gange vi ser patienten...jeg bruger den altså også meget til at komme rundt om patienten...så du kommer ind altså om hjælpemiddelbehov, og hvad for nogen aktivitetsproblemer de har...via COPM-en ... (C, p.2)

...jeg synes det er en god start – til en optræning, fordi du sådan kommer ind på med hvad ergoterapi er som kerneområder, så vi ikke falder i og kun koncentrerer os om de her øvelser, de skal hjem og lave...(C, p.5)

Ifølge manualen for COPM skaber den en brugbar ramme for indledende undersøgelse af alle aktivitetsområder og hjælper til at implementere en klientcentreret indfaldsvinkel (Enemark (red.), 2007).

Alle informanter udtaler sig om fordele og barrierer i forhold til brugen af COPM. De nævner, at redskabet er med til at strukturere klientens prioritering af aktiviteter og ergoterapeutens arbejdsmåde.

...det er jo netop en struktureret måde at gøre det... og så har du det at vende tilbage til og vi har hold på patienten – jamen det var det her vi aftalte...(A, p.3)

...- det med synliggørelse overfor patienten, og også når man laver revurderingen, så kan de også se at – jo hov de har måske scoret højere end i forhold til, hvad de gjorde i starten... det synes jeg på den måde er det et rigtigt godt bud...(D, p.5)

...synliggørelse for patienten er en fordel ved redskabet...(D, skr.)

En af informanterne i Enemarks undersøgelse udtaler:

”...det gode ved at medinddrage patienten i prioriteringen ... er at patienter føler og ser meningen med det vi laver...” (2002, p. 19)

Tidsfaktoren nævnes flere gange. Informanterne udtrykker, at brugen af COPM både tager energi og tid, men også kan spare tid for ergoterapeuten i hendes arbejde med at afdække aktivitetsproblemer.

...men jeg tør næsten ikke sige det...tidsfaktoren...og alt det der er kommet ned over os... det tager både energien og tiden... det er en undskyldning men vi når det simpelthen ikke...(A, p.1)

...så det altså det der med at den tager tid, det gør den altså, men du får den der snak, som du alligevel ta´r med patienten... så sparer man tid til det... (C,p.2)

... det ta´r en større del af dig tit – men det er også det der gør det spændende...(A, p.12)

Sumsion skriver:

”Therapists feel they do not have enough time to work in a client-centred way” ... (2002 p.16)

At arbejde klientcentreret kræver, at ergoterapeuten engagerer sig og bruger den nødvendige tid i forhold til at muliggøre aktivitet og deltagelse i hverdagslivet for det enkelte menneske.

”Klienten og terapeutens samarbejdende interaktion i ergoterapien er essentiel for den aktivitetsmæssige forandringsproces.” (Christophersen, 2008 p. 319)

En af informanterne giver udtryk for, at der kan være en barriere i forhold til at bruge redskabet i forskningssammenhæng. Aktivitetsproblematikker kan være meget forskellige i deres kompleksitet, f.eks. at snøre sine sko og at søge nyt arbejde. Det kan være svært at sammenligne klienter ud fra individuelle aktivitetsmål.

...det kan være svært at gøre de her COPM-er op, hvis man sådan skal finde ud af om det har nogen effekt, det vi laver...derfor ville det jo være godt nok at koble den med noget andet, som man jo så kan bruge rent forskningsmæssigt, tænker jeg...at den godt kan hænge sammen med... f.eks. DASH⁹ eller et eller andet...(C, p.8)

I det teoretiske grundlag, som redskabet er udviklet på baggrund af, beskrives aktivitetsudførelse som en individuel subjektiv oplevelse. Da COPM scorerne afhænger af hvilke problemer den enkelte klient har identificeret, er det svært at sammenligne og fortolke scorer for grupper af individer (Enemark (red.), 2007 p. 15).

Hvis COPM ikke bliver brugt tidligt i forløbet, kommer klienten muligvis ikke i fokus. Der kan opstå situationer, ergoterapeuten ikke har forudset.

...--en gang imellem synes jeg – selv for en gammel garvet terapeut, at jeg får en fornemmelse af – jeg kommer alligevel ikke helt rundt – eller jeg er kommet til at overtrumfe patientens mål...havde jeg dog bare taget den COPM frem og brugt den fra starten, fordi så var det patienten, der var kommet på banen, så kommer jeg ikke i den situation hvor jeg...- ” tror” at jeg har lavet mål sammen med patienten, og jeg har egentlig påduttet patienten, det jeg mener er vigtigt...(A. p.3)

Enemark skriver, at det at arbejde klientcentreret kræver en paradigmeændring. Selv om danske ergoterapeuter ønsker at anvende det canadiske materiale kan det vise sig at være vanskeligt, hvis ergoterapeuternes værdier, holdninger og attituder er præget af at arbejde med et stærkt forankret positivistisk paradigme (2002). Engagement i klientcentreret samarbejde er et fundament i ergoterapi. Det kræver, at der lægges bevidst vægt på magtdeling. Klienterne skal vide, at de har ret til at dele magten med henblik på valg og beslutninger om deres betydningsfulde aktiviteter (Christophersen, 2008 p. 166).

⁹ DASH = Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand: Et spørgeskema, der afdækker fysisk funktion og symptomer hos personer med funktionsnedsættelse af arm, skulder og/eller hånd. Spørgeskemaet omfatter en blanding af funktion og livskvalitet. Skemaet består af 30 spørgsmål, samt en valgfri del om arbejdsevne og en valgfri del, der er relateret til sportsfolk og udøvede kunstnere. DASH er oversat til dansk (<http://fafo.fysio.dk/sw14425.asp>).

Under dette tema udtrykker informanterne også meninger om patientforløb og regimepatienter. Disse meninger belyser vi i diskussionsafsnittet.

Muliggøre betydningsfulde aktiviteter

Informanterne udtrykker, at de har fokus på klientens betydningsfulde aktiviteter. De beskriver flere cases, hvor dette fremgår. Der opstår en dialog informanterne imellem, hvor de reflekterer over hinandens udsagn.

...jeg havde en patient... hendes største problem var, at hun ikke kunne tage make up på ...og det betød rigtig meget for hende...hun havde selv stor forståelse for og vidste godt, at der var lang vej før hun kunne det – men det var hendes første prioritet for det betød mest for hende.(D, p.10)

Meget personligt!(A, p.11)

Ja, - betydningsfuld aktivitet for hende! – (D, p.11)

... nogen når det er smerte de kommer med, så er det dét, der fylder allermest...det er måske også dét, der hindrer i at være aktiv og i at komme i gang med betydningsfulde aktiviteter...når vi ...får hul på den smerteproblematik...så er mange gode til.. at prøve med de aktiviteter, de gerne vil..(B, p.7)

CMOP-E, som er den teoretiske referenceramme bag COPM, bruges til at vise de betydningsfulde aktiviteter som kerneområde for ergoterapeuters interesser (Christophersen, 2008 p. 60).

Betydningsfulde aktiviteter er aktiviteter i hverdagslivet, som gives mening og værdi af enkeltpersoner. De er alt det, mennesker foretager sig for at aktivere sig selv indenfor egenomsorg, fritidssysler og produktivitet (Cristophersen, 2008 p.52).

I 1919 skrev Dunton:

”Betydningsfulde aktiviteter er lige så nødvendige for livet som mad og drikke. Ethvert menneske bør have både fysiske og psykiske aktiviteter...syge kroppe og syge sjæle kan helbredes gennem betydningsfulde aktiviteter”(Christophersen, 2008 p. 49)

Under interviewet kommer informanterne ind på, at nogle klienter foretrækker funktionstræning og øvelser, og at de her har svært ved at få afdækket klientens betydningsfulde aktiviteter. Deres erfaring viser dog, at funktionstræning og øvelser godt kan være meningsfulde aktiviteter.

...hvis de er sådan en, der går i fitness center og hellere vil de her...rene øvelser, det synes jeg jo, at der jo er nogen...der ikke har lyst til at udlevere sig selv, som man jo gør i en COPM...(C, p.10)

...når I nu snakker om dem der bøj stræk typer, så tænker jeg...at det jo er en betydningsfuld aktivitet for dem at gå i ”body” og få tatoveringer og barbere sig ned ad brystet og smøre sig selv ind i olier og sådan nogle ting... Det er så deres aktiviteter...så er det dét han skal støttes i...(B, p.11)

Den ergoterapeutiske intervention, som finder sted på et somatisk sygehus, er præget af det paradigme, som eksisterer på hospitalet. Ergoterapeuter giver udtryk for, at de bevarer opmærksomheden på aktiviteterne trods den primære anvendelse af ikke-aktivitetsorienterede teknikker til både undersøgelse og behandling. De har et holistisk syn på klienterne og er opmærksomme på aktiviteter, men vejen dertil er ofte reduktionistisk og forståelsen ses ikke altid i praksis (Enemark, 2002 p. 3-5).

...jeg oplever tit, at vi kommer r- som om aktiviteter på, fordi det er svært at komme til at arbejde med lige præcis den aktivitet, de har besvær med...hvis du har besvær med at vride en klud, kan man godt prøve af, men at få det ind i en aktivitet, det synes jeg tit kan blive lidt akavet...(A, p.10)

..altså når du siger at få det ind i en aktivitet...kan gå hen og tørre bordet og vrider en klud – så synes jeg også det er en aktivitet...(C, p.10)

...Jamen, det er jo ikke en aktivitet jo -, men det er jo en aktivitet...det med en meningsfuld aktivitet kan man jo godt sige...(A, p.10)

Engagement i betydningsfulde aktiviteter er netop det der giver mening for klienten og hjælper til at opnå selvfølelse (Christophersen, 2008 p.59).

At arbejde klientcentreret

Flere af informanterne udtrykker, at COPM er med til at give klienterne et medansvar og få dem til at se at aktiviteterne er vigtige. De nævner ligeledes, at de involveres mere i klienterne, og at det kræver et større engagement både af klient og ergoterapeut.

...COPM er også med til at give dem et medansvar når du snakker med dem på den måde...(A, p.5)

...om at arbejde klientcentreret vil jeg godt lige sige, at jeg synes...at selve grunduddannelse...cirka 20 år tilbage... er det jeg har med i min rygsæk...jeg tænker...hvornår er det her en intervention der støtter patienten i selv at kunne varetage sit liv altså...(B, p.11)

...Jamen det er jo også meget tit at vi bliver involveret meget mere i patienten, end vi ville blive, hvis vi ikke arbejdede klientcentreret...(A, p.12)

...det er vigtigt, at det er patientens betydningsfulde aktiviteter og ikke mine. Selv små aktiviteter kan skabe håb om en brugbar hånd...(C, skr.)

Borg beskriver, at dansk ergoterapi ideologisk har rødder i en humanistisk tankegang (Kristensen, 2004). Gennem en årrække var ergoterapifagets grundsyn på mennesket præget af det biomedicinske paradigme. I 1990'erne sætter den amerikanske ergoterapeutprofessor Kielhofner

blandt flere en diskurs i gang med fokus på aktivitetsbegrebet, og hvad det medfører for ergoterapifagets menneskesyn og praksis (ibid.).

Formålet med det klient-professionelle forhold med klienter som partnere er netop at muliggøre individuel og social forandring gennem betydningsfulde aktiviteter (Christophersen, 2008).

Den klientcentrerede tilgang kan også ifølge informanterne have visse ulemper. Ergoterapeuten kan ud fra sin professionelle viden nogle gange have svært ved at acceptere klientens prioritering af aktivitetsmål.

...om man så tager og arbejder med lige præcis ...de ting, som patienten gerne vil arbejde med... det kan være, at jeg har nogle andre ting, der skal nås først i forhold til den viden jeg har og skaden...(D, p.9)

...så hvis deres mål ligger meget ved siden af ...så kan det godt være svært nogen gange... men det er jo også det, der gør det spændende og få dem med alligevel...hvis vi ikke har dem med...så er det jo ikke meningsfyldt for dem... og så gør de jo ikke det, så de får det bedste resultat...(C, p.12)

...nogle gange er patienten ikke realistisk, og det er svært hvis mål er for store...(C, skr.)

En af de største barrierer i Wressles undersøgelse om brug af COPM er, at ergoterapeuten og klienten har forskellige mål, og at ergoterapeutens værdier og viden forhindrer dem i at acceptere klientens mål (2004).

En af informanterne udtrykker:

...de kan jo vælge at lade være med at komme til ergoterapien, så altså de tvinges jo ikke til at komme. Så det ser jeg også lidt som klientcentrering, at det jo er et tilbud vi giver dem...(D, p.12)

Magtdeling er problematisk, da ergoterapi per definition er en profession, som er struktureret og styret hierarkisk. Professioner er baseret på den status og de privilegier, man tildeler ekspertviden og færdigheder. Det klientcentrerede samarbejde går imod forventningerne til en professionel ekspert (Christophersen, 2008).

...some people might not always be used to making demands on care providers, relying instead on the knowledge of the professionals and simply waiting for "the optimal treatment". Client power might be low at the beginning of the rehabilitation process...(Wressle, 2004 p.15)

Informanterne har alternative bud på at arbejde klientcentreret frem for at bruge COPM.

...for mit vedkommende...er det meget...en form for interview...så hun skal jo have hendes bluse af og på – så er det meget oplagt lige at få en snak, hvordan går det nu...(B, p.6)

...inddragelse af patienten i den ergoterapeutiske intervention...(D, skr.)

... lytte til hvor patienten er, har af behov, har af ressourcer og sammensæt træning efter det, så patienten er med og ikke overbebyrdes med øvelser og "krav" om inddragelse...(C, skr.)

Ifølge Kristensen viser ergoterapeuter forståelse for, at aktivitet kan fungere som dialogredskab mellem klienten og dennes samfundsmæssige betingelser. Der skabes således forståelse for betydningen af individets motivation og energi, som grundlag for at skabe et hverdagsliv (2004).

I praksis anvendes også andre ergoterapeutiske teorimodeller, fremgår det i fokusgruppeinterviewet. Her nævnes Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) og Den Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF).

...vi har jo bygget vores praksisbeskrivelser...op ...efter den canadiske model - ... men jeg kan selv vældig godt lide OTIPM...(C, p. 15)

...i ergoterapien der arbejder vi jo med det canadiske materiale – for tiden arbejder vi jo fys - ergo meget med ICF implementeringen...det tager tiden og det – suk – det passer jo meget godt med det canadiske også...(A, p. 16)

... vi bruger også ICF i vores genoptræningsplaner... (D. p. 16)

Det fremhæves, at andre ergoterapeutiske modeller f. eks. OTIPM er brugbare i den daglige praksis (Kristensen, 2004 p.42). ICF klassifikationen har mange lighedspunkter med CMOP-E modellen. Både ICF og CMOP-E modellerne peger på, hvor vigtig interaktionen er mellem person og omgivelser for den menneskelige funktionsevne. I ICF- klassifikationen beskrives funktion som aktivitet og deltagelse, og i CMOP-E modellen som aktivitetsudøvelse og – engagement (Christophersen, 2008 p. 77).

Under fokusgruppeinterviewet udtrykker især to af informanterne sig tydeligt igennem deres kropssprog. I forhold til et kropsfænomenologisk perspektiv observeres pauser, der sukkes, og vi fornemmer følelser som flovhed og forlegenhed i forhold til emnet. Thornquist skriver:

"...Når vi forhindres i at gøre det, som vi plejer at gøre, og det, vi ønsker at gøre, opstår der en splittelse mellem kroppen og det intentionelle subjekt, der under normale omstændigheder er en ureflekteret og integreret helhed. Kroppen står i vejen for realiseringen af planer og projekter... (2006 p.131)"

Den klientcentrede tilgang er endnu ikke forankret i kroppen for nogle af informanterne og er derfor ikke naturlig i planlægningen af klientens intervention. Det betyder at flere af udsagnene fra informanterne får ekstra vægt i forhold til det sagte.

Diskussion

Vores undersøgelses fokus er på hvilken måde ergoterapeuten arbejder klientcentreret. Formålet er at få indsigt i ergoterapeutens arbejdsmåde med at muliggøre brug af klientens betydningsfulde aktiviteter indenfor det håndterapeutiske speciale. Diskussionsafsnittet tager udgangspunkt i analysens resultater og i teori- og metodevalget. En vurdering er vigtig for at fastslå generaliserbarhed, reliabilitet og validitet (Kvale, 2001). I afsnittet inddrages ny teori og relevant litteratur for at supplere de valgte teorier og dermed belyse vores problemformulering. Vi tager udgangspunkt i de samme temaer som i analysen. Resultatet af sammenfatningen beskrives, og informanternes meninger vil udtrykkes med kursiv.

Kendskabet til COPM og det canadiske materiale er meget forskelligt informanterne imellem. *Det fremgår at en god og langvarig implementering har stor betydning for at undersøgelsesredskabet bliver brugt. Ny viden kræver opfølgning, supervision og refleksion imellem ergoterapeuterne for, at det kan lykkes.* Ledelsens accept er vigtig, og lederen skal motivere, støtte og være vedholdende for at implementere ny viden. Der er brug for ildsjæle, som er accepteret i gruppen. Barrierer og fremmere er vigtige at finde, så der kan indgås en dialog om den nye arbejdsmetode (Kotter, 1999 p.33). Arbejdsmetoden bør implementeres mundtligt og skriftligt, gentages og følges op i gruppen. Der er evidens for, at brug af en flerstrengt implementeringsstrategi giver en hurtigere og bedre indføring (ibid.). En professionel orienteret intervention med uddannelse, påmindelser og feedback giver en større effekt af evidens (Grol, 2003 p.1227). Ved en god implementering sikres således brug af det klientcentrede undersøgelsesredskab COPM i ergoterapeutens dagligdag, hvilket understøttes af Kotter og Grol. Implementering tager lang tid. En af informanterne, som bruger redskabet dagligt, fortæller *at indførelsen har stået på i over 10 år.*

Brug af COPM er med til at sikre ergoterapifagets kerneområder og give struktur for ergoterapeutens planlægning. Kielhofner opdeler det ergoterapeutiske paradigme i kernebegreber, det centrale synspunkt og de integrerede værdier (2001). I forståelsen af paradigmebegrebet væves de tre elementer sammen og former et begrebsmæssigt perspektiv og en faglig kultur, gennem hvilken ergoterapeuter ser deres praksis og deres fag. Den viden, som skabes i praksis inddrages

dog ikke aktivt (ibid.). I det canadiske paradigme er engagement netop et vigtigt element, som beskrevet tidligere i CMOP-E. *Informanterne udtrykker, at redskabet giver en god introduktion til fagets kerneområder, og ergoterapeuten involveres mere i klienten.* I forhold til vores problemformulering er det essentielt, at ergoterapeuten har viden om fagets kernebegreber og engagementet.

En række forskere har undersøgt COPM's anvendelighed. *Et af nøgleområderne er tidsforbruget, som nogle af informanterne nævner som en barriere.* Tidsforbruget for COPM er undersøgt blandt 347 ergoterapeuter i Canada. Undersøgelsen viser, at kun 14 % af disse mener, at redskabet tager for lang tid at anvende (Enemark (red.), 2007 p. 17).

En barriere for brug af COPM beskrives af Wressle, hvis ergoterapeuten mangler kendskab til COPM, på grund af ringe erfaring med den klientcentrerede tilgang, og tid til at reflektere kritisk over disse erfaringer (2004). *Dette er også, hvad vores informanter giver udtryk for i deres arbejde med klienterne.* Det er en af grundene til, at der ikke altid arbejdes klientcentreret, hvilket kan give svar på en del af vores problemformulering.

I forskningssammenhæng er det svært at sammenligne klienter ud fra individuelle aktivitetsmål. *En af informanterne påpeger, at COPM ikke kan bruges forskningsmæssigt.* Det er vigtigt at være opmærksom på, at COPM ikke er et normbestemt måleredskab. COPM er ikke normbaseret i sit design, fordi begrebet occupational performance indebærer, at aktivitetsudførelse afgøres individuelt (Enemark (red.)2007). Dette påpeges, idet det er essentielt i den ergoterapeutiske intervention at arbejde med validerede undersøgelsesredskaber. I vores egen afdeling giver lægerne udtryk for at redskabet giver mening for at kunne se fremgang set ud fra klientens perspektiv. Men som tidligere nævnt er der et problem ved at anvende redskabet i forskningssammenhæng, hvor flere klienter sammenlignes. DASH nævnes, som en valid og reliabel målemetode i forbindelse med måling af effekt (Drummond et al., 2007). DASH vil derfor være god at koble med COPM, *som en af informanterne foreslår(ibid.).*

At muliggøre betydningsfulde aktiviteter er for ergoterapeuten vanskeligt ved nogle klientforløb. *Ifølge informanterne er det netop svært ved klienter med store skader og fastlagte regimer.* Her kan tilgangen godt være klientcentreret, men ofte uden brug af COPM. Klientens betydningsfulde aktiviteter indkredses, men aktivitetsmålene ligger ofte ude i fremtiden. Der bruges en narrativ interviewform, hvor ergoterapeuten ud fra fortællinger skaber en meningsfuld behandlingssituation. Mattingly udtrykker:

”...to be meaningful, occupational therapy must function as a short story which fits within the larger story and illness story, patients are experiencing...”(1994)

At arbejde klientcentreret ved brug af COPM, der bygger på det narrative interview, kan ofte være vanskeligt. *Informanterne fortæller, at klienten nogle gange har andre mål end ergoterapeuten.* Det at forhandle fælles mål kræver partnerskab mellem klient og ergoterapeut. Det er vigtigt at lytte til klienten og med respekt for klientens værdier og meninger sammen finde frem til, hvad målene er (Arborelius, 1996). Det kan være vanskeligt at acceptere klientens mål, når informanternes viden og erfaring i forhold til klientens skade gør, at der er behov for at arbejde med andre mål først. En af informanterne løser problematikken med at motivere klienten til at tage fat på nogle af dennes delmål. Klientens delmål i COPM undersøgelsen er med til at sikre en klientcentreret tilgang, og ergoterapeuten forsvarer hermed at klienten på denne måde alligevel kommer til at arbejde med sine betydningsfulde aktiviteter.

En anden informant siger, at tilbuddet om ergoterapi er at arbejde klientcentreret, idet klienten kan lade være med at komme til ergoterapi. Der kan sættes spørgsmål ved, om der her kan tales om at arbejde klientcentreret eller om ergoterapeutens magtforhold er ligeværdigt, hvor nogle klienter, som tidligere nævnt er meget autoritetstro i forhold til eksperten.

Wressle skriver:

”...the decision to use a client-centred approach involves a moral choice by each individual therapist...(2004 p.15).

Kritik af metode og teori

I afsnittet beskrives overvejelser over metoderne og teorien anvendt i processen. Vi har valgt en kvalitativ undersøgelsesmetode. Metoden er velegnet til at forstå og fortolke meningsfulde fænomener. Vi får herved en beskrivelse af informanternes egne forestillinger, idet spørgsmålene til dem stilles åbent med få fokuspunkter. En anden måde at undersøge dette på kunne være et feltstudie, hvor vi observerer ergoterapeutens arbejdsmåde.

Anvendelsen af fokusgruppeinterview giver mange informationer på kort tid frem for enkeltinterview. At anvende transskription og meningskondensering er tidskrævende. Det gør det undersøgte materiale mindre, men med faste transskriberingsprocedurer er reliabiliteten for den undersøgte gruppe stadig tilfredsstillende (Wæhrens, 2008 p.44). Validiteten er styrket ved at vi sammen reflekterer undervejs. En af styrkerne ved fokusgruppeinterviewet er, at der sker dels en belysning af et specifikt emne ud fra informanternes erfaringer og holdninger og dels en gruppeproces, hvor deltagerne taler eller tier, inspireres, former synspunkter, dominerer eller lader

sig dominere (Dahler-Larsen, 1995). Svaghed er at antallet af spørgsmål begrænses, og moderator skal være trænet i gruppeledelse og gruppedynamik. Vi sætter spørgsmålstegn ved, om vi er fænomenologiske nok i fokusgruppinterviewet. Der er udarbejdet en interviewguide med temaer, der styrer informanterne. Det kan hæmme deres spontane meningsudvekslinger.

For at øge validiteten af informanternes udsagn anvender moderator sonderende spørgsmål, hvor der spørges ind til afklaring af det sagte. Moderator bruger således dialogisk validering for at styrke intersubjektiviteten mellem informant og forsker (Malterud, 2004 p.179)

I vores projekt kan der være fare for indforståethed og ønske om konsensus på grund af fælles faglighed. Tjørnov nævner, at fordelene er, at vi kan følge hinandens ræsonnering og derved komme dybere ned i refleksionerne (1997). Risikoen kan være kun at få bekræftet sin forforståelse, og at vi netop ikke kommer dybere ned i refleksionen.

Vi har valgt at analysere ud fra Malteruds modificerede analysemodel. Den udarbejdede matrix har systematiseret data i forhold til koder og informanter og har været med til at validere vores data. Der findes andre modeller til analyse af kvalitative data f. eks. Grounded theory, som er mere fænomenologisk, eller Kvaales analysemetode, som vi også kunne have valgt.

De indsamlede data fra interviewet er muligvis ikke dækkende for informanternes holdninger og erfaringer, idet de er styret af en interviewguide. Validiteten af informanternes udsagn er dog forsøgt sikret ved at benytte en vis grad af metodetriangulering, da vi har modtaget både skriftlige og mundtlige udsagn, og sammen som forskere har reflekteret over udsagnene.

Det canadiske teorimateriale er hele tiden under udvikling. Mere end 60 canadiske ergoterapeuter og forskere har forholdt sig kritisk til de nye teorimodeller for at imødegå kritik af de oprindelige modeller. Kerneområderne er dog fastholdt (Christophersen, 2008 p.17). Vores erfaring er, at COPM kan være vanskelig at bruge til regimepatienter og folk fra en anden kulturel baggrund. Her må vi være ekstra opmærksomme på at motivere og give information for at fastholde den klientcentrerede tilgang.

I forhold til de amerikanske og canadiske teorimodeller understreger Björklund, at vi når vi implementerer udenlandsk teori også importerer en faglig kultur, som ikke er forankret i vores samfundsudvikling (2000). Seniorforsker, Ph.d. i ergoterapi Borg giver dog udtryk for at CMOP-E modellens styrke er, at den er udviklet i et land, hvor sundhedssystemets organisering er mere lig det danske end det amerikanske (Kristensen, 2004).

Konklusion

Projektets formål er at indhente viden om ergoterapeuters arbejdsmåde indenfor håndspecialet ved brug af en klientcentrerede tilgang for at muliggøre klientens betydningsfulde aktiviteter og at indsamle viden om anvendelse af undersøgelsesredskabet COPM.

Projektet indfrier vores forventninger, idet der i fokusgruppeinterviewet fremkommer mange nuancerede udsagn med refleksioner fra informanterne. Resultaterne viser, at ergoterapeuter arbejder klientcentreret såvel med som uden brug af COPM. Ligeledes er de bevidste om at muliggøre klientens betydningsfulde aktiviteter i den ergoterapeutiske intervention.

Informanternes udsagn er kontekstspecifik, og vi har kun foretaget ét fokusgruppeinterview. Vi er derfor varsomme med at generalisere og er opmærksomme på at vores resultater ikke kan overføres og anvendes direkte i andre ergoterapeuters praksis. Vi opnår i undersøgelsen et nuanceret billede i brugen af COPM og den klientcentrerede tilgang. Resultaterne er reliable for gruppen, men vil blive anderledes med en anden metode.

Informanterne har forskelligt kendskab til det canadiske materiale og et individuelt erfaringsgrundlag, men deres grundsyn og fagets kernebegreber bygger på det humanistiske menneskesyn og er med i deres arbejde med klienten.

Tidsfaktoren har betydning for anvendelsen af COPM, som ved hjælp af skemaets struktur kan spare tid. Det kræver dog en flerstrengt og vedholdende implementering af den nye viden, hvor ledelsen medvirker som katalysator.

Resultaterne viser, at det kan være vanskeligt at bruge COPM til visse klientgrupper. Ligeledes kan COPM ikke bruges rent forskningsmæssigt til at måle effekt, når flere klientresultater sammenholdes. COPM viser sig at være et effektivt undersøgelsesredskab til at finde klientens betydningsfulde aktiviteter og til at arbejde klientcentreret. Andre undersøgelses metoder er dog også klientcentrerede og kan muliggøre klientens betydningsfulde aktiviteter f. eks. OTIPM.

Perspektivering

Vi vil her se på muligheden for at bruge vores resultater i fremtiden. Denne viden vil vi formidle i håndspecialet i Region Syddanmark for hermed at kvalitetssikre området.

I vores praksis er der udarbejdet en klinisk retningslinje for brug af COPM (bilag 8). Denne er introduceret for informanterne i fokusgruppeinterviewet. Ergoterapeuter indenfor håndspecialet i

regionen vil i et fagligt forum arbejde på konsensus til en fælles klinisk retningslinje for at sikre en implementering. Wressles doktorafhandling viser at:

”...the COPM improves client participation in the rehabilitation process (2002).

Vi forestiller os, at det gøres ved brug af Delphi metoden, som ved skriftlig formidling via brev eller computer indhenter informationer og kommentarer for at opnå enighed (Delphi, 2005).

Ergoterapiafdelinger arbejder med fagets værdigrundlag i forbindelse med indførelse af det nye canadiske teorimateriale.

Indlæring af eksplicit ny viden er for nogle skræmmende. Bandura påstår, at selvopfattelse for mestringsevne er grundlæggende (Bruun, 2004 p.44). Høj mestringstro er vigtig for kompetenceudvikling og lav mestringstro en væsentlig hindring. Den påvirker implementeringen, men de kommer med blot senere (Fraser, 2002 p. 65). Strategien forudsætter, at der arbejdes sammen i forhold til læring. Roger hævder, at brugere, der har svært ved at forstå budskabet, hæmmer udbredelsen. I hans diffusionsteori konkluderes, at jo større subjektiv oplevelse af nytte, jo større er sandsynligheden for at budskabet spredes (1999 p. 404). Kan der skabes en kultur for den nye arbejdsmåde, som er forenelig med de etablerede værdier og erfaringer, er der større chance for at implementeringen lykkes. Men først når den nye viden er blevet rutine og sidder under huden, kan den siges at være implementeret.

COPM er et individuelt undersøgelsesredskab, hvilket skaber et problem i forhold til forskning. På et magisterkursus, ”Rehabilitering inom Handkirurgi”, på Lunds Universitet blev det fremhævet, at de har indført DASH sammen med COPM som standard for alle håndpatienter på håndklinikken i Malmø. Det er gjort for at kunne måle effekt og samtidig sikre klientens individuelle sundhedstilstand. Herved kan resultatmålingerne bruges på tværs af individer til forskning (Rosén, 2008). Vi vil derfor i fremtiden arbejde på at implementere denne praksis i Region Syddanmark for at kvalitetssikre håndspecialet.

Bilag 1

Canadian Model of Occupational Performance Measure – COPM

TILFØJELSER OG BAGGRUNDSINFORMATION

Første vurdering:

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

Canadian Occupational Performance Measure

second edition

Canadian Association of Occupational Therapists Publications ACE 1994

COPM

DANSK VERSION

COPM er et ergoterapeutisk redskab til resultatmåling, konstrueret med henblik på at opfange ændringer i en klients egen vurdering af tilfredshed med udførelsen af vigtige daglige aktiviteter.

Revurdering:

Klientens navn:		
Alder:	Cpr. nr:	
Evt. anden respondent		
Dato for vurdering:	Planlagt dato for revurdering:	Dato for revurdering:

Ergoterapeut:
Institution/Afdeling/Distrikt:

TRIN 1 IDENTIFICERING AF AKTIVITETSPROBLEMATIKKER	TRIN 2 VURDERING AF BETYDNING
<p>For at identificere aktivitetsproblematikker interviewes klienten om sine daglige aktiviteter indenfor egen omsorg, arbejde og fritid. Bed klienten om at udføre de daglige aktiviteter, som han/hun ønsker at lave, har brug for at lave eller forventes at lave ved at tilskynde ham/hende til at tænke på en typisk dag. Bed herefter klienten om at identificere hvilke af disse daglige aktiviteter, der for øjeblikket er vanskelige at lave på tilfredsstillende måde.</p> <p>Skriv disse aktivitetsproblemer ind under 1A, 1B eller 1C.</p>	<p>Brug det tilhørende vurderingskort, og bed klienten - på en skala fra 1 til 10 - at vurdere, hvor vigtig hver enkelt aktivitet er. Skriv tallene i rubrikkerne ud for 1A, 1B eller 1C.</p>
<p>1 A: Egen omsorg</p> <p>Personlig omsorg (fx. tage tøj på, tage bad, spise, personlig hygiejne)</p>	<p>BETYDNING</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Funktionel mobilitet (fx. indendørs og uden-dørs i forbindelse med daglige aktiviteter)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Forbrugere/ samfundsborger (fx. brug af transportmidler, gå i butikker, pengesager)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>1 B: Arbejde</p>	<p>BETYDNING</p>
<p>Lønnet/ulønnet arbejde (fx. finde/beholde et arbejde, frivilligt arbejde)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Husarbejde og omsorg (fx. gøre rent, ordne vasketøj, lave mad)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Leg/skole/uddannelse (fx. leg, hjemmearbejde, daghøjskole)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

1 C: Fritid	BETYDNING
<p>Stille fritidsaktiviteter (fx. hobbyer, husflid, læse)</p> <p>Fysisk krævende aktiviteter (fx. sport, rejser, udfordringer)</p> <p>Sociale aktiviteter (fx. gæster, tage på besøg, telefonere, skriftlig kommunikation)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**TRIN 3 og 4:
SCORING - FØRSTE VURDERING OG REVURDERING**

Aktier de 5 vigtigste problemer med klienten og skriv dem ind neden for. Bed klienten (ved hjælp af vurderingskortene) om at vurdere hvert problem med hensyn til udførelse og tilfredshed. Udregn herefter de totale scores. De totale scores udregnes ved at lægge tallene for udførelse eller tilfredshed for alle problemerne sammen og dividere dem med antallet af problemer. Ved revurderingen vurderer klienten igen hvert enkelt problem mht. udførelse og tilfredshed. Udregn de nye scores og en score for den eventuelle ændring.

Første vurdering:	Revurdering:
<p>Aktivitetsproblemer:</p> <p>1. _____ Udførelse 1 _____ Tilfredshed 1 _____</p> <p>2. _____ Udførelse 1 _____ Tilfredshed 1 _____</p> <p>3. _____ Udførelse 1 _____ Tilfredshed 1 _____</p> <p>4. _____ Udførelse 1 _____ Tilfredshed 1 _____</p> <p>5. _____ Udførelse 1 _____ Tilfredshed 1 _____</p>	<p>Udførelse 2 _____ Tilfredshed 2 _____</p>
<p>Scoring:</p> <p>Totale score = $\frac{\text{Totale pointtal for udførelse eller tilfredshed}}{\text{antal problemer}}$</p> <p>Udførelse 1 score = _____ Tilfredshed 1 score = _____</p>	<p>Udførelse 2 score = _____ Tilfredshed 2 score = _____</p>
<p>Ændring i udførelse = udførelse 2 score - udførelse 1 score = _____</p> <p>Ændring i tilfredshed = tilfredshed 2 score - tilfredshed 1 score = _____</p>	

Bilag 2

Brev til informanter

Kære

den 22.04.09

A..... og jeg er i gang med vores afslutningsprojekt på den sundhedsfaglige diplomuddannelse. I den forbindelse vil vi gerne spørge dig, om du vil deltage i et fokusgruppe interview.

Vi vil foreslå, at det foregår efter temadag **den 30. april 2009 kl. 16. 00 til ca. 17.30.** Hvis vi kan komme i gang tidligere, gør vi det. Dog forventer vi ikke, at det vil tage længere tid. Vi har valgt at gøre det umiddelbart efter temadagen, for at du ikke skal bruge for meget tid.

Selve interviewet vil blive afholdt i et lokale tæt på. Du vil høre nærmere på dagen.

Vores projekt handler om COPM. Hvilke meninger du har for og imod? Hvad hæmmer og hvad fremmer brugen af redskabet? Ligeledes hvor meget du gør brug af klientens betydningsfulde aktiviteter (klientens mål) i dit daglige arbejde med klienten.

Vi håber meget, at du vil og har mulighed for hjælpe os med at gøre vores projekt mere praksisorienteret.

Vi vil meget gerne bede dig om at gøre dig nogle tanker inden – gerne skrive et par ord ned på et stykke papir, som vi må få bagefter.

Det drejer sig om henholdsvis:

- **positive erfaringer i forhold til COPM .**
- **negative erfaringer i forhold til COPM .**
- **hvad forstår du ved god ergoterapi?**

Jeg håber meget, at du kan og vil deltage i dette, da det vil have stor betydning for, at A.... og jeg kan færdiggøre vores projekt.

Jeg håber ligeledes på din accept af, at interviewet indspilles på bånd. Det vil blive slettet efter brug, og du garanteres fuld anonymitet. Desuden står det dig frit for ubegrundet at træde ud af undersøgelsen, hvis du måtte ønske det.

Ønsker du noget uddybet eller yderligere information er du velkommen til at kontakte os.

E-mail: mobil tlf. nr.:

E-mail: mobil tlf. nr.:

Vi glæder os meget til at se dig.

Venlig hilsen

R....., klinisk underviser

M....., special ergoterapeut

Bilag 3

Interviewguide til fokusgruppeinterview:

- Tema 1:** Hvilket kendskab har du til det canadiske materiale i forhold til håndpatienten?
- Tema 2:** Hvilke meninger har du om COPM som redskab i forhold til håndpatienten?
- Tema 3:** På hvilken måde ser du den klientcentrerede tilgang inddraget i den ergoterapeutiske intervention i forhold til håndpatienten?
- Tema 4:** Hvilket kendskab har du til professionsgrundlaget for ergoterapi – udarbejdet i 2008?
www.etf.dk

Interviewet som ca. varer 1 time vil blive optaget på båndoptager/minidisk, der vil blive placeret midt på bordet.

Kommentarer til deltagerne:

Der vil være mulighed for noget koldt at drikke og evt. lidt sødt/slik! Vi håber, at I forstår at det er vigtigt at der ikke bliver for meget støj under interviewet. Da vil gerne vil kunne blive klogere af jeres guldkorn efterfølgende.

Båndet vil efterfølgende blive transskriberet, – derfor er det som sagt vigtigt, at der er så lidt udenoms støj som muligt.

Bilag 4

Interviewguide til fokusgruppeinterview:

Indledes med gentagelse af etiske aspekter, formålet med interviewet og senere rapportskrivning. Vi vil forsøge at skabe en afslappet stemning for at få en dialog i gang på en god måde.

Tema 1: Hvilket kendskab har du til det canadiske materiale?

- På hvilken måde arbejder du med materialet i forhold til håndpatienten?
- Hvor meget har du arbejdet med de nye modeller?
- På hvilken måde er du introduceret til det canadiske materiale?

Tema 2: Hvilke meninger har du om COPM som redskab til håndpatienten?

- Hvilke muligheder kan du se i redskabet?
- Kan du se fordele?
- Kan du se barrierer?
- Har du bud på andre modeller som du synes kan opfylde behovet?

Tema 3: På hvilken måde ser du den klientcentrerede tilgang inddraget i den ergoterapeutiske intervention i forhold til håndpatienten?

- Hvad forstår du ved betydningsfulde aktiviteter?
- Hvordan mener du, at der kan arbejdes med aktiviteter?
- Hvad ser du af fordele og ulemper ved den klientcentrerede intervention?
- Hvilke alternative bud har du på at arbejde klientcentreret?

Tema 4: Hvilket kendskab har du til professionsgrundlaget for ergoterapi – udarbejdet i 2008?

www.etf.dk

- Hvilke ergoterapeutiske teorirammer (referencerammer) arbejder du ud fra?
- Hvilke værdier og visioner har du kendskab til på din arbejdsplads.

Tema 5: Afslutning

- Afrunding og mulighed for afsluttende kommentarer fra deltagerne.
- Afsluttende kommentarer fra os!

Bilag 5

Skriftlig samtykkeformular

Vi anmoder hermed om dit tilsagn om at deltage i vores fokusgruppeinterview vedrørende COPM torsdag den 30.04. 2009.

Data vil blive makuleret senest 3 uger efter at opgaven er bestået.

Du kan til enhver tid og uden begrundelse takke nej eller fortryde et evt. tilsagn inden vi afleverer vores opgave.

Alle dine oplysninger vil blive behandlet fortroligt og med fuld anonymitet.

I tilfælde af, at du har spørgsmål eller øvrige tilkendegivelser kan du kontakte R..... tlf.nr.:.....eller M.....tlf.nr.:.....

Jeg har læst samtykkeformularen og giver mit samtykke

Dato

Underskrift

Bilag 6

Malteruds fire trin efter Giorgis fænomenologiske analyse

1. Få et helhedsindtryk - fra vildnis til temaer

Ud fra vores transskriberede materiale, der flere gange er læst igennem som en helhed, udvælger vi nogle få temaer ud fra refleksion over det læste og vores interviewguide. Der foreslås fra 4 til 8 temaer. I vores projekt har vi fundet 4 temaer.

2. Identificere meningsdannende enheder:

Vi gennemgår materialet systematisk for at identificere meningsbærende enheder, som bærer viden til vores projekts problemformulering. Enhederne forsøges systematiseret efter temaerne holdt op imod problemformuleringen - kodning. Overvejelse om temaerne i 1. trin dækker de meningsbærende enheder. Vi vil vurdere om koderne repræsenterer fænomener med samme værdiklasse, er der fælleskab/forskelligheder i temaerne og koderne. Måske skal et tema fravælges eller revurderes. Vi vil også vurdere om nogle meningsbærende enheder skal ekskluderes. Der sker en dekontekstualisering. Under vores arbejde udvikles principper for dekontekstualisering af materialet.

3. Abstrahere indholdet i de enkelte meningsbærende enheder. Kondensering, fra kode til mening.

Vi vil holde kodegrupperne op imod vores interviewguide, det canadiske materiale og den fundne litteratur. Teksten tolkes ud fra vores faglige perspektiv og ståsted. Materialet sorteres i subgrupper. Det anbefales at få en anden til at vurdere, hvordan en anden ser det, og om vi som forskere ser rigtigt. Vi udarbejder en matrix for at gøre denne del af analysen mere tydelig for os selv (se bilag 7).

4. Resumere betydningen af det du har fundet

Ud fra vores nu fundne enkeltheder skal det hele sættes sammen igen. Teksterne skal rekontekstualiseres. Her sammenfatter vi det, som er fundet, og der sker en genfortælling, som indeholder en beskrivelse af det der er fundet. Den nye viden eller de nye begreber vil vi dele med andre.

Bilag 7		
Temaer	Koder	Subgrupper
Kendskab til det canadiske materiale	Teori - viden	Kendskab ikke så stort (A.p.1), kendskab overfladisk(B.p.1), manglende kendskab (B.p.6) teoridel der ligger bag, behov for at blive mere skolet (B.p.7), -bliver udfladiget ellers (B.p.7),har læst bogen (C.skr.) en del på skolen og som studerende og undervisning på ergoskolen i den nye version (D.p.3)
	Implementering	Temadage (A.p.1; C.p.4), kollegial supervision (C.p.4), undervisning (A.p.3), indførelse i brug (A.p.1), ikke struktureret indførelse (A.p.1), er blevet skolede (C.p.3)
Meninger om brug af undersøgelsesredskabet COPM	Kerneområder	God introduktion til vores kerneområder (C.skr.) tager udgangspunkt i alle de nævnte aktivitetsproblematikker (C.p.2), aktiviteter målrettet den enkelte pt. (C. skr.), aktivitetsorienteret indiv. målrettet (C. skr.) Pt. prioritering af aktiviteter, tilgang til pt. (A.p.3)
	Struktur	- ønsker at gøre det mere systematisk (A. p.1,p.4), godt overblik (C.skr.), godt materiale(A.p.4)
	Barriere	Tidsfaktoren, kommunalreform og ny ledelsesstruktur (A.p.1), forskningsmæssigt ...COPM, valideret redskab forskningsmæssigt (C.skr.,p.8), manglende kendskab, mangler teoridel (B.p.6,p.7), COPM tager tid (C.p.2; B.p.2),tidsfaktoren (A.p.1) det tager en større del af dig tit (A.p.12)
	Fordele	Struktureret måde (A.p.3)Samlet på et ark (C.p.3) vide at det er struktureret (C.p.3) vide hvad det er for en pt. du sidder overfor;hvad dens foretrukne aktiviteter er frem for dem du tror (C.p.3.) COPM sparrer tid (C.p.2) fokus på egen aktivitetsformåen (C.skr.) Synliggørelse for pt. (D.p.5), tager energi og tid, men det gør det spændende (A.p.12) og involveret mere i pt.(A.p.12) Får godt kendskab til pt. hverdag, værdier og prioriteringer; målrette(C.skr.)
	Udeladelse af brug af COPM	Kommer alligevel ikke helt rundt (A.p.3), jeg er kommet til at <u>overtrumfe</u> pt.s mål (A.p.3), kommer ikke i den situation, hvor jeg ”tror” jeg har lavet mål sammen med pt., og jeg har egentlig påduttet pt. det jeg mener er vigtigt (A.p.3.)
Forløb	Revurdering så kan de se, at de måske har scoret højere (D.p.5), følger op på og laver en revurdering (C.p.2), korte	

		collesforløb ikke COPM (C.p.2), ptt. i længere komplicerede forløb (C.p.4), regime patienter... der gør man det vel heller ikke...(A.p.4) regime pt.... ikke gøre det de gerne vil (C.13)
Muliggøre betydningsfulde aktiviteter	Betydningsfuld aktivitet	Naturligt fokus på aktiviteter(B.p.6), gode råd (D.p.9), fokus på de små fremskridt - egen aktivitetsformåen (C.skr.). Meningsfulde aktiviteter (A.p.10) Lægge make up (D.p.10), Meget personlig (A.p.11.) Ja, betydningsfuld aktivitet for hende (D.p.11) Betydningsfuld aktivitet for dem at gå i ”body” (B.11), analysere på hvad var det rent funktionelt hun manglede (B.p11.).
	Aktiviteter	Hjælpemidler, øvelser, træningsredskaber, Som om aktiviteter (A.p.10;C.p.10), andre ting skal nås først (D p.9), kompenserende strategier, gode råd (D.p.9),
	Mål	De ekstra ting, fint at have de der mål – andre mål først (C.9), mål langt ud i fremtiden (A.p.9; D.p.9), pt. prioriterer problematikker (D.p.9), regime patienter... der gør man det vel heller ikke...(A.p.4) regime pt.... ikke gøre det de gerne vil (C.13)
At arbejde klientcentreret	Klientcentrering	COPM er også med til at give dem et medansvar – når du snakker med dem på den måde (A.p.5) – få dem til at se at aktiviteterne er vigtige (C.p.5) Støtter pt. i at varetage sit liv (B.p.11), Tænker aktivitet for borgeren (B.p.11), tilbud til pt. ? (D.p.12), Genoptræningsplan – nødt til at spørge meget mere ind til borgeren (B.p.13) udfordring - få sammenhængende billede af borger (B.p.13)
	Ulemper v. klientcentering	Fokus på borgeren og borgerens hverdagsliv (Bp.13.), borgercentreret (B.p.12), meget mere involveret i pt.(A.p.12), Svært hvis deres mål ligger meget ved siden af tp. (C.12), andre ting der skal nås først (mål) (D.p.9) andre mål -ikke pt. med – ikke meningsfyldt aktivitet (C.12) – pt. får ikke det bedste resultat <u>det skal de jo (C.p.12)</u> , det tar´ en større del af dig tit (A.p.12.), regimepatienter - pt. må ikke gøre det de vil (A.p.4; C.p.13), nogle gange er pt. ikke realistisk - mål for store (C.skr.)
	Alternative bud på at arb. klientcentreret	Form for interview(B.p.7), andre arbejder klientcentrere”t(...siger det gør vi også...)”; fyssen, tværfagligt arbejdsredskab, samarbejde (B.p.16) Inddragelse af patienten (D.skr.) Svært ved store mål, spændende udfordring Snakke med borgeren (B.p.11 og 12; D.p.12), Lytte til pt., så pt. er med og ikke overbebyrdes med øvelser og ”krav” om inddragelse (C.skr.),

	Andre modeller	<p>nogle mål er oplagt at andre tager fat i – f.eks. fyssen (C.p.16)</p> <p>Vi bruger ADL taxonomien nogle få gange(D.p.7.) eller OTIPM også(D.p.15.), har ADL taxonomien liggende (A.p.7), men jeg kan selv vældig godt lide OTIPM (C.p.15), ICF-klientcentrering(D.p.16, laver AMPS på håndptt. (D.p.17)</p>
Kendskab til professionsgrundlaget og værdigrundlaget for arbejdspladsen	Ergoterapifagets professions grundlag	Manglende kendskab (A.;B;C;D.p.14), så det er meget klientcentreret (C.p.14)
	Andre referencerammer	<p>Canadiske materiale arbejdes med i ergoterapien - (A.p16;D.15.), OTIPM (C; D.p.15), laver AMPS på håndptt. (D.p.17) ikke ICF som bevidst ramme (B.p.15)</p> <p>Ergo/ fys. arbejder med ICF implementering (A.p.16). Viden – temadag om ICF (B.p.15), genoptræningsplaner ud fra ICF (D.p.16), ligger til højre ben til ergoterapeuter, som Gunnar siger(B.p.16).</p>
	Værdier på egen arb. plads	<p>Har værdisæt og nyt værdigrundlag (D.p.14)</p> <p><i>(Alle kender noget fra egen arb. Plads)</i> Ved de er der (C.skr.), sygehuset har et visions- og missionssæt (A.p.16) tværfagligt værdisæt meget ud fra borgerniveau og inddragelse af pårørende (B.p.15).</p>

Bilag 8 Retningslinie for COPM

Dokumenttitel:	Ergoterapeuters anvendelse af COPM som undersøgelsesredskab i håndergoterapeutisk rehabilitering
Formål:	At anvende COPM som standard undersøgelse i den ergoterapeutiske tilgang med hensigten at: <ul style="list-style-type: none"> Afklare patientens subjektive oplevelse af aktivitetsproblematikker i hverdagen Skabe grundlag for en klientcentreret og målrettet tilgang i rehabiliteringen
Definitioner:	COPM = Canadian Occupational Performance Measurement. COPM er et semistruktureret interview- og effektmålingsredskab, der afdækker de aktivitetsproblematikker, som patienten oplever aktuelt i sin hverdag.
Fremgangsmåde:	<p>Samtale med patient, hvor det tilstræbes at anvende det semistrukturerede COPM interview ved den indledende undersøgelse eller umiddelbart herefter for alle håndpatienter. Formålet med ergoterapi forklares for patienten med vægt på "at muliggøre vigtige daglige aktiviteter" (Basisbog i Ergoterapi, 2007 p. 213) i respekt for klienten og med inddragelse af dennes livserfaringer i behandlingsprocessen (deltagelse). <i>Undtagelser kan f.eks. være, hvor der forekommer restriktioner eller ved engangsseancer.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Beskriv COPM skemaet (fokus på aktivitet/deltagelse for at patienten og ergoterapeuten sammen kan målrette behandlingen) Identificer aktivitetsproblematikker – egen omsorg, arbejde og fritid Patienten vurderer på en skala fra 1 til 10 betydningen af de opgaver, der er noteret Når betydningen er afklaret indgår ergoterapeuten i en dialog med patienten om en realistisk målsætning i forhold til at muliggøre aktivitet De 5 vigtigste aktivitetsproblemer afklares Patienten vurderer hvert problem med hensyn til udførelse og tilfredshed på en skala fra 1 til 10 (ved hjælp af vurderingskortene) Ergoterapeuten udregner totale score. En kopi af COPM udleveres evt. til patienten Tidspunkt for revurdering aftales med patienten Ved revurderingen scorer patienten på samme måde for hvert af de 5 aktivitetsproblemer Ergoterapeuten udregner ændringen af udførelse og tilfredshed Efter revurderingen opstiller patienten og ergoterapeuten evt. nye mål for ergoterapeutisk indsats Ved behov udarbejdes ny COPM <p>Formidling af undersøgelsesresultatet: I EPJ Cosmic noteres som minimum patientens prioriterede mål og effekt (score) af genoptræning/behandling</p>

Godkendelsesdato:
Hvornår er dokumentet sidst godkendt (050209).

Godkendelsesansvarlig:
Hvem har godkendt dokumentet..... (

Målgruppe:
Håndpatienter,
Rehabiliteringsafdelingen,

Anvendelsesområde:
Håndergoterapeuter,
Rehabiliteringsafdelingen,
Håndgruppen

Type:
Klinisk

Kategori:
Retningslinie

Forfatter/e:

Revisionsdato:
Hvornår skal dokumentet revideres næste gang (0102011). Normalt, minimum hvert 2. år.

Revisionsansvarlig:
.....

Versionsnummer:
Angives ved løbenummer af revisionsansvarlige for at sikre entydig identifikation af dokumentation.

Akkrediteringsstandard:
Anføres, når Den Danske Kvalitetsmodel foreligger.

Dokumentation	Følgende koder bruges: <ul style="list-style-type: none"> • Brugen af COPM registreres i F-PAS med SKS koden: ZZ5049x (x for at kunne udvælge COPM interviews)
Standard:	1. og 2. COPM samtale registreres for minimum 75 % af alle håndpatienter.
Indikator(er):	Antal SKS-registreringer med COPM kode ZZ5049x. EPJ notat om COPM samtale (årligt journal audit på 30 forløb)
Referencer og evidens:	<p>Borg T.; Runge U.; Tjørnov J.; Brandt Å.; Madsen A.: Basisbog i ergoterapi, 2007, kap. 7</p> <p>Occupational Performance Measure. Oversat af Andersen A, Ross U, Tjørnov J, Wæhrens E. ETF 2000. Revideret af Anette Enemark Larsen 2007</p> <p>Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C.: Improved client participation in the rehabilitation process using client-centered goal formulation structure. J Rehabil Med. 2002 Jan;34(1):5-11.</p> <p>Wressle E, Marcusson J, Henriksson C. : Clinical utility of the Canadian Occupational Performance Measure--Swedish version. Can J Occup Ther. 2002 Feb;69(1):40-8.</p> <p>Law m., Baptiste S., Carswell A., McColl M., Polatajko H., Poll, N: Canadian Occupational Performance Measure. Oversat af Andersen A., Ross U. Tjørnov J. Wæhrens E. Etf 2000.</p>

Litteratur

Amtsrådsforeningen, Center for Små handicapgrupper, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Dansk Sygeplejeråd, De Samvirkende Invalideorganisationer, Den Almindelige Danske Lægeforening, Forbrugerrådet, Hjerteforeningen, Hovedstadens Sygehusfælleskab, Kræftens Bekæmpelse, Landsforeningen af Polio-, Trafik- og Ulykkesskadede, Landsforeningen Bedre Psykiatri, Landsforeningen SIND, Patientforeningen Danmark og Scleroseforeningen (2003): *Patientens møde med sundhedsvæsenet De mellem menneskelige relationer - anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*, Kvalitetsafdelingen i Århus Amt.

Arborelius, Elisabeth (1995): *Hvorfor gør de ikke som vi si'r? I: Teori og praksis om at påvirke menneskers levevaner* s. 8 - 70. Ringkøbing Amt. Sundhedsafdelingen.

Bekendtgørelsen om uddannelsen til professionsbachelor i ergoterapi (2008): *Undervisningsministeriet, j.nr. 152.434.121*.

Björklund, A. (2000): *On the Structure and contents of Occupational Therapist Paradigms – Empirical studies of occupational therapy students 'and occupational therapist' views on occupational therapy*. Karolinska Institute, Stockholm.

Borrell, Lena (1997): *Ergoterapi i et aktivitets perspektiv*. I: Ergoterapeuten, Norsk Ergoterapeutforbund, nr.13. Teorier om aktivitet, p. 66 – 69.

Bruun, Poul (2004): *Kompetenceudvikling*. Munksgaard, p.p. 11 – 92.

Christophersen, Steen (2008): *Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. Forlag Munksgaard, København, Danmark.

CJOT (Canadian Journal of Occupational Therapy) (2005): volume 72.nr. 5.

Dahler-Larsen, A. M. & Dahler-Larsen, P.(1995): Fokusgrupper i teori og praksis. I: Maaløe, E. Forudsætningsfag: Adfærdsvidenskabelig metode: *Specialdel: Kvalitative metode*. Institut for Organisation og Virksomhedsledelse.

Delphi- Metoden redigeret af cand.merc.sol. Jørgensen, Anja (2005):
<http://www.strategylab.dk/openscience/tools/forecastingsmetoder/delphi/> 09.06.2009

Den centrale Videnskabetiske Komite (2007): <http://www.cvk.im.dk/cvk> , 2007 og i 2009
<http://www.cvk.sum.dk/da-DK/loveOgRegler.aspx> , 2009. 05.06.2009

Drummond, Adriana; Sampaio, Rosana; Mancini, Marisa; Kirkwood, Renata & Stamm, Tanja (2007): *Linking the Disabilities of Arm, Shoulder and Hand to the International Classification of Functioning, Disability and Health*, Journal of Hand Therapy, Vol. 20 p.341.

Enemark Larsen, Anette (2002): *God ergoterapi – eller god hospitalseffektivitet?* Kandidatoppsats, Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet.

Enemark Larsen, Anette (red.) (2007): *Canadian Occupational Performance Measure*. 3. udgave. Oversat i 2000 af Andersen, A.; Ross, U.; Tjørnov, J.; Wæhrens, E.

Eide, Hilde & Eide, Tom (2004): *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*, Gyldendal Norsk Forlag. p. 17 – 218.

Ergoterapeutforeningen (2008): *Professionsgrundlag for ergoterapi – en dokumentsamling om Mission, Visioner, Værdier, Faglig Etik og Samarbejde*. Ergoterapeutforeningen, København K.

Fraser, Sarah W. Fraser (2002): *Accelerating the Spread of Good Practice*. A workbook for Health Care. Kingsham Press, p.p. 3-65.

Fredslund, H. (2003): Hermeneutisk analyse – forforståelsens betydning. I: Koch, L & Vallgård, S. (red.): *Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard. København p. 91 – 110.

Grol, R; Grimshaw, J. (2003): *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. The Lancet. Vol 362, oktober 11, p.p. 1225 – 1230.

Hanson, Torben.,(red.) (2002): *Fremme af menneskelig aktivitet ergoterapi i et canadisk perspektiv*, oversat fra Enabling Occupation, 1997. FADL's forlag, København.

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet – Rehabilitering i Danmark (2004). Udgiver: Marselisborg Centret, p. 334.

<http://fafo.fysio.dk/sw14425.asp>

03.06.2009

Jensen, Torben K. & Johnsen, Tommy J. (2000): *Sundhedsfremme i teori og praksis*, forlaget Philosophia.

Kielhofner, Gary (2001): *Ergoterapi – det begrebsmæssige grundlag*. Forlag FADL, København.

Kjeken, Ingvild (2003): Den canadiske ergoterapimodel. Teori, forskning og praksis. I: *Ergoterapeuten*, Norsk Ergoterapeutforbund, vol. 11. p. 18 - 23.

Kjærgaard, J.; Mainz, J.; Jørgensen, T.; Willaing, I. (2001): *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. Forlag: Munksgaard, p.283.

Kotter, J. P. (1999): *I spidsen for forandringer*. Peter Asschenfeldts nye forlag, p.p. 21 – 39.

Kristensen, Hanne Kaae (2004): *Samtaler om aktiviteter – Danske ergoterapeuters anvendelse af aktiviteter indenfor neurorehabiliteringen..* Kandidatoppsats, Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet.

Kvale, Steiner & Brinkmann, Svend (2009): *Introduktion til et håndværk*. Forlag Hans Reitzel, København.

Kvale, Steiner (2001): *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Forlag Hans Reitzel. p.p. 17 – 47, 96, 129 -147, 207 - 288.

Kvale, Steiner (red.) (2005): Om tolkning af kvalitative forskningsinterview. I: *Voksenliv og læreprocesser*, Hansen, Bjarne m.fl., Munksgaard København, 1997, kap. 17, p.p. 369 – 388.

Launsø, Laila & Olaf Rieper (2005): *Forskning om og med mennesker*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. p.p. 9 – 61, 109 – 156, 189 – 217.

Launsø, Laila (1996): *Det alternative behandlingsområde. Brug og udvikling; rationalitet og paradigmer*. Forlag: Akademisk forlag, København.

Law, Mary; Baptiste, Sue; Carswell, Anne; McColl, Mary Ann; Polatajko, Helene; Poll, Nancy (2000): *Canadian Occupational Performance Measure*. Forlaget Ergoterapeutforeningen. 2000.

Law, Mary (2002): *Evidence – Based Rehabilitation, A Guide to Practice*. Forlag SLACK Incorporated, 6900 Grove Road, Thorofare, NJ 08086 USA.

Lunde, Inga Marie & Ramhøj, Pia (2003): *Humanistisk Forskning indenfor Sundhedsvidenskab*. Akademisk Forlag. København, p. 283.

Mattingly, Cheryl (1989): *Thinking with stories. Stories and experience in a clinical practice*. Doctoral dissertation. Massachusetts Institute of Technology. Boston.

Mattingly, Cheryl & Fleming, Maureen (1994): *Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in the Therapeutic Practice*. F. A. Davis Company.

Malterud, Kirsti (2003): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Universitetsforlaget, p.p. 93 – 137, 169 – 187, 208 – 214.

Malterud, Kirsti (2004): *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning*. Universitetsforlaget AS, Oslo.

Petersen Helby, P., Friis, J., Halberg, P. & Sylvest, J. (1989): *Klinisk Reumatologi I*, Christian Ejlers' Forlag, København.

Ploug Hansen, Helle (1999): *At skrive opgave. Indhold og struktur*. Nordisk Forlag A. S. Copenhagen, p. 25.

Rienicker, Lotte & Jørgensen, Peter. S. (2006): *Den gode opgave*. Forlaget Samfundslitteratur, København, 3. udgave.

Rognhaug, Berit (1996): *Kunnskapssyn og yrkesutøvelse. I: Bunkholdt, Vigdis m. m.fl.: Kunnskap og omsorg. Sosialisering og skikkethet i profesjonsutdanningene*. Forlaget TANO.

Rogers, Everett M. (2003): *Diffusion of Innovations*. Free Press A Division of Simon & Schuster, Inc, p.p. 402 – 434.

Schmidt, L. & Holstein, B. (1999): *Kvalitative forskningsmetoder. I: Andersen, D.; Almind, G.; Bock, E.; Havsteen, B.; Hørder, M.; Riis, P.: Sundhedsvidenskabelig forskning*. Forlag FADL, København. p. 317.

Senge, P. (1990): *The Fifth Discipline. The Art and Practice of the Learning Organization*. New York. Currency and Doubleday.

Sumsion, Thelma (1993): *Client-centred practice: The true impact*. Canadian Journal of Occupational Therapy, vol.60 p. 6-8.

Sumsion, Thelma & Smyth, Genevieve (2000): *Barriers to client-centredness and their resolution*. I: Canadian Journal of Occupational Therapy, vol. 67, s. 15 – 21.

Sundhedsstyrelsen (2002): *National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Fælles mål og handleplan, 2002 - 2006*. og www.sst.dk, 2002. 05.06.2009

Sundhedsstyrelsens Klassifikationssystem (2009): *Kodekatalog til indberetning af ergoterapeutiske og fysioterapeutiske ydelser til Sundhedsstyrelsen*. 5. udgave, p. 9.

Thornquist, Eline (2006): *Klinik Kommunikation Information*, Hans Reitzel, p. 14 – 136.

Tjørnov, Jytte (2003): Kapitel 10, Arbejdsprocesser, ræsonnering og aktivitetsanalyse. I: *Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. Munksgaard. Borg, Tove; Runge, Ulla; Tjørnov, Jytte p.p. 224 – 248.

Tjørnov, Jytte (2001): *Occupational Performance Proces Model – et ergoterapeutisk redskab til planlægning, dokumentation og evaluering*. Undervisningsmateriale, Ergoterapeutskolen København, p.p. 1 – 16.

Tjørnov, Jytte (1997): *Aktivitetstræning og klinisk ræsonnering i Ergoterapi*. Kandidatoppsats, Institutionen för Samhällsmedicinska Vetenskaper, Lunds Universitet.

Townsend, Elisabeth; Stanton, Sue; Law, Mary; Polatajko, Helene; Baptiste, Sue; Thompson-Francon, Tracy; Kramer, Shristine; Swedlove, Fern; Sharon Brintnell & Campanile, Loredana (2002): *Fremme af menneskelig aktivitet ergoterapi i et canadisk perspektiv*, oversat af Torben Hanson, FADL's forlag, København, 2002. Oversat fra *Enabling Occupation*, 1997.

Townsend, Elisabeth & Polatajko, Helene (2007): *Enabling Occupation II. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Forlag Canadian Association of Occupational Therapists, Ottawa, Ontario, Canada.

Vedfelt, Ole (2000): *Ubevidst intelligens. Du ved mere end du tror*. Forlaget Gyldendal p. 42 – 44.

Wacherhausen, Steen (2001): Et åbent sundhedsbegreb. Juhl Jensen, Uffe; Steen Wacherhausen; Lene Otto; Peter Elsass; Pia Fromholt og Karen Munk; Hysse Forchhammer og Morten Nissen; Ole Dreier: *Sundhedsbegreber filosofi og praksis*. Forlaget Philosophia. p. 43 - 73.

Wressle, Eva; Eeg-Olofsson, Anne-Marie; Marcusson, Jan & Henriksson, Chris (2002): *Improved Client Participation In The Rehabilitation Process Using A Client-Centred Goal Formulation Structure*. I: Journal of Rehabilitation Medicine, 2002 vol. 34 pp. 5-11. Forlag Taylor & Francis.

Wressle, Ewa; Samuelsson (2004): *Barriers and Bridges to Client-centred Occupational Therapy in Sweden*. I: Scandinavian Journal of Occupational Therapy, vol. 11, No 1. p.12 – 16.

Wæhrens, Eva (2008): *Ergoterapeutiske Redskaber – Undersøgelse og Evaluering*. 1. udgave, 1. oplag. København. Munksgaard Danmark.

Zoffmann Knudsen, Vibeke (1997): *Det relationelle forhold mellem patient og professionel*. I: Elsass, Peter; Olesen; Henriksen Søren: *Kommunikation og forståelse*, Werks Offset, Århus.