

Ergoterapeutisk udviklingsarbejde og forskning,
Bachelorprojekt

**”Jeg er blevet mere bevidst om hvad jeg laver som ergoterapeut
- Det giver mig en stolthed over det jeg gør”**

En kvalitativ undersøgelse af hvordan ergoterapeuter oplever at arbejde med
udgangspunkt i arbejdsprocesmodellen OTIPM på et apopleksiafsnit

Bachelorgruppe 3, hold 2006A
Lisette Danielle Feldtschou Berner
Line Becher Jensen
Camilla Nete Thorø
Julie Lykke Zabava

Metodevejleder: Line Riddersholm

Maj 2009

Dette bachelorprojekt er udarbejdet af ergoterapeutstuderende ved
Ergoterapeutuddannelsen København, CVU-Øresund.
Det foreligger urettet og ukommenteret fra uddannelsens
side og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter

Dette projekt - eller dele heraf - må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse

Abstract

”How do occupational therapists experience working, in in-patient stroke rehabilitation, based on the intervention process model OTIPM?”
--

Aim of the study: The aim of the study was to gain insight in occupational therapists’ individual experience with their work based on the Occupational Therapy Intervention Process Model, OTIPM, in in-patient stroke rehabilitation. We sought knowledge about advantages and disadvantages, and about factors conducive or impeding to the work based on OTIPM.

Method: The project is based on seven qualitative individual interviews with occupational therapists working in in-patient stroke rehabilitation. They were asked to talk about their praxis based on OTIPM and their experience with it.

Results: The informants experience that the environment make demands, for instance in terms of the interdisciplinary teams and the National Indicator Project (NIP) which makes it difficult to base one’s work on OTIPM. The informants experience that the occupation-based perspective can be difficult to perform since the environment restrict by their limited resources and by the poor condition of the patients. At the same time, the informants experience that they are more focused on being client centred and that their professional identity is enhanced, which they see as an advantage.

Conclusion: The informants experience both advantages and disadvantages and see both impeding and conducive factors in their work based on OTIPM. The informants differ in opinion when it comes to using occupation in assessment, which may be due to their different paradigm. Furthermore, there are conflicts between the paradigms at the hospitals and the occupational paradigm, which the intervention process model is based on, that often cause the occupational therapists to experience that their work based on OTIPM is difficult.

Key Words: Occupational therapists, in-patient stroke rehabilitation, OTIPM, intervention process model, paradigm.

Characters: 1682

Resumé

”Hvordan oplever ergoterapeuter at arbejde med udgangspunkt i arbejdsprocesmodellen OTIPM på et apopleksiafsnit?”

Formål: Projektets formål var, at få indsigt i ergoterapeuters individuelle oplevelser af, at arbejde med udgangspunkt i Occupational Therapy Intervention Process Model, OTIPM, på apopleksiafsnit. Vi søgte viden om fordele og ulemper, samt hvilke faktorer der virker fremmende og hæmmende i arbejdet ud fra OTIPM.

Metode: Projektet bygger på syv kvalitative individuelle interviews med ergoterapeuter, der arbejder med apopleksipatienter på hospitaler. De blev bedt om at fortælle om deres praksis med udgangspunkt i OTIPM, og deres oplevelser her af.

Resultater: Informanterne oplever, at omgivelserne stiller krav bl.a. fra de tværfaglige samarbejdspartnere og Det nationale indikatorprojekt (NIP), hvilket gør det svært at arbejde ud fra OTIPM. Informanterne oplever, at aktivitetsperspektivet kan være svært at arbejde efter, idet omgivelserne hæmmer i form af begrænsede ressourcer, samt patienternes tilstand. Samtidig viser resultaterne, at informanterne oplever at de har fået mere fokus på klientcentrering, og at de har fået styrket deres fagidentitet, hvilket de ser som en fordel.

Konklusion: Informanterne oplever både fordele og ulemper, og ser at der er nogle hæmmende og fremmende faktorer i forhold til at arbejde ud fra OTIPM. Informanterne har forskellige oplevelser af at anvende aktivitet i undersøgelsen, hvilket kan skyldes deres forskellige paradigmer. Samtidig er der en konflikt imellem paradigmet på hospitalet og det aktivitetsparadigme, som arbejdsprocesmodellen bygger på, hvilket gør at ergoterapeuterne til tider oplever det svært at arbejde ud fra OTIPM.

Søgeord: Ergoterapeuter, Apopleksiafsnit, OTIPM, Arbejdsprocesmodel, Paradigme.

Antal tegn: 1544

Indholdsfortegnelse

1 Forord	7
2 Problembaggrund	8
3 Problemstilling	12
3.1 Nøglebegreber	12
4 Formål.....	13
5 Forforståelse	14
6 Teoretisk referenceramme	15
6.1 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)	15
6.1.1 Klientcentreret praksis – terapeutiske relationer og samarbejdsrelationer	16
6.1.2 Top-down tilgang	17
6.1.3 “Occupation”: Formålsrettet og meningsfuld aktivitet.....	17
6.2 Omgivelsernes betydning	18
7 Præsentation af stederne	19
8 Design, metode og materiale	20
8.1 Undersøgellesdesign	20
8.1.1 Kvalitativt forskningsinterview	20
8.1.2 Udvalgelseskriterier og kontakten til informanterne	21
8.1.3 Præsentation af informanterne.....	22
8.1.4 Interviewguide	23
8.1.5 Pilotstudie	24
8.1.6 Interviewsituationen	24
8.2 Databearbejdning og analysemetode.....	25
8.2.1 Transskribering.....	25
8.2.2 Systematisk tekstkondensering.....	26
8.3 Ethiske overvejelser i forhold til metode og materiale.....	28
8.3.1 Informeret samtykke.....	28
8.3.2 Fortrolighed	29
8.3.3 Konsekvenser	29
9 Resultater	30
9.1 Omgivelsernes påvirkning af arbejdet ud fra OTIPM.....	30

9.1.1 Krav fra omgivelserne	30
9.1.2 Tidspres og accelererede patientforløb.....	31
9.2 Erfaring ved brug af aktiviteter	31
9.2.1 Aktivitetsundersøgelse frem for funktionsundersøgelse	32
9.2.2 De fysiske omgivelser påvirkning for valget af aktivitet.....	32
9.3 Evaluering og dokumentation.....	33
9.4 Klientcentrering.....	34
9.4.1 Terapeutisk relation og samarbejdsrelationer.....	34
9.4.2 Målsætning	35
9.5 Fagidentitet	36
9.5.1 Bevidstgørelse af faget ergoterapi	36
9.5.2 Sparring	36
9.5.3 Struktur i det ergoterapeutiske arbejde.....	37
10 Diskussion af resultater	38
10.1 Ergoterapi i den akutte fase	38
10.2 Paradigmekonflikt: Top-down vs. Bottom-up.....	40
10.3 Implementering af OTIPM	43
10.4 Sammenhæng i forløbet.....	45
10.5 Fordele ved OTIPM.....	46
11 Diskussion af design, metode og materiale	48
11.1 Undersøgelsesdesign	48
11.1.1 Kvalitativ metode	48
11.1.2 Udvælgelseskriterier og kontakten til informanterne	48
11.1.3 Interviewguide.....	50
11.1.4 Pilotstudie	50
11.1.5 Interviewsituationen	51
11.2 Diskussion af databearbejdning og analysemetode	52
11.2.1 Transskribering.....	52
11.2.2 Analysemetode	52
12 Konklusion	55
13 Perspektivering	56

14 Formidlingsovervejelser	57
15 Referenceliste	58
16 Bilagsoversigt	63
16.1 Bilag 1: OTIPM	64
16.2 Bilag 2: Første e-mail til eventuelle informanter.....	65
16.3 Bilag 3: Brev til informanter	66
16.4 Bilag 4: Interviewguide	68
16.5 Bilag 5: Briefing	73
16.6 Bilag 6: Samtykkeerklæring	74
16.7 Bilag 7: Debriefing	75
16.8 Bilag 8: Transskriberingsretningslinjer	76
16.9 Bilag 9: Matrice	77
16.10 Bilag 10: De professionelle indsatsers typiske sammensætning og deres placering i rehabiliteringsforløb	102
16.11 Bilag 11: Sygdomsbegreber.....	103
16.12 Bilag 12: Mail til Ergoterapeuten	104
16.13 Bilag 13: Søgehistorie	106

1 Forord

Vi vil gerne takke:

Vores informanter, for deltagelse i og muliggørelse af projektet.

Vores metodevejleder, Line Riddersholm, for guiding og støtte igennem processen.

Vores faglige vejleder, Eva Wæhrens, for inspiration, stort engagement og hjælp til at samle trådene.

Projektet er blevet til i tæt samarbejde. Jævnfør retningslinjerne for bachelor, vil det fremgå i opgaven, hvem der er ansvarlige for de enkelte afsnit, hvilket markeres med vores initialer.

Lisette Danielle Feldtschou Berner (LB)

Line Becher Jensen (LJ)

Camilla Nete Thorøe (CT)

Julie Lykke Zabava (JZ)

Vi er alle ansvarlige for problembaggrund, problemstilling, formål, forforståelse, konklusion, perspektivering og formidlingsovervejelser.

2 Problembaggrund

Dette bachelorprojekt omhandler ergoterapeutisk praksis på apopleksiafsnit på hospitaler, baseret på den ergoterapeutiske arbejdsprocesmodel; *Occupational Therapy Intervention Process Model* – OTIPM.

En arbejdsprocesmodel defineres som en model for interventionsprocessen i praksis, og er en forskrift for, hvad der i modellens perspektiv er god praksis, og er udviklet som et led i kvalitetsudvikling og kvalitetssikring (Hartvig & Tjørnov, 2007).

Følgende belyses vores problemfelt ud fra faktorer, som kan have indflydelse på ergoterapeuters praksis med udgangspunkt i arbejdsprocesmodellen OTIPM.

En faktor, som kan have indflydelse på ergoterapeutisk praksis er strukturreformen, som trådte i kraft d. 1. januar 2007 i Danmark. Kommunerne har, som følge af reformen, fået ansvaret for forebyggelse, pleje og genoptræning, som ikke foregår under indlæggelse, med den hensigt at forkorte den unødvendige liggetid på hospitalerne, og derved sikre, at de medicinsk færdigbehandlede patienter udskrives hurtigst muligt (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004).

På baggrund af ovenstående antager vi, at patienternes gennemsnitlige liggetid er forkortet. På Danmarks Statistik er der endnu ikke opgjort status på gennemsnitlige antal sengedage på hospitalerne, efter at strukturreformen er trådt i kraft. Vi formoder, at kommunerne har større interesse i, at få medicinsk færdigbehandlede patienter udskrevet, da regionerne ellers opkræver plejetakt. Vi antager at de ovenstående ændringer, kan have indflydelse på den ergoterapeutiske praksis på hospitaler, idet patienterne er indlagt i kortere tid.

Følgende belyses, hvorfor vi har valgt at beskæftige os med ergoterapeutisk praksis med apopleksipatienter.

På de danske sygehuse udgør apopleksipatienter en stor del af de samlede indlæggelser. Hvert år rammes ca. 10.000 personer af apopleksi, hvilket for de fleste medfører betydelige handicaps og kræver omfattende behandling, pleje og genoptræning (Ingerslev, 2003, afsnit 3).

I klinisk undervisning har vi oplevet, at det kan være svært at arbejde klientcentreret med apopleksipatienter på hospitaler, da det var problematisk at identificere og træne meningsfulde aktiviteter med hårdt ramte patienter i akutfasen. Samtidig erfarede vi at rammerne på hospitalerne, ikke fordrede til andre aktiviteter end køkken-, bade- og spisesituationer. Vores erfaringer fra praksis understøttes i artiklen, "*Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation*" (Ramon, Winding, Borell, 2002), som havde til formål at få en forståelse for nogle ergoterapeuters oplevelse af intervention med apopleksipatienter på hospitaler. Ergoterapeuterne nævner nogle af de samme problematikker, som vi oplevede i praksis. De udtrykker bl.a. en problematik i forhold til at arbejde klientcentreret i den tidlige fase af sygdommen, når patienterne mangler indsigt i egen situation, og de oplever dette som en begrænsende faktor i forhold til inddragelse af patienten. Ergoterapeuterne oplever samtidig, at hospitalets rammer begrænser dem i forhold til at udføre klientcentreret ergoterapi, særligt i forbindelse med at sætte meningsfulde mål, samt i forhold til at tilbyde træning i meningsfulde aktiviteter.

Undersøgelsen understøtter vores oplevelser omkring, at det kan være svært at arbejde klientcentreret og aktivitetsorienteret med apopleksipatienter i hospitalsregi. På baggrund af dette, finder vi det derfor interessant at undersøge, hvordan ergoterapeuter oplever at arbejde med udgangspunkt i OTIPM, som er baseret på en aktivitetsorienteret og klientcentreret tilgang, på apopleksiafsnit på hospitaler.

På baggrund af ovenstående beskrives følgende, hvilke overvejelser der ligger bag OTIPM og udarbejdelsen af denne.

Anne Fisher, Professor i ergoterapi, så et behov for en ny arbejdsprocesmodel i 1990'erne på baggrund af bl.a. ergoterapiens udvikling mod en igen mere aktivitetsorienteret tilgang. Fisher udarbejdede derfor OTIPM ud fra det nye aktivitetsparadigme, for at gøre det muligt for ergoterapeuter, at omsætte det grundlæggende i ergoterapi til praksis. OTIPM er en klientcentreret arbejdsprocesmodel, der bygger på en Top-down tilgang, hvor fokus er på patientens oplevelse af aktivitet og aktivitetsproblemer førend sygdom og symptomer. I OTIPM bruges aktivitet både som middel og mål i interventionen (Fisher, 2005).

På baggrund af ovenstående vil det følgende omhandle udviklingen og forståelsen af ergoterapeutiske paradigmer, og hvordan denne faktor kan påvirke den ergoterapeutiske praksis.

Ergoterapeutisk praksis bygger på et grundlæggende paradigme, som er en samling idealer og begreber, der udgør et unikt perspektiv. Fra slutningen af 1950'erne blev sundhedsvæsenet præget af et biomedicinsk paradigme, og det lagde et pres på ergoterapeuterne om at etablere et mere videnskabeligt grundlag for faget. Det skabte for ergoterapeuterne et mekanistisk paradigme, der medførte et gennemgående tema i interventionen, som havde fokus på at identificere den specifikke årsag, der lå bag den nedsatte funktionsevne (Kielhofner, 2001). Siden 1990'erne er ergoterapeuter igen begyndt at arbejde hen imod et aktivitetsorienteret paradigme med fokus på aktivitet som både middel og mål i en klientcentreret praksis, hvor et holistisk menneskesyn hersker (Wæhrens, 2005). De forskellige menneskesyn og paradigmer som findes i praksis, vil vi belyse ud fra den følgende undersøgelse.

I et studie af Björklund og Svensson (2000) undersøges nogle ergoterapeuters opfattelse af sundhed. Resultaterne viser, at størstedelen af ergoterapeuternes opfattelse af sundhed bygger på en holistisk tankegang, som har fokus på den subjektive oplevelse og personen som helhed. Det fremgår dog, at nogle forbinder sundhed med et objektivt syn, hvor fokus er på den aktuelle tilstand af kroppen eller sjælen. Resultaterne viser yderligere, at ergoterapeuterne indeholder to forskellige måder at se patienten på: ud fra den levede krop og kroppen som en maskine.

Vi inddrager denne artikel, da den understøtter, at nogle ergoterapeuter har et mere biomedicinsk syn på sundhed, hvilket afspejler sig i praksis. Derfor antager vi, at det for nogle kan være problematisk i praksis, at arbejde ud fra OTIPM, der bygger på en holistisk tankegang. Men hvordan oplever ergoterapeuter at arbejde ud fra en holistisk tilgang til patienter i et hospitalsmiljø, hvor et biomedicinsk paradigme hersker?

Følgende beskrives ligeledes en faktor, som vi anser, kan have indflydelse på ergoterapeuters arbejde ud fra OTIPM på apopleksiafsnit på hospitaler.

En undersøgelse beskrevet i artiklen, *"Occupational Therapists perception of their Practice: A Phenomenological Study"* (Kinn & Aas, 2008), belyser hvordan nogle ergoterapeuter bl.a. føler sig undervurderet og misforstået i det tværfaglige team. Ergoterapeuterne udtrykker, at

de føler sig sat i bås som ”knyttedamen” eller ”køkkendamen”, og de føler ikke, at de andre faggrupper anerkender ergoterapiens grundlag med aktivitet som både middel og mål.

Ergoterapeuterne fortæller, at de vælger at dokumentere deres intervention i biomedicinske termer, for at tilpasse sig de andre professioners forventninger og krav. Der nævnes bl.a.:

“Their focus on Occupation was distinct from the general teams focus on the disease. This is evident in the general view that, to go for a walk is not accepted as therapy” (Kinn & Aas, 2008, s.6).

På baggrund af undersøgelsen anser vi, at det kan være problematisk for ergoterapeuter at arbejde ud fra aktivitetsperspektivet i et tværfagligt team, som er præget af et biomedicinsk paradigme.

Denne ovenstående problematik belyses i artiklen, *”En lærerig proces”* (Weiss, 2008a), hvor to ergoterapeuter fortæller om deres erfaringer med implementeringen af OTIPM på Frederiksberg Hospital. De fremlægger de problematikker, der har været i processen, bl.a. det implicitte paradigmeskifte i tilgangen til patienterne, som ligger i denne arbejdsprocesmodel. Artiklen beskriver, hvordan implementeringen af OTIPM rejste nogle faglige spørgsmål hos ergoterapeuterne såsom: *”Hvad forventer lægerne af os, når de tager en ergoterapeutisk status?”* og *”Hvad er træning egentlig? Hvis det er andet end stræk og bøj, hvordan forklarer man så patienterne, at træning også kan være at lave en kop kaffe?”* (Weiss, 2008a, s. 8). Dette giver et billede af, hvordan det for nogle ergoterapeuter, kan skabe konflikter at arbejde aktivitetsorienteret i et tværfagligt team, hvor de andre faggrupper har en biomedicinsk tilgang.

I artiklen, *”Vi er nød til at diskutere fag – ikke smag”* (Weiss, 2008b), redegøres for forhåbninger og bekymringer i forhold til arbejdet ud fra OTIPM, som ergoterapeuter på Frederiksberg Hospital gjorde sig ved implementeringen. De havde bekymringer omkring den nye aktivitetsorienterede tilgang og udtaler bl.a.: *”Anne Fisher siger, at funktionstræning er fysioterapi, derfor kan vi ikke gøre som vi plejer”* og *”Det bliver vores død – de andre faggrupper vil se på os som beskæftigelsesvejledere”* (Weiss, 2008b, s. 12). Til gengæld går deres forhåbninger på, at de som ergoterapeuter bliver tydeligere for deres tværfaglige kollegaer.

Begge ovenstående artikler udpeger, hvilke konflikter ergoterapeuterne på Frederiksberg Hospital mødte i forbindelse med implementeringen af OTIPM. Vi ved på baggrund af artiklen, at de har valgt at fortsætte arbejdet ud fra arbejdsprocesmodellen, og vi finder det derfor interessant at undersøge, hvordan ergoterapeuter oplever at arbejde ud fra OTIPM på apopleksiafsnit på hospitaler.

Vi har nu gjort rede for faktorer, som vi anser, kan påvirke den ergoterapeutiske praksis på apopleksiafsnit på hospitaler, og som derved kan have indflydelse på brugen af OTIPM. Men hvordan oplever ergoterapeuter at arbejde med udgangspunkt i modellen i praksis? I vores søgen efter litteratur omkring anvendelsen af OTIPM i praksis, har vi indset, at dette er meget lidt beskrevet, hvilket har ledt os frem til følgende problemstilling:

3 Problemstilling

”Hvordan oplever ergoterapeuter at arbejde med udgangspunkt i arbejdsprocesmodellen OTIPM på et apopleksiafsnit?”

3.1 Nøglebegreber

Oplever:

Den enkeltes subjektive erfaring og oplevelse, hvilket er forskelligt fra individ til individ (Kielhofner 2006). I begrebet ”oplever” ligger vi hvilke erfaringer, positive som negative, som ergoterapeuterne har.

Ergoterapeuter:

Uddannede ergoterapeuter, der arbejder ud fra OTIPM på apopleksiafsnit på hospitaler i Danmark.

Arbejdsprocesmodellen:

En arbejdsprocesmodel er en beskrivelse af planlægning, udførelse og evaluering af den monofaglige indsats og er forskrift for, hvad der i modellens perspektiv er god praksis (Hartvig & Tjørnov, 2007).

OTIPM:

OTIPM er en klientcentreret arbejdsprocesmodel baseret på aktivitetsparadigmet, og en Top-down tilgang til undersøgelse, hvor ergoterapeuten tager afsæt i klientens oplevelse af aktivitet og aktivitetsproblemer førend sygdom og symptomer. I interventionen er meningsfuld aktivitet ikke kun målet, men også det terapeutiske virkemiddel (Fisher, 2009).

Apopleksiafsnit:

Et sengeafsnit på et hospital til patienter med apopleksi, der har behov for undersøgelse, behandling og genoptræning under indlæggelse (Webredaktion, 2007). I vores anvendelse af begrebet "apopleksiafsnit", ligger både akut- og rehabiliteringsafsnit.

4 Formål

Vores formål med projektet er, at få indsigt i ergoterapeuters individuelle oplevelser af, at arbejde ud fra OTIPM på apopleksiafsnit. Herunder hvad de oplever som værende let og svært, fordele og ulemper, samt fremmende og hæmmende faktorer, i deres arbejde ud fra arbejdsprocesmodellen.

Vi vil tilstræbe, at vores resultater vil give ergoterapeuter og ergoterapeutstuderende indblik i, hvordan det for nogle ergoterapeuter på apopleksiafsnit, opleves at arbejde med udgangspunkt i OTIPM. Vi håber at vores projekt vil inspirere og bevidstgøre ergoterapeuter omkring brugen af OTIPM, og dermed skabe åbenhed for den aktivitetsorienterede tilgang på apopleksiafsnit på hospitaler.

5 Forforståelse

Følgende redegøres for vores forforståelse, som har haft betydning for udformningen af vores projekt. Forforståelsen skal ses i sammenhæng med og på baggrund af den teori og empiri, der er introduceret i problembaggrunden. Vores forforståelse har haft betydning for udvælgelsen af informanter, udarbejdelsen af interviewguiden, databearbejdning og for valget af den teori, der inddrages i diskussionen af resultater.

Malterud (2003) beskriver, at det er vigtigt at være bevidst om sin forforståelse fra projektets start. Er forskeren ikke opmærksom på sin forforståelse, kan hun risikere at gå ind i projektet med begrænset horisont.

Vi har en overordnet forforståelse af, at der i projektet vil fremkomme resultater, der tilkendegiver, at det for nogle ergoterapeuter på apopleksiafsnit opleves problematisk at følge OTIPMs perspektiv. Vi har en hypotese om, at det er svært, at arbejde efter det aktivitetsorienterede paradigme i omgivelser, hvor det biomedicinske paradigme hersker. Samtidig tror vi, at det er svært at have fokus på aktivitetsperspektivet, da der efter strukturreformens indtræden, er blevet kortere indlæggelsestider. Vi har dog stadig en oplevelse af, at ergoterapeuter på somatiske sygehuse anvender aktiviteter, men at der ikke altid er fokus på patienternes meningsfulde aktiviteter. Vi har i klinisk undervisning erfaret, at nogle ergoterapeuter på bl.a. apopleksiafsnit, har det som fast procedure, at patienten ved første møde, vurderes i morgen-ADL, hvad enten patienten har givet udtryk for at ønske dette eller ej. Vi har en hypotese om, at de fysiske rammer begrænser udførelsen af aktiviteter, og der derfor ofte trænes det, som rammerne indbyder til. Vi antager derfor, at det opleves svært for ergoterapeuter at arbejde klientcentreret igennem hele interventionen.

6 Teoretisk referenceramme

Malterud (2003) beskriver den teoretiske referenceramme som omfattende modeller, teorier, begrebsapparater og definitioner, som bruges til at forstå meningen og strukturere forståelsen af materiale og fund.

I det følgende præsenteres og redegøres for de valgte teorier, vi vil benytte som teoretisk referenceramme. Vi vil beskrive OTIPM, for efterfølgende at uddybe nogle af de centrale begreber: Klientcentreret praksis, Top-down samt Occupation. Derudover vil vi beskrive omgivelsernes betydning og indvirkning på menneskets aktivitetsudførelse.

Vi vil i vores teoretiske referenceramme anvende begrebet klient, fordi det stemmer overens med den tilgang og det syn der er på mennesket i OTIPM. I opgavens øvrige afsnit vil vi anvende begrebet patient, da det er dette begreb vores informanter anvender. (CT)

6.1 Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)

Vores projekt omhandler den ergoterapeutiske praksis ud fra OTIPM, og vi finder det derfor relevant at beskrive arbejdsprocesmodellen (Bilag 1) og ideologien bag denne.

Fisher udarbejdede en klientcentreret arbejdsprocesmodel baseret på aktivitetsparadigmet, da hun oplevede et behov fra praktiserende ergoterapeuter om en arbejdsprocesmodel, som gjorde det muligt at integrere AMPS i praksis (Wæhrens, 2005). OTIPM blev udarbejdet for at forbinde praksis og aktivitetsteori, samt virkeliggøre vores fags filosofiske grundlag i praksis (Fisher, 2003).

I arbejdet med Gary Kielhofner omkring Model Of Human Occupation (MOHO), indså Fisher (1998) vigtigheden af aktivitetens rolle, som terapeutisk middel i interventionen.

Omdrejningspunktet i OTIPM blev bl.a. derfor en aktivitetsorienteret tilgang, hvor aktivitet anvendes både som middel og mål i interventionen med klienten. Hun understreger, at aktiviteten der anvendes, skal være både betydningsfuld og formålsrettet for klienten, hvilket er grundlaget for en klientcentreret tilgang. Ergoterapeuten skal bestræbe sig på, at klientens aktivitetsudførelse foregår i naturlige omgivelser og sammenhænge, for at klienten oplever mening og formål med aktiviteten. (CT)

OTIPM lægger vægt på en Top-down tilgang til undersøgelse, hvilket betyder at ergoterapeuten har fokus på klientens oplevelse af aktivitet og aktivitetsproblemer, førend sygdom og symptomer (Fisher, 2009).

OTIPM er opbygget af en undersøgelsesdel og en interventionsdel, hvilket Fisher (2003) beskriver, bør følges trin for trin i en top-down tilgang. Interventionen tilrettelægges med klienten, hvor ergoterapeuten kan anvende og kombinere fire forskellige modeller for intervention med hvert deres formål. Der skelnes mellem følgende: Kompensation, undervisning, træning af aktivitetsformåen og træning af personlige faktorer og kropsfunktioner. Afslutningsvis evalueres interventionen for at vurdere om udførelsen af meningsfulde opgaver er tilfredsstillende og forbedret for klienten. (JZ)

6.1.1 Klientcentreret praksis – terapeutiske relationer og samarbejdsrelationer

I dette afsnit uddybes begrebet klientcentreret praksis ud fra Fishers bog, *"Occupational Therapy Intervention Process Model – A Model for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupational-based Interventions"* (2009). Vi vil ligeledes beskrive begrebet terapeutisk relation, som er en del af den klientcentrerede tilgang i OTIPM. (JZ)

Fisher (2009) beskriver, at det er nødvendigt at inddrage terapeutisk relation for at arbejde klientcentreret, hvilket betyder at ergoterapeuter altid skal forsøge at forstå deres klienter og se situationen ud fra deres perspektiv. Ergoterapeuten skal have fokus på klientens behov og ønsker, og sikre at denne er aktivt involveret i at træffe beslutninger omkring interventionen. Relationen henviser til den proces, hvor der etableres og vedholdes et komfortabelt og frivilligt forhold med gensidig fortrolighed og respekt mellem terapeut og klient. Fisher (2009) beskriver, at klientcentreret arbejde indebærer at møde klienten, hvor denne er, hvilket er nødvendigt for at forstå, hvem klienten er som person, og dette kan gøres ud fra de 10 dimensioner. De 10 dimensioner omhandler: omgivelses-, rolle-, motivations-, opgave-, kulturelle-, sociale-, samfundsmæssig-, kapacitets-, tids- og adaptationsdimension.

Klientcentreret praksis og dermed begrebet terapeutisk relation, er vigtige elementer i OTIPM, og danner grundlag for en intervention med klienten i centrum. (LB)

6.1.2 Top-down tilgang

Følgende beskrives den ergoterapeutiske Top-down tilgang, som OTIPM bygger på.

Top-down tilgangen tager udgangspunkt i aktivitetsparadigmet med fokus på aktivitet og deltagelse, førend årsager til eventuelle aktivitetsproblematikker. Den modsatte tilgang, Bottom-up, hviler på det traditionelle biomedicinske sygdomsparadigme med fokus på sygdom og symptomer (Fisher, 2009).

Når ergoterapeuter anvender en Top-down tilgang, starter de med at danne sig et bredt og helhedsorienteret billede af, hvem klienten er, dennes behov og hvilke opgaver denne ønsker at kunne udføre. I denne proces er det vigtigt at fastslå, hvilke opgaver klienten identificerer som problematiske. Når ergoterapeuten har dannet sig et billede af klienten ud fra dennes perspektiv, observeres klienten i en af de identificerede aktivitetsproblematikker, med det mål, at klarlægge effektive og ineffektive færdigheder i aktivitetsudførelsen. Det fastslås at en observationsbaseret analyse af aktivitetsudførelsen, altid går forud for overvejelse om, hvilke årsager der ligger til grund for den forringede aktivitetsudførelse. Efter en Top-down tilgang, samarbejder ergoterapeuten med klienten om at formulere mål samt at planlægge og implementere den aktivitetsbaserede intervention (Fisher, 2009). (LB)

6.1.3 "Occupation": Formålsrettet og meningsfuld aktivitet

Følgende gives en præsentation af begrebet aktivitet - *Occupation*, som det anvendes i OTIPM.

Fisher (2009) beskriver at klientens engagement i *meningsfuld* og *formålsrettet* aktivitet, er det centrale fokus i ergoterapi. Hun anvender begrebet Occupation om den proces, hvor personer udfører og er engageret i aktivitet. I begrebet meningsfuld ligger, at klienten oplever en personlig betydning i aktiviteten, og den er derved en kilde til motivation. Når en aktivitet er formålsrettet, betyder det at klienten har et personligt formål med aktiviteten. Når en aktivitet

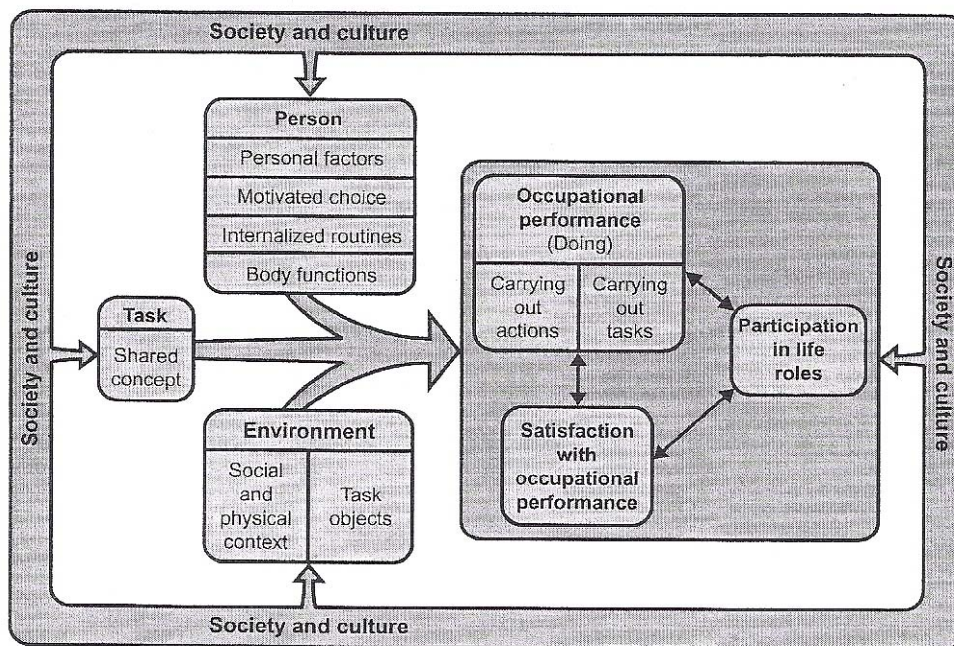
opleves formålsrettet og meningsfuld, skabes motivation i aktivitetsudførelsen, og det gør en stor forskel i udfaldet af interventionen.

Fisher (2009) fastslår, at meningen og formålet med en aktivitet er uløseligt forbundet, og er et unikt træk ved det aktivitetsperspektiv som ligger i OTIPM. (LJ)

6.2 Omgivelsernes betydning

Vi har følgende valgt at beskrive omgivelsernes betydning ud fra *the Conceptual Model of the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)* (Fisher, 2003), for at belyse, hvordan omgivelserne påvirker menneskets aktivitetsudførelse. Vi valgte at anvende denne model, som ligeledes afspejles i OTIPM, idet den definerer hvilke faktorer, der kan have indflydelse på aktivitetsudførelsen. Se figur 1.

The Conceptual Model of the AMPS illustrerer interaktioner mellem personen, opgaven, omgivelserne, kulturen og samfundet, samt aktivitetsudførelsen. Modellen er baseret på MOHO, og senere videreudviklet med yderligere definitioner.



Figur 1: The Conceptual Model of the Assessment of Motor and Process Skills (Fisher, 2003).

Omgivelserne danner den kontekst, hvori aktiviteter udføres og skaber muligheder, begrænsninger, udfordringer samt fysisk og social støtte i menneskets aktivitetsudførelse. Omgivelserne indeholder både den fysiske og sociale kontekst samt objekter. De fysiske omgivelser og objekter defineres som de rum, hvor mennesket agerer samt de objekter, der er til stede i rummene. De sociale omgivelser omfatter de persongrupper, som mennesket slutter sig til, og de aktivitetsformer som udøves.

Ydermere påvirkes menneskets aktivitetsudførelse af de kulturelle og samfundsmæssige omgivelser i form af, hvilke, hvor og hvordan aktiviteter udføres. Kulturen defineres, som den tro og de opfattelser, værdier, normer og adfærdsmønstre, som deles af en gruppe mennesker eller et samfund. De samfundsmæssige omgivelser indeholder økonomiske faktorer, regler og politiske krav samt samfundsmæssige holdninger. The Conceptual Model of AMPS anerkender de kulturelle og samfundsmæssige omgivelseres gennemtrængende rolle i menneskets aktivitetsudførelse (Fisher, 2003). (LJ)

7 Præsentation af stederne

Vi har foretaget interviews på tre forskellige hospitaler på Sjælland. Hospitalerne har tilfælles, at apopleksiafsnittet er opdelt i et akut-, og i et rehabiliteringsafsnit, samt at de har arbejdet ud fra OTIPM imellem ca. 3-3 ½ år. Den gennemsnitlige indlæggelsestid på hospitalerne svinger fra få dage og op til flere måneder.

Ergoterapeuternes mål for interventionen på apopleksiafsnittene er, at patienterne opnår det habituelle niveau, eller at de bliver så selvhjulpne som muligt, samt at få patienterne til at deltage aktivt i eget rehabiliteringsforløb. Ergoterapeuternes arbejdsopgaver består bl.a. af førstegangsvurderinger, synkevurderinger, Barthel-scoringer, ADL-observationer, COPM, AMPS, A-one, journalnotering, genoptræning af patienter efter opstillede mål samt revurderinger. (JZ)

8 Design, metode og materiale

Følgende gives en beskrivelse af vores valg af forskningsmetode, samt udvælgelsen og kontakten til informanter. Ligeledes gennemgås opbygningen og tankerne bag vores interviewguide, og der gives en kort beskrivelse af vores pilotstudie. Efterfølgende gives en samlet beskrivelse af interviewsituationerne. Derefter vil vi præcisere vores valg af databearbejdning og beskrive processen. Afslutningsvis redegøres for de etiske overvejelser. (CT)

8.1 Undersøgelsesdesign

8.1.1 Kvalitativt forskningsinterview

Vi valgte den kvalitative forskningsmetode til at belyse vores problemstilling, da den fokuserer på at få viden om menneskelige egenskaber såsom erfaringer, oplevelser og holdninger (Malterud, 2003). Metoden er relevant til at indhente empirisk data, og vi valgte denne, da vi ønskede at få indsigt i ergoterapeuternes oplevelser. Vores projekt kan derfor betegnes som tilhørende den forstående forskningstype, hvor informanternes perspektiv og subjektivitet indgår som det væsentlige datamateriale (Launsø & Rieper, 2005).

Vores projekt blev baseret på den fænomenologiske tilgang, idet vi søgte ergoterapeuters oplevelse af egen praksis. Kvale (1997) beskriver fænomenologien, som en forståelse af de sociale fænomener ud fra informanternes egne perspektiver og beskriver verdenen, som den opleves af informanterne, og ud fra forudsætningen af, at den afgørende virkelighed er, hvad informanterne opfatter den som. I kvalitative undersøgelser kombineres fænomenologien og hermeneutikken ofte, idet hermeneutisk fænomenologi forener det beskrivende med det fortolkende. Vi brugte derfor hermeneutikken til at fremme forståelsen af informanternes situation (Nielsen & Lunde, 1996).

Vi valgte at foretage individuelle forskningsinterviews, da vi ønskede ergoterapeuternes subjektive oplevelser. Vores valg bygger til dels på artiklen, ”*Vi er nødt til at diskutere fag – ikke smag*” (Weiss, 2008b), hvor det beskrives, hvorledes implementeringen af OTIPM har

været en hård og følsom proces. Derfor har vi bl.a. valgt det individuelle interview, fordi det giver en tryk situation for udveksling af eventuelle følsomme emner (Malterud, 2003).

Vi valgte at foretage semistrukturerede interviews, som ifølge Kvale (1997) giver et indblik i informantens livsverden. Det kvalitative forskningsinterview har som regel en magtasymmetri, hvor forskeren har en ledende rolle. Vi udarbejdede derfor en interviewguide, indeholdende de temaer som vi ønskede belyst, hvilket gjorde, at vi kunne styre interviewet, og derved sikre at vores undersøgelsesfelt blev afdækket. (LB)

8.1.2 Udvælgelseskriterier og kontakten til informanterne

Ifølge Maunsbach & Lunde (1996) er formålet med en hensigtsbestemt udvælgelse af informanter, at sikre sig at der indhentes data, der er relevant for problemstillingen. Herunder valgte vi en kriteriebestemt udvælgelsesstrategi, da vores informanter skulle opfylde visse kriterier for deltagelse i projektet.

Vores kriterier var:

- Uddannede ergoterapeuter
- Ergoterapeuter som arbejder på et apopleksiafsnit på et hospital
- Ergoterapeuter som arbejder ud fra OTIPM

På baggrund af en samtale med en underviser på Ergoterapeutuddannelsen, fik vi information om hvilke hospitaler, der har implementeret OTIPM. Vi valgte herefter at sende en e-mail til de forskellige steder (Bilag 2), hvor vi beskrev vores foreløbige problemstilling samt formål for projektet, for at høre om de kunne være interesserede i at deltage. Herigennem fik vi kontakt til tre hospitaler. Informanterne er repræsenteret med fire ergoterapeuter fra hospital A, to ergoterapeuter fra hospital B og en ergoterapeut fra hospital C.

Da vi nærmede os tidspunktet, hvorpå interviewene skulle foregå, skrev vi en ny e-mail til informanterne, hvori vi beskrev vores emne og de dilemmaer, som inspirerede os til projektet (Bilag 3), hvilket vi valgte for at give dem en større forståelse for projektet. Vi skrev, at vi ville kontakte dem telefonisk, for at aftale hvor og hvornår det passede dem bedst at deltage i

interviewet, for at skabe en mere personlig kontakt og derved forsøge at skabe tryghed hos informanten. Derudover fremlagde vi i e-mailen, at vi søgte viden om rammerne på deres arbejdsplads, for senere hen at kunne forholde os til resultaterne fra interviewene. (JZ)

8.1.3 Præsentation af informanterne

Informanterne bestod af en mandlig og seks kvindelige ergoterapeuter i aldersgruppen 26-36 år, som er uddannet i årene mellem 1998-2008. Informanterne arbejder ud fra OTIPM og har imellem fire mdr. og tre års praksiserfaring med arbejdsprocesmodellen. Informanterne er blevet introduceret til OTIPM dels fra uddannelsessted, på arbejdspladsen ved implementeringen, på kurser og af kollegaer. Se tabel 1. Informanterne er repræsenteret indenfor akut-, rehabiliterings- og neurologisk afsnit. Nogle af informanterne besidder en højere stilling, som udover praksis med patienter, også indebærer administrativt arbejde. Vi vil i opgaven præsentere informanterne med tallene 1-7. (JZ)

Tabel 1: Præsentation af informanterne

Informant og hospital:	Været uddannet i:	Introduceret til OTIPM via:	Arbejdet ud fra OTIPM i:
1. Informant (Hospital A)	2 år	Kursus på tidligere arbejdsplads. Introduktion via kontaktpersonen for implementeringen på arbejdspladsen.	Ca. 4 mdr.
2. Informant (Hospital B)	7 år	Via kollegaer og udviklingsterapeut på arbejdspladsen.	Ca. 2 år og 4 mdr.
3: Informant (Hospital A)	Ca. 1 år og 5 mdr.	Undervisning på uddannelsessted og i praktikperioder. OTIPM kursus med Anne Fisher.	Ca. 1 år og 5 mdr.
4. Informant (Hospital A)	6 år	Via ergoterapeut på arbejdspladsen fra implementeringsgruppen.	Ca. 2 år og 3 mdr.

5: Informant (Hospital A)	7 år	Oplæg fra kollegaer som havde været på kursus. Introduktion via kollegaer.	Ca. 1 år
6: Informant (Hospital C)	10 år	3 dages kursus med Anne Fisher. Via udviklingsterapeut.	Ca. 3 år
7. Informant (Hospital B)	3 år	Undervisning på uddannelsessted. Undervisningsdage på arbejdspladsen sammen med kollegaer.	Ca. 1 år og 5 mdr.

(JZ)

8.1.4 Interviewguide

Kvale (1997) beskriver, at en interviewguide angiver emner og rækkefølge i interviewet.

Vores interviewguide kan ses som teoristyret, da den blev opbygget ud fra OTIPM undersøgelses-, behandlings- og evalueringsdel. Interviewguiden blev udformet i tre kolonner (Bilag 4), hvor den første markerede, hvilket område interviewet omhandlede, med det formål at skabe et overblik for vores interviewer. Den anden kolonne indeholdt de spørgsmål, som skulle stilles, og den tredje klargjorde formålet med de enkelte spørgsmål, for på den måde at give et overblik over, hvad vi ønskede afdækket via spørgsmålene. Indledende i interviewguiden, udformede vi spørgsmål til informanten omkring deres erfaring fra praksis med apopleksipatienter og OTIPM. Vi valgte at gøre dette, for senere hen at kunne give en samlet beskrivelse af vores informanter og for at kunne diskutere en eventuel påvirkning af resultaterne.

Vi udformede vores interviewspørgsmål, så de havde en deskriptiv form: *"Hvordan oplever du...?"*, *"Beskriv et typisk..."*. Formålet var at udløse spontane beskrivelser fra informantens side. De spørgsmål som interviewguiden var bygget op efter, var brede og åbne. Vi valgte at spørgsmålene skulle tage udgangspunkt i en konkret situation, for at vi derefter kunne forfølge de svar, som informanten gav (Kvale, 1997). (CT)

8.1.5 Pilotstudie

Vi foretog et pilotstudie, for at opklare om vores problemstilling kunne belyses ud fra den valgte metode (Clausen & Riis, 1999). Vi valgte at afprøve vores interviewguide på en relevant informant, der var udvalgt efter samme kriterier, som de øvrige informanter. Da denne var relevant for vores projekt, valgte vi at inddrage resultaterne på lige fod med resultaterne fra de efterfølgende interviews. (CT)

8.1.6 Interviewsituationen

Interviewene fandt sted i lokaler på henholdsvis hospital A, B og C, således at informanterne var i vante og velkendte omgivelser. Vi valgte dette for at undgå, at det blev for tidskrævende for dem at deltage i vores projekt, og vi formodede ligeledes at arbejdspladsen var en tryk ramme.

Vi valgte, at to fra gruppen skulle deltage i hvert interview, da vi antog, at det kunne virke for overvældende og utrygt for informanten, hvis alle gruppens medlemmer deltog. I gruppen udnævnte vi en kontaktperson, som varetog kontakten til informanterne. Kontaktpersonen var ligeledes den, som foretog alle interviewene, hvilket vi valgte, for at undgå forvirring og for at skabe trykthed samt tillid.

Indledningsvis til interviewet, gav vi en kort briefing (Bilag 5). Kvale (1997) skriver, at der bør skabes en kontekst for interviewet gennem briefing, hvor interviewer definerer situationen for informanten. Vi gav en kort præsentation af gruppens medlemmer, vores roller under interviewet, formål og fokus for interviewet, samt oplyste omkring tavshedspligt, anonymisering og brugen af diktafon. Efterfølgende underskrev informanten en samtykkeerklæring (Bilag 6).

Under interviewet anvendte vores interviewer forskellige spørgsmålstyper. Kvale (1997) beskriver at interviewere, der ved hvad de spørger om, og hvorfor de spørger, vil under interviewet forsøge at afklare de meninger, der er relevante for projektet. Under vores interviews benyttede vores interviewer sig af indledende spørgsmål, for at få spontane og righoldige svar om informanternes oplevelser af det udspurgte fænomen, hvilket interviewer derefter efterfulgte. Ligeledes anvendte interviewer opfølgende spørgsmål for at udvide

informantens svar, hvorefter svarene blev forfulgt af sonderende spørgsmål. Når et emne var udtømt, markerede vores interviewer via strukturerende spørgsmål, at vi nu ville gå videre til et nyt emne. Vi gav plads til at informanten kunne reflektere ved at tillade til tider lange pauser i samtalen (Kvale, 1997). Vi forsøgte at skabe en tryk atmosfære, tillid og åbenhed, samt at lytte og selv træde tilbage under interviewet, da informanten er eksperter i egne oplevelser (Launsø & Rieper, 2005). Undervejs i interviewet lavede vi løbende opsummeringer på informantens udsagn, for at sikre forståelsen af svarene.

Vi afsluttede vores interviews med en debriefing (Bilag 7), for at undgå at informanterne sad inde med en ubehagelig følelse, og spurgte, om de havde noget at uddybe eller tilføje (Kvale, 1997).

Som tidligere beskrevet på s. 22, havde vi på forhånd sendt nogle spørgsmål til informanterne omkring deres arbejdsplads, og vi indhentede svarene efter interviewet. (LJ)

8.2 Databearbejdning og analysemetode

Følgende beskrives og gennemgås bearbejdningen af vores empiriske materiale og transskriberingsprocessen. Efterfølgende gives en beskrivelse af den valgte analysemetode. (LB)

8.2.1 Transskribering

Vi valgte at transskribere interviewene fra mundtlig til skriftlig form, for at strukturere interviewsamtalerne i en form, der var tilgængelig for nærmere analyse (Kvale, 1997). Malterud (2003) beskriver, at formålet med transskribering er, at gengive samtalen i en form, som bedst muligt repræsenterer det, som informanten havde til hensigt at fortælle. Vi valgte derfor, at transskriberingen skulle foretages af én af gruppens medlemmer, som deltog ved interviewet.

Kvale (1997) beskriver, at transskriberingskvaliteten kan forbedres ved hjælp af klare instruktioner om transskriberingsprocedurer, og vi valgte derfor at opstille vores egne transskriberingsretningslinjer (Bilag 8). For at sikre ensartethed i vores transskriberinger valgte vi efterfølgende, at en anden fra gruppen skulle gennemlytte interviewet samtidig med

gennemlæsning af transskriberingerne, for at opnå en form triangulering (Launsø & Rieper, 2005). (LB)

8.2.2 Systematisk tekstkondensering

Vi valgte at opbygge vores analyse med udgangspunkt i den form for tekstkondensering, som Malterud (2003) har udarbejdet ud fra Giorgis fænomenologiske analysemetode. Malteruds modificerede analysemetode beskrives i fire trin:

1. At danne sig et helhedsindtryk
2. At identificere meningsbærende enheder
3. At abstrahere indholdet i de meningsbærende enheder
4. At sammenfatte betydningen

I trin 3 valgte vi at bruge meningskondensering, som det er beskrevet af Kvale (1997).

I det følgende gennemgås de enkelte trin i analysen i forhold til vores projekt. (CT)

At danne sig et helhedsindtryk

Gruppens medlemmer læste de syv transskriberede interviews, for at danne sig et helhedsbillede af materialet. Undervejs skrev vi noter, og dannede os de første tanker om temaer. Vi forsøgte at fralægge os interviewguidens spørgsmål og vores forforståelse, for derved kun at lytte til, hvad informanten fortalte. Malterud (2003) beskriver, at vi på dette trin skal arbejde aktivt for at lægge vores forforståelse og teoretiske referenceramme til side, og at dette er en forudsætning for, at vi kan stille os åbne for de indtryk, som materialet formidler. Efterfølgende diskuterede vi de mulige temaer og dette medførte, at vi fandt frem til syv temaer, der skulle identificeres meningsbærende enheder ud fra. (CT)

At identificere meningsbærende enheder

Vi gennemlæste systematisk materialet, for at identificere de meningsbærende enheder under de syv temaer. Vi kodede de meningsbærende enheder i materialet for at systematisere dem, for senere at kunne udarbejde en matrice. Dette gjorde vi i fællesskab, for at få belyst vores problemstilling ud fra forskellige vinkler, og nærmede os på den måde, en form for

triangulering (Launsøe & Rieper, 2005). Undervejs i processen indså vi et behov for at justere vores temaer. Efterfølgende lavede vi en systematisk dekontekstualisering, hvorved vi hentede de meningsbærende enheder ud af det oprindelige materiale, for senere hen, at kunne læse dem i sammenhæng med lignende enheder. De meningsbærende enheder organiserede vi i en matrice, for visuelt at skabe et overblik over materialet (Malterud, 2003). (JZ)

At abstrahere indholdet i de meningsbærende enheder

Vi gennemgik de meningsbærende enheder under hvert interview, hvorved vi identificerede mønstre og nuancer, som vi derefter samlede i subgrupper under hvert tema. Vi diskuterede temaerne og subgrupperne, og konkluderede at nogle temaer skulle lægges sammen, da de overlappede hinanden. Se de identificerede temaer og subgrupper i tabel 2. Herefter udarbejdede vi en ny matrice (Bilag 9), som blev opbygget af en vandret række med de syv informanter, og en lodret kolonne indeholdende de identificerede subgrupper (Malterud, 2003).

Vi benyttede meningskondensering til at abstrahere indholdet i de meningsbærende enheder, ved at trække informanternes lange udsagn sammen til kortere udsagn, for at få mere præcise formuleringer (Kvale, 1997). Denne proces blev varetaget af to af gruppens medlemmer, da vi tidligere havde kodet de meningsbærende enheder i fællesskab. (LJ)

Tabel 2: Identificerede temaer og subgrupper

Tema:	Subgruppe:
Omgivelsernes påvirkning af arbejdet ud fra OTIPM:	• Krav fra omgivelserne • Tidspres og accelererede patientforløb
Erfaringer ved brug af aktivitet:	• Aktivitetsundersøgelse frem for funktionsundersøgelse • De fysiske omgivelsernes påvirkning for valget af aktivitet
Evaluerings- og dokumentation	
Klientcentrering:	• Terapeutisk relation og samarbejdsrelationer • Målsætning

Fagidentitet:

- Bevidstgørelse af faget ergoterapi
- Sparring
- Struktur i det ergoterapeutiske arbejde

(LJ)

At sammenfatte betydningen

Ud fra matricen sammenfattede vi fundene fra de forskellige subgrupper. Denne sammenfatning kalder Malterud (2003) en indholdsbeskrivelse, men vi har valgt at anvende betegnelsen: Resultatafsnit. Præsentationen af resultaterne stræbte vi efter, at gøre loyal over for informanternes udsagn via rekontekstualisering, hvor vi sammenholdte den lodrette kolonne i matricen med interviewene og den vandrette kolonne med subgrupperne, for at sikre overensstemmelse og sammenhæng. Ligeledes gik vi tilbage i de transskriberede interviews, for at sikre validiteten (Malterud, 2003).

Vi valgte at fremvise vores resultater inddelt i subgrupper, og vi benyttede citater fra de meningsbærende enheder, for at understrege og dokumentere det omtalte i teksten. (LB)

8.3 Ethiske overvejelser i forhold til metode og materiale

Følgende beskrives hvilke etiske overvejelser vi har gjort os med udgangspunkt i Kvaless (1997) tre etiske retningslinjer for humanistisk forskning. (JZ)

8.3.1 Informeret samtykke

I den første e-mail til informanterne, orienterede vi om, at vi ville anvende diktafon under interviewet, så de var bevidste om dette, og havde mulighed for at melde fra, hvis de ikke var interesseret i at blive optaget.

Vi udarbejdede en samtykkeerklæring, for at sikre os informanternes frivillige deltagelse, samt deres ret til at trække sig tilbage fra undersøgelsen (Kvale, 1997).

Vi valgte i vores briefing at informere informanterne om undersøgelsens formål, og hvilke områder vi ville berøre i interviewet, for at gøre dem opmærksomme på, hvilken viden vi søgte. (CT)

8.3.2 Fortrolighed

For at sikre informanternes fortrolighed, informerede vi dem, igennem vores samtykkeerklæring og briefing, omkring deres anonymitet og vores tavshedspligt. Vi orienterede dem ligeledes om at optagelserne på diktafonen, ville blive slettet efter aflevering af projektet. (JZ)

8.3.3 Konsekvenser

Vi har gjort os etiske overvejelser i forhold til udarbejdelsen af interviewguiden, idet vi ikke ønskede, at informanterne skulle få en opfattelse af, at vi kontrollerede deres arbejde ud fra OTIPM, og vi gjorde det derfor klart, at der ikke var rigtige eller forkerte svar.

Vores overvejelser i forbindelse med valget af de individuelle interviews var, at informanterne ikke skulle udlevere sig selv foran kollegaer, der måske ikke har samme oplevelser. Vi ønskede at skabe en tryk atmosfære, hvor informanterne frit kunne fortælle om deres personlige oplevelser fra praksis.

Vi afsluttede interviewet med en debriefing, for at sikre en god afslutning uden uklarheder, samt at informanten og interviewer forlod stedet med en god fornemmelse. (CT)

9 Resultater

I det følgende præsenteres resultaterne fra de syv interviews. Vi vil fremstille, hvordan informanterne oplever at arbejde med udgangspunkt i OTIPM på apopleksiafsnit.

Resultaterne præsenteres i fem temaer med tilhørende subgrupper. (JZ)

9.1 Omgivelsernes påvirkning af arbejdet ud fra OTIPM

I det følgende tema præsenteres de faktorer i omgivelser, som informanterne oplever, påvirker deres arbejde ud fra OTIPM. (JZ)

9.1.1 Krav fra omgivelserne

Flere af informanterne oplever, at omgivelserne stiller krav, der gør det svært at arbejde ud fra OTIPM. Nogle udtaler, at det især er synke vurderingen, som de finder problematisk.

Informant 4 udtrykker: *"Det gør det svært at arbejde efter OTIPM, fordi lægegruppen og plejerne gerne vil have en synke vurdering til at starte med"*. En anden fortæller, at da synke vurderingen er en funktionsundersøgelse som lægerne har henvist til, må denne ikke skydes til side, da det er første prioritet. Informant 5 udtaler: *"...Der er i hvert fald forkerte forhold i forhold til, hvordan OTIPM siger det skal være"*. Denne faktor gør, at informanten oplever, at hun ikke kan være fokuseret på aktivitet til at starte med, og oplever det derfor som værende hæmmende i forhold til at arbejde ud fra OTIPM. En anden faktor som nævnes i denne sammenhæng er, at der ikke er andre faggrupper, der kan overtage synke vurderingen, og det derfor hænger på ergoterapeuterne. Informanten udtrykker: *"Jeg kunne godt tænke mig at synke vurderingen lå i en anden faggruppe, og så kunne vi gøre dét vi er gode til. Altså at kigge på det mere aktivitetsbaserede"*.

Et andet krav i omgivelserne, som informanterne oplever hæmmer deres arbejde ud fra OTIPM er, at de er underlagt Det Nationale Indikatorprojekt (NIP). Dette betyder at ergoterapeuter bør have vurderet patienters behov for genoptræning af daglige færdigheder senest 2. indlæggelsesdøgn (Den fælles offentlige sundhedsportal, 2007). Informant 6 udtaler:

”Hvis jeg så skal tænke OTIPM, så vil jeg kunne yde et bedre stykke arbejde hvis ikke jeg havde NIP hængende over hovedet, det er der slet ingen tvivl om”. En anden oplever også, at OTIPM ikke passer så godt til apopleksipatienter i det første stykke tid grundet NIP, og synes derfor ikke at arbejdet bliver så klientcentreret. (JZ)

9.1.2 Tidspres og accelererede patientforløb

Flere informanter oplever, at de korte patientforløb begrænser dem i at arbejde ud fra OTIPM. Informant 5 udtaler: *”...Det kan godt være problematisk nogle gange, fordi vi er i accelererede patientforløb... Der er ikke tid til, at jeg kan undersøge 100 forskellige ting og sager. Så jeg har egentlig ikke tid til at undersøge så omfattende, som OTIPM ligger op til...”*. Derudover beskriver flere informanter, at det kan være svært at være så detaljeret, som OTIPM lægger op til grundet rammerne på hospitalerne og de accelererede patientforløb. De oplever, at det kan være svært, at komme i dybden i undersøgelsesfasen grundet tidspres. Informant 2 udtrykker: *”I og med at forløbene er så korte og intense, er man nogle gange sideløbende nødt til at køre ikke aktivitetsbaseret træning. Så det hænder at det ikke er ren aktivitetstræning”*. En informant udtaler, at tidspreset gør, at hun nogle gange antager patientens problematikker på forhånd på baggrund af sin tidligere erfaring. Samme informant ser det som værende negativt, at OTIPM ikke gør det muligt at have en ide om patienternes problematikker fra starten, fordi at den er så klientcentreret, og at det er en Top-down model. Derudover mener en anden, at det at følge OTIPM kan være meget at sætte i værk, når patienterne nogle gange kun er indlagt i en til to dage for derefter at skulle videre. (JZ)

9.2 Erfaring ved brug af aktiviteter

Følgende tema præsenterer, hvilke erfaringer informanterne har gjort sig ved brugen af aktiviteter i interventionen, samt hvordan de oplever, at de fysiske omgivelser påvirker deres valg af aktivitet. (CT)

9.2.1 Aktivitetsundersøgelse frem for funktionsundersøgelse

Flere informanter beskriver, at det er svært at anvende aktivitet i undersøgelsen såsom at finde meningsfulde aktiviteter, når patienterne er meget dårlige. Informant 3 fortæller: *"Det er mega konfliktfyldt, at personerne er så dårlige, for hvad er en meningsfuld aktivitet for en person, der nærmest ligger i koma efter en hjerneblødning"*. Nogle af informanterne nævner derfor, at det kan være en ulempe, at aktivitetsperspektivet er så udbredt i OTIPM, fordi hvis patienten har svært ved at udføre aktivitet, vil det også være svært at undersøge i aktivitet.

En informant oplever, at hun nogle gange mangler informationer, når hun undersøger patienterne i aktivitet. Informanten kunne godt tænke sig at bytte om på rækkefølgen i undersøgelsesdelen engang i mellem, fordi hun savner information omkring patienternes funktionsniveau. Informant 3 forklarer ligeledes: *"Jeg oplever i undersøgelsesdelen, at der er en kæmpe konflikt, om man skal lave funktionsøvelser eller om man kan få set det man vil i en aktivitet, hvis man følger OTIPM helt og aldeles slavisk"*. Flere oplever dog dette anderledes og informant 7 fortæller: *"Ved at bruge aktivitet som undersøgelse, får man virkeligt set, hvad det er patienterne kan, og hvad de ikke kan"*. (CT)

9.2.2 De fysiske omgivers påvirkning for valget af aktivitet

Alle informanterne beskriver, at de fysiske omgivelser har indflydelse på brugen af aktivitet i interventionen, da de fysiske rammer og ressourcer ikke altid stemmer overens med de behov patienterne har, og at det derfor er hæmmende for arbejdet ud fra OTIPM. Informant 3 udtrykker: *"Jeg oplever at det besværliggør mit arbejde ud fra OTIPM, når vi ikke har ressourcerne til det. Aktivitetstræningen kræver også bare mere plads, ressourcer, forskellighed og omstillingsparathed i terapien, og det virker ikke som om, at der er plads til det på hospitalerne"*. Flere oplever det svært at anvende aktiviteter, når de ikke er i patienternes hjem. Informant 5 udtaler: *"Når man skal være så aktivitetsorienteret, kan det være svært, fordi vi har de rammer, som vi har. Det er jo ikke patienternes hjem. Der bliver hurtigt få aktiviteter at vælge imellem reelt, kontra hvis man havde alt der hjemme..."*. Samtidig udtrykker nogle, at OTIPM stiller krav til kreativitet, og at det bare gælder om at være opfindsom. Informant 1 fortæller: *"Hvis jeg skal træne nogle andre aktiviteter end jeg er vant til at træne, er der muligheder her. Man skal bare være lidt opfindsom"*. (CT)

9.3 Evaluering og dokumentation

Under det følgende tema præsenteres informanternes oplevelser af at evaluere og dokumentere ud fra OTIPM.

Nogle af informanterne finder evalueringsdelen svær, da de ikke altid kan nå at evaluere forløbet. Informant 4 udtaler: *"Det kan godt være frustrerende, at jeg ikke når at evaluere patienten her. Man ser ikke slutningen på det, man er begyndt på, og dem som følger op på det, ser ikke begyndelsen"*. Flere fortæller, at det er pga. tidsmangel at den afsluttende evaluering ikke altid finder sted sammen med patienterne, og informant 4 udtrykker: *"Jeg synes måske ikke OTIPM passer 100 % i evalueringsdelen på et hospital, fordi det simpelthen er så hurtigt et forløb"*.

Andre finder evalueringsdelen let, og ser ikke evalueringen som problematisk, hvis bare patienten har været med undervejs i forløbet. Informant 5 fortæller: *"Jeg synes det er blevet nemmere at evaluere, da det er aktivitetsudførelsen der evalueres på"*. En anden oplever OTIPMs evalueringsdel som værende nem, da den er så fri at man kan bruge sine undersøgelsesredskaber, og så revurdere dem.

Nogle informanter finder det krævende at skulle dokumentere, da der skal skrives længere statusser, og oplever den ekstra tid som en ulempe. Informant 5 fortæller: *"Tingene tager længere tid, og dokumentationen er blevet mere omfattende, og i mine øjne, uvedkommende for den patientkategori, som jeg arbejder med"*. Der er mere dokumentation, da der skal skrives mange ting ned om patienten, og en af informanterne synes, at det er meget omstændigt og tvivler på, hvorvidt det er vigtigt at vide, f.eks. om folk har været erhvervsdygtige for 30 år siden. Derudover synes den samme informant, at det skinner igennem i hendes dokumentation, at hun ikke er AMPS-kalibreret. Samtidig antager en af informanterne, at dokumentationen er blevet mere kompliceret at forstå for deres samarbejdspartnere. Hun oplever at samarbejdspartnere ikke læser hendes statusser så ofte som tidligere, og udtrykker at hun tror, at ordvalget gør det svært for dem, at forstå hvad ergoterapi er.

Informant 1 oplever det derimod som en fordel at dokumentere ud fra OTIPM og fortæller: *"...Jeg oplever det nemt at lave en status over, hvor vi er nu og hvad der sker. Så i min*

dokumentation synes jeg egentlig, det er en fordel at bruge OTIPM...". Informanten udtrykker ligeledes, at det falder hende nemt at dokumentere på aktivitetsniveau. (LB)

9.4 Klientcentrering

I det følgende tema præsenteres informanternes oplevelser af klientcentreret praksis, i forhold til terapeutisk relation og samarbejdsrelationer samt målsætning i arbejdet ud fra OTIPM. (LJ)

9.4.1 Terapeutisk relation og samarbejdsrelationer

Flere af informanterne fortæller om deres oplevelser i forhold til at anvende de 10 dimensioner. Nogle oplever de 10 dimensioner som en fordel, da de får en masse nyttig information i forhold til patientens habituelle niveau og en fornemmelse af, hvad det er for en person de sidder overfor. En informant fortæller: *"Jeg finder lidt mere personen i stedet for patienten"*, og at der er blevet mere fokus på det klientcentrerede perspektiv nu, hvor hun arbejder ud fra OTIPM. Informant 2 fortæller: *"De 10 dimensioner fremmer forståelsen af patientens behov, og hvorfor det er vigtigt for ham at få funktionen tilbage"*. En anden udtrykker desuden, at hun oplever de 10 dimensioner som ligetil, da det tydeligt er beskrevet, hvordan man anvender dem.

Nogle af informanterne nævner dog, at de 10 dimensioner kan være svære at komme rundt om, hvis patienternes tilstand er meget dårlig og der ikke er pårørende til stede. En informant oplever de 10 dimensioner som værende omfattende og fortæller: *"Jeg synes, at det er omfattende med de 10 dimensioner. Selvfølgelig er det en del af menneskets historie, og man skal selvfølgelig ikke se bort fra det, som har betydning, men nogen gange er det også lidt overkill, tænker jeg. Man bruger meget tid på det, i stedet for at fokusere på problematikken lige nu, som skal fikses"*.

Flere fortæller at arbejdet ud fra OTIPM, har givet dem noget positivt i forhold til det klientcentrerede perspektiv og oplever, at OTIPM er med til at fastholde, at patienten er med igennem hele forløbet. En informant udtrykker, at det giver både hende og patienten en glæde ved at være inddraget. Ligeledes fortæller en informant, at hun oplever det positivt at skulle lægge sin forforståelse bag sig, fordi hun netop er afhængig af patientens accept i forløbet.

Informant 6 fortæller: *"Det der med at man ikke går imod patientens vilje, for det kan godt virke krænkende at gå ud på et badeværelse, specielt hvis man ikke ønsker det. Så vi spørger altid"*. Desuden udtaler en informant, at det gør det nemmere for hende at lave undersøgelser, hvis hun har fundet noget, som patienten er motiveret for og har indvilliget i. Dog giver en anden udtryk for, at det meget er hende, som styrer første undersøgelse, hvilket hun oplever, strider imod OTIPM. (LJ)

9.4.2 Målsætning

Flere informanter giver udtryk for, at de kan forene det klientcentrerede perspektiv med deres praksis. De fortæller, at det er patienten selv, der sætter mål og giver udtryk for, hvad de allerhelst vil kunne igen. En informant oplever, at fordelene ved OTIPM er, at hun har mere fokus på patienternes ønsker og behov. Informant 1 udtaler: *"Jeg oplever at OTIPM giver mig noget i forhold til, at langt de fleste patienter er motiveret for det vi laver, fordi de selv har været med til at vælge"*. En anden fortæller, at hun tidligere ikke gav patienterne noget valg i forhold til målsætning, men efter at OTIPM er implementeret, oplever hun en større glæde og motivation, når patienterne er inddraget i forløbet. Derudover giver én informant udtryk for, at hun godt kan arbejde ud fra patientens ønsker, selvom de er urealistiske, hvis bare hun er god nok til at forklare, hvad det er hun gør. Informant 1 fortæller: *"Jeg kan godt mærke at jeg skal passe på ikke at lægge mine mål ind over med nogle patienter, for ikke alle er interesseret i at lære at klare sig selv på badeværelset"*. En anden forklarer, at hun ikke altid involverer patienten 100 % i alle delmål og alt planlægning, da hun oplever, at det kan være et forstyrrende element at være så detaljeret. Nogle udtrykker, at de ikke altid får sat mål sammen med patienterne, og at de er klar over, at det ikke stemmer overens med OTIPM. Informant 7 forklarer: *"Det er en dårlig vane og en for travl hverdag, der gør at man ikke altid får sat mål sammen med patienten"*.

Mange af informanterne udtrykker, at det kan være svært at være klientcentreret i forhold til at sætte mål på tværfaglige konferencer. De fortæller, at målene bliver sat hen over hovedet på patienterne, og at patienterne ikke inddrages så meget, hvilket nok skyldes en blanding af arbejdspress og tidspres, og det derfor er svært at få tiden til at række og få patienterne med på råd hver gang. Informant 5 fortæller: *"Der er masser af ting i omgivelserne, der gør det svært"*

at være så klientcentreret, fordi vi bl.a. har konferencer uden patienterne, hvilket absolut ikke er noget i nærheden af klientcentrering. Vi laver det her mål hen over hovedet på patienten. Det er jo håbløst modsatrettet i forhold til at arbejde med OTIPM!”. (LJ)

9.5 Fagidentitet

Følgende tema præsenterer informanternes oplevelse af, hvad arbejdet ud fra OTIPM giver ergoterapifaget og den ergoterapeutiske praksis. (CT)

9.5.1 Bevidstgørelse af faget ergoterapi

Flere af informanterne oplever, at OTIPM har givet dem en bedre forståelse af deres fag. De er blevet mere stærke i, hvad det er, at de kan tilbyde i forhold til andre faggrupper. Informant 4 udtaler: *”Jeg kan bedst lide at arbejde med aktiviteter, og jeg synes, at det som ergoterapeut er en kæmpe styrke, at man kan sige, at man er den faggruppe der kigger på aktiviteter. Jeg er ikke bare den der dårlige fys´ der også laver en masse funktionsøvelser. Jeg er faktisk den eneste der specifik går ind og laver aktivitet”*. Informant 6 udtrykker ligeledes: *”Jeg er blevet mere bevidst om, hvad jeg laver som ergoterapeut. Det giver mig en stolthed over det jeg gør”*. Nogle nævner også, at arbejdet ud fra OTIPM giver et mere ensartet arbejde, og ser dette som en fordel. Informant 2 fortæller: *”Alle terapeuter kommer omkring det samme, for at øge kvaliteten og standarden”*. (CT)

9.5.2 Sparring

Nogle af informanterne oplever, at arbejdet ud fra OTIPM fremmer den kollegiale sparring. Informant 3 udtaler: *”OTIPM giver grobund for at sparre med sine kollegaer...”*. De oplever at dét, at de har fået et fælles udgangspunkt i aktivitet, gør det nemmere at dele erfaringer og sparre med kollegaer. Informant 5 fortæller: *”Fremmende er helt klart mine kollegaers engagement i OTIPM. Det er også fremmende at ledelsen siger, at det er det vi gør.”* Nogle af informanterne nævner, at det er en fordel at flere har deltaget i OTIPM kursus. Informant 3 udtaler: *”Vi har et bredt kendskab og en stor viden om OTIPM, fordi mange her*

på stedet har været på OTIPM kursus, og det er selvfølgelig en kæmpe fremmede ting...".
(LB)

9.5.3 Struktur i det ergoterapeutiske arbejde

Mange af informanterne oplever, at OTIPM giver dem en struktur i deres arbejde. Informant 1 fortæller: *"Jeg synes bestemt at OTIPM giver mig mere struktur"*. En informant beskriver, at den måde OTIPM er bygget op på, gør at hun automatisk kommer til at følge strukturen i den, fordi den harmonerer godt med praksis. To informanter udtrykker: *"Jeg synes også OTIPM er god til, i behandlingsforløbet, at vi har målet for øje"*, og *"Jeg synes de fire behandlingskasser giver et godt overblik, og gør det nemt at vælge"*. Informant 5 udtrykker også, at hun har fået mere fokus på, at være objektiv i interventionen, og fortæller: *"Jeg synes OTIPM har givet mig en helt del i at være mere objektiv og have mere fokus på det klientcentrerede. Også i en travl hospitalsverden, hvor der er andre krav end bare patientcentrering"*.

Nogle oplever dog, at OTIPMs struktur er for omfattende. Informant 7 nævner: *"Jeg ser det som en ulempe, at der er så mange kasser. Der er mange ting man skal ind over"*. Informanten beskriver derudover, at OTIPM er for skematisk opbygget. (LB)

10 Diskussion af resultater

I det følgende vil vi ud fra teori og empiri forklare og fortolke vores resultater. Vi har valgt at foretage en diskussion på tværs af vores temaer i resultatafsnittet, for at kunne diskutere i et bredere perspektiv. De resultater som diskuteres ligger sig både op ad vores forforståelse og er nye overraskende fund.

Diskussionen præsenteres i fem områder: Ergoterapi i den akutte fase, Paradigmekonflikt: Top-down vs. Bottom-Up, Implementering af OTIPM, Sammenhæng i forløbet og Fordele ved OTIPM. Områderne blev identificeret ved gennemlæsning af vores resultatafsnit, hvori vi fandt gennemgående diskussionstemaer. (CT)

10.1 Ergoterapi i den akutte fase

Følgende diskuteres informanternes oplevelser i forhold til, at arbejde med apopleksipatienter i de akutte forløb ud fra OTIPM.

Informanterne giver udtryk for, at det er konfliktfyldt at arbejde efter aktivitetsperspektivet i de akutte forløb: ”... *hvad er en meningsfuld aktivitet for en person, der nærmest ligger i koma efter en hjerneblødning?*”. Skyldes denne problematik, at OTIPM ikke passer til ergoterapeutisk praksis i de akutte patientforløb på hospitaler?

I artiklen, ”*Paradigmer og praksisformer i rehabilitering – en analytisk tilgang*” (Borg & Jensen, 2004-2005), præsenteres en model for de professionelle indsatsers typiske sammensætning og deres placering i rehabiliteringsforløbet (Bilag 10). Modellen præsenterer tre praksisformer, den sygdoms-, den situations- og den samfundsorienterede praksis (Bilag 11), repræsenteret inden for forskellige institutionelle rammer, samt inden for de mange faggrupper. Modellen illustrerer at opstarten af et forløb, domineres af den sygdomsorienterede praksis med en biomedicinsk tilgang, hvor der er fokus på sygdom, diagnoser og symptomer. Senere i rehabiliteringsforløbet bliver praksis præget af en humanistisk-samfundsvidenskabelig tilgang, som bl.a. indeholder initiativer til at fremme patientens livskvalitet. På baggrund af denne model og informanternes udsagn omkring ergoterapi i den akutte fase, kan der stilles spørgsmål ved, om OTIPM, med dennes

aktivitetsperspektiv, er optimal som arbejdsprocesmodel i den akutte fase? Informanterne oplever det problematisk at være aktivitetsorienteret og arbejde med meningsfulde aktiviteter, når patienterne er meget dårlige. Dette underbygges også i artiklen, *"Experiences of Occupational Therapists in Stroke Rehabilitation"* (Ramon et al., 2002). Undersøgelsen i artiklen viser, at ergoterapeuterne oplever en problematik i det klientcentrerede arbejde i den akutte fase, grundet patienternes manglende indsigt i egen situation, hvilket gør det svært at inddrage patienterne i beslutninger omkring behandlingen.

I artiklen, *"Forene praksis og teori i en referenceramme"* (Fisher, 2005) beskrives bl.a. ergoterapeuters rolle i den akutte fase. Deres rolle er at træne primær ADL og anskaffe og tilpasse hjælpemidler, hvor fysioterapeuterne efterfølgende overtager træningen af patienten. Ergoterapeuterne skal først på banen igen, når patienten er stærk nok til at deltage i aktivitet. Fokus er igennem hele forløbet, at styrke patientens aktivitetsudførelse og ikke på at afhjælpe underliggende dysfunktioner. På baggrund af ovenstående og informanternes oplevelse, sætter vi derfor spørgsmålstegn ved, hvad ergoterapeutens rolle er og hvorvidt det er muligt at arbejde som ergoterapeut i akutfasen. (JZ)

Vores resultater viser, at nogle af informanterne oplever det problematisk at arbejde ud fra OTIPM, når de er underlagt NIP, bl.a. udtrykkes: *"Hvis jeg skal tænke OTIPM, så vil jeg kunne yde et bedre stykke arbejde hvis jeg ikke havde NIP hængende over hovedet, det er der slet ikke tvivl om"*. NIP omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser. En indikator for ergoterapeuterne er, at patienter med apopleksi bør have "vurderet deres behov for genoptræning af daglige færdigheder, senest 2. indlæggelsesdøgn" (Den fælles offentlige sundhedsportal, 2007). Det fremgår ingen steder i NIP, hvordan den ergoterapeutiske vurdering skal laves og den kan derfor lige så vel baseres på en aktivitetsvurdering som en funktionsvurdering. Vi undrer os derfor over, hvorfor informanterne oplever NIP som værende problematisk i forhold til, at arbejde ud fra OTIPM. Kan dette skyldes, at de eventuelt er usikre på hvad NIP kræver, eller kan det skyldes, at der på stedet er en standard for, hvorledes denne opgave løses? (CT)

10.2 Paradigmekonflikt: Top-down vs. Bottom-up

Følgende diskuteres informanternes oplevelser af konflikter omkring forskellige paradigmer og tilgange til praksis på apopleksiafsnit på hospitaler.

Informanterne oplever følgende problematik: *"Det gør det svært at arbejde efter OTIPM, fordi lægegruppen og plejerne gerne vil have en synkevurdering til at starte med"*. De udtaler ligeledes, at synkevurderingen gør det svært at være fokuseret på aktivitet i begyndelsen af patientforløbet. Derudover gives der udtryk for et ønske om, at synkevurderingen ligger hos en anden faggruppe. Men er synkevurderinger, som ligger i Facial Oral Tract Therapy (F.O.T.T.) konceptet, en særlig ergoterapeutisk opgave? Er ergoterapeuter kompetente til denne opgave uden at de er specialiseret?

F.O.T.T. er udviklet af talepædagogen Kathleen Coombes, og er et koncept til undersøgelse og behandling af neurologisk betinget dysfagi, dysfunktioner i ansigtsbevægelser og nonverbale kommunikationsmuligheder, og er baseret på en intensiv tværfaglig tilgang, for at forebygge symptomer (Jensen, 2006). I Danmark viser historien, at det ofte er ergoterapeuterne, som foretager den kliniske undersøgelse og behandling af patienter med dysfagi (Kjærsgaard, 2005). På baggrund af, at konceptet bygger på undersøgelse og behandling af dysfunktioner og forebyggelse af symptomer, kan der drages en parallel til det biomedicinske paradigme. Dette paradigme er i kontrast til det aktivitetsparadigme, som OTIPM er baseret på.

Informanternes oplevelse af, at det er problematisk, at forene foretagelsen af synkevurderinger og deres arbejde ud fra OTIPM, mener vi ud fra ovenstående, kan begrundes i tilstedeværelsen af to modstridende paradigmer og derved tilgange til patienten. Informanternes konfliktfyldte oplevelser understøttes i artiklen, *"Occupation and Occupational Therapy: Knowledge Paradigms and everyday Practice"* (Wilding & Whiteford, 2007), hvor det bl.a. belyses, at hospitalsmiljøet lader til at tvinge ergoterapeuter til at engagere sig i en Bottom-up tilgang, hvor fokus er på den biomedicinske tilgang. Ergoterapeuterne i undersøgelsen fortæller, at de modtager henvisninger til helbredsundersøgelser som f.eks. kognitive test, hvilket får dem til at føle sig misforstået. Artiklen argumenterer for, at ergoterapi ikke passer ind i en biomedicinsk verden, hvor fokus er på sygdom og symptomer, da ergoterapi har fokus på at muliggøre aktivitet og deltagelse for patienterne. På baggrund af denne artikel, understøttes informanternes oplevelser omkring konflikterne ved at anvende en aktivitetsbaseret

arbejdsprocesmodel på hospitaler præget af et biomedicinsk paradigme. Dog bør det bemærkes at den beskrevne undersøgelse er foretaget med 10 informanter, som arbejder indenfor forskellige patientkategorier på akuthospital, og deres oplevelser, kan derfor veksle fra vores informanternes oplevelser.

Ligeledes understøttes informanternes paradigmekonflikt i modellen for de professionelle indsatsers typiske sammensætning og deres placering i rehabiliteringsforløbet (Bilag 10), hvor det tydeliggøres at det sygdomsorienterede sygdomsbegreb og dermed den biomedicinske tilgang (Bilag 11), er dominerende i den akutte fase (Borg & Jensen, 2004-2005).

Resultaterne viser samtidig en konflikt i forhold til: ”... om man kan få set det man vil i en aktivitet...”. Nogle af informanterne oplever, at de får et større indblik i, hvad patienten reelt kan, ved igennem en Top-down tilgang at observere i aktivitet, hvorimod andre oplever et behov for at se på funktioner tidligt i undersøgelsen. Kan denne uenighed skyldes at informanterne er præget af forskellige paradigmer?

Häkan Törnebohm (1991) beskriver i artiklen, ”*What is Worth Knowing in Occupational Therapy?*”, at mennesket er sammensat af en krop og et livs-paradigme. Dette livs-paradigme består af menneskets syn på verden, syn på livet, evne til at agere i verdenen og interesser i verdenen. Livs-paradigmet udvikler sig hele livet igennem, og indeholder forskellige subparadigmer som f.eks. det professionelle-paradigme. Informanterne i vores projekt udtrykker at, før implementeringen af OTIPM, var deres praksis præget af det biomedicinske paradigme. Efter implementeringen har nogle af informanterne skullet ændre deres paradigme med mere fokus på aktivitet, hvilket de giver udtryk for, har været en svær proces, da de var bekymret for, om de kunne se, det de ville, i en aktivitet. På baggrund af Törnebohms (1991) artikel kan der argumenteres for, at nogle af informanterne, har svært ved at ændre deres professionelle-paradigme, da dette syn ligger dybt i deres livs-paradigme. Nogle af informanterne oplever det derimod som en fordel at observere patienten i aktivitet, hvilket kan skyldes, at deres professionelle-paradigme og derved deres livs-paradigme, har større interesse, viden om og fokus på det aktivitetsorienterede paradigme. Flere af informanterne oplever også, at OTIPM er for omfattende, hvilket vi antager, kan skyldes, at de stadig er præget af et biomedicinsk paradigme, og derfor har svært ved at forene Top-down tilgangen og aktivitetsperspektivet i deres praksis. Ved anvendelse af ovenstående artikel er vi

opmærksomme på, at forfatteren er videnskabsfilosof, hvilket kan have indflydelse på den vinkel, han vælger at belyse sin problemstilling ud fra.

Informanterne oplever en konflikt i deres arbejde ud fra OTIPM i forhold til de tværfaglige konferencer. Én informant fortæller: ”... *Vi laver det her mål hen over hovedet på patienterne...*”. Konflikten ligger i, at de arbejder efter en arbejdsprocesmodel, som er baseret på en klientcentreret intervention, hvor samarbejdet med patienten er i fokus (Fisher, 2009), og de oplever det derfor modstridende med deres praksis, at sætte mål for patienten på de tværfaglige konferencer. (LJ)

Informanterne oplever også paradigmekonflikten i forbindelse med dokumentation. En af informanterne oplever, at det i forbindelse med dokumentation, er blevet mere kompliceret for deres samarbejdspartnere at forstå. Hun mener, at ordvalget gør det svært for det tværfaglige team at forstå, hvad ergoterapi er. Det tyder på at informantens oplevelse skyldes skiftet fra et biomedicinsk til et mere aktivitetsorienteret paradigme. I Wilding & Whiteford (2007) beskrives, hvordan ergoterapeuter på akut hospitaler oplever at tale et helt andet sprog end deres tværfaglige kollegaer, og de mener, at dette kan ledes tilbage til den fundamentale forskel i paradigmerne. På baggrund af den anvendte artikel fra vores problembaggrund af Kinn & Aas (2008), understøttes informanternes oplevelse af at det er svært at dokumentere til andre faggrupper, og undersøgelsen viser, at nogle ergoterapeuter vælger at dokumentere i biomedicinske termer, for at tilpasse sig de andre faggruppers forventninger. Det kan diskuteres hvor bredt denne undersøgelse dækker, da der kun deltog seks ergoterapeuter fra forskellige patientkategorier. På baggrund af artiklen og vores informanternes oplevelser, kan det derfor diskuteres om man som faggruppe, skal blive bedre til at tale de andre faggruppers sprog?

Diskussionen omkring sprog og kommunikation i tværfaglig sammenhæng, har været diskuteret i mange år. Wæhrens & Winkel (2006) beskriver at kommunikation er teamets vigtigste samarbejdsredskab, og at dette opnås ved et fællessprog, for at sikre indbyrdes forståelse. Dette stiller krav til den enkelte, som udover det fælles sprog, skal kunne udtrykke sig monofagligt til sin egen faggruppe og samtidig skal kunne videreformidle det samme på ”dansk” til patienterne.

På baggrund af det generelle problem omkring kommunikationen mellem forskellige faggrupper, har WHO udviklet ICF, som er en model for klassificering af begreber, der beskriver konsekvenser af en påvirket helbredstilstand, som har til formål at ensarte terminologien, og her igennem styrke det tværfaglige samarbejde omkring rehabiliteringen (Wæhrens & Winkel 2006). Dette tyder på at behovet for et fælles sprog, længe har eksisteret og stadig ikke har indfundet sin plads på vores informanternes arbejdsplads. Men er der et behov for at informanterne dokumenterer til de andre faggrupper på et mindre monofagligt sprog, når det er det biomedicinske paradigme som hersker på hospitalerne? (LB)

10.3 Implementering af OTIPM

Ud fra informanternes oplevelser, vil vi diskutere hvorledes forskellige aspekter af implementeringen af OTIPM, kan have indflydelse på disse.

Resultaterne viser, at størstedelen af informanterne oplever, at de fysiske omgivelser har indflydelse på brugen af aktivitet i interventionen. De oplever, at de fysiske rammer og ressourcer hæmmer deres arbejde ud fra OTIPM. I The Conceptual Model of the AMPS, s.18, beskrives bl.a. sammenhængen mellem omgivelserne og menneskets aktivitetsudførelse. Omgivelserne kan skabe muligheder, begrænsninger, udfordringer og støtte i aktivitetsudførelsen (Fisher, 2003). En af informanterne udtrykker: *"Aktivitetstræning kræver også bare mere plads, ressourcer, forskellighed og omstillingsparathed i terapien, og det virker ikke som om, at der er plads til det på hospitalerne"*. Det kan diskuteres, om det er OTIPM, der ikke passer ind på hospitalerne, eller om det er implementeringen af arbejdsprocesmodellen, som ikke er gennemført optimalt?

Ud fra vores resultater har vi fået en forståelse af at omgivelserne, under implementeringen af OTIPM, ikke er blevet tilpasset til dennes perspektiv og tilgang. Informanterne oplever omgivelserne som hæmmende i forhold til at arbejde ud fra OTIPM. Denne oplevelse kan forklares ud fra Kielhofners (2006) beskrivelse af vaner. Menneskets vaner er påvirket af dets omgivelser, og defineres som erhvervede tilbøjeligheder til automatisk at reagere og optræde på bestemte og ensartede måder i velkendte omgivelser. Informanternes oplevelser kan derfor skyldes en uoverensstemmelse mellem de vaner, som de forsøger at indarbejde som følge af

implementeringen af OTIPM, og deres omgivelser. For at muliggøre en ændring af informanternes vaner og dermed arbejdsgang ud fra OTIPM, ser vi, ud fra Kielhofners (2006) teori, et behov for en tilpasning i omgivelserne. Før implementeringen arbejdede informanterne ud fra et mere biomedicinsk paradigme, hvorved omgivelserne var tilpasset denne tilgang. Omgivelserne på hospitalerne, både de fysiske, sociale, kulturelle og samfundsmæssige, indbyder derfor til, at informanterne bibeholder deres tillærte vaner, som bygger mere på det biomedicinske end det aktivitetsorienterede paradigme.

Diskussionen om vaner og omgivelseres betydning for implementeringen af OTIPM kan fortsættes, da flere informanter fortæller, at de ikke altid får sat mål sammen med patienterne, selvom de er bevidste om, at dette ikke stemmer overens med at arbejde ud fra OTIPM, hvilket begrundes med: *"Det er en dårlig vane og en for travl hverdag..."*. Denne problematik kan ses ud fra Kielhofners (2006) beskrivelse af hvordan vaner, i vores daglige rutiner, hjælper os med at handle effektivt indenfor tidens strøm. At ændre på sine vaner, kræver meget af en person, og gør at man ikke kan udføre handlinger per automatik. Vi mener, at for at informanterne kan ændre deres vaner, skal omgivelserne og rutinerne tilpasses, som en del af implementeringen. Dette bringer os igen tilbage til spørgsmålet, om det er modellen, som ikke passer ind på hospitalerne eller det er implementeringen, som ikke er gennemført optimalt? Ud fra ovenstående antager vi, at der under indføringen af OTIPM ikke er tænkt alle aspekter af implementeringen ind, hvilket skaber nogle hæmmende faktorer for informanterne. Udover at den enkelte informant har et ansvar for at implementeringen skal lykkes, er det ligeledes et ledelsesansvar. Implementering af noget nyt kræver ændring af vaner, rutiner og omgivelser, hvilket koster tid og ressourcer. Hvis dette ikke er muligt på hospitalerne, er det så ergoterapi, med aktivitetsperspektivet og fokus på klientcentrering, som ikke passer ind? (LB)

Ud fra vores resultater har vi fået en forståelse af, at informanterne oplever det som en fordel, at flere har deltaget i OTIPM kursus: *"Vi har et bredt kendskab og en stor viden om OTIPM, fordi mange her på stedet har været på OTIPM kursus..."*. Vi ser at denne oplevelse kan forklares ud fra Wahlgren, Høyrup, Pedersen & Rattleffs (2002) beskrivelse af "implementeringsproblemet". Her nævnes transferproblemet, som et klassisk problem i forbindelse med læring af noget nyt, hvilket omhandler, hvordan der skabes sammenhæng

mellem det lærte og den situation, det anvendes i. Det beskrives at omgivelserne skal støtte op om det lærte, og indbyde til at dette anvendes. Vi antager at omgivelserne ikke har støttet informanterne i at arbejde ud fra OTIPM, dog ser vi, at idet mange har deltaget i OTIPM kurser, er faggruppen, som også er en del af informantens omgivelser, blevet ændret, og derved støttes implementeringen. De har her igennem fået et fælles udgangspunkt for at arbejde ud fra arbejdsprocesmodellen. Det kan derfor diskuteres, om alle skal deltage i OTIPM kurser, for at implementeringen kan lykkes optimalt? I denne diskussion kommer ledelsesansvar op igen, idet det kræver flere ressourcer, særligt i form af økonomi, men også i form af timer, at sende medarbejdere på kursus. Det bliver herved fra ledelsens side et spørgsmål om prioritering. (JZ)

Vores undersøgelse viser, at de informanter som har en positiv oplevelse af OTIPM, er nogle der føler engagement fra ledelsen og kollegaerne. Vi ser samtidig at de informanter, der har deltaget i OTIPM kursus, ofte oplever det sværere at arbejde ud fra OTIPM end dem, som ikke har deltaget i kursuset. Dette kan skyldes, at informanterne som har deltaget i kursuset, har fået en bedre forståelse for og er mere reflekterende i forhold til deres praksis og derved arbejdet ud fra OTIPM. (CT)

10.4 Sammenhæng i forløbet

I det følgende diskuteres informanternes oplevelser omkring sammenhæng i interventionen.

Flere af informanterne oplever det konfliktfyldt, at de ikke kan nå igennem hele forløbet i OTIPM. En informant udtaler: *"...Man ser ikke slutningen på det, man er begyndt på, og dem som følger op på det, ser ikke begyndelsen"*. En anden oplever, at hun ser OTIPM som en ulempe, da der er så mange kasser og ting, hun skal ind over. Men lægger OTIPM op til, at den enkelte ergoterapeut skal igennem hele forløbet med patienten? Eller skal ergoterapeutens indsats blot ses som en del af patientens rehabiliteringsforløb? Oplever informanterne det konfliktfyldt, ikke at nå hele OTIPM igennem med patienten, fordi de måske mangler fokus på det sammenhængende patientforløb?

Apopleksipatienters forløb starter ofte på akutafsnittet, hvor patienterne kun er i få dage. Herfra flyttes patienterne, afhængigt af deres tilstand, til rehabiliteringsafsnittet og herfra, som oftest, til videre genoptræning i kommunen. Patientforløbene er derfor ikke kun på de enkelte afsnit, men på tværs af sektorerne.

OTIPM bygger på et klientcentreret perspektiv, hvilket betyder at patientens forløb er i fokus og ikke ergoterapeutens. I *”Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet”* (MarselisborgCentret, 2004) defineres begrebet rehabilitering, hvilket bl.a. betyder, at borgeren får en helhedsorienteret, koordineret og sammenhængende proces, der sigter imod, at borgeren kan udføre aktiviteter og deltage i samfundet. Rehabiliteringen skal baseres på borgerens beslutning og deltagelse. Der stilles krav til de tværfaglige parter om, at de er bevidste om i hvilken sammenhæng, deres indsats indgår, hvilket vil sige de indsatser, som finder sted før, under og efter egen indsats. Et sammenhængende forløb fordrer, at borgeren oplever, at processen er forståelig, betydningsfuld og meningsfuld (MarselisborgCentret, 2004).

På baggrund af informanternes oplevelser, det klientcentrerede perspektiv i OTIPM samt det borgerinvolverende fokus i rehabiliteringen, kan det diskuteres om informanterne har et manglende fokus på det sammenhængende forløb, og derfor oplever det konfliktfyldt at arbejde ud fra OTIPM. Det kan derfor diskuteres om der i praksis, er et behov for at sikre koordinationen mellem sektorerne, for derved at have mere fokus på borgerens forløb. (JZ)

10.5 Fordele ved OTIPM

I det følgende afsnit diskuteres og opsummeres de fordele informanterne oplever ved at arbejde ud fra OTIPM.

Selvom nogle af informanterne oplever det problematisk at arbejde med aktiviteter, ser de fleste det dog som en fordel at anvende aktiviteter i undersøgelse og behandling: *”Ved at bruge aktivitet som undersøgelse, får man virkelig set hvad det er patienterne kan og ikke kan”*. Informanternes forskellige oplevelser mener vi kan skyldes, at de arbejder efter forskellige paradigmer, hvilket har indflydelse på, hvor vidt de oplever det svært eller let at arbejde ud fra OTIPM og dennes aktivitetsperspektiv.

Et af de overraskende fund i projektet er, at flere af informanterne oplever, at OTIPM styrker ergoterapifaget. Informanterne oplever, at de er blevet mere stærke i, hvad det er de kan tilbyde i forhold til andre faggrupper, og at de har opnået en stolthed over det de laver. De nævner bl.a. aktivitet som værende ergoterapeuternes største styrke, og oplever det som en fordel, at kunne sige: ” *Jeg er faktisk den eneste der specifik går ind og laver aktivitet*”. Vi ser ovenstående som værende en styrkelse for professionen idet andre faggrupper og patienter, vil få et klarere syn på, hvad ergoterapi er. Informanterne nævner samtidig, at arbejdet ud fra OTIPM giver dem et mere ensartet arbejde, og ser dette som en fordel.

At ovenstående opleves som en fordel kan skyldes, at der i længere tid har været forskelligt fokus for ergoterapeuterne, hvor nogle så på funktioner og andre på aktivitet.

Ergoterapeuterne har efter implementeringen fået et fælles fokus, og dette antager vi ikke kun styrker professionen, men også gør det nemmere at udføre et tilfredsstillende arbejde, da der er enighed om fremgangsmåde og fokus.

Resultaterne viser, at flere af informanterne oplever det som en fordel at benytte de 10 dimensioner, og føler at de er nemme at anvende. De oplever, at de får en masse nyttig information omkring patienten, og at der derfor bliver mere fokus på personen og ikke patienten. Vi ser, ud fra informanternes udsagn, at de har haft behov for at have retningslinjer, for at få mere fokus på klientcentrering og vi anser derfor, at det kan være en af årsagerne til, at informanterne oplever det som en fordel at anvende de 10 dimensioner.

Informanterne oplever, at fordelene ved OTIPM er at de får fokus på patienternes ønsker og behov: ” *Jeg oplever, at OTIPM giver mig noget i forhold til, at langt de fleste patienter er motiveret for det vi laver, fordi de selv har været med til at vælge*”. Ovenstående kan skyldes, at informanterne er blevet bedre til at prioritere målsætningen, og vi har samtidig en formodning om, at arbejdet ud fra OTIPM har gjort informanterne stærkere i, at holde fast i det klientcentrerede perspektiv. (CT)

11 Diskussion af design, metode og materiale

Følgende diskuteres vores valg af design, metode og materiale. Vi vil vurdere, hvorvidt valget af metode, design og materiale, har været anvendeligt for at afdække vores problemstilling. Alt dette klarlægges for at give læseren et større indblik i vores valg for at vurdere, hvordan dette kan have haft indflydelse på validiteten af projektet (Malterud, 2003). (LB)

11.1 Undersøgelsesdesign

11.1.1 Kvalitativ metode

Vi mente, at det var relevant at anvende den kvalitative metode til at belyse vores problemstilling. Vores valg af metode medførte, at vores indhentede data gav et nuanceret og righoldigt indblik i informanternes oplevelser og holdninger.

Gennem semistrukturerede interviews, som byggede på åbne spørgsmål, indbød vi informanterne til at fortælle frit om deres oplevelser, hvilket gjorde, at vi fik mange brugbare data i forhold til vores problemstilling. På den måde fik vi indsamlet data, som rakte ud over vores oprindelige forforståelse. Samtidig gjorde vores interviewguides struktur, at vi fik afdækket de emner vi ønskede. Således kunne vi i fremstillingen af resultater og diskussion heraf, sammenholde vores data, hvilket styrker validiteten af vores undersøgelse (Malterud, 2003). (LB)

11.1.2 Udvælgelseskriterier og kontakten til informanterne

Vi opstillede udvælgelseskriterier for informanterne med det formål, at få kontakt til ergoterapeuter med lignende praksis i form af arbejdsområde, arbejdsplads og patientkategori, således at de på de nævnte punkter havde samme udgangspunkt for, at arbejde ud fra OTIPM. Vores informanter arbejder på akut-, rehabiliterings- og neurologisk afsnit og har derfor forskellige arbejdsrammer. Dette kan have haft indflydelse på deres oplevelse af at arbejde ud fra OTIPM og dermed vores resultater.

Oprindeligt har vi foretaget otte interviews, men vi har efterfølgende valgt det ene interview fra, da denne informant ikke opfyldte vores udvælgelseskriterier optimalt. Informanten blev orienteret om dette efterfølgende.

Vi fik kontakt til syv informanter, heraf seks kvinder og en mand i alderen 26-36. Vi anser dette som et passende antal og ser ikke at den ulige kønsfordeling, har haft indflydelse på resultaterne. Vi oplevede dog, at alderen og antal år de har været uddannet, samt den måde de er introduceret til OTIPM på, har indflydelse på, hvordan de oplever at arbejde ud fra arbejdsprocesmodellen. Dog oplevede vi ikke, at det havde en negativ effekt på resultaterne, idet vi fandt det interessant at se, hvor forskelligt informanterne oplever at arbejde ud fra OTIPM, hvilket gav en mere forskelligartet forståelse af vores problemstilling.

Informanterne kommer fra tre hospitaler, hvoraf de var fire fra det ene, to og en fra de andre. Den ulige fordeling af informanterne, anser vi, kan have haft indflydelse på resultaterne, idet fire af informanterne har de samme arbejdsrammer, og derved kan have haft lignende oplevelser. Vi erfarede samtidigt, at vores informanters forskellige positioner på arbejdsstedet, havde en indflydelse på deres svar. Vi kunne have forebygget de mere overfladiske svar fra disse informanter, ved at have været opmærksomme på deres positioner inden interviewenes start.

Vores kontakt til informanterne bestod i første omgang af e-mails, hvilket fungerede godt. Da interviewene nærmede sig, tog vi telefonisk kontakt til informanterne, hvilket blev varetaget af én i gruppen. Vi anser at dette har været en fordel, idet informanterne kun skulle forholde sig til en person.

Under vores projektforsløb tilpassede vi vores problemstilling, hvilket resulterede i, at den første mail vi sendte til informanterne, ikke stemte helt overens med vores færdige problemstilling ved interviewsituationerne. Vi har efterfølgende erfaret, at det ville have været en fordel at informere informanterne om tilpasningen før end på selve interviewdagen, da vi oplevede, at nogle havde svært ved at omstille sig til det lidt ændrede formål, hvilket kunne ses i deres svar. (CT)

11.1.3 Interviewguide

Interviewguiden var medvirkende til, at vi fik svar inden for de områder, som var relevante i forhold til vores problemstilling. Vores interviewguide var inddelt i tre kolonner, og den første kolonne gav under interviewet, et godt overblik over, i hvilken fase man befandt sig i.

Spørgsmålene i anden kolonne var meget åbne, og gav derfor informanten mulighed for at komme med sin oplevelse uden at blive ledt af spørgsmål. De åbne og brede spørgsmål oplevede vi fungerede godt, dog var det til tider svært for vores interviewer at stille uddybende spørgsmål undervejs i informanternes fortælling, da det kunne virke som en afbrydelse.

Informanterne talte ofte i lang tid, og det kunne for intervieweren godt være problematisk at huske alt, hvad der blev fortalt, for derefter at søge uddybende svar om de relevante perspektiver i forhold til problemstillingen. Vi valgte derfor, efter de første interviews, at sætte yderligere underpunkter til denne kolonne, for at støtte intervieweren. Den tredje kolonne var en støtte og tryghed, da det var let at overskue, hvad formålet var med spørgsmålene.

Vi oplevede, at de svar vi fik fra informanterne, ofte handlede om hvordan de gør i praksis. Vi søgte denne viden, for efterfølgende at kunne spørge ind til deres oplevelser, dog kan det diskuteres om dette fyldte for stor en del af interviewet, og derved begrænsede vores mulighed for at høre om deres oplevelser. (JZ)

11.1.4 Pilotstudie

Vi valgte at foretage et pilotstudie, og det bekræftede os i, at vores interviewguide fungerede i forhold til at indsamle data om vores problemstilling. Det virkede godt at afprøve interviewguiden på en relevant informant, da vi oplevede, at vi fik brugbar information.

Efterfølgende har vi erfaret, at det kunne have været en fordel at have foretaget flere pilotinterviews, da vi efterfølgende oplevede en forskel på, hvordan informanterne forstod vores spørgsmål. Ved at foretage flere pilotinterviews, kunne vi have forebygget uklarheder i vores spørgsmål, og derved sikret os yderligere, at vores data besvarede vores problemstilling. (JZ)

11.1.5 Interviewsituationen

Vi valgte at interviewene skulle foregå på hospitalerne, for bl.a. at skabe trygge rammer for informanterne. Vi oplevede at dette fungerede godt, idet informanterne var åbne og imødekommende.

Vi var to fra gruppen som deltog i interviewene, og det gav en god kontakt til informanterne. Det fungerede godt, at vi havde udnævnt en primær kontaktperson, da vi fik et indtryk af at informanterne på den måde, fik et tilhørsforhold til os og vores projekt. Det fungerede godt, at kontaktpersonen vidste, hvad der tidligere i samarbejdet var blevet givet af information, og vi undgik derfor misforståelser og forvirringer.

Ved at give en kort briefing ved interviewets start, fik vi mulighed for at udrydde eventuelle tvivlsspørgsmål hos informanterne.

I interviewene blev der benyttet forskellige spørgsmålstyper. De indledende åbne spørgsmål fungerede godt, da det gav informanten mulighed for selv at strukturere, hvad han/hun fandt relevant at fortælle. Vi oplevede, at det var en god måde at indlede et interview på, da vores interviewer fik mulighed for at vise sin interesse og respekt for informantens svar, ved at være lyttende og anerkendende. De åbne spørgsmål bidrog også til, at vi fik svar, som rakte ud over vores oprindelige forforståelse (Malterud, 2003). Det fungerede godt at vores interviewer benyttede sig af opfølgende spørgsmål, for at få uddybet informantens svar, dog kan vi efterfølgende se, at dette ikke altid blev gjort fyldestgørende. Løbende foretog intervieweren opsummeringer på informantens udsagn, hvilket havde en positiv virkning på den korrekte forståelse af dennes svar. Dette har været med til at styrke validiteten af vores undersøgelse, dog kan det diskuteres om dette blev gjort tilstrækkeligt under interviewet.

Det kan diskuteres om intervieweren undervejs i interviewet, havde lagt sin forforståelse helt bag sig, som der stræbes efter i den fænomenologiske tilgang. Det var svært for intervieweren, ikke at lade sig farve af den data, der blev indhentet fra tidligere interviews. Det kan derfor diskuteres om det var optimalt, at det var den samme interviewperson under alle interviews. Havde vi dog valgt at have forskellige interviewere, ser vi at dette ville have påvirket vores dataindsamlings pålidelighed, idet forskellige personer fæstner sig ved forskellige nuancer af samme sag, og relevansen af informanternes svar ville derfor være påvirket (Malterud, 2003).

Efterfølgende gav vores interviewer en kort debriefing, hvilket virkede efter hensigten. Ved debriefingen gjorde vi informanterne opmærksomme på, at de kunne kontakte os, hvis de havde ændringer, tilføjelser eller andet. Dette virkede godt, da én informant kontaktede os efterfølgende angående yderligere anonymisering. (LJ)

11.2 Diskussion af databearbejdning og analysemetode

11.2.1 Transskribering

Vi valgte at udforme retningslinjer (Bilag 8) for hvordan vores interviews skulle transskriberes, hvilket vi ser som en styrke, da det gav os syv ens transskriberede interviews. Da én af dem som deltog ved interviewet, skulle transskribere, styrkede det validiteten, hvilket virkede godt og gjorde at vi fik den rigtige mening ud af informanternes udsagn i omformningen fra mundtlig til skriftlig form.

Vi overvejede, for yderligere at styrke validiteten, at sende det transskriberede materiale til informanterne, så de kunne korrigere deres udtalelser, da vi er klar over at der uundgåeligt i transskriberingsfasen sker en fortolkning. Dette fravalgte vi grundet tidsnød.

Vi valgte derfor, for at sikre loyaliteten mod vores informanter og dermed reliabiliteten af vores undersøgelse, at en anden af gruppens medlemmer, skulle gennemlytte interviewene og sikre at transskriberingen var tro mod informanternes udsagn. Vi mener derfor at vi i transskriberingsfasen, har været loyale mod informanterne og at det har styrket både validiteten og reliabiliteten. (LB)

11.2.2 Analysemetode

Vi oplevede at den systematiske tekstkondensering fungerede godt som analysemetode, da vi opnåede viden om informanternes erfaringer og oplevelser inden for et bestemt område. Efterfølgende diskuteres metoden inden for de fire trin i analysen. (JZ)

At danne sig et helhedsindtryk

Alle gruppens medlemmer læste de syv transskriberede interviews igennem, hvilket gav et godt udgangspunkt for den efterfølgende diskussion om temaer. Hele gruppen deltog i denne

proces, og vi skabte derved en form for triangulering, da vi alle diskuterede det samme datamateriale (Launsøe & Rieper, 2005). Vi forsøgte at lægge vores forforståelse bag os, men det kan diskuteres, om dette blev gjort tilstrækkeligt. De første identificerede temaer bar en smule præg af vores forforståelse, teoretiske referenceramme og interviewguide, og dette kan muligvis, som Malterud (2003) beskriver, have påvirket vores åbenhed for materialet. (JZ)

At identificere meningsbærende enheder

Det virkede godt, at vi i fællesskab fandt de meningsbærende enheder, fordi vi fik mange vinkler på forståelsen af materialet. Dette sikrede kvalitet i vores analyse (Launsøe & Rieper, 2005). Efterfølgende foretog vi en dekontekstualisering af de meningsbærende enheder i en matrice (Bilag 9), hvilket gav et overblik, og visualiserede en sammenhæng mellem lignende enheder. Dette gjorde det nemmere for os, at vurdere om temaerne var dækkende i forhold til de meningsbærende enheder. (LB)

At abstrahere indholdet i de meningsbærende enheder

Vi inddelte i fællesskab vores temaer i underliggende subgrupper. Opbygningen af vores matrice, i en vandret og en lodret kolonne, gjorde det overskueligt for os at sikre, at de meningsbærende enheder var placeret i den korrekte subgruppe.

Anvendelsen af Kvaales (1997) meningskondensering fungerede godt, da vi fik forkortet de lange udsagn til mere præcise udsagn. Dog kan det diskuteres om de blev forkortet for meget, da vi i enkelte tilfælde, har været nødsaget til at gå tilbage i det transskriberede interview, for at sikre den korrekte mening. Meningskondenseringen blev foretaget af to personer i gruppen, og vi har efterfølgende overvejet, om det ville have været mere optimalt i forhold til loyaliteten af informanternes udsagn, at alle gruppens medlemmer havde deltaget i denne proces. Dette ville ligeledes have skabt en bedre form for triangulering (Launsøe & Rieper, 2005). (LJ)

At sammenfatte betydningen

Under sammenfatningen af betydningen i de enkelte subgrupper benyttede vi rekontekstualisering, for at sikre os den oprindelige betydning. Dette fungerede efter hensigten, da vi i enkelte tilfælde måtte justere i udsagnene i matricen. Det kan herved

diskuteres, om vi har været grundige nok i forhold til rekontekstualisering, og vi anser at det kan have haft indflydelse på vores fremstilling af resultater.

Det er vanskeligt at vurdere, i hvor høj grad datamætning er opnået, da der under hvert interview fremkom nye data. Dog så vi en sammenhæng mellem informanternes oplevelser inden for de forskellige temaer. Vi mener at det vil kræve flere interviews for at opnå fuldstændig datamætning (Law, Stewart, Letts, Pollock, Bosch, Westmorland, 1998). (LJ)

12 Konklusion

Ud fra en kvalitativ undersøgelse med syv ergoterapeuter, er vi kommet frem til resultater, som kan belyse vores problemstilling:

”Hvordan oplever ergoterapeuter at arbejde med udgangspunkt i arbejdsprocesmodellen OTIPM på et apopleksiafsnit?”

Resultaterne viser at informanterne både oplever fordele og ulemper, samt faktorer som er fremmende og hæmmende i forhold til at arbejde ud fra OTIPM.

Informanterne oplever, at der er faktorer, som gør det svært at arbejde ud fra OTIPM i den akutte fase. De nævner bl.a. patientens tilstand og krav i omgivelserne, som værende problematisk i forhold til brugen af aktivitet.

Alle informanter oplever de fysiske rammer og ressourcer som en hæmmende faktor, idet at disse ikke altid tilgodeser patienternes behov i forhold til meningsfulde aktiviteter. Flere oplever, at konteksten gør det svært at anvende aktivitet, mens andre oplever at det bare handler om at være opfindsom.

Informanterne har forskellig oplevelse af, hvorvidt det er tilstrækkeligt at anvende aktivitet i undersøgelsen, idet nogle oplever et behov for funktionsundersøgelser, hvor andre oplever at de får set, hvad patienten reelt kan.

Resultaterne viser, at OTIPM styrker informanterne i at fastholde det klientcentrerede perspektiv. Vi ser, at de 10 dimensioner opleves som værende omfattende og svære at komme rundt om, grundet patienternes tilstand og den tidsmæssige faktor. Samtidig opleves de som en fordel, da de fremmer forståelsen af patienten og dennes behov.

Informanterne oplever, at målsætningen i OTIPM forener det klientcentrerede perspektiv med deres praksis, da det er patienterne selv, der sætter målene. Alligevel oplever nogle, at patienten ikke altid inddrages i målsætning pga. gamle vaner og manglende tid.

Selvom resultaterne viser at informanterne har forskellige oplevelser omkring OTIPM, er de alle enige om, at OTIPM giver dem en bedre forståelse af deres fag, hvilket vi ser som et overraskende fund.

”Det giver mig en stolthed over det jeg gør”.

13 Perspektivering

I dette afsnit vil vi, på baggrund af vores resultater, komme med forslag til yderligere forskningsfelter.

Resultaterne viser, at informanterne forstår OTIPM på forskellige måder, og at deres praksis ikke altid følger ideologien bag denne. Vi ser derfor, at det kunne være relevant at undersøge den ergoterapeutiske praksis ud fra OTIPM i forhold til, om denne stemmer overens med ideologien.

Ud fra resultaterne ser vi, at der i en vis grad er en forskel i, hvordan informanterne oplever at arbejde ud fra OTIPM, afhængig af om de har været på kursus i OTIPM eller ej. Vi synes derfor det kunne være interessant at undersøge, hvordan det at have deltaget på OTIPM kursus, har indflydelse på forståelsen af arbejdsprocesmodellen og herigennem praksis.

Vi har arbejdet med ergoterapeuter på apopleksiafsnit, og vi tænker, at det vil være relevant at undersøge om ergoterapeuter, som arbejder med andre patientgrupper, oplever det at arbejde med udgangspunkt i OTIPM på samme måde, eller om de ser andre fordele eller ulemper.

14 Formidlingsovervejelser

På baggrund af vores formål, ønsker vi at formidle vores resultater inden for vores profession, og vi ser det derfor som relevant at skrive en artikel til fagbladet, *Ergoterapeuten*. På baggrund af dette, har vi kontaktet redaktøren for at høre, om hun finder det interessant og ser dette som en mulighed (Bilag 12).

Formålet med artiklen vil være at præsentere vores resultater, og derved give et indblik i, samt at skabe fokus på både de positive og negative erfaringer, der opleves i arbejdet ud fra OTIPM på et apopleksiafsnit.

Antal tegn: 83.992

15 Referenceliste

- Björklund, A. & Svensson, T. (2000) Health, the Body and Occupational Therapy. *Scandinavian journal of occupational therapy* 2000, 7: 26-32
- Borg, T. & Jensen, U, J. (2004-2005) *Paradigmer og praksisformer i rehabilitering – en analytisk tilgang*. Arbejdspapir, Hammel Neurocenter
- Clausen, T. & Riis, P. (1999) ”Idé, problemformulering og forsøgsplanlægning”. I Andersen, D., Havsteen, B., Riis, P., Almind, G., Bock, E. & Hørder, M. (1999) *Sundhedsvidenskabelig forskning – En introduktion*, 5. Udgave, FADL’s Forlag
- Den fælles offentlige sundhedsportal (2007, april) *Kvaliteten i behandling af apopleksi på lands-og regionsniveau (2006)* Danske regioner, ministeriet for sundhed og forebyggelse, KL og Danmarks Apotekerforening. Lokaliseret 16-01-09
http://www.sundhed.dk/wps/portal/ s.155/4503? ARTIKEL_ID =2144070420153302
- Fisher, A. (1998) Uniting Practice and Theory in an Occupational Framework. *American Journal of occupational therapy*, july/August 1998, (Volume 52, number 7) 509-521
- Fisher, A. (2003) *AMPS- Assessment of Motor and Process Skills*. 4. Udgave, Three Star Press, Inc.
- Fisher, A. (2005) At forene praksis og teori i en aktivitetsramme. *Ergoindstik* 2005, s.4-19
- Fischer, A. (2009) *Occupational Therapy Intervention Process Model – A Mode for Planning and Implementing Top-down, Client-centered, and Occupation-based Interventions*. 1. Udgave, Three Star Press, Inc.

- Hartvig, B. & Tjørnov, J. (2007) ”Arbejdsprocesser og ræsonnering i ergoterapi. I Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., Brandt, Å. & Madsen, A. (2007) *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 2. Udgave, Munksgaard Danmark
- Indenrigs- og sundhedsministeriet (2004, juni) *Sundhedsområdet*. Indenrigs- og sundhedsministeriet, Lokaliseret 16-01-09
<http://www.im.dk/publikationer/struktureftale/kap02.html>
- Ingerslev, J (2003, oktober) *Apopleksi-blodprop eller blødning i hjernen* 3.afsnit. Sundhedsguiden. Lokaliseret 25-05-09. <http://www.sundhedsguiden.dk/da/temaer/alle-temaer/hjernen-ognerverne/sygdom-i-hjernen-og-nervesystemet/sygdomme-i-hjernens-blodkar/apopleksi---blodprop-eller-bl-oslashedning-i-hjernen/>
- Jensen, J. (2006) “Facio Oral Tract Therapy”. I Wæhrens, E., Winkel, A., Gyiring, J. (2006) *Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. 1. Udgave, Munksgaard Danmark, København 2006
- Kielhofner, G. (2001) *Ergoterapi – det begrebsmæssige grundlag*. 2. udgave, FADL’s Forlag
- Kielhofner, G. (2006) *MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet*. FADL’s Forlag
- Kinn, L.G. & Aas, R.W (2008) Occupational therapists’ perception of their practice: A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2008, 1-10
- Kjærsgaard, A. (2005) *Ansigt, mund og svælg – undersøgelse og behandling efter Coombes-konceptet*, 1. Udgave, FADL’s Forlag
- Kvale, S. (1997) *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 1. Udgave, Hans Reitzels Forlag

- Launsø, L. & Rieper, O. (2005) *Forskning om og med mennesker – forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. 5. Udgave, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Law, M., Stewart, D., Letts, L., Pollock, N., Bosch, J., Westmorland, M. (1998) *Retningslinier til brug for skema til kritisk litteraturgennemgang af kvalitative undersøgelser*. McMaster University
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. Udgave, Universitetsforlaget
- MarselisborgCentret (2004) *Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. MarselisborgCentret 2004
- Maunsbach, M. & Lunde, I. M. (1996) "Udvælgelseskriterier og eksempler på kvalitativ dataindsamling". I Lunde, I. M. & Ramhøj, P. (1996) *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. Akademisk Forlag
- Nielsen, K. B. & Lunde, I. M. (1996) "Teoriers betydning i forskningsprocessen". I Lunde, I. M. & Ramhøj, P. (1996) *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. Akademisk Forlag
- Ramon, D., Winding, K., Borell, L. (2002) Experiences of occupational Therapy in stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2002,9 (4) 167-175
- Törnebohm, H. (1991) What is Worth Knowing in Occupational Therapy? *The American Journal of Occupational Therapy*. 1991, (Volume 45, Number 5), 451-454
- Wahlgren, B., Høystруп, S., Pedersen, K. & Rattleffs, P. (2002) *Refleksion og læring – kompetenceudvikling i arbejdslivet*. 1. Udgave. Samfundslitteratur

- Webredaktion (2007, 20. november.). *Formål*. Frederiksberg hospital. Lokaliseret 16.01.09,
<http://www.frederiksberghospital.dk/menu/afdelinger/Rehabilitering+Afdeling/Om+afdelingen/FormaalPatientgrupperOgMaalsætning/>
- Weiss, K. (2008a) En lærerig proces. *Ergoterapeuten*, september 2008, 6-8
- Weiss, K. (2008b) Vi er nødt til at diskutere fag – ikke smag. *Ergoterapeuten*, september 2008. 10- 13
- Wilding, C., Whiteford, G. (2007) Occupation and Occupational Therapy: Knowledge paradigms and everyday practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2007. (Nr. 54.) 185-193
- Wæhrens, E. (2005) Paradigmeskifte med konsekvenser for praksis. *Ergoterapeuten*, juni 2005. s. 3
- Wæhrens, E. & Winkel, A. (2006) ”Tværfaglig neurorehabilitering”. I Wæhrens, E., Winkel, A. & Gyiring, J.(2006) *Neurologi og neurorehabilitering*. 1. Udgave, Munksgaard Danmark

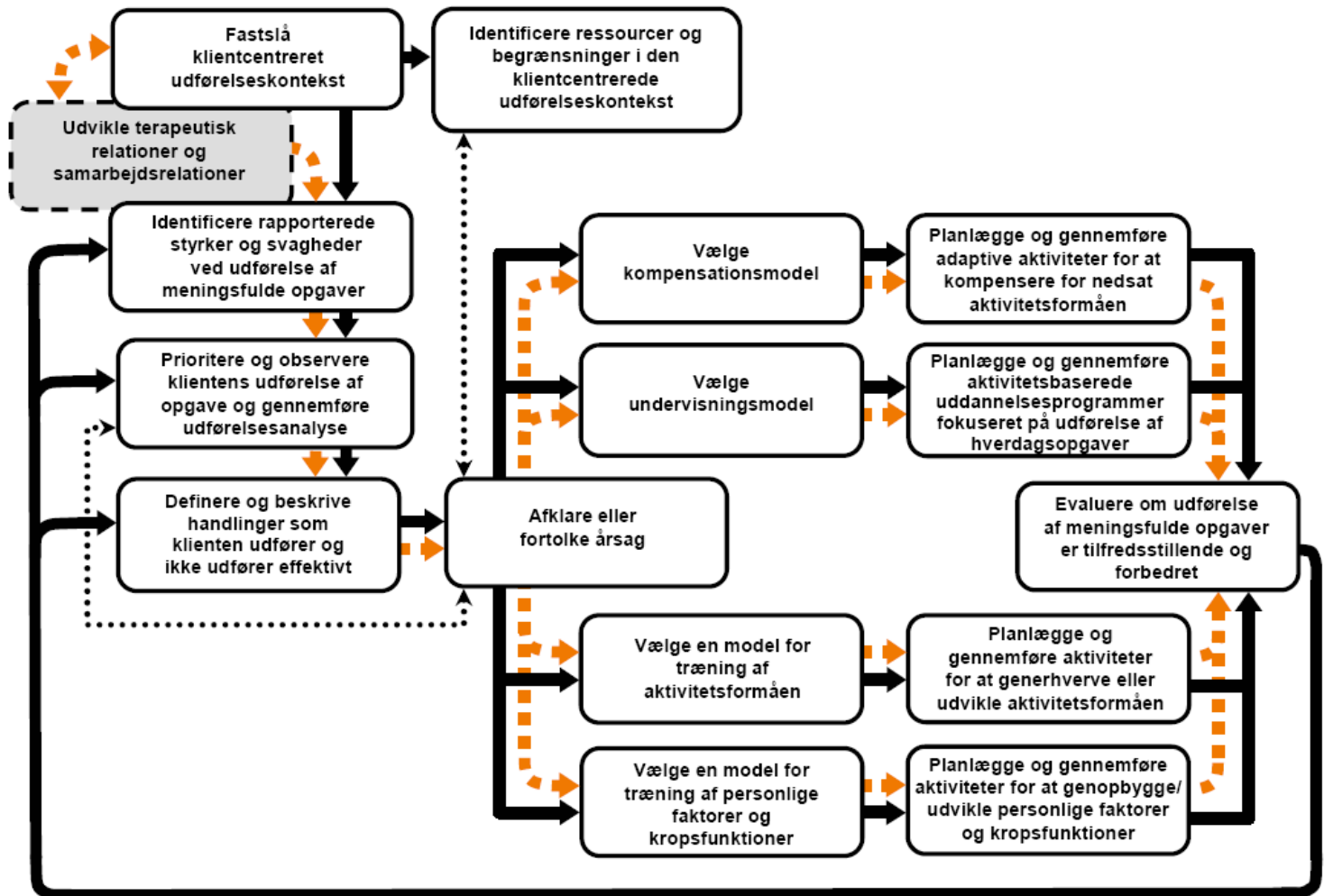
BILAG

16 Bilagsoversigt

1. OTIPM
2. Første e-mail til eventuelle informanter
3. Brev til informanter
4. Interviewguide
5. Briefing
6. Samtykkeerklæring
7. Debriefing
8. Transskriberingsretningslinjer
9. Matrice
10. De professionelle indsatsers typiske sammensætning og deres placering i rehabiliteringsforløb
11. Sygdomsbegreber
12. Mail til *Ergoterapeuten*
13. Søgehistorie

16.1 Bilag 1: OTIPM

Model 1: Occupational Intervention Process Model (www.AMPS-Danmark.dk)



Model for den ergoterapeutiske interventionsproces (Tilpasset fra Fisher A. G. [2002]. *A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based occupational therapy interventions*. Ft. Collins CO: Three Star Press. Oversættelse: E. E. Wæhrens og A. G. Fisher, 30 maj, 2007.)

16.2 Bilag 2: Første e-mail til eventuelle informanter

Hej ...

Vi er fire, snart 7 semesters, studerende fra CVU Øresund ergoterapiuddannelse. Vi er lige påbegyndt vores bachelorprojekt som afsluttes i maj, og er i øjeblikket i gang med at udarbejde vores problemstilling.

Vores foreløbige problemstilling lyder: "Hvordan ergoterapeuter anvender den ergoterapeutiske arbejdsprocesmodel, OTIPM, på akut hospitaler med apopleksipatienter". Dette har fanget vores interesse, da vi ønsker at undersøge, hvordan man følger OTIPM's aktivitetsorienterede undersøgelsesdel, med patienter med korte indlæggelsesforløb.

Vi skriver til dig, for at høre om det evt. kunne være et projekt, som I finder interessant og har lyst til at deltage i? Vi er interesseret i at komme i kontakt med ergoterapeuter, som i det daglige arbejder med apopleksipatienter ud fra OTIPM.

Hvis du ikke er den rette, ved du så evt. hvem vi skal kontakte?

På forhånd tak. Vi håber at høre fra dig.

Med Venlig Hilsen

Lisette Berner, Julie Zabava, Camilla Thorøe og Line Becher

16.3 Bilag 3: Brev til informanter

Kære informant

København: d. 18-03-2009

Nu er vi efterhånden nået til opgavens undersøgelsesdel, og vi skriver derfor til dig. Vi har diskuteret os frem til og præciseret vores emne.

Vi arbejder med OTIPM og dennes aktivitetsorienterede tilgang til praksis. Vi har gjort os tanker om; ”hvordan det er for ergoterapeuter at arbejde på et hospital, hvor en biomedicinsk tilgang hersker?”, ”hvordan ergoterapeuter oplever at arbejde på et hospital efter strukturreformens indtræden, hvor der tilstræbes kortere indlæggelsestider?” og ”hvordan ergoterapeuter forener de krav og forventninger, der er fra omgivelserne, samtidig med at arbejde ud fra OTIPM’s aktivitetsperspektiv?”.

Disse dilemmaer har inspireret os til, at vi via denne undersøgelse ønsker at finde frem til:

Hvordan ergoterapeuter oplever at arbejde ud fra OTIPM’s aktivitetsperspektiv på et apopleksiafsnit?

På baggrund af vores formål med projektet, har vi vurderet, at det vil være mest givende at foretage individuelle interviews. Vi ved at din hverdag er travl, og vi ønsker derfor, at interviewet foregår på din arbejdsplads. Vi forventer, at det enkelte interview vil tage 1-1½ time og vil blive optaget på diktafon. Alle informationer fra interviewene vil blive anonymiseret og optagelserne vil blive destrueret efter brug. Vi vil derfor bede dig underskrive en samtykkeerklæring ved interviewets start. Vi vil bestræbe os på at foretage interviewene i slutningen af uge 14 og i uge 15. Vi vil kontakte dig telefonisk via vores kontaktperson på din arbejdsplads d. 24/3 eller 25/3, for nærmere at aftale hvor og hvornår det passer dig bedst.

For at vi senere hen kan forholde os til materialet fra interviewene, er det nødvendigt for os, at vide noget om rammerne på din arbejdsplads. Grundet vores erfaringer fra tidligere praktik

forløb, er vi bevidste om den forskel, der kan være på de forskellige hospitaler, og derfor søger vi viden om:

- Hvad er ergoterapiens overordnede mål?
- Hvad er normeringen i hele ergoterapien?
- Hvad er normeringen af ergoterapeuter tilknyttet apopleksiafsnittet?
- Hvordan er apopleksiafsnittet opbygget?
- Hvad er det overordnede mål for patientens indlæggelse på apopleksiafsnittet?
- Hvad er den gennemsnitlige indlæggelsestid for patienter på apopleksiafsnittet?
- Hvad er ergoterapeutens arbejdsopgaver på apopleksiafsnittet?
- Hvad er ergoterapeutens mål for patientens behandling?

Noget af den viden vi søger, har I formentlig i form af pjecer eller lignende, og det vil være en stor hjælp, hvis I har mulighed for at sende informationerne om ovenstående til os, eller har dem med til selve interviewet.

Vi glæder os til samarbejdet med dig, og er glade for at du vil deltage i vores projekt.

Du er meget velkommen til at ringe eller maile, hvis spørgsmål melder sig.

Med venlig hilsen

Bachelor gruppe 3

Lisette, Camilla, Julie og Line



16.4 Bilag 4: Interviewguide

Område	Spørgsmål	Formål
<u>Åbningsspørgsmål:</u> Information om informanten	Alder? Hvornår er du uddannet? Hvor længe har du været ansat her? Hvor længe har du arbejdet med apopleksipatienter? Hvor længe har du arbejdet ud fra OTIPM? Har du arbejdet med OTIPM andre steder? Med andre patientgrupper? Hvordan blev du introduceret til OTIPM? Hvor længe har I arbejdet ud fra OTIPM her på stedet?	At få viden om informanten samt dennes baggrund for at arbejde ud fra OTIPM.
<u>Vurderings/undersøgelsesdel:</u>	Beskriv et typisk undersøgelsesforløb fra du møder patienten første gang. • Identificering af aktivitetsproblematikker • Undersøgelses-	At få et indblik i deres praksis i forhold til undersøgelse ud fra OTIPM, for efterfølgende at kunne spørge ind til deres oplevelser.

<u>Behandlingsdel:</u>	Metode • klientcentrering Hvordan oplever du det at arbejde ud fra OTIPM i forhold til det, du lige har beskrevet? (Opsummering) Beskriv et typisk behandlingsforløb hvor du starter fra målsætningen. • Udarbejdelse af målsætning • Behandlingsmetode • Klientcentrering Hvordan oplever du det at arbejde ud fra OTIPM i forhold til det, du lige har beskrevet?	At høre hvad de oplever, der har indflydelse på arbejdet ud fra OTIPM (personligt og omgivelsesmæssigt): • Nemt og svært • Fordele og ulemper • Fremmende og hæmmende faktorer At sikre, at vi har forstået informantens udtalelser korrekt. At få et indblik i deres praksis i forhold til behandling ud fra OTIPM, for efterfølgende at kunne spørge ind til deres oplevelser. At høre hvad de oplever, der har indflydelse på arbejdet ud fra OTIPM (personligt og omgivelsesmæssigt): • Nemt og svært
-------------------------------	--	---

<u>Evalueringsdel</u>	(Opsummering) Beskriv hvordan du typisk evaluerer et patientforløb. Hvordan oplever du det at arbejde ud fra OTIPM i forhold til det, du lige har beskrevet?	• Fordele og ulemper • Fremmende og hæmmende faktorer At sikre, at vi har forstået informantens udtalelser korrekt. At få et indblik i deres praksis i forhold til evaluering ud fra OTIPM, for efterfølgende at kunne spørge ind til deres oplevelser. At høre hvad de oplever, der har indflydelse på arbejdet ud fra OTIPM (personligt og omgivelsesmæssigt): • Nemt og svært • Fordele og ulemper • Fremmende og hæmmende faktorer At sikre, at vi har forstået informantens udtalelser korrekt.
<u>Dokumentation</u>	(Opsummering) Beskriv hvordan du typisk	At få indblik i hvordan de dokumenterer deres

	dokumenterer et patientforløb. Hvordan oplever du det at arbejde ud fra OTIPM i forhold til det, du lige har beskrevet? (Opsummering)	intervention, for efterfølgende at kunne spørge ind til deres oplevelser. At høre hvad de oplever, der har indflydelse på arbejdet ud fra OTIPM (personligt og omgivelsesmæssigt): • Nemt og svært • Fordele og ulemper • Fremmende og hæmmende faktorer At sikre, at vi har forstået informantens udtalelser korrekt.
<u>Opsamling:</u>	Hvilke fordele og ulemper oplever du i dit arbejde ud fra OTIPM og hvorfor? Hvad oplever du som værende nemt og svært i dit arbejde ud fra OTIPM og hvorfor? Hvilke faktorer oplever du	At høre hvilke fordele og ulemper som informanten oplever ved at arbejde ud fra OTIPM. At høre hvad informanten oplever som nemt og svært ved at arbejde ud fra OTIPM. At høre hvad informanten oplever, der fremmer og

	som fremmende og hæmmende for dit arbejde ud fra OTIPM og hvorfor? Hvordan ville en ideel intervention se ud fra dig? Er der noget du gerne vil gøre på en anden måde, så frem rammer, patientforløb eller andet var anderledes?	hæmmer hendes mulighed for at arbejde ud fra OTIPM. En opsummering af hvor de oplever at de arbejder efter eller ikke arbejder efter OTIPM
--	---	--

16.5 Bilag 5: Briefing

- Tak fordi du vil deltage i vores projekt.
- Vi er en bachelorgruppe på 4 personer, fra ergoterautskolen i København. Vi er i dag to repræsentanter der vil foretage interviewet.
Jeg hedder A, og det er mig der primært skal foretage interviewet. B vil assistere mig, og hjælpe mig med at huske alle spørgsmålene og vil muligvis stille uddybende spørgsmål undervejs. B vil samtidig være referent og holde styr på diktafonerne. Vi bruger diktafon for at sikre at vi får alle informationer fra interviewet med.
- Vores opgave handler overordnet om hvordan ergoterapeuter oplever at arbejde ud fra OTIPM som arbejdsprocesmodel på et apopleksiafsnit.
- Formålet med interviewet er derfor at høre dine oplevelser fra praksis omkring at arbejde ud fra OTIPM. Vi vil spørge ind til fordele og ulemper, hvad du oplever som værende nemt og svært, samt hvad der fremmer og hæmmer i dit arbejde ud fra OTIPM.
Vi har struktureret interviewet efter arbejdsprocesmodellens inddeling: undersøgelse, behandling og evaluering.
- Du skal bare give dig god tid til at svare, og spørg hvis du er i tvivl om de spørgsmål jeg stiller. Du kan altid undlade at svare på spørgsmålet, og du må sige til hvis du har brug for en pause.
- Varigheden af interviewet vil ca. være en time. Vi har tavshedspligt og interviewet vil blive anonymiseret samt vil optagelserne blive slettet efter brug. Vi vil derfor bede dig underskrive denne samtykkeerklæring.
- Har du nogle spørgsmål inden vi går i gang.

[START DIKTAFON]

16.6 Bilag 6: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Formålet med dette interview er at få indblik i, hvordan du som ergoterapeut på et apopleksiafsnit, oplever at arbejde ud fra OTIPM.

Jeg bekræfter, at jeg er informeret om formålet med interviewet. Jeg giver tilladelse til, at interviewet bliver optaget på diktafon, at de informationer jeg giver, må blive brugt til udarbejdelse af et afsluttende ergoterapeutisk bachelorprojekt af nedenstående fire studerende og at der må anvendes direkte citater i opgaven.

Jeg er desuden informeret om, at navne og steder bliver anonymiseret, og at alle oplysningerne vil blive behandlet fortroligt samt at interviewene vil blive slettet efter endt eksamen i juni 2009.

Jeg er informeret om at deltagelsen er frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn om deltagelse i interviewet tilbage.

Jeg giver desuden tilladelse til, at de studerende må kontakte mig i tilfælde af, at de mangler yderligere oplysninger i forbindelse med interviewet.

Dato:

Underskrift:

Ergoterapeutstuderende: Julie Lykke Zabava, Line Becher Jensen, Camilla Nete Thorø og Lisette Danielle Feldtschou Berner.

16.7 Bilag 7: Debriefing

- Vi har nu fået stillet og fået svar på alle vores spørgsmål. Har du noget som du vil tilføje eller uddybe her til sidst?
- Vi stopper interviewet.
[SLUK DIKTAFON]
- Mange tak for hjælpen.
- Hvis der skulle dukke spørgsmål op, er du velkommen til at kontakte os.

16.8 Bilag 8: Transskriberingsretningslinjer

Alle interview er transskriberet efter følgende retningslinjer, og udarbejdet efter inspiration fra Kvale (1997).

- Informanterne fra interviewene anonymiseres med tal fra 1-7.
- Andre navne der nævnes, anonymiseres med X
- Stednavne anonymiseres med ---
- Interviewerens spørgsmål og kommentarer skrives med fed, medinterviewerens udsagn skrives med understregning og informantens udsagn skrives med normal skrifttype.
- Hver gang en ny person siger noget, skiftes der linje.
- Taleformer som; ”øhh”, ”tja”, ”hvad skal man sige” osv., er ikke medtaget.
- Pauser er ikke gengivet.
- Er der tvivl om betydningen eller man ikke kan høre det, hvad der bliver sagt skrives dette i *...*.
- I tilfælde af behov for meningsbærende ord i informantens sætning, indrammes de af [...]
- Emotionelle reaktioner gengives ikke.
- Talesprog omskrives til korrekt skriftsprog, for at gøre forståelsen klarerer.
- Citater sættes i ”...”
- Aktivt lyttende kommentarer fra interviewerens medtages ikke, så som ”ja”, ”okay” osv., da det vil være forstyrrende i tekstblokken.
- Ufuldendte sætninger efterfølges af ...
- Vi forkorter, f.eks., mm., ift., osv.

16.9 Bilag 9: Matrice

I interviewmatricen er informanterne præsenteret vandret, og temaerne opdelt i subgrupper lodret. Udsagn der ses i anden til syvende kolonne, er de meningsbærende enheder, som vi har identificeret i interviewene. Meningsbærende enheder der er anført i citationstegn, er direkte citater fra informanterne. De meningsbærende enheder som er sat i kursiv i matricen, er de udsagn som anvendes i resultatafsnittet.

	Informant: 1	Informant: 2	Informant: 3	Informant: 4	Informant: 5	Informant: 6	Informant: 7
Omgivelsernes påvirkning af arbejdet ud fra OTIPM							
Krav fra omgivelserne	Når lægerne kontakter os på akutafdelingen, så er det næsten altid synkevurderinger, der er henvist til. Det er en første prioritet, for vi må slet ikke skyde synkevurderingen til side og sige nej, vi laver et interview i stedet for. Vi kunne godt tænke os, at synkevurderingen lå i en anden faggruppe, og så kunne vi gøre det vi er gode til.			<i>Det gør det svært at arbejde efter OTIPM, fordi lægegruppen og plejerne gerne vil have en synkevurdering til at starte med.</i> “Den idé, der er bag OTIPM, passer ikke super godt for apopleksipatienter i det allerførste stykke tid, fordi vi er underlagt NIP. På den måde bliver det ikke super klientcentreret”.	”Hele undersøgelsesdelen af dysfagi og synkeproblematikker, er jo en funktionsundersøgelse. Man sætter jo ikke bare folk til at spise for at se, at de kløjes i maden. Så den crasher i hvert fald med OTIPM, hvis man skal kigge sådan helt teoretisk på det. Der er i hvert fald forkerte forhold i forhold til, hvordan OTIPM siger det skal være”.	<i>”Hvis jeg så skal tænke OTIPM, så vil jeg kunne yde et bedre stykke arbejde hvis ikke jeg havde NIP hængende over hovedet, det er der slet ingen tvivl om”.</i>	

	<i>Altså at kigge på det mere aktivitets-baserede. Men så længe, der ikke er faggrupper til at overtage, så hænger den stadig på os.</i> <i>”Jeg synes det er svært at arbejde efter OTIPM, hvis man tæller synke-vurderingen med. Jeg vil sige, at det ikke er i OTIPMs ånd at starte sådan”.</i>			Når den første vurdering er lavet, synes jeg OTIPM er rigtig aktivitetsorienteret.			
Tidspres og accelererede patientforløb	<i>”Vi har nogle gange patienter, som kun er her én eller to dage. Negativt synes jeg, at det måske kan være meget at sætte i værk, for at sende dem ud af døren igen. Men så piller man jo bare</i>	<i>Jeg oplever at man kan bruge OTIPM til både de korte og de længere forløb, men man kommer selvfølgelig ikke så meget i dybden ved de akutte forløb.</i>			<i>”Det svære er at få tiden til at komme så meget ned i dybden uden at gå på kompromis med, at vi også skal behandle rimeligt stærkt”.</i> <i>Det er ikke altid at vores omgivelser er indstillet på at arbejde OTIPM mæssigt,</i>	<i>Når patientforløbet er så kort, påvirker det mit arbejde ud fra OTIPM. Jeg kan jo ikke gå lige så grundigt til værks.</i>	<i>”Jeg synes den er omstændig nogle gange, da der er så mange ting man skal igennem. Det kan godt være svært at få tid til at lave det hele, hvis man har en</i>

	elementer ud fra OTIPM, den siger jo ikke, at man skal beskæftige sig med alt det unødvendige”.	<i>”I og med at forløbene er så korte og intensive, er man nogle gange sideløbende nødt til at køre ikke aktivitets-baseret træning. Så det hænder at det ikke er ren aktivitets-træning”.</i>			både tværfagligt men også de fysiske omgivelser. Det begrænser bare at vi er på et hospital og at tingene skal gå så stærkt, der er accelererede patientforløb. Rammerne og de accelererede patientforløb, påvirker i hvert fald, at det ikke helt kan lade sig gøre, at være så omfattende som OTIPM ligger op til. Og så er det, at jeg griber til erfaringen, og så formoder jeg nogle gange at der er nogle problematikker. Nogle gange kan jeg godt føle at OTIPM siger, at man skal være så objektiv, at man skal tage alt ud fra hvad man oplever i en ADL- aktivitet. Det er egentligt det	meget travl dag, og patienten skal igennem en milliard undersøgelser”.
--	--	---	--	--	---	---

					eneste grundlag for, at man ved hvor problematikkerne ligger henne. Men mange gange synes jeg, at fordi jeg har set problematikkerne rigtig mange gange før, ved jeg allerede, at der er en problematik uden at jeg nødvendigvis er gået med patienten på badeværelset. Jeg synes ikke at OTIPM gør det muligt at have en idé fra starten af, om hvor problematikkerne er, fordi alt er så klientcentreret og at det er en top-down model. <i>Det kan godt være problematisk nogle gange, fordi vi er i accelererede patientforløb, som skal gå hurtigt. Der er ikke tid til at jeg kan undersøge 100 forskellige ting og</i>		
--	--	--	--	--	--	--	--

					sager. Så jeg har egentlig ikke tid til at undersøge så omfattende, som OTIPM ligger op til. For folk forventer også at man skal gå i gang. Det kan godt være svært at arbejde efter OTIPM, da patienterne hurtigt bliver udskrevet det kan godt begrænse antallet af aktivitetsmuligheder her. Det påvirker helt klart vores arbejde, fordi der er blevet mere vurdering, og det er blevet mere hurtigt ind og ud.		
Erfaring ved brug af aktiviteter							
Aktivitetsundersøgelse frem for funktionsundersøgelse	At se patienterne i en aktivitet, det kan jeg godt få til at harmonere med praksis. Jeg synes det passer fint.	"Hvis du ser folk i en aktivitet, så kan man tit se en masse ting. Og så kan man få en pejling på,	<i>"Det kan være mega konfliktfyldt at personerne er så dårlige, for hvad er en meningsfuld aktivitet for en</i>	"Nogle gange vil jeg gerne have, vi laver det hele om til aktiviteter, men andre gange så tænker jeg, det kan vi jo	"Det kan også være rigtig besværligt, for nogen gange så bremser brugen af aktivitet, i forhold til dem hvor man tænker, jeg har overhovedet ikke en ide om hvad	"I stedet for kun at lave en funktionsundersøgelse, så får jeg et større indblik i hvad patienten reelt kan, når jeg går ind og kigger på aktivitetsproblema-	<i>Ved at bruge aktivitet som undersøgelse, får man virkelig set hvad det er patienterne kan, og hvad</i>

"Jeg synes mit første besøg tit bliver med et funktions-mindet blik. Det synes jeg er problematisk i forhold til at følge OTIPM, fordi jeg synes som regel, at jeg kommer bedre ind på patienten, og det giver en bedre indgangs-vinkel, når jeg starter med et interview". Jeg synes OTIPM giver mig noget i mine undersøgelser. Den åbner både for muligheden for at lave aktivitets-baseret undersøgelser men egentlig også funktions-undersøgelser. Hvis jeg kunne	hvorfor det gik galt, og så afdækker man det igen. Så på den måde synes jeg at OTIPM er rigtig god". Man kan sige, der er jo frit valg med hvilke undersøgelses-redskabet man vil bruge. Der står jo nærmest i den ene kasse, at det er det man skal gøre.	<i>person, der nærmest ligger i koma efter en hjerneblødning".</i> "Nu er jeg selv AMPS kalibreret, så jeg synes selv jeg har meget nemt ved aktiviteten, fordi så kan man strukturere det ud fra en AMPS". "Det kan være en ulempe at man ikke kan få interviewet personen ordentlig, når de er så dårlige, og få udfyldt de 10 dimensioner. Det kan være en ulempe at aktivitets-perspektivet er så udpræget i den, at hvis patienten har	ikke". Jeg oplever det svært at følge OTIPM til at starte med. Jeg tænker ikke, at det er aktivitetsorienteret ergoterapi efter OTIPMs referenceramme da det er mig, som styrer det og det kan også være funktionsundersøgelser.	jeg skal stille op med denne her patient, rent aktivitetsmæssigt". Det har været svært for mig at blive så fokuseret på aktiviteten, og være objektiv, og ud fra det finde ud af hvad problematikkerne er. "Det har været en udfordring og også frustrerende, fordi jeg nogle gange følte, i de patientforløb hvor jeg virkelig har prøvet at køre OTIPM skarpt, at jeg manglede informationer". Jeg kunne godt tænke mig at bytte lidt rundt på kasserne i OTIPM en gang i mellem, da jeg godt kan have brug for at vide, sådan funktionsmæssigt, hvad jeg kan forvente mig og hvad er omfanget.	tikkerne, og så kan jeg analysere på baggrund af det". "Ellers er det jo funktions-undersøgelser ud fra APUS, som jeg også kan supplere med. Men det er jo ikke så meget OTIPM- orienteret, det er mere funktionsunder-søgelse. Men det kan nogle gange være nødvendigt, når det er man ser patienten i så kort tid, fordi vi altid skal vurdere". "I undersøgelses-delen kan det begrænse mig i at kunne anvende OTIPM, fordi patienterne er så dårlige. Vi har faktisk en del patienter, som vi nærmest ikke kan	<i>de ikke kan.</i>
---	--	--	--	---	---	----------------------------

	vælge det ideelle forløb ud fra OTIPM, så ville jeg altid starte med et ADL interview. Jeg synes, det er rigtig vigtigt at starte der. ”Jeg synes i forhold til OTIPM, men også i forhold til at starte et ordentligt forløb op, der fungerer interview-metoden meget bedre”.		svært ved aktivitet, jamen så har du også svært ved at undersøge dem, hvis du skal holde dig helt stringent til OTIPM. Det er jo en kæmpe ulempe kan man sige”. ”Det er svært at undersøge i aktivitet, når patienterne nogle gange er så dårlige, fordi du så skal graduere aktiviteten hele tiden. Og så er vi lige pludselig gået meget på kompromis med vores aktivitetsbegreb. Så det er dét jeg synes kan være svært”. ”Teori er længere fremme		”Jeg synes nogle gange det er svært at følge OTIPM, fordi jeg også har set at det fungerer rigtig godt, at man laver de mere fokuserede øvelser nogle gange, med henblik på man kan udføre en aktivitet”. ”Jeg er blevet mere skarp i at se, hvilke aktiviteter, der træner hvad”. ”Jeg kan nogle gange have lyst til at lave en funktionsundersøgelse allerede ved første møde, uden nødvendigvis at se patienten i en aktivitet. Og der hæmmer OTIPM lidt. Lige præcis i sensibilitet øjemed, synes jeg i hvert fald det er svært at læse 100 % i aktivitet, for netop at kunne sætte ind behandlings-	vække når vi kommer ind til dem, og så er det jo ikke et ADL-interview, som du går i gang med. Så er det jo at finde ud af, hvad patienterne kan. Men det er jo ikke ens betydende med, at du ikke har fokus på aktiviteterne”. ”Jeg synes det er fint at arbejde ud fra OTIPM i behandlingsforløbet. Jeg synes dét at vi sætter aktiviteten på, har altid været min lille kæphest, så det har jeg det rigtig fint med. Jeg synes nogle gange at det er for lidt”.	
--	---	--	--	--	---	--	--

			end praksis, og teori er bare svært at få til at stemme overens nogle gange. Så nej, teori og praksis synes jeg ikke altid lige følger hinanden”. <i>”Jeg oplever i undersøgelsesdelen, at der er en kæmpe konflikt, om man skal lave funktionsundersøgelser eller om man kan få set det man vil i en aktivitet. Hvis man følger OTIPM helt og aldeles slavisk”.</i>		mæssigt, så meget som muligt”. Jeg synes nogle gange at det kan være problematisk, at jeg har brug for at lave en sensibilitetsundersøgelse, for at finde ud af, hvad er omfanget er af denne sensibilitetsproblematik, som man ikke altid kan se i en aktivitet. Det er en svær proces at følge en aktivitetsorienteret arbejdsproces. Jeg oplever at behandlingsforløbet i forhold til OTIPM er blevet lang mere aktivitetsorienteret. Al træning foregår næsten i aktivitet.		
De fysiske omgivers påvirkning for valget af aktivitet	”Det er svært, det er jo hospitalsomgivelser, og man lavede ikke særlig	Man prøver på at finde nogle aktiviteter, som ligner dem patienten	<i>”Jeg oplever at det besværliggør mit arbejde ud fra OTIPM, når vi ikke har</i>	Det er ikke nemt at være klientcentreret i de rammer, vi er i. Det skal være en	Patientens ønsker og beskrivelser af aktivitetsproblematikker, stemmer nogle gange	”Man er nødt til at prøve, at finde de små ting i aktiviteterne her. Så kan man sige, at de	

miljøterapeutiske omgivelser, da man udformede de her afdelinger”. ”Jeg synes det er svært at arbejde med relevante aktiviteter i et hospitalsregi, fordi badeværelset ikke ligner badeværelset som derhjemme. Så på den måde synes jeg at mine omgivelser kan være hæmmende”. ”Hvis jeg skal træne nogle andre aktiviteter end jeg er vant til træne, er der muligheder her. Men man skal være lidt opfindsom”.	ønsker. Men vi har jo ikke værksteder og sådan noget længere, som man havde engang. Det gælder om at være kreativ.	<i>ressourcerne til det. Aktivitets-træningen kræver også bare mere plads, ressourcer, forskellighed og omstillings-parathed i terapien, og det virker ikke som om der er plads til det på hospitalerne”.</i> ”Det er typisk badeværelses-aktiviteter vi havner i, fordi det er den hurtigste løsning for os. Det bør det jo ikke være, men nogle gange er vi nødt til det. Det er et eller andet sted betinget af, at vi heller ikke har ressourcerne til at kunne tilbyde patienterne alt	selvvalgt opgave og vi er ikke hjemme hvor borgeren bor, og det kan gøre det kompliceret.	ikke overens med de fysiske rammer vi har, og det er begrænsende i forhold til OTIPM. Det nytter ikke noget, at jeg lærer hende, at i det her skab står kaffen, fordi det gør det ikke hjemme hos hende. Lige gyldigt hvad jeg gør, er det ikke det samme. Det er igen de fysiske rammer der begrænser. Det bliver hurtigt lette køkken aktiviteter, spisesituationer, morgenhygiejne, som man typisk vælger. ”Når man skal være så aktivitetsorienteret, kan det være svært fordi vi har de rammer som vi har. Det er jo ikke patienterne hjem. Der bliver hurtigt få aktiviteter at vælge imellem reelt, kontra	ude i kommunerne og hjemme-træningerne har bedre muligheder end hvad vi har her”. ”OTIPM stiller krav til en kreativitet. Vi har fået nogle plantekasser ud, vi har fået nogle haveredskaber, og vi har fået et skosæt til at pudse sko med. Vi har været nødt til at tænke lidt mere kreativt i forhold til at have nogle remedier som vi kan bruge også”. ”Havde jeg de rammer og omgivelser som er nødvendige for at kunne tilgodese patientens ønsker, behov og mål. Det ville være genialt at have midlerne”.	
---	---	---	--	--	---	--

	”Hvis der kom en patient, der sagde at det er vigtigt for mig at løbe på kunstskejter igen, så vil jeg ikke have nogen mulighed for at sige, at det er noget vi arbejder efter. Så der er nogle fysiske omgivelser, der måske begrænser. Men det oplever jeg heller ikke, for folk er jo indlagt på et hospital og ved som regel godt hvad der skal trænes på”.		mulig andet. Vi kan f.eks. ikke hive dem med ud at male, for det har vi ikke faciliteter til”. De fordele og ulemper der er i mit arbejde med OTIPM, vil være sådan nogle ting som ressourcer på stedet og patientgruppen.		<i>hvis man havde alt der hjemme med hobbyer, tænde fjernsyn og orientere sig i sine egne skabe osv. Så der er noget i den fysiske kontekst her, som er begrænsende i forhold til den aktivitetsudførelse og den aktivitetsbehandling, som vi kan foretage”.</i>	”Det er jo ikke nemt når man er på et akutsygehus. Der er helt klart begrænsninger. Man er nogle gange nødt til at gå på kompromis, hvor man måske gerne ville have arbejdet lidt mere aktivitetsorienteret”.	
Evaluering og dokumentation							
	Jeg synes, at det afviger lidt fra dét OTIPM ligger op til, når man ikke rigtig når at evaluere forløbet, da langt de fleste skal videre i	Jeg synes, at OTIPM er så fri, at man kan putte sine undersøgelsesredskaber ind, og så revurdere dem. Det er de	”Jamen de løbende evalueringer er jo fint nok i tråd med OTIPM. Den afsluttende evaluering kunne sagtens foregå sammen med	Det kan godt være frustrerende jeg ikke når at evaluere patienten her. Man ser ikke slutningen på det man er begyndt på, og dem som	<i>”Jeg synes det er blevet nemmere at evaluere, da det er aktivitetsudførelsen der evalueres på. Det synes jeg er nemmere, og hænger fint sammen med hele OTIPMs</i>		Jeg synes ikke at OTIPM giver mig noget i forhold til at skulle evaluere. <i>Jeg synes måske ikke</i>

	genoptræning derhjemme. Så det bliver meget dét, fokus er på til sidst. ”Skriftligt oplever jeg det nemt at bruge OTIPM. <i>Jeg oplever det nemt at lave en status over, hvor vi er nu og hvad der sker. Så i min dokumentation synes jeg egentlig, det er en fordel at bruge OTIPM.</i> Både for at få formidlet videre hvad, der er sket af ryk, hvad der er taget af beslutninger, hvad vi arbejder hen imod, og hvordan det ser ud”. Jeg oplever at jeg	bløde værdier der er de sværeste at evaluere.	patienten, men jeg synes ikke det er problematisk, hvis du har haft patienten med i spil og på banen omkring, hvad vi laver undervejs”. ”Noget der kan være svært, kan være de der lange statusser, og hvis den form for dokumentation ikke lige falder dig nemt, så kan det være svært at skulle nå at lave”	følger op på det, ser ikke begyndelsen.	aktivitetssammenhæng, at alt er aktivitet. Behandling i aktivitet og undersøgelse i aktivitet”. ”Nogen gange synes jeg det er omstændigt. Jeg kommer hele tiden til at sammenligne med, hvad vi gjorde tidligere, og der er meget mere dokumentations arbejde nu i forhold til OTIPM. Man skal bare skrive utroligt mange milliarder ting, som jeg nogle gange tænker, ej det er jo ikke vigtigt. Det er jo ikke det som er centralt. Det er jo nogle gange ikke vigtigt at vide 100 %, om folk har været erhvervsaktive for 30 år siden”. Jeg synes tidsfaktoren	<i>OTIPM passer 100 % i evalueringsdelen på et hospital, fordi det simpelthen er så hurtigt et forløb.</i>
--	--	--	---	--	--	---

	arbejder ud fra OTIPM når jeg dokumenterer. Jeg synes vi er heldigt hjulpet på vej fra skolerne, fordi vi har alle vores aktivitetsanalyser, og jeg synes egentligt at det falder mig nemt at dokumentere på aktivitetsniveau.				er en ulempe i den sammenhæng, at jeg ikke altid når at skrive i behandlingskortene. <i>Tingene tager længere tid, og dokumentationen er blevet mere omfattende og nogle gange i mine øjne, uvedkommende for den patientkategori, som jeg arbejder med.</i> Det skinner igennem i min dokumentation, at jeg ikke bruger begreberne på samme måde, fordi jeg ikke er AMPS kalibreret. Og så tror jeg også at vores samarbejdspartnere læser vores statusser endnu mindre nu end hvad de gjorde tidligere, fordi de er blevet mere kompliceret at forstå. Jeg tror simpelthen ikke at de forstår de		
--	--	--	--	--	--	--	--

					begreber vi anvender. Jeg tror ikke at vi gør det mere læsevenligt og gennemskueligt for vores samarbejdspartnere, hvad ergoterapi er. Jeg tror, at vi skal passe rigtig meget på, ikke at distancere os for meget i det ordvalg, som vi vælger.		
Klientcentrering							
Terapeutisk relation og samarbejdsrelationer	"Jeg oplever det gør det langt nemmere at undersøge, fordi det er noget folk gerne vil eller har indvilliget i". "Jeg vil sige at OTIPM er med til, i undersøgelsesdelen, at gøre, at jeg har fundet noget min patient er motiveret for".	Jeg oplever at de 10 dimensioner giver mig en masse nyttig information i forhold til, patienten habituelle niveau. <i>De 10 dimensioner fremmer forståelsen af patientens behov, og</i>	"De 10 dimensioner kan også være vildt svære at komme hele vejen rundt om, hvis han ikke rigtig kan tale eller der ikke er pårørende. Der er nogle hertler i det". "Det kan være en ulempe at man ikke kan få interviewet	"Jeg ved, at jeg tager meget over ved den første undersøgelse. Det er jo ikke patienten der siger, det kunne jeg helt vildt godt tænke mig at arbejde med". "Det er meget mig, som der styrer det, og det ramponerer lidt med OTIPM".	<i>"Jeg synes det er omfattende med de 10 dimensioner. Selvfølgelig er det en del af menneskets historie, og man skal selvfølgelig ikke se bort fra det der har betydning, men nogle gange er det også lidt overkill, tænker jeg. Man bruger meget tid på det, i stedet for at fokusere på problematikken lige nu, som skal fikses".</i>	"Hvis patienten siger fra overfor træningen, så sender vi ikke patienten videre. Der er jeg klientcentreret og tænker på patientens ønsker og behov, og så hjælper jeg med at få patienten udskrevet i stedet for. Det synes jeg også er OTIPM-orienteret".	Jeg synes de 10 dimensioner er ret lige til, for der står klart og tydeligt, hvad det er, man skal.

	"Jeg oplever det rigtig meget som en fordel. Det giver et godt helhedsbillede af, hvem det er man har med at gøre. Jeg synes tankegangen i at du også kommer rundt omkring og får spurgt den du har med at gøre, omkring deres oplevelser og omkring deres familiemønstre, omkring nogle roller, giver en meget bedre fornemmelse af hvem, det er du har med at gøre". "Jeg synes i forhold til det rent monofaglige ergoterapeutiske arbejde, at OTIPM er rigtig god til at fastholde det	<i>hvorfor det er vigtigt for ham at få funktionen tilbage.</i>	personen ordentlig, når de er så dårlige, og få udfyldt de 10 dimensioner".	"Jeg synes det er en fordel at OTIPM er klientcenteret".		<i>"Det er det der med, at man ikke går imod patientens vilje. Det kan være meget krænkende at gå ud på et badeværelse, specielt hvis man ikke ønsker det. Så vi spørger altid".</i> <i>"Jeg finder lidt mere personen i stedet for patienten. Jeg finder ud af, at det er et individ, som man arbejder med, og ikke en patient, med ønsker, behov, følelser. Ikke fordi vi ikke oplevede det tidligere, men jeg synes der er meget mere fokus på det nu".</i> Jeg synes OTIPM har givet mig mere i forhold til det klientcentrerede.	
--	--	--	--	---	--	--	--

	klientcentrerede. Jeg synes den er med til at fastholde, at patienten er med. Det bliver hvad, der er vigtigt for patienten. Så jeg synes det er et forløb, hvor patienten er med hele vejen igennem – dem, der kan være med”.					”Men jeg får altid patienten til at informere om hvad de er for nogle personer”. ”Jeg synes OTIPM i forhold til undersøgelsesdelen giver mig en glæde, ligeså vel som det forhåbentligt også giver patienten en glæde at patienten er inddraget; at det er patientens ønsker. Det ser jeg i hvert fald som noget positivt”. Jeg synes, den har givet mig struktur på, hvad jeg ser på først, når jeg møder patienten, og kan ligge min forforståelse lidt bag mig, fordi jeg er afhængig af at få accepten fra patienten inden jeg	
--	---	--	--	--	--	---	--

						går derfra.	
Målsætning	<i>Jeg kan godt mærke, at jeg skal passe på ikke at ligge mine mål ind over med nogle patienter, for ikke alle er interesseret i at lære at klare sig selv på badeværelset.</i> <i>"Jeg oplever at OTIPM giver mig noget i forhold til, at langt de fleste patienter er motiveret for det vi laver, fordi de selv har været med til at vælge".</i> Det er rigtig flovt at sige, men jeg oplever i forhold til mit arbejde ud fra OTIPM, at de tværfaglige mål går meget hen over hovedet på	Jeg oplever at det klient-centrerede perspektiv, som ligger i OTIPM, sagtens kan lade sig gøre, fordi, det jo er patienten selv, som giver udtryk for hvad det er, de allerhelst vil opnå igen.	Det er jo ikke så klientcenteret, at der bliver truffet nogle tværfaglige mål, uden patienten, i forhold til arbejdet ud fra OTIPM. At patienterne ikke inddrages så meget, det skyldes vel en blanding af arbejdspress, arbejdstid, for mange patienter, og overbelægning, Det er svært at få tiden til at række, så vi kan nå at få patienten med på råd hver gang.		"Jeg behøver nødvendigvis ikke altid at involvere patienten 100 %, fordi de magter det ikke altid. Men det er en svær balance, hvor mange delmål man skal involvere patienten i lige nu og her". Det kan godt være et forstyrrende element, hvis man skal være så deltaljeret omkring målsætningen. Men det er jo en vægtning hele tiden for og imod, hvad vil være det gode ved at involvere dem 100 % i alle delmål og alt planlægning, kontra det at nogle gange er det mig der bestemmer, hvordan tingene skal være. <i>"Der er masser af ting i omgivelserne,</i>	"Jeg får dem til at være med til at sætte et mål i forhold til hvad de gerne vil og hvad de ønsker. Og så er det jo dem, der accepterer og siger god for aktiviteten. Så på den måde kan man sige at vi arbejder OTIPM-orienteret". "Tidligere gav vi ikke patienterne noget valg, og sagde nu gør vi sådan og sådan, fordi vi ved bedre. Det var nemmere jo. Men vi får heller ikke den samme drive og den samme glæde og motivation hvis ikke du får patienterne med". "Fordelen ved OTIPM er jo at vi	<i>Det er en dårlig vane og en for travl hverdag, der gør at man ikke altid får sat mål med patienten.</i> Jeg synes godt jeg kan arbejde ud fra patientens ønsker som OTIPM ligger op til, selvom patienterne godt kan have urealistiske mål, hvis bare man er god nok til at forklare, hvad det er man gør. Jeg synes at OTIPM er meget nem i starten, men når man kommer ned til

	patienterne. Det bliver ikke prioriteret højt nok, og det er mangel på tid og kendskab til patienterne. Jeg oplever ikke det klientcentrede perspektiv, som ligger i OTIPM i de tværfaglige konferencer. Jeg synes det bliver svært, når vi sidder så mange tværfaglige samarbejds-partnere, og bare sætter mål for patienten. De er ikke engang med til konferencerne.				<i>der gør det svært at være så klientcentreret, fordi vi bl.a. har konferencer uden patienterne, hvilket absolut ikke er noget i nærheden af klientcentrering. Vi laver det her mål hen over hovedet på patienten. Det er jo håbløst modsatrettet i forhold til at arbejde med OTIPM”.</i> Jeg oplever at delmålene ikke altid bliver verbaliseret og aftalt 100 % med patienten. nogle gange oplever jeg faktisk, at det tager fokus fra aktiviteten, hvis de bliver involveret for meget i delmålene. Jeg er ikke så god til at målsætte sammen med patienten. Så det er en del der absolut	har mere fokus på patienternes ønsker og behov”.	det der, om de udfører det tilfreds eller ikke tilfreds, så synes jeg det bliver lidt vandet. Patienter kan jo ofte ikke sætte ord på, hvad det er de gerne vil kunne, eller også er de meget urealistiske.
--	---	--	--	--	---	---	--

					ikke stemmer overens med, hvordan man arbejder med OTIPM. Og så også generelt tiden, det skal bare gå stærkt.		
Fagidentitet							
Bevidstgørelse af faget ergoterapi	OTIPM gør det meget lettere for mig at formidle i forhold til mine andre faggrupper og sige, at det træner vi ikke på mere. ”En slutevaluering kunne i virkeligheden også være noget af det, vi kunne bruge til at tydeliggøre vores fag – prøv at se hvad vi nåede”. Jeg synes i hvert fald at OTIPM kan være med til at holde fast i, at det stadig er os selv, der skal	” <i>Alle terapeuter kommer omkring det samme, for at øge kvaliteten og standarden</i> ”.	Man får et eller andet sted ensrettet det arbejde alle terapeuter gør, og man prøver at udligne en eller anden forskel imellem terapeuter, så det er lige meget hvilken terapeut man får. Jeg synes at det er en fordel at der bliver skabt en ensretning og det giver en eller anden form for dynamik”.	“Jeg kan bedst lide at arbejde med aktiviteter, og <i>jeg synes det som ergoterapeut er en kæmpe styrke, at man kan sige, at man er den faggruppe, der kigger på aktiviteter. Jeg er ikke bare den der dårlige fys, der også laver en masse funktionsundersøgelser. Jeg er faktisk den eneste der specifikt går ind og laver aktivitet</i>”.	”Jeg synes det er blevet nemmere for mig at sige hvad ergoterapi er. Og måske også gøre det tydeligere for patienterne hvad forskellen på en fysioterapeut og en ergoterapeut er. Så det synes jeg har været en absolut fordel”.	Plejepersonalet havde før et ønske om at man altid gik ind uden at have set patienten første gang, og lavede en vurdering på badeværelset, og den har vi så vendt om og sagt, at det ønsker vi ikke. Det kommer an på, om det er dét patienten ønsker”. ”Vi har oplevet en lille kløft Vi har skullet kommunikere lidt mere med fysioterapeuterne, i forhold til at skulle planlægge hvornår de går ind. Kan fysioterapeuten så	Pga. de 4 kasser synes jeg det bliver klart og tydeligt hvad det er vi tilbyder, og hvor vi skiller os ud fra fysserne. Og så bliver det tydeligt for andre også. ”Jeg oplever at OTIPM gør, at jeg i undersøgelsesdelen, går oven fra og ned, og når jeg sammenligner med nogle af de andre faggrupper, går

	lave undersøgelserne før vi går i gang med behandlingen. Vi vil ikke bare henvises til noget. Vi laver selv den ergoterapeutiske vurdering. ”Jeg synes der er mange fordele ved OTIPM. Jeg synes den gør sig klart, hvad det er for nogen strategier vi vælger”.					ikke lige arbejde armen igennem inden jeg kommer ind. Så vi ikke får vægtet vores træning forkert”. ”Nu er det nemmere for mig at sige, det her er ergoterapi og det her er fysioterapi. Det har været det evige spørgsmål. Nu er vi blevet mere aktivitetsorienteret og kan bedre sige, at vi arbejder ud fra aktiviteter, og fysioterapeuterne arbejder mere funktionelt”. <i>”Jeg er blevet mere bevidst om hvad jeg laver som ergoterapeut. Det giver mig en stolthed over det er jeg gør”.</i> ”Så efter OTIPM så	de meget nedefra og op. Vi kommer oppe fra og tager patienten med i det, hele vejen igennem, og sætter målene ud fra det”.
--	--	--	--	--	--	--	---

						er det virkelig aktiviteter vi har fokus på, og det er dét vi gør”. ”Tidligere arbejdede vi nok meget forskelligt individuelt, nogen gjorde det på den ene måde, og andre på den anden måde. Nu ser jeg at vi alle sammen arbejder forholdsvis ens. Det er nemmere at overtage hinandens patienter”. OTIPM har givet mig mere fokus på, hvad det er jeg skal ind og kigge på.	
Sparring	”Jeg synes også at omgivelserne kan være hæmmende på den måde, at mine andre sparringspartnere ikke arbejder efter		”Det meget heldig at vi har X [ressourceperson] her, der er ekstremt fremmende for arbejdet med OTIPM, at man kan ringe og		<i>Fremmende er helt klart mine kollegaers engagement i OTIPM. Det er også fremmende at ledelsen siger, at det er det vi gør. Og så synes jeg at det er motiverende at vi alle sammen</i>		

	OTIPM. Det er mit redskab, på en eller anden måde. Så jeg synes at dét, at jeg ikke arbejder mere sammen med mine tværfaglige samarbejds-partnere omkring OTIPM, kan gøre det lidt besværligt”.		sige, hvad fanden var det lige jeg skulle gøre her? Men det er jo bare generelt rent ergoterapeutisk fremmende”. <i>”Vi har et bredt kendskab og en stor viden om OTIPM, fordi mange her på stedet har været på OTIPM kursus, og det er selvfølgelig en kæmpe fremmende ting, og vi har mange ressource-personer.</i> ”Fordelen er jo netop vidensdelingen der er omkring OTIPM, og der er mange terapeuter der kender til den.		sidder det samme sted og vi alle sammen er startet næsten på samme tid med at arbejde med OTIPM. Jeg synes godt det kan være en lille smule svært, da jeg ikke er AMPS kalibreret, og derfor ikke kan bruge begreberne fra AMPS fuldstændig korrekt, så kan jeg godt have lidt svært ved at følge med når de andre snakker AMPS og OTIPM samtidig, da de hænger uløseligt utrolig meget sammen.		
--	--	--	--	--	---	--	--

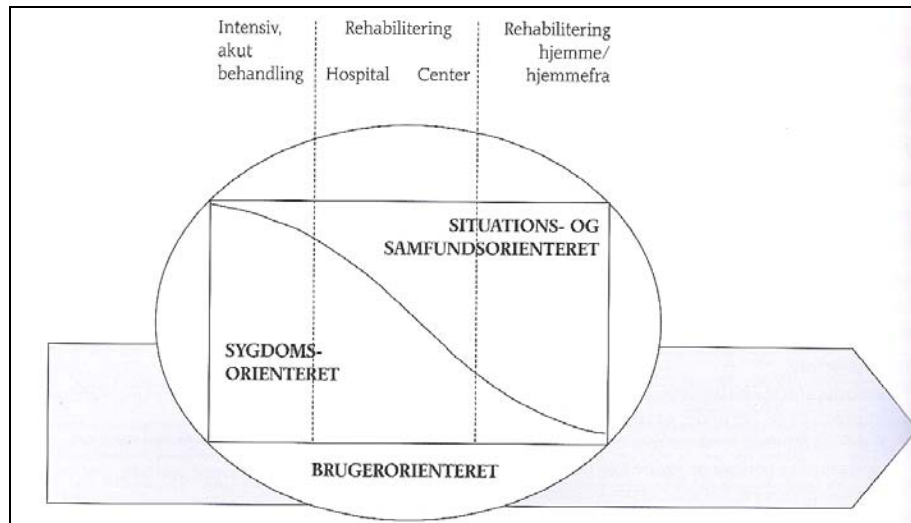
			At stedet her har valgt 100 % at satse på OTIPM er jo også en ressource, at man ved at det er dét man skal gå efter”. <i>”OTIPM giver grobund for at man kan sparre med sine kollegaer, forstået på den måde, at hvis man alle sammen har aktivitet som fokus, og at de alle sammen har en viden om, hvad det er vi plejer at lave med de her neurologiske patienter, hvilke nogle aktiviteter virker for dig, så kan man jo sparre omkring det”.</i>				
--	--	--	---	--	--	--	--

Struktur i det ergoterapeutiske arbejde	"Jeg synes den virker for mig". <i>"Jeg synes bestemt OTIPM giver mig mere struktur"</i>. "Jeg er ikke så god til at gå slavisk frem. Sådan som OTIPM er stillet op, er den bare god, for man kommer til at gøre det. Det er jo en naturlig måde OTIPM er bygget op på. Den stemmer jo godt overens med praksis". <i>"Jeg synes også OTIPM er god til i behandlings-</i>	"Jeg synes OTIPM fungerer i forhold til min arbejdsplads". Jeg synes der er rig mulighed for at følge OTIPM. Jeg tænker, at det er en arbejdsproces-model, og uanset hvilken en man bruger, så tror jeg at man vil ramme, da kerneydelsen er den samme. "Jeg synes OTIPM fungerer rigtig	"De to modeller, i behandlingsdelen synes jeg er meget cool. Det giver mig en eller anden dokumentation for, at det er okay at vælge den ene vej kontra den anden. Så det giver vel en eller anden tryghed og støtte i, at man ikke er så usikker på om man har valgt det rigtige".	"Jeg har faktisk ikke så meget dårligt at sige om arbejdet ud fra OTIPM umiddelbart". "Vi er vant til at tænke i specialer, apopleksi kommer bare først, men det gør det jo ikke i følge OTIPM. Så er det aktivitetsproblematikken man kigger på, og det kan jeg rigtig godt lide ved den".	Sådan som jeg bruger OTIPM, er jo ikke at første gang, gør jeg det, anden gang gør jeg det, tredje gang osv. Det kan gå utrolig hurtigt imellem faserne, inden for få minutter. <i>"Jeg synes OTIPM har givet mig en helt del i at være mere objektiv og have mere fokus på det klientcentrerede. Også i en travl hospitals-verden, hvor der er andre krav end bare patientcentrering"</i>. "Jeg synes absolut at der er en fordel i, at man bliver mere objektiv. Man bliver mere bevidst om at si	Jeg føler sagtens jeg kan arbejde ud fra OTIPMs kriterier. "Jeg ser det også som en større udfordring. Du kan jo ikke bare gøre som du plejer. Det stiller krav til, at man ikke bare kører på rutinen, fordi patienterne er så forskellige, som de er. Men samtidig med er det også det, der giver en større arbejdsglæde for mit vedkommende". "Ulemperne ved at skulle følge OTIPM er jo, at jeg ikke kan køre på rutinen".	<i>"Jeg ser det som en ulempe, at der er så mange kasser. Det er mange ting man skal ind over"</i>. "Jeg synes det kan være kringlet hvis man skal bruge OTIPMs ord". "Jeg synes det er for skematisk". Jeg synes lidt at der mangler måldelen, som jeg godt kunne bruge, når jeg er inde ved apopleksi-patienterne.

	<i>forløbet, at vi har målet for øje”.</i> ”Jeg synes den er god. Jeg synes den er rigtig god til at skabe et helhedsbillede og også lave et helstøbt behandlingsforløb”. Jeg synes den gør det lettere for mig at lave en behandlingsplan, når man kan vælge imellem genoptrænende og kompenserende strategier.	godt for mig”.			de forudfattede meninger fra, men jeg kan ikke sige mig fri for, at jeg har dem. Men jeg synes at jeg bliver mere bevidst om at være objektiv i hele beskrivelsesdelen af, hvordan udfører patienten ADL aktiviteten”. Jeg synes faktisk at behandlingen er blevet mere fokuseret.		”Jeg synes at OTIPM er meget firkantet og kasset”. ”Jeg kan godt blive sådan lidt forvirret fordi den hele tiden bliver justeret”. ”Jeg synes OTIPM er god på mange punkter, men jeg er nok ikke den store tilhænger af OTIPM. Jeg synes den er kryptisk ergoterapeutisk formuleret”. Jeg synes OTIPM er god fordi man ser på hele patienten, og man ser top-down frem for
--	---	----------------	--	--	--	--	--

							bottom-up. ”Jeg oplever at det er ret lige til at følge OTIPM i behandlingsdelen, fordi der er de 4 kasser, og det er de muligheder man har”. <i>Jeg synes de fire behandlingskasser giver et godt overblik, og gør det nemt at vælge.</i>
--	--	--	--	--	--	--	---

16.10 Bilag 10: De professionelle indsatsers typiske sammensætning og deres placering i rehabiliteringsforløb



Figur 2: De professionelle indsatsers typiske sammensætning og deres placering i rehabiliteringsforløb (Borg & Jensen, 2004-2005).

16.11 Bilag 11: Sygdomsbegreber

Sygdomsorienteret praksis	Situationsorienteret praksis	Samfundsorienteret praksis
Rettet imod: Den enkelte	Rette imod: Den enkelte	Rettet imod: Grupper og populationer
Fokus: Sygdom, diagnoser, symptomer	Fokus: Brugerens samlede situation	Fokus: Sygdomsfremkaldende og sundhedsfremmende forhold
Mål: Forlænge liv	Mål: Livskvalitet	Mål: Sunde livsbetingelser
Intervention: Procedurer for hvordan patienter med bestemte sygdomme behandles	Intervention: Et system af teoretiske og praktiske ressourcer til forståelse og støtte af det enkelte menneske i truede situationer	Intervention: Et system af teoretiske og praktiske ressourcer til forståelse og støtte af grupper evt. truede situation og til sundhedsfremme
Ansvarlige: Læger, neuropsykologer, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, talepædagoger, m.v..	Ansvarlige: Praktiserende læger, psykologer, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere, pædagoger, m.v..	Ansvarlige: Læger, andre sundhedsprofessionelle og pædagoger, m.v..
Forudsætninger: Biomedicinsk tilgang	Forudsætninger: Humanistisk sundhedsvidenskabelig tilgang	Forudsætninger: Samfundsvidenskabelig tilgang, herunder en afklaring af grundlæggende værdiproblemer i samfundet, bl.a. det enkelte menneskes eget ansvar

Figur 3: Sygdomsbegreber (Borg & Jensen, 2004-2005)

16.12 Bilag 12: Mail til Ergoterapeuten

Hej ...

Vi skriver til dig, bl.a. på opfordring fra vores faglige vejleder Eva Wæhrens, for at høre om hvordan mulighederne er for at få en artikel om vores bachelorprojekt i Ergoterapeuten?

Vi er en bachelorgruppen fra ergoterapeutuddannelsen i København, som i vores bachelorprojekt har beskæftiget os med: "Hvordan ergoterapeuter oplever at arbejde ud fra OTIPM på apopleksiafsnit".

Formålet med vores projekt var, at få indsigt i ergoterapeuters individuelle oplevelser af, at arbejde ud fra OTIPM på apopleksiafsnit. Herunder hvad de oplever som let og svært, hvilke fordele og ulemper, samt fremmende og hæmmende faktorer, de oplever i deres arbejde ud fra arbejdsprocesmodellen.

Vores projekt bygger på en kvalitativ undersøgelse, hvor vi har foretaget individuelle interviews med syv ergoterapeuter, som arbejder på apopleksiafsnit.

Resultaterne viser at informanterne både oplever fordele og ulemper, samt faktorer som er fremmende og hæmmende i forhold til deres arbejde ud fra OTIPM. De oplever at patienternes tilstand i den akutte fase og kravene fra omgivelserne, som værende problematiske i forhold til at brugen af aktivitet og herved OTIPM. Samtidig oplever de alle, at de fysiske omgivelser er en hæmmende faktor, idet at disse ikke altid til gode ser patienternes behov. Informanterne har forskellige oplevelser af, hvorvidt det er tilstrækkeligt at anvende aktivitet i undersøgelsen, idet at nogle oplever et behov for funktionsundersøgelse, hvor andre oplever at de i aktivitet, får set hvad patienten reelt kan. Resultaterne viser at OTIPM styrker informanterne i, at fastholde det klientcentrerede perspektiv og de er enige om, at OTIPM giver dem en bedre forståelse af deres fag, og en udtaler: "Jeg er blevet mere bevidst om hvad jeg laver som ergoterapeut - Det giver mig en stolthed over det jeg gør".

Vi diskuterer i vores opgave, nogle mulige grunde til at informanterne oplever det at arbejde efter OTIPM, som de gør. Her kommer vi bl.a. ind på paradigmekonflikten mellem ergoterapeuterne og det tværfaglige personale, ergoterapi i den akutte fase, implementeringen af OTIPM og det at skabe sammenhæng i patienternes forløb.

Projektet skal afleveres på fredag d. 29-05-2009, herefter starter vi på et 3 ugers formidlingsforløb, hvor vi finder det mest relevant at skrive en artikel, som vi håber på at få udgivet i Ergoterapeuten. Vi ser, på baggrund af de 2 artikler om OTIPM fra Ergoterapeuten September 2008: Vi er nødt til at diskutere fag - ikke smag, og En lærerig proces, at en artikel om vores bachelorprojekt kunne være en god opfølgning på disse og håber at vi med en artikel i Ergoterapeuten og vores projekt, vil inspirere og bevidstgøre ergoterapeuter om OTIPM, og dermed skabe åbenhed for den aktivitetsorienterede tilgang på apopleksiafsnit på hospitaler.

Vi håber at dette har vakt en interesse og at du vil vende tilbage.

Med venlig hilsen Bachelorgruppe 3

Line Jensen, Julie Zabave, Camille Thorøe og Lisette Berner

Kontaktperson Lisette Berner

16.13 Bilag 13: Søgehistorie

I vores litteratursøgning har vi søgt videnskabelige artikler omhandlende ergoterapeutisk praksis, apopleksipatienter, klientcentrering og paradigmekonflikter. Vi har søgt empiri i følgende databaser: Cinahl, Pubmed samt i CVU Øresunds artikelmappe.

Danske søgeord	Engelske søgeord
OTIPM	OTIPM
Arbejdsprocesmodel	Intervention Process model
Apopleksi	Stroke
Ergoterapi	Occupational therapy
Ergoterapeuter	Occupational therapists
Aktivitet	Occupation
Paradigme	Paradigm
Aktivitetsbaseret undersøgelse	Occupation-based assessment
Biomedicinsk	Biomedical
Intervention	Intervention
Klientcentrering	Client centered
Deltagelse	Participation
Vurdering	Assessment
Funktionstræning	
Aktivitetstræning	