

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning	3
2.0 Problembaggrund	4
2.1 Teori/praksis gabet	4
2.2 Paradigmeskifte	5
2.3 Aktivitetens betydning	6
2.4 Håndens betydning	7
2.5 Kvalitativ forundersøgelse	8
2.6 Ergoterapi og sygehusverdenen	9
3.0 Problemformulering	11
3.1 Hypoteser	11
3.2 Formål	11
3.3 Definitioner	11
4.0 Teori	15
4.1 Centralt synspunkt	18
4.2 Kernebegreber	18
4.3 Integrerede værdier	19
4.4 Ergoterapeutens ansvar	20
4.5 Begrebsmodeller for praksis	20
4.6 Teori/praksis gabet	21
5.0 Design, materiale og metode	23
5.1 Videnskabelig tilgang	23
5.2 Design	23
5.3 Kvantitativ metode	24
5.4 Studiepopulation	26
5.5 Dataindsamlingsmetode	27
5.6 Forundersøgelse i forhold til spørgeskema	28
5.7 Bortfald	29
5.8 Ethiske overvejelser	29
5.9 Analyseovervejelser	30
6.0 Resultater	35
6.1 Graden af aktivitet som værdigrundlag	37
6.1.1 Delkonklusion	39
6.2 Spearmans test	40
6.2.1 Delkonklusion	41
6.3 Chi2 test	41
6.3.1 Delkonklusion	43
7.0 Konklusion	44
8.0 Diskussion	46

8.1 Diskussion af metode	46
8.1.1 Udarbejdelse af spørgeskema.....	46
8.1.2 Kommentarer til spørgeskema	47
8.2 Diskussion af analyse	48
8.3 Diskussion af resultater	48
8.3.1 Diskussion af identificerede variable	49
8.4 Reliabilitet	51
8.5 Validitet.....	52
 9.0 Perspektivering.....	 54
10.0 Litteraturliste	56

Bilag:

Bilag 1: Følgeskrivelse til spørgeskema

Bilag 2: Spørgeskema

Bilag 3: Oversigt med svarfordelinger

Bilag 4: Matrice fra Excel

Bilag 5: Andre årsager samt kommentarer til spørgeskemaet

Bilag 6: Søgehistorie

Bilag 7: Formidlingsovervejelser

Antal ord:14.027

1.0 Indledning

Kobling mellem teori og praksis er et tilbagevendende og omdiskuteret emne i ergoterapi.¹ Som studerende kan det til tider være vanskeligt at se, hvordan teori anvendes i praksis og dermed kan formålet med den teoretiske viden synes at gå tabt.² Vores interesse for emnet udspringer af, at vi i vores praktikker har oplevet, at det som studerende kan være svært at se sammenhængen mellem teori og praksis i forhold til den ergoterapeutiske teori om aktivitet, vi lærer på skolen og hvordan man intervenserer ude i praksis. Eksempelvis undrer vi os over, at ergoterapeuter i praksis kan have svært ved at redegøre for, hvilke ergoterapeutiske teorier der implementeres i interventionen. Vi har oplevet, at de metoder, ergoterapeuter anvender i praksis, ikke nødvendigvis hænger sammen med brugen af aktivitet i behandlingen. Vi undrer os over den manglende fokus på aktivitet, da aktivitet er kernen i ergoterapi og vi finder det derfor relevant og interessant at undersøge denne teori/praksis problematik.

¹ Conceptual Foundation of Occupational Therapy, s. 12ff

² Teori i praksis, s. 26

2.0 Problembaggrund

Nedenfor vil vi beskrive den kontekst, vores problemstilling er udsprunget af og hvorfor det er relevant at undersøge, om der er en sammenhæng mellem teori og praksis i ergoterapifaget i forhold til aktivitetsbegrebet.

2.1 Teori/praksis gabet

I efterfølgende afsnit beskrives relevansen af problemstillingen, hvor vi vil inddrage ergoterapeutteoretikeren Gary Kielhofners (Kielhofner) syn på teori/praksis gabet.

Kielhofner har netop skrevet en artikel i American Journal of Occupational Therapy omhandlende teori/praksis problematikken. Han gør her rede for, at det største problem i forhold til teori/praksis gabet skyldes, at der ikke er dialog og samarbejde mellem videnskab og praksis. Det er et fælles ansvar mellem teoretikere og praktikere at udforme teorien for ergoterapi samt se på, hvordan teorien bedst muligt kan implementeres i praksis.³ Sammenholdt med Kielhofners syn på teori/praksis gabet bekræftes vi i de oplevelser, vi har haft i praktikkerne. I sammenhæng med ovennævnte artikel refererer Kielhofner til en undersøgelse foretaget af National Board for Certification in Occupational Therapy (NBCOT). Undersøgelsen er foretaget blandt 2193 ergoterapeuter i USA og viser, at størstedelen af respondenterne ikke anvender aktivitetsbaserede praksismodeller som for eksempel Model of Human Occupation (MoHO). Undersøgelsen viser dog, at der i 2003 er en større tendens til, at aktivitet anvendes som terapeutisk middel end i 1998, da den sidst blev foretaget.⁴ I forhold til undersøgelsen mener Kielhofner, at det er skuffende, at praksis stadig ikke er mere baseret på aktivitet, men i stedet har fokus på funktionsbegrænsninger.⁵ Ovenstående underbygger relevansen og aktualiteten af problemstillingen om teori/praksis gabet.

Velvidende at opbygningen af det faglige værdigrundlag bør være et fælles projekt for teoretikere og praktikere indenfor ergoterapi, har vi valgt at tage udgangspunkt i det, vi kender til, nemlig den teori vi er ”opdraget” med og se på praksis for at finde sammenhænge og forskelle. Vi ser altså på, hvordan praksis ser ud nu holdt op mod den

³ Artikel: Scholarship and Practice: Bridging the Divide

⁴ Artikel: A Practice Analysis study of entry-level occupational therapists...

⁵ Artikel: Scholarship and Practice: Bridging the Divide

teori, der for tiden er gældende i ergoterapi. Vi håber, at vores undersøgelse kan bidrage til en debat om kobling mellem teori og praksis i ergoterapi og skabe nye vinkler.

For at supplere Kielhofners forståelse af teori/praksis problematikken, har vi valgt at inddrage videnskabsfilosoffen Thomas S. Kuhn (Kuhn), som beskriver problematikkerne ved et paradigmeskifte indenfor et fag, som det er tilfældet i ergoterapi. Inddragelsen af paradigmet begrundes vi med, at et skifte indenfor paradigmet unægteligt vil påvirke relationen mellem teori og praksis, da de grundlæggende værdier tages op til revision.

2.2 Paradigmeskifte

Ifølge Kuhn indlæres paradigmet under uddannelsen således, at personen kommer til at anskue verden og sit fag på en bestemt måde, som er bestemmende for personens daglige arbejde.⁶ Imidlertid vil der ved et paradigmeskifte, som det er sket i ergoterapi, opstå flere dilemmaer. Eksempelvis vil det nye paradigme i starten stå svagt, idet at det på ny skal skabe et omfattende system af begreber, metoder og teorier. Denne ufuldstændige begrebsafklaring kan gøre, at paradigmet er vanskeligt at forstå. Efterhånden som paradigmet udvikles, trues det gamle paradigme og der vil opstå et modsætningsforhold mellem de to, hvor de vil have svært ved at mødes.⁷ Endvidere behøver der, på trods af at man fastlægger et fælles paradigme, ikke at ligge implicit deri, at man har et fælles regelsæt, da paradigmet ofte vil dække over et bredt område.⁸ Der er altså tale om dilemmaet omkring et paradigmeskifte i ergoterapifaget⁹, hvorunder vi mener, at der kan opstå flere forståelser af, hvad ergoterapi er og bør indeholde herunder, hvordan ergoterapeuter definerer aktivitetsbegrebet.

Yderligere er der i dag meget fokus på professionalisering, hvilket betyder, at der er et øget krav om opdatering af viden og dokumentation for at synliggøre vores fag.¹⁰ Da ergoterapeuter som profession står midt i et paradigmeskifte, finder vi det vigtigt, at de værdier der ligger til grund for ergoterapifaget bliver taget op til revision for at diskutere

⁶ Videnskabens revolutioner, s. 9, 62

⁷ Ibid, s. 12f

⁸ Ibid, s. 90f

⁹ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 57ff

¹⁰ Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, s. 399f

og debattere om holdninger og værdier passer ind i nutidens krav. Som vi ser det, siger værdier noget om, hvilken teoretisk forforståelse der bør ligge til grund for de handlinger, man udfører.

Ergoterapiprofessionen er udviklet til et fælles fagligt ønske om at kvalificere professionen til gavn for borgerne. Denne kvalificering er et fælles ansvar, som kræver, at ergoterapeuter samarbejder omkring professionsudvikling. Ergoterapeutforeningen er i udviklingsprojektet Dansk Ergoterapeutisk Professionsudvikling (DEPU) kommet med bud på, hvad god ergoterapi er i Danmark. DEPU er i gang med en undersøgelse, der går ud på at debattere og identificere fagets grundlæggende værdier, hvor aktivitet er et gennemgående begreb indenfor forskellige ergoterapeutiske arbejdsområder.¹¹ Endvidere har Ergoterapeutforeningen i samråd med Danske Fysioterapeuter udgivet ”Fagprofiler” i 1991 for at tydeliggøre profilerne, som kunne være til gavn for ergo- og fysioterapeuter i praksis. I denne udgivelse tydeliggøres ergoterapiens idegrundlag som værende hverdagens aktiviteter og arbejde som udgangspunktet for den ergoterapeutiske indsats.¹² Aktivitet har dermed længe været og er stadig fokus for ergoterapi, men trods ovennævnte tiltag synes aktivitet, som nævnt tidligere, stadig at blive tilsidesat i praksis.

2.3 Aktivitetens betydning

Aktivitetsbegrebet er det gennemgående tema i ergoterapeutuddannelsen. Aktivitet er blandt andet beskrevet og defineret ud fra Occupational Science, som er en forholdsvis ny videnskab, der er relevant og interessant for ergoterapeuter. Endvidere er aktivitet defineret ud fra MoHO, som er en af de grundlæggende ergoterapeutiske begrebsmodeller for praksis. Disse underbygger aktivitetens betydning som et kernebegreb i ergoterapi.¹³ Occupational Science er med til at føre ergoterapifaget over i en aktivitetsvidenskabelig retning, hvor det ergoterapeutiske paradigme tidligere blev beskrevet ud fra en mekanistisk tilgang.¹⁴ Occupational Science bidrager til en bedre forståelse af, at mennesket har et basalt behov for aktivitet¹⁵ og herunder mennesket som et aktivt væsen med behov for og kapacitet til at involveres i de daglige aktiviteter

¹¹ www.etf.dk/depu

¹² Artikel: Enighed om fagprofiler af ergoterapi og fysioterapi

¹³ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 66ff

¹⁴ An Occupational Perspective of Health, s. 10

¹⁵ Ibid, s. 6ff

gennem livet.¹⁶ Ligeledes beskriver Kielhofner menneskets aktivitetsnatur som fokus for behandlingen i ergoterapi, hvor MoHO har et dynamisk systemteoretisk syn, som ser på mennesket, aktiviteten og omgivelserne, hvori aktiviteten udføres.¹⁷

Aktivitetens betydning i ergoterapi understøttes af den kvalitative undersøgelse ”*Focus on Occupational Therapists’ Paradigms*” af ergoterapeuten Anita Björklund, MSc. Undersøgelsen er et eksplorativt studie af 7 svenske ergoterapeuters personlige paradigmer og om der er en fællesnævner for disse. Ergoterapeuterne identificerer blandt andet, at ergoterapiens koncepter for interventionen er ”*the enabling of activities in everyday life*”.¹⁸ Redskaberne til dette består af 3 komponenter: en bevidst brug af personen, af omgivelserne og af aktiviteter. Herudfra udledes, at de 7 ergoterapeuter er enige om, at aktivitet er en del af deres paradigme og at de anvender aktivitet i behandlingen.¹⁹ Dette mener vi er med til at styrke overbevisningen om vigtigheden af aktivitet i den ergoterapeutiske behandling.

På baggrund af ovenstående har vi diskuteret, hvor den manglende fokus på aktivitet er mest fremtrædende indenfor ergoterapi ud fra de erfaringer, vi har gjort os i praktikkerne. Vi har valgt at tage udgangspunkt i håndterapi, hvor det ikke har været tydeligt for os, hvordan aktiviteter anvendes i behandlingen. Vi er dog velvidende om, at problematikken kan opstå inden for flere områder i ergoterapi, men vi har valgt dette ene område for at afgrænse undersøgelsens omfang.

2.4 Håndens betydning

Hånden er et af menneskets mest essentielle kapaciteter i forhold til aktiviteter. Hånden har igennem evolutionen udviklet mange specialiserede funktioner såsom manipulation, balancefunktion og kommunikation og kan kombinere bevægelserne i et utal af variationer for at gøre kulturbestemte aktiviteter, som er unikke for mennesket, mulige.²⁰ Hånden er et sanseorgan, som er lige så vigtig som øjet og øret og er et af hjernens instrumenter i forhold til sansning af omverdenen. Klienter kan derfor opleve

¹⁶ An Occupational Perspective of Health, s. 199ff

¹⁷ Model of Human Occupation - Theory and Application, s. 38ff

¹⁸ Artikel: Focus on Occupational Therapists’ Paradigms

¹⁹ Ibid

²⁰ An Occupational Perspective of Health, s. 50f

et stort aktivitetstab i mange forskellige sammenhænge, når de får en håndskade.²¹ Eksempler på sådanne aktivitetsbegrænsninger kan være kreative aktiviteter som at spille på musikinstrument, at kunne udtrykke sig med hænderne og klientens formåen af at kunne opleve og sanse omverdenen ændres radikalt.²² Dette, mener vi, understreger vigtigheden af håndterapi og hvordan en håndskade kan få betydning for at kunne udføre de daglige aktiviteter.

På baggrund af ovenstående lavede vi en kvalitativ forundersøgelse i den valgfrie uge på 7. semester for at få et større indblik i brugen af aktivitet i behandlingen af håndpatienter og dermed et indtryk af, hvordan teori og praksis hænger sammen i håndterapi.

2.5 Kvalitativ forundersøgelse

Forundersøgelsen foregik på en håndterapiafdeling på et sygehus, hvor vi observerede afdelingen og interviewede syv ergoterapeuter.²³ Formålet med forundersøgelsen var, at undersøge ergoterapeuternes forståelse af aktivitetsbegrebet og hvordan aktivitet anvendes i behandlingen. Resultaterne af forundersøgelsen var, at ergoterapeuterne definerede aktivitet som det, der var meningsfuldt for patienten, men de syntes ikke at have fokus på aktivitet i behandlingen. Ergoterapeuterne fortalte, at aktivitet hovedsageligt anvendtes, hvis funktionstræningen ikke virkede. Desuden arbejdede de ikke ud fra nogen overordnet ergoterapeutisk teori eller model i behandlingen men mere ud fra retningslinier fra lægen.

Vi ser et problem i, at der i uddannelsen til ergoterapeut bliver lagt op til, at et af vores kernebegreber som fag er meningsfuld aktivitet, men ud fra den kvalitative forundersøgelse tyder det på, at aktivitet ikke er en naturlig del af den ergoterapeutiske intervention indenfor håndterapi. Dette underbygges af det fænomenologiske studie *The effect of Hand Therapy on a Patient with a Colles' Fracture*, hvor der stilles spørgsmålstejn ved, om ergoterapeuter specialiseret i håndterapi egentlig forholder sig til hele personen eller om de kun koncentrerer sig omkring behandling med afsæt i

²¹ Artikel: Aktivitetsadfærd

²² Handens Rehabilitering, s. 21ff

²³ Henvisning til kvalitativ forundersøgelse ”Forundersøgelse af brugen af aktiviteter i håndterapi”

nervesensorik og fysiologi. Forfatterne til artiklen mener ikke, at der er en sammenhæng mellem kun at anvende standardiserede øvelser i behandlingen og at man i ergoterapi har et holistisk menneskesyn.²⁴

2.6 Ergoterapi og sygehusverdenen

Indenfor sygehusverdenen eksisterer apparatfejlsmodellen, hvilket kan have betydning for behandlingsmetoder i sundhedssektoren.²⁵ I det mekanistiske paradigme var ergoterapeuter influerede af det biomekaniske syn, som stadigvæk kan påvirke valg af behandlingsmetode og en risiko kan her være, at aktivitet ikke anvendes i behandlingen.²⁶ Status kan endvidere være en vigtig faktor for, at det kan være vanskeligt at argumentere for en mere humanistisk behandlingsmetode samt at kunne dokumentere effekten af aktivitet i behandlingen.²⁷

Som ergoterapeut kan man stå i et dilemma i forhold til, at de ergoterapeutiske faglige værdier ikke stemmer overens med politikken det pågældende sted og dermed de implicite normer. Den biomedicinske tankegang kan være en hæmsko for behandlingen og derudover kan et problem være, at ergoterapi som profession mangler selvtillid i forhold til egen professionelle rolle.²⁸ Dette kan resultere i Underground Practice, hvor ergoterapeuten enten ikke rapporterer sin viden om aktivitet videre til andre faggrupper eller ikke anvender aktivitet i behandlingen, da det ikke er målbart og herved kan tydeligheden af, hvad vi står for som faggruppe være svær at få øje på.²⁹ Dette kan være årsag til, at det ikke er tydeligt, hvordan aktivitet anvendes i behandlingen. Vi finder det derfor interessant at se på, om ergoterapeuterne er enige i, at kernen i ergoterapifaget er aktivitet og om de praktiserer ud fra dette.

For at blive anerkendt som profession har ergoterapifaget altså lænet sig op ad den mekanistiske tankegang.³⁰ Ideelt set mener vi, at ergoterapeuter ud fra det nuværende paradigme bør arbejde ud fra det hele menneske, som er det centrale synspunkt i

²⁴ Artikel: The effect of Hand Therapy on a Patient with a Colles' Fracture

²⁵ Medicinsk sociologi, s. 37f

²⁶ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 88ff

²⁷ Basisbog i ergoterapi s. 91

²⁸ Clinical Reasoning – Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice, s. 315

²⁹ Ibid, s. 295ff

³⁰ An Occupational Perspective of Health, s. 190ff

ergoterapi i forhold til aktivitet uanset hvilket system man arbejder indenfor. I denne forbindelse viser undersøgelsen *Activities and impairment in the early stage of rehabilitation after Colles fracture* af ergoterapeuten Merete Dekkers, som er et studie af 33 kvindelige patienter med colles fraktur, at der kun er ringe sammenhæng mellem bedring i patienternes symptomer og ADL funktion.³¹ I denne forbindelse udledte Merete Dekkers på et projektseminar på Sundheds CVU Aalborg³², at øvelser ikke kan stå alene men skal suppleres med aktivitet. Ud fra hendes personlige erfaringer har hun endnu ikke oplevet, at ergoterapeuter bruger aktivitet i behandlingen indenfor håndterapi. Der synes altså at være tegn på, at der ikke er fokus på aktivitet i praksis indenfor håndterapi.

Ud fra ovenstående problembaggrund og den kvalitative forundersøgelse blev vi interesserede i at finde ud af, om det er et generelt problem indenfor håndterapi, at ergoterapeuter ikke har fokus på aktivitet i behandlingen. Derfor synes vi, at det er interessant at undersøge, hvordan problematikken ser ud i Danmark indenfor dette område. Først og fremmest vil det være spændende at se, om praksis har de samme visioner og tanker om ergoterapi, som bliver beskrevet i paradigmet i forhold til aktivitet. Dernæst vil undersøgelsen forsøge at belyse om aktivitet anvendes i den ergoterapeutiske intervention og hvilken sammenhæng det har med ergoterapeuternes værdigrundlag. Dette leder os frem til den følgende problemformulering.

³¹ Colles fraktur symptomer og vigtigste ADL problemer, s. 33

³² Projektseminar: Colles fraktur symptomer og vigtigste ADL-problemer, d. 10.02.2005

3.0 Problemformulering

I hvilken grad er aktivitet en del af ergoterapeuters værdigrundlag indenfor håndterapi og hvilken sammenhæng er der mellem aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen?

3.1 Hypoteser

- Vi har en hypotese om, at de ergoterapeutiske værdier, der er beskrevet ud fra det nuværende ergoterapeutiske paradigme ikke hænger sammen med de værdier ergoterapeuter i håndterapi har.
- Vi har en hypotese om, at selvom ergoterapeuter indenfor håndterapi har aktivitet som værdigrundlag, anvendes aktivitet i så fald ikke i behandlingen.

3.2 Formål

Formålet med undersøgelsen er igennem en kvantitativ metode at se på sammenhængen mellem ergoterapeuters værdigrundlag indenfor håndterapi set i forhold til de værdier, der er beskrevet ud fra det nuværende ergoterapeutiske paradigme. Vi vil gerne finde ud af, om ergoterapeuter indenfor håndterapi har fokus på kernebegrebet aktivitet og om de anvender aktivitet i behandlingen. Endeligt har vi et ønske om, at de ergoterapeuter, der deltager i undersøgelsen, stopper op og reflekterer over, om deres praksis stemmer overens med de værdier og handlingsanvisninger, der er gældende for ergoterapi netop nu.

3.3 Definitioner

Den nominelle definition beskriver den betydning et begreb tillægges.³³ De nominelle definitioner har vi valgt at definere ud fra Kielhofner i forhold til nøglebegreberne aktivitet, ergoterapeuters værdigrundlag og aktivitet i behandlingen i problemformuleringen. De operationelle definitioner beskriver, hvordan vi empirisk måler de pågældende begreber.³⁴ Definitionen af aktivitet er stykket sammen ud fra

³³ Kvantitative forskningsmetoder, s. 56

³⁴ Den skinbarlige virkelighed, s. 112f

bogen *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*, da vi ikke mener, at Kielhofner har en kort og præcis definition af dette begreb.

	Nominelle definitioner	Operationelle definitioner
Grad	Et omfang el. et niveau af noget ³⁵	I hvilken grad: dermed menes, hvor mange procent ud af 100% der er enige i udsagn omhandlende aktivitet som værdi hos ergoterapeuter, som arbejder med håndterapi. 0-20%= lav grad 20-40%= middel lav grad 40-60%= middel grad 60-80%= middel høj grad 80-100%= i høj grad
Aktivitet	”Doing culturally meaningful work, play or daily living tasks in the stream of time and in the contexts of one’s physically and social world” ³⁶ “Participation in everyday life” ³⁷	Det samme som i nedenstående kasse.
Ergoterapeuters værdigrundlag	Centralt synspunkt; - Holistisk fokus, hvor personen, omgivelserne og aktiviteten tilsammen udgør et menneskes liv. ³⁸ Kernebegreber; - Menneskets aktivitetsnatur	Aktivitet som værdi: enighed fra 1-4 på en ordinalskala i forhold til udsagn, som er udformet ud fra det ergoterapeutiske paradigme. 1= uenig 2= delvist uenig 3= delvist enig

³⁵ Politikens Nudanske med etymologi, s. 522

³⁶ *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*

³⁷ Ibid, s. 66ff

³⁸ Ibid, s. 66

³⁹ Ibid, s. 70

	- Aktivitetsproblemer/udfordringer - Aktivitetsbaseret praksis Integrerede værdier; - Respekt for værdien af aktivitet i menneskets liv - Vigtigheden af klienternes aktive deltagelse og empowerment - Respekt for og forståelse af klientens perspektiver, ønsker og behov såvel som klientens ret til at træffe valg og beslutninger omkring den terapeutiske proces. - Klientcentreret praksis³⁹	4= helt enig
Håndterapi:	Hånd: hver af de to bevægelige legemsdele med fem fingre yderst på menneskets arme⁴⁰ Terapi: behandling af en fysisk el. psykisk sygdom el. skade vha. andre midler end operation og medicin, ofte med aktiv deltagelse af patienten⁴¹	
Sammen-Hæng	Det at noget har noget at gøre med noget andet eller at det består af forbindelsen mellem forskellige ting ⁴²	Korrelationen mellem aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen ved brug af Spearmans og Fishers test
Anvendes aktivitet i	- Skabe muligheder for klienter til at deltage direkte i aktiviteter	Enighed på en ordinalskala i forhold til udsagn, som angiver

⁴⁰ Politikens Nudanske med etymologi, s. 622

⁴¹ Ibid, s. 1397

⁴² Ibid, s. 1182

behandling- en	- Gøre klienter i stand til at deltage i aktiviteter ved at tilpasse opgaven eller omgivelserne. - Give rådgivning og problemløsningsforslag for at fremme klientens deltagelse i aktiviteter udenfor terapien.⁴³	anvendelsen af aktivitet i behandling i håndterapi
---------------------------	--	--

⁴³ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 68

4.0 Teori

I dette afsnit vil der blive redegjort for den teoretiske baggrund, som er baseret på Kielhofners beskrivelse af det ergoterapeutiske paradigme og teori/praksis problematikken. Efter hvert afsnit vil hovedelementerne blive ridset op og relateret til undersøgelsen.

Kielhofner er valgt som teoretisk udgangspunkt for undersøgelsen, da han gør rede for paradigmet ud fra en ergoterapeutisk vinkel. Samtidig beskriver han teori/praksis gabet i *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* samt artiklen *Scholarship and Practice: Bridging the Divide*, hvilket stemmer overens med vores formodning om, at der er et gab, som beskrevet i problembaggrunden. Kielhofner er dr. i Public Health fra University of California i Los Angeles. Hans studier ved Mary Reilly, som var en af de første til at beskrive ergoterapi ud fra dets egne præmisser i stedet for at bygge på andre fag, inspirerede ham til at forske i ergoterapifaget. Efter endt uddannelse fortsatte Kielhofner arbejdet med *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*, som er bygget på egne erfaringer og overbevisninger.⁴⁴ Han har efterfølgende udgivet adskillige bøger og artikler samt iværksat flere projekter. Bogen *Conceptual Foundations of Occupational Therapy* er blevet udarbejdet i flere omgange fra 1997 frem til den nyeste udgave fra 2004 og er baseret på adskillige referencer.⁴⁵

Ifølge Kielhofner er det det ergoterapeutiske paradigme, der adskiller ergoterapifaget fra andre faggrupper samt definerer formålet med ergoterapi. Paradigmet inddrages i projektet for at sammenholde det med værdigrundlaget hos ergoterapeuter, der arbejder indenfor håndterapi samt deres anvendelse af aktivitet. Baggrunden for Kielhofners beskrivelse af paradigmet er blandt andet Kuhns teori om paradigmet⁴⁶, der beskrives af Kuhn som, at ”medlemmerne af en disciplin er bundet sammen af en fælles vision”.⁴⁷ Dette synspunkt deles af Kielhofner, idet han beskriver, at for at en profession skal være

⁴⁴ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, forord

⁴⁵ <http://www.ahs.uic.edu/ahs/files/ot/Kielhofner/CURRICULUM%20VITAE1.pdf>

⁴⁶ Se side 3 i problembaggrunden

⁴⁷ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 15f

sammenhængende, må medlemmerne dele den samme kultur og vision for deres arbejde udtrykt i feltets paradigme.⁴⁸

Formålet med Kielhofner arbejde er at komme med et bud på, hvordan han mener, ergoterapeuter bør anskue ergoterapi. Samtidig ønsker han, at hans synspunkter kan være med til at skabe debat og kritik om den faglige viden og hvordan den anvendes i praksis.⁴⁹ Kielhofner beskriver paradigmet ud fra, hvad han oplever som værende tendensen i praksis i dag baseret på artikler, undersøgelser og andre referencer.⁵⁰ Det nuværende ergoterapeutiske paradigme giver altså nogle forslag til, hvad der er kernen i ergoterapi samt hvordan ergoterapi bedst muligt kan udføres i forhold til klientens ønsker og behov.

Bogen er således et udtryk for Kielhofners egne synspunkter og erfaringer og er dermed ikke den universelle definition af det ergoterapeutiske paradigme. En ulempe ved brugen af Kielhofner kan være, at hans erfaringer og synspunkter hovedsageligt tager afsæt i amerikansk praksis og kultur. Det er muligt, at der kan være geografiske forskelle, som gør, at baggrunden for paradigmet ikke ville være den samme, hvis studiet var blevet foretaget i danske omgivelser. Ikke desto mindre danner Kielhofners beskrivelse af paradigmet grundlag for en stor del af de ergoterapeutiske teorier og de værdier, vi er blevet undervist i igennem uddannelsen til ergoterapeut. Vi finder ham derfor relevant at anvende for at finde ud af, om det er de samme værdier, der gør sig gældende i dansk ergoterapi indenfor håndterapi og i forhold til teori/praksis sammenhængen.

På baggrund af ovenstående vil der nu blive redegjort for det nuværende ergoterapeutiske paradigme, hvor de vigtigste aspekter trækkes frem og sammenholdes med undersøgelsens problemstilling. Det begrebsmæssige grundlag, som indeholder: paradigmet, begrebsmodeller for praksis samt relateret viden⁵¹, vil udgøre strukturen for nedenstående afsnit og samtidig danner det baggrund for dataindsamlingen. Sidst i

⁴⁸ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 70

⁴⁹ Ibid, forord

⁵⁰ Ibid, s. 64f

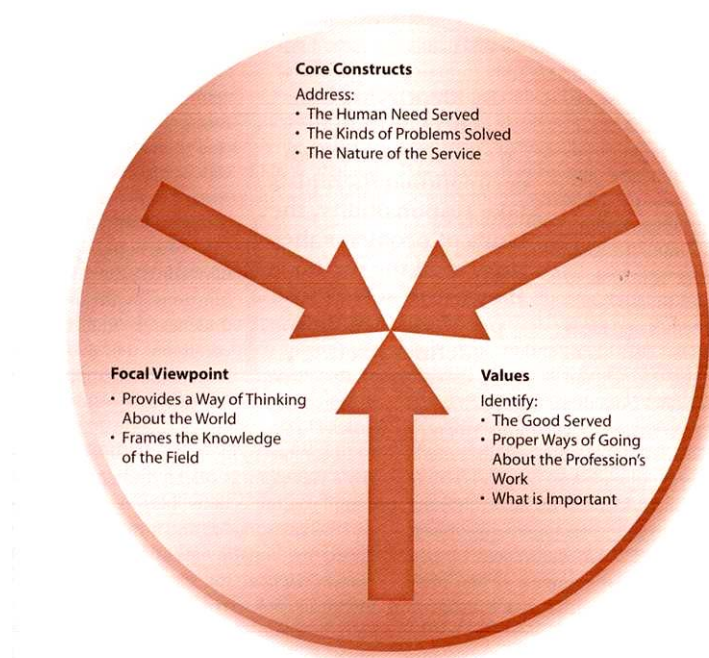
⁵¹ Ibid, s. 15

teoriafsnittet vil vi komme ind på ergoterapeutens ansvar samt begrebsmodeller for praksis, fordi disse kan have betydning for, om ergoterapeuten anvender aktivitet i behandlingen.⁵² Teori/praksis afsnittet vil udgøre den teoretiske baggrund for besvarelsen af sammenhængen mellem aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen.

Vi vil nu bevæge os dybere ind i paradigets bestanddele for derudfra at kunne formulere udsagn til spørgeskemaet, hvor værdigrundlaget sidestilles med paradigets syn.

Med udgangspunkt i nedenstående figur identificeres de tre komponenter, der beskriver det karakteristiske ved ergoterapi. Disse er: centralt synspunkt, kernebegreber og integrerede værdier, som tilsammen udgør det nuværende ergoterapeutiske paradigme.

Figur 1⁵³



⁵² Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 22f

⁵³ Ibid, s. 17

4.1 Centralt synspunkt

Som det ses ud fra figuren er det centrale synspunkt et udtryk for, hvilken tankegang der eksisterer indenfor området, hvor ergoterapi i det nuværende paradigme ses ud fra en dynamisk systemteoretisk forståelse. Ergoterapi inddrager mennesket, omgivelserne og aktiviteten i behandlingen, og fokuserer ikke længere på de enkelte dele isoleret, såsom udførelseskomponenterne, som det var tilfældet i det mekanistiske paradigme.⁵⁴ Ergoterapeuter vurderer bredt i forhold til aktivitet og aktivitetsdysfunktion, hvor mennesket, omgivelserne og aktiviteten inddrages i forhold til aktivitetsudførelsen. Vi kan hermed konkludere, at ergoterapeuter i dag formodes at indtage et holistisk menneskesyn i deres daglige virke, hvor de i den ergoterapeutiske intervention inddrager klienten. Da vi har valgt at sammenstille paradigmets syn med værdigrundlaget for ergoterapeuter, må dette helhedssyn dermed også indgå i værdigrundlaget i undersøgelsen, fordi vi formoder, at ergoterapeuter generelt bør have det samme syn som paradigmet og at grundlaget for deres værdier og handlinger som udgangspunkt er det samme.

4.2 Kernebegreber

Kernebegreber er indbyrdes temaer, der ligger til grund for ergoterapifeltet. De forefindes i feltets litteratur og i hvad medlemmerne ved og mener om feltet og dets praksis.⁵⁵ Kernebegreberne indeholder tre brede temaer, som afspejler fokus for ergoterapi i dag.

- Menneskets aktivitetsnatur - mennesket har et basalt behov for aktivitet, der giver sig til udtryk ved forskellige adfærdsformer (play, work, activities of daily living), som er kilden til et meningsfuldt liv.⁵⁶
- Aktivitetsproblemer/udfordringer - da aktivitet er et basalt menneskeligt behov, vil en frarøvelse af dette kunne medføre en forringelse af menneskets livskvalitet.⁵⁷
- Aktivitetsbaseret praksis - meningen og formålet med ergoterapi er, at deltagelse i aktivitet er kernen i ergoterapi samt at aktivitet fremmer sundhed.⁵⁸ Ergoterapi

⁵⁴ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 65f

⁵⁵ Ibid, s. 20

⁵⁶ Ibid, s. 67

⁵⁷ Ibid, s. 68

⁵⁸ Ibid, s. 68f

skaber muligheder for klienter til at deltage i aktiviteter ved blandt andet at tilpasse opgaven eller de omgivelser, som aktiviteten indgår i.⁵⁹

Da aktivitet er et gennemgående begreb i kernebegreberne, konkluderes det hermed, at det må være fokus for ergoterapi, hvor ergoterapeuten ser på klientens muligheder for deltagelse i aktiviteter i sine daglige omgivelser og arbejder ud fra dette i behandlingen. Endvidere ses det, at aktiviteterne må være meningsfulde for, at klienten kan genetablere meningen med sit liv og sin hverdag, da det har betydning for klientens velvære og livskvalitet.

4.3 Integrerede værdier

De integrerede værdier er udtryk for, hvad der er vigtigt i faget og hvordan man udfører sin daglige praksis. De integrerede værdier indeholder respekten for, at aktivitet skal være en del af menneskets liv samt at man skal kunne deltage aktivt i hverdagslivet. Som ergoterapeut er det vigtigt at have respekt for og forståelse af klientens perspektiver, ønsker og behov såvel som at tage udgangspunkt i klientens ret til at træffe valg og beslutninger omkring den terapeutiske proces. Endelig er klientcentreret praksis en del af de integrerede værdier i det ergoterapeutiske paradigme.⁶⁰ Som følge heraf vurderer vi, at ergoterapeuten bør være klientcentreret ved at inddrage klienten i behandlingen og tage udgangspunkt i klientens oplevelse af aktivitetsbegrænsninger samt ønsker og behov. Interventionen må derfor ses som et fælles ansvar, hvor klienterne efterhånden overlades til at tage ansvar for deres eget liv igen, efterhånden som de bliver i stand til det. Vi mener, derfor at de integrerede værdier bør indgå i ergoterapeutens værdigrundlag, for at der er overensstemmelse mellem ergoterapeutens værdier og det nuværende ergoterapeutiske paradigme.

Vi har nu redegjort for paradigmet og relateret til ergoterapeuters værdigrundlag og vil efterfølgende komme ind på det ansvar, Kielhofner mener, ergoterapeuter har overfor at anvende det begrebsmæssige grundlag i ergoterapi, som indeholder paradigmet, begrebsmodeller for praksis samt relateret viden.

⁵⁹ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 68

⁶⁰ Ibid, s. 70

4.4 Ergoterapeutens ansvar

Ergoterapeuten har et ansvar overfor at være opmærksom på ergoterapifeltets paradigme og overføre ergoterapiens vision til, hvordan man griber ens egen praksis an. Ergoterapeuten bør se på klientens problemer i forhold til, hvordan det påvirker klientens udførelse og deltagelse i daglige aktiviteter samt bruge aktivitet som primær terapeutisk middel. Endelig bør ergoterapeuter ifølge Kielhofner udvælge og bruge begrebsmodeller for praksis, da begrebsmodellerne giver anvisninger til, hvordan teorien skal anvendes i praksis.⁶¹ Hermed udleder vi, at ergoterapeuter har et ansvar i forhold til at opdatere deres viden indenfor faget og implementere den nyeste teori og viden indenfor feltet i deres daglige praksis. I øjeblikket har det nuværende paradigme fokus på aktivitet, som er grundlæggende for ergoterapi og for os at se, vil det derfor være et naturligt fokus i den ergoterapeutiske intervention.

4.5 Begrebsmodeller for praksis

Ved at anvende begrebsmodeller for praksis samt anden ergoterapeutisk teori vil aktivitet blive en integreret del af ergoterapeuters værdigrundlag samt udgangspunktet for interventionen. Dette vil være med til at opretholde fagidentiteten samt sikre den bedst mulige behandling for klienten. Når man anvender relateret viden er det vigtigt, at terapeuten udvælger passende og relevant viden til at supplere deres begrebsmodeller for praksis med. På den ene side bør ergoterapeuters identitet udledes fra paradigmet og begrebsmodellerne og ikke fra relateret viden, men på den anden side er relateret viden også vigtig for ergoterapi, da den er med til at støtte vores praksis.⁶² Ergoterapeuten må altså skelne mellem ergoterapeutisk viden og relateret viden samt arbejde ud fra ergoterapeutiske teorier såvel som begrebsmodeller for praksis, således at der arbejdes ud fra fagets unikke viden og ikke ud fra andre fagområder. Hver begrebsmodel har fokus på specifikke områder af mennesket og dets funktioner og angiver nogle undersøgelsesredskaber samt retningslinier, som kan anvendes i forhold til den pågældende model. For at kunne arbejde holistisk inden for det ergoterapeutiske område, er praksis nødt til at anvende flere modeller samtidig, idet modellerne hver især kun har fokus på et bestemt område.⁶³ Begrebsmodellen MoHO er Kielhofners konkrete bud på en ergoterapeutisk model, som er udarbejdet ud fra det nuværende paradigme og

⁶¹ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 268

⁶² Ibid, s. 22f

⁶³ Ibid, s. 20ff

som giver en konkret anvisning på, hvordan teori kan implementeres i praksis. Den er kendetegnende ved at have fokus på motivation for aktivitet og inddrager desuden roller og vaner samt har fokus på omgivelsernes betydning for aktivitetsudøvelsen.⁶⁴

4.6 Teori/praksis gabet

Vi vil her redegøre for teori/praksis problematikken, hvor vi først vil komme med en overordnet beskrivelse af sammenhængen mellem teori og praksis. Dernæst vil Kielhofners syn på teori/praksis problematikken blive beskrevet og relateret til undersøgelsens problemstilling.

Sammenhængen mellem teori og praksis ses som en gensidig vekselvirkning.⁶⁵ Teorier er handlingsangivende for praksis og omvendt bliver teori testet i praksis.⁶⁶ ⁶⁷ Det viser altså et komplekst samspil mellem teori og praksis. Virkeligheden og praksis er konkret og der vil således altid blive et ”oversættelsesarbejde” mellem teori og praksis. En god teori er altså en teori, der forklarer og skaber sammenhæng i praksis og som er vejledende og ikke modsiges af gentagne praksiserfaringer.⁶⁸

Kielhofner er i sin artikel *Scholarship and Practice: Bridging the Divide* kommet frem til en erkendelse af, at videnskaben indtil nu nærmest har været magtpålgende overfor, at praksis skulle anvende teori i praksis. Denne erkendelse betyder, at han nu foreslår, at teori og praksis tillægges den samme magt, hvormed praksis bliver en integreret del af at udforme teorien. Den ønskede aktivitetsbaserede praksis vil kræve en koncentreret indsats for at udvikle viden, der gør, at man i den virkelige praksis kommer til at praktisere aktivitetsbaseret praksis.

Kielhofner mener, at kløften mellem teoretisk forklaring og praktisk handling ofte skyldes, den måde viden er udviklet og struktureret på. Det er vigtigt med dialog, forklaring og praktisk problemløsning for, at kløften kan mindskes.⁶⁹ På den ene side mener praktikere, at teorien ikke altid holder trit med de krav og problemer, der er i

⁶⁴ Conceptual Foundations of Occupational Therapy, s. 162

⁶⁵ Teori i praksis, s. 11f

⁶⁶ Videnskabsteori, s. 50

⁶⁷ Teori i praksis, s. 31

⁶⁸ Videnskabsteori, s. 54

⁶⁹ Conceptual foundations of Occupational Therapy, s. 14

praksis. Desuden mener praktikerne, at teorien ikke altid er relevant eller nem at anvende i forhold til deres daglige praksis.⁷⁰ Konsekvensen er, at de i stedet for at bruge teori mere stoler på erfaringer og ”common sense”. På den anden side mener teoretikere, at praktikerne ikke altid holder trit med ændringer i teori eller gør brug af undersøgelser.⁷¹ Derudover kan en risiko være, at teorien bliver så abstrakt, at den ikke kan overføres direkte til at løse problemer i praksis.⁷² Praksis angiver retninger for, hvilke teorier der bør udvikles og ved at anvende teori i virkeligheden, tydeliggøres vores handlinger og teorien udvikles atter ved nye erfaringer.⁷³

Som tidligere omtalt refererer Kielhofner til undersøgelsen af NBCOT, som tydeligt viser, at respondenterne generelt ikke anvender aktivitetsbaserede praksismodeller. Kielhofner giver udtryk for, at det er skuffende, at praksis stadig ikke er mere baseret på aktivitet, men i stedet fokuserer på funktionsbegrænsninger. Han fremhæver, hvordan de studerende kommer tilbage fra praksis og giver udtryk for, at de ikke kan se, hvordan aktivitet bliver anvendt i behandlingen.⁷⁴ Kielhofners pointe i forhold til teori/praksis problematikken er, at det ikke er nok, at ergoterapeuter ved noget om teorien, de skal også vide, hvordan teorien skal bruges i praksis.⁷⁵

Conceptual Foundations of Occupational Therapy har dannet basis for udarbejdelse af udsagn til spørgeskemaet, som er inddelt i temaerne: ergoterapeuters værdigrundlag i praksis, ergoterapeutiske teoretiske overvejelser og overvejelser vedrørende behandlingen.⁷⁶ I dette projekt defineres ergoterapeuters værdigrundlag som værende den overbevisning samt adfærd, der er fundamentet for faget og dette sidestilles med ovenstående centrale synspunkt, kernebegreber samt integrerede værdier. Ud fra teori/praksis problematikken undersøger vi, om denne også er gældende for ergoterapeuter i håndterapi. De empiriske data sammenholdes med teorien, som danner baggrund for den endelige analyse.

⁷⁰ Artikel: Scholarship and Practice: Bridging the Divide

⁷¹ *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*, s. 7

⁷² *Ibid*, s. 275

⁷³ *Ibid*, s. 14

⁷⁴ Artikel: Scholarship and Practice: Bridging the Divide

⁷⁵ *Ibid*

⁷⁶ Se bilag 2

5.0 Design, materiale og metode

I det følgende afsnit vil vi redegøre for projektets videnskabelige tilgang samt valg af design, materiale og metode. Det er valgt at benævne materialet som studiepopulation, da vi ikke finder begrebet materiale dækkende for vores respondenter. Overskrifterne i det følgende afsnit er dels valgt på baggrund af *Retningslinier for ekstern eksamen i bachelorprojekt* samt fra bogen *Kvantitative forskningsmetoder* af Emil Kruuse.

5.1 Videnskabelig tilgang

Der er valgt en positivistisk tilgang, da vi ønsker et overordnet billede af vores problemstilling, hvormed vi behandler vores empiriske data statistisk og ønsker, at disse skal være kvantificerbare. I positivismen har man som formål at forsøge at sige noget generelt i form af tal, der er målbare. Målet er, at forskeren er objektiv og dermed ikke påvirker det han ønsker at undersøge, som i vores tilfælde er respondenterne.⁷⁷ Samtidig har vi en kritisk rationalistisk tilgang til undersøgelsen. Det kritisk rationalistiske består ifølge Popper af, at der ikke findes en objektiv sandhed og at man ud fra denne tankegang falsificerer hypoteser, det vil sige at man afkræfter ens hypoteser.⁷⁸ Vi er velvidende om, at vi på baggrund af den kritisk rationalistiske tankegang ikke vil kunne sige noget endegyldigt om vores data, da der ikke findes en objektiv sandhed. Første del af problemformuleringen er deskriptiv og i anden del af problemformuleringen forsøger vi at forklare sammenhængen mellem aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen.

5.2 Design

Designet på undersøgelsen er et survey studie, som er en systematisk udspørgen af et større antal personer og som giver et øjebliksbillede af en bestemt problemstilling. Vores empiri er indhentet i form af et spørgeskema, hvormed der indgår mange personer i undersøgelsen. Ved et spørgeskema undersøges der til gengæld relativt få variable i forhold til den valgte population. Fokus i et survey studie er at se på sammenhængen mellem variable, som her er aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen eller manglende sammenhæng på disse.⁷⁹ Endvidere undersøges der

⁷⁷ Videnskabsteori, s. 144ff

⁷⁸ Det videnskabelige perspektiv, s. 104ff

⁷⁹ Den skinbarlige virkelighed, s. 147

udbredelsen af bestemte størrelser, som i projektet er graden af aktivitet som værdi.⁸⁰ Endelig undersøges korrelative relationer, det vil sige sammenhængen mellem ergoterapeuters værdigrundlag og anvendelsen af aktivitet i behandlingen.⁸¹

5.3 Kvantitativ metode

Til belysning af problemformuleringen er en kvantitativ tilgang valgt, da vi søger et generelt billede omkring problemstillingen.⁸² Ud fra den kvalitative forundersøgelse har vi en hypotese om, at teori og praksis ikke hænger sammen i håndterapi i forhold til aktivitetsbegrebet. Vi finder det derfor interessant at undersøge, om problematikken er gældende andre steder i Danmark. Undersøgelsen er hypotesetestende, da vi, som tidligere nævnt, undersøger, om de ergoterapeutiske værdier stemmer overens med det ergoterapeutiske paradigme samt vores formodning om, at hvis ergoterapeuter har aktivitet som en del af deres værdigrundlag, anvender de i så fald ikke aktivitet i behandlingen. På denne måde undersøger vi, om der er sammenhæng mellem de to variable og hypoteserne afprøves i forhold til de empiriske data.

En kvantitativ tilgang indebærer, at der stilles flere krav til undersøgelsen. Vi har forsøgt at være systematiske gennem hele undersøgelsesforløbet, så intet i projektet er baseret på tilfældigheder.⁸³ I en kvantitativ metode lægger der et stort forarbejde til grund for undersøgelsen for at kunne kontrollere eventuelle variable, der kan få indflydelse på resultaterne. Dette har vi gjort i form af søgning på artikler og undersøgelser omkring emnet⁸⁴, litteraturstudie af diverse teorier og kvalitative forundersøgelse. Dette forarbejde er nødvendigt, før spørgeskemaet konstrueres for at afdække, hvilke variable, der kan have indflydelse på problematikken.⁸⁵ Et andet krav er præcision, som indebærer en afgrænsning af de begreber, der undersøges, hvilket vi har gjort i form af nominelle definitioner.

I den kvalitative forundersøgelse identificerede vi variable, som kan have betydning for, om ergoterapeuter anvender aktivitet i behandlingen. Sammen med teorien er disse

⁸⁰ Den skinbarlige virkelighed, s. 147

⁸¹ Kvantitative forskningsmetoder, s. 122f

⁸² Ibid, s. 99ff

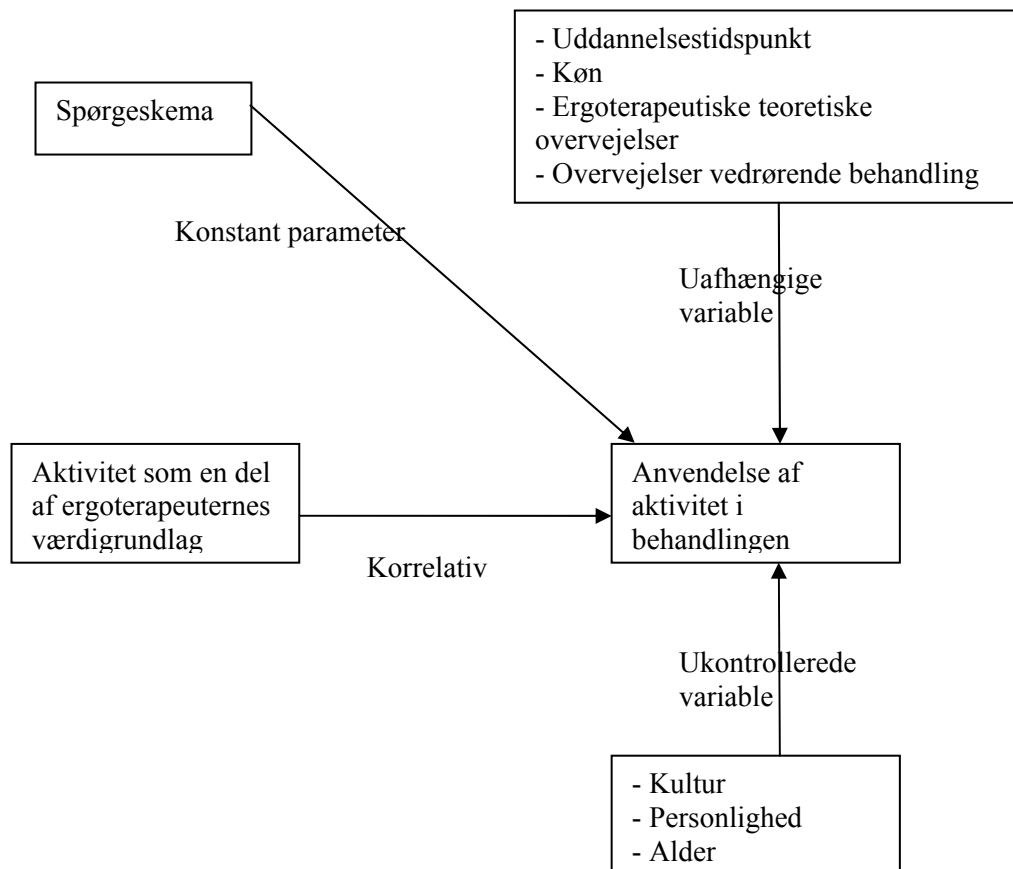
⁸³ Ibid, s. 55ff

⁸⁴ Se bilag 7

⁸⁵ Kvantitative forskningsmetoder, s.55f

variable blevet operationaliseret til målbare størrelser i form af udsagn til spørgeskemaet.⁸⁶ Udsagnene er gjort målbare ved, at vi har udformet svarkategorierne i talværdier⁸⁷, hvilket opfylder kravet om kvantificerbarhed.⁸⁸ Variablene inddeles i afhængige og uafhængige variable. Afhængige variable er den eventuelle effekt af de uafhængige variable, det vil sige reaktionerne på disse (årsag/virkning forhold.)⁸⁹ Med uafhængige variable menes de udløsende faktorer, som kan spille en rolle i forhold til den problemstilling, vi undersøger. For at kunne konkludere på resultaterne er det nødvendigt at have kontrol med variable, der kan påvirke resultaterne.⁹⁰ Med inspiration fra en figur omhandlende korrelative relationer⁹¹, har vi forsøgt at illustrere variablene fra den kvalitative forundersøgelse samt fra teoriafsnittet i nedenstående figur.

Figur 2



⁸⁶ Den skinbarlige virkelighed, s. 113

⁸⁷ Ibid, s. 116

⁸⁸ Kvantitative forskningsmetoder, s. 61

⁸⁹ Ibid, s. 120f

⁹⁰ Kvalitative forskningsmetoder, s. 31

⁹¹ Kvantitative forskningsmetoder, s. 120ff

I figuren ses aktivitet, som en del af ergoterapeuternes værdigrundlag, som en uafhængig variabel i forhold til den afhængige variabel, som er anvendelsen af aktivitet i behandlingen. Variable for aktivitet som værdi er som sagt fastlagte ud fra det ergoterapeutiske paradigme, hvormed denne er en uafhængig variabel.

De ergoterapeutiske teoretiske overvejelser indeholder faktorer omkring anvendelsen af ergoterapeutiske teorier og modeller i den ergoterapeutiske intervention samt opdatering af viden. Overvejelserne vedrørende behandlingen indeholder, hvilke overvejelser ergoterapeuten har i forhold til planlægningen af den ergoterapeutiske intervention. Vi vil kort ridse op de variable vi i den kvalitative forundersøgelse fandt frem til kunne have betydning for overvejelser omkring behandlingen. Disse variable er: alder, omgivelsesmæssige ressourcer, tidsmæssige ressourcer, bestemte retningslinier fra lægen, svært at træne fra yderstilling til yderstilling i aktivitet, traditioner på arbejdspladsen, finder ikke aktivitet relevant til håndpatienter og uddannelsestidspunkt.

Alder, kultur og personlighed er benævnt som ukontrollerbare variable.⁹² Vi har diskuteret, om alder kunne spille ind på, hvorvidt ergoterapeuterne anvender aktivitet i behandlingen. Derudover mener vi, at ergoterapeutens kultur og personlighed kan have en betydning for, hvilke værdier ergoterapeuten har og hvilke handlinger de udfører. Det er dog ikke en del af undersøgelsen, da det ville være vanskeligt og ikke mindst uetisk at spørge ind til personens identitet i et spørgeskema og endvidere ville vi ikke kunne afgøre, hvad der er en "rigtig" personlighed eller ej. Det ville være mere naturligt at spørge ind til disse forhold i en kvalitativ undersøgelse, da man i dette tilfælde vil prøve at forstå og få uddybet deres holdninger.

5.4 Studiepopulation

Vi har valgt, at populationen er ergoterapeuter, der arbejder med håndterapi i Danmark, fordi vi gerne vil have så bredt et billede af problemstillingen som muligt. Respondenterne er tilfældigt udvalgt i form af en klyngeudvælgelse, det vil sige, at der indenfor hvert amt, altså hver klynge, er udvalgt nogle ergoterapeuter.⁹³ Ifølge Emil

⁹² Kvantitative forskningsmetoder, s. 158

⁹³ Den skinbarlige virkelighed, s. 145f

Kruuse er en stikprøve repræsentativ, når udvælgelsen foretages ved hjælp af metoder, der sikrer, at alle respondenter har lige stor sandsynlighed for at deltage i undersøgelsen. Vores undersøgelse er altså baseret på en tilfældig stikprøve, da alle respondenter har haft lige stor chance for at blive valgt.⁹⁴

Respondenterne er ergoterapeuter uanset alder, køn, anden etnisk baggrund og uddannelsestidspunkt og uanset, hvor lang tid de har arbejdet indenfor håndterapi. Der er dog spurgt ind til flere af disse aspekter, da vi mener, at de kan påvirke respondenternes svar. Respondenterne kan behandle både ambulante og indlagte patienter samt alle diagnosegrupper indenfor håndterapi.

Vi startede med at danne os et overblik over, hvor mange afdelinger, der arbejder med håndterapi i Danmark. Efter søgning på nettet fandt vi alle de somatiske sygehuse, hvor der er en ergoterapi. Derefter har vi haft telefonisk kontakt til samtlige afdelinger for derved at kunne danne os et overblik over, hvor mange ergoterapeuter, der beskæftiger sig med håndterapi. Proceduren var at få fat på en kontaktperson, som kunne fortælle os, hvor mange ergoterapeuter, der arbejder med håndterapi det pågældende sted. Samtidig ønskede vi at høre, om de eventuelt ville deltage i vores undersøgelse og om de ønskede at modtage spørgeskemaet pr. e-mail eller pr. post. Vi har efterstræbt, at der er repræsentanter fra hvert amt for at kunne lave en landsdækkende undersøgelse. Vi fandt frem til, at der er 137 ergoterapeuter, der arbejder med håndterapi i Danmark fordelt på 14 amter og 39 afdelinger. Derudaf har vi valgt 82 respondenter, hvor hvert amt i Danmark er repræsenteret, så vi kunne få et repræsentativt udsnit til undersøgelsen. Det vil sige, at hvis alle respondenterne svarer tilbage, er 59,8 % af populationen repræsenteret. Herved forsøger vi at tage højde for en eventuel frafaldsprocent, så vi alligevel har mulighed for at konkludere på vores indsamlede data.

5.5 Dataindsamlingsmetode

Ved udarbejdelse af spørgeskema er svarkategorierne inddelt i scoren 1-4 for at sikre at kunne lave statistiske beregninger. 1 er udtryk for helt uenig, 2 for delvist uenig, 3 for delvist enig og 4 er udtryk for helt enig. Grunden til at der har været fire svarmuligheder er, at respondenterne har mulighed for at nuancere svarene noget mere og ikke er

⁹⁴ Kvantitative forskningsmetoder, s. 66ff

begrænset af kun enten/eller svar. Udover udsagnene er der stillet nogle generelle indledende spørgsmål og i slutningen af spørgeskemaet har respondenterne haft mulighed for at skrive kommentarer, hvilket er åbent udformet. Spørgeskemaet konstrueres ellers med lukkede spørgsmål, der kun kan besvares ved, at respondenterne vælger et svar blandt de svarmuligheder, der er angivet i spørgeskemaet. Derudover er udsagnene søgt udformet i et let forståeligt sprog, så misforståelser mindskes.⁹⁵

Spørgeskemaet er udformet på baggrund af teorien, hvorudfra vi har formuleret udsagn, som respondenterne skal tilkendegive deres enighed i. Svarene indføres på en ordinalskala, der er en måleskala uden konstant måleenhed. Det vil sige, at der ikke er lige stor afstand mellem værdierne, hvilket gør sig gældende ved vores svarværdier eksempelvis kan vi ikke sige, at afstanden mellem 2 og 4 er dobbelt så stor som afstanden mellem 1 og 2, da der er tale om holdninger. Ordinalskala er anvendelig, når man ønsker respondenternes enighed om udsagn.⁹⁶ Spørgeskemaet er kodet efter amt og sygehus for at lette de statistiske beregninger.⁹⁷ Dette gøres også af praktiske årsager, så vi er klar over, hvilke respondenter der eventuelt skal sendes rykkerbrev til, fordi vi vil sikre så høj en svarprocent som muligt. De 82 udvalgte respondenter fik tilsendt spørgeskemaer samt en følgeskrivelse.⁹⁸ Respondenterne fik 14 dage til at besvare spørgeskemaet i, hvorefter der blev sendt rykkerbrev til de steder, der ikke havde svaret. Derefter havde respondenterne en uge til at udfylde og returnere spørgeskemaet i. 45 personer modtog pr. mail og 37 pr. brev. Ud af 82 respondenter fik vi 54 spørgeskemaer tilbage, hvilket giver en svarprocent på 65,8 %.⁹⁹ Med over 1/3 respondenter af den samlede population på 137 finder vi gruppen repræsentativ.

5.6 Forundersøgelse i forhold til spørgeskema

Til at prøveteste ovennævnte spørgeskema er der udvalgt tre ergoterapeuter, der arbejder indenfor det håndterapeutiske område til at deltage i forundersøgelsen. Forundersøgelsen er med til skabe større reliabilitet og validitet til dataindsamlingen, således at der kan undgås eventuelle fejl og unøjagtigheder inden udsendelse af det

⁹⁵ Kvantitative forskningsmetoder, s. 270ff

⁹⁶ Ibid, s. 276

⁹⁷ Ibid, s. 286

⁹⁸ Se bilag 1

⁹⁹ Se bilag 3

endelige spørgeskema.¹⁰⁰¹⁰¹ De tre ergoterapeuter i forundersøgelsen har udfyldt spørgeskemaet og har efterfølgende kommenteret på, hvordan det var at udfylde. Endvidere har vi stillet dem spørgsmål omkring forståelsesvanskeligheder, eventuelle vanskeligheder med at svare indenfor de fire svarkategorier samt om den vedlagte følgeskrivelse er fyldestgørende i forhold til at vejlede respondenterne.¹⁰² Ergoterapeuterne gav udtryk for, at de gerne ville have uddybet, hvad der menes med begrebsmodeller for praksis og relateret viden. Derudover oplyste ergoterapeuterne, at det tog 20-30 min. at udfylde spørgeskemaet og at de ikke fandt det relevant at skulle skrive navn på spørgeskemaet.

5.7 Bortfald

Bortfaldet i undersøgelsen udgør 28 ergoterapeuter, der ikke returnerede spørgeskemaet. Dette betyder, at der er to amter ud af 14, der ikke er repræsenteret i undersøgelsen, hvilket var et ønske i forhold til at kunne få et landsdækkende billede. Der er to typer bortfald i denne undersøgelse. Det ene er objektiv bortfald og det vil sige, at der er bortfald af personer, der ikke har returneret spørgeskemaet som for eksempel, kan skyldes at spørgeskemaet er blevet væk, at respondenterne ikke har forstået følgeskrivelsen i forhold til, hvordan spørgeskemaet skulle returneres pr. mail eller at de simpelthen har glemt det. Derudover kan det være, at respondenterne ikke ønsker at deltage alligevel. Det andet er partielt bortfald, hvilket vil sige, at nogle spørgsmål ikke besvares. Dette kan skyldes, at respondenterne er usikre på, hvad de skal svare, overser spørgsmålet eller måske slet ikke finder udsagnet relevant og dermed mangler en svarkategori, der hedder ”ved ikke”/”finder det ikke relevant”.¹⁰³

5.8 Etiske overvejelser

Vi har overvejet, hvordan vi kan bevare anonymiteten af vores respondenter. Dette er blandt andet gjort ved, at spørgeskemaerne er kodet efter sygehus og amt, men vi er ikke bekendte med respondenterne navne eller andre oplysninger, der kan lede tilbage til dem. Kodningen er kun blevet anvendt i forhold til at holde styr på, hvilke sygehuse vi har fået svar fra samt til analyse og spørgeskemaerne vil efter endt undersøgelse blive

¹⁰⁰ Kvantitative forskningsmetoder, s. 279f

¹⁰¹ Den skinbarlige virkelighed, s. 221

¹⁰² Kvantitative forskningsmetoder, s. 279f

¹⁰³ Ibid, s. 66ff

destrueret. Dette er respondenterne gjort opmærksomme på i følgeskrivelsen for, at de kan føle sig trygge i forhold til at udtrykke deres holdning.¹⁰⁴ Desuden er vi meget opmærksomme på kun at udspørge respondenterne i forhold til udsagn/oplysninger, der er i klar sammenhæng med projektets problemformulering og dermed opgavens formål,¹⁰⁵ eller som kan spille ind på, om ergoterapeuten anvender aktivitet i behandlingen.

5.9 Analyseovervejelser

I det følgende afsnit vil vi redegøre for de metodiske overvejelser i forhold til, hvordan vi vil beregne de indsamlede data.

Ud fra problemformuleringens første spørgsmål betragter vi kun variabelen aktivitet som en del af ergoterapeuternes værdigrundlag og dens fordeling på undersøgelsesenhederne, hvilket betegnes som en univariat analyse. I andet spørgsmål i problemformuleringen indgår der to variabler, hvormed det betegnes som en bivariat analyse. Her undersøges sammenhængen mellem de to variable aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen.¹⁰⁶

Da undersøgelsen har et generaliserende sigte, vil vi anvende statistiske beregninger, hvor data indsamles, organiseres og fortolkes.^{107 108} Undersøgelsen er hypotesetestende, hvormed der forsøges at forudsige, hvad man forventer at se i populationen ud fra undersøgelsen.¹⁰⁹ Til databehandlingen anvendes programmet Microsoft excel, hvor vi vil starte med at opstille en matrice¹¹⁰, som er en oversigt over respondenterne og deres enighed i udsagnene. Både respondenter, udsagn og svarkategorier er kodede. Matricen vil blive afbilledet i form af et søjlediagram for at give et overblik over de samlede data.

¹⁰⁴ Kvantitative forskningsmetoder, s. 286ff

¹⁰⁵ Den skinbarlige virkelighed, s. 321ff

¹⁰⁶ Ibid, s. 248f

¹⁰⁷ Statistik i ord, s. 8

¹⁰⁸ Basal sundhedsvidenskabelig statistik, s. 11

¹⁰⁹ Statistik i ord, s. 11

¹¹⁰ Se bilag 4

Derefter opstilles en rangorden, som anvendes i den statistiske test Spearman, som senere vil blive benyttet.¹¹¹ Ud fra rangordningen af data beregnes medianen ud fra hvert udsagn, som efterfølgende opstilles i et søjlediagram. Da der benyttes en ordinalskala, betyder det, at data ikke er normalfordelte¹¹² og derfor beregnes medianen for at finde det midterste tal,¹¹³ da det ikke er muligt at beregne gennemsnittet.¹¹⁴ Det vil give et billede af, hvor de største udsving er og dermed hvilke spørgsmål, der er værd at arbejde videre med. Endvidere viser medianen den centrale tendens i gruppen. Fordelen ved dette er, at store datamængder kan beskrives med et enkelt tal, som fortæller meget om hvert udsagn og giver et hurtigt overblik. Ulempen er, at hver enkelt respondents udsagn ikke kommer til udtryk.¹¹⁵ Medianen(md) beregnes ud fra nedenstående formel, hvor n angiver respondenter:

$$Md = \frac{n + 1}{2} \quad 116$$

I henhold til problemformuleringen undersøges derefter, i hvilken grad aktivitet indgår i ergoterapeuternes værdigrundlag. Herunder formuleres en 0-hypotese, som er udtryk for det modsatte af, hvad vores hypoteser er. I dette tilfælde er 0-hypotesen, at ergoterapeuterne har aktivitet som en del af deres værdigrundlag. Vi vil beregne deres score tilsammen ud fra de otte første udsagn, som er baseret på Kielhofners paradigme. Vi har valgt at lægge deres score sammen til en overordnet score, da de otte udsagn tilsammen repræsenterer paradigmet og dermed ergoterapeuternes værdigrundlag. Det er altså ikke muligt at udtage et enkelt udsagn, da det ville forsimple nuancerne i værdigrundlaget og der ikke kun er et udsagn, der besvarer, hvorvidt ergoterapeuterne har aktivitet som værdi. Alle fire svarkategorier er medtaget i beregningerne for at få et så sandfærdigt og nuanceret billede som muligt. Respondenternes score vil blive holdt op imod den maksimale score for udsagn 1-8 for at se, hvor stor en del den udgør af den maksimale score. Den højst mulige score beregnes således: enighed x respondenter x udsagn = den maksimale score for værdigrundlag.

¹¹¹ Statistik i ord, s. 31

¹¹² Basal sundhedsvidenskabelig statistik, s. 42

¹¹³ Klinisk forskningsmetode, s. 113

¹¹⁴ Statistik i ord, s. 43

¹¹⁵ Ibid, s. 32

¹¹⁶ Ibid, s. 37

Udregningen for graden af aktivitet som værdi bliver således: (score for respondenter/max. score) x 100% = procentdel af max. score ift. værdigrundlag. Resultatet holdes op mod de valgte operationelle definitioner på ”i hvilken grad”, det vil sige 0-20 % = lav grad, 20-40 % = middellav grad, 40-60 % = middel grad, 60-80 % = middelhøj grad og endelig 80-100 % = høj grad. På denne måde afgøres i hvilken grad aktivitet er en del af ergoterapeuternes værdigrundlag på baggrund af Kielhofners definitioner. Dette vil blive afbilledet i et cirkeldiagram.

Derefter vil vi beregne korrelationen, det vil sige sammenhængen mellem de to variable aktivitet som værdigrundlag og anvendelsen af aktivitet i behandlingen. Idet vi har en non-parametrisk rangorden, det vil sige ikke normalfordelte data, anvendes Spearmans test. Værdierne for hver variabel rangordnes, hvilket vil sige, at data opstilles efter størrelse, hvorudfra korrelationen beregnes¹¹⁷

Formlen for denne er:

$$r_s = \frac{1 - 6\sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

r_s svarer til korrelationskoefficienten, n står for antal respondenter, d^2 står for forskellen mellem de to rangværdier, $\sum$ er summationstegn. Værdierne for de to variable opstilles i rangorden i skematisk form, hvorudfra korrelationen beregnes.¹¹⁸ Hvis korrelationskoefficienten er 1 er det lig med perfekt sammenhæng mellem variableerne og hvis korrelationskoefficienten er 0, er der ingen sammenhæng mellem variableerne. Er korrelationskoefficienten mellem 0-1 vil en stigning i den ene værdi medføre en stigning i den anden værdi og hvis den er mellem -1-0 vil en stigning i den ene værdi medføre et fald i den anden værdi, hvormed sammenhængen vil være negativ.¹¹⁹

Endelig vil vi undersøge, om resultaterne er statistisk signifikante. Det vil sige, om vi kan stole på resultaterne eller om de blot skyldes tilfældigheder. Dette udregnes i form

¹¹⁷ Basal sundhedsvidenskabelig statistik, s. 134ff

¹¹⁸ Ibid, s. 9, 138ff

¹¹⁹ Fra ide til projekt, s. 140f

af en p-værdi(p), som skal være 0,05 eller derunder.¹²⁰ I dette tilfælde er 0-hypotesen, at respondenterne ikke har aktivitet som værdi men anvender aktivitet i behandlingen. Hvis 0-hypotesen kan falsificeres antages det, at vores oprindelige hypoteser sandsynligvis er sande.¹²¹ Dette opstilles i form af en chi2 test for at be-/afkræfte vores hypoteser.¹²²

Chi2 testen viser forskellen mellem de fire forskellige grupper, der kan identificeres på baggrund af de to variable aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen. Det vil sige, at én gruppe vil have aktivitet som værdi i høj grad og anvende det i behandlingen og en anden vil have det som værdi men ikke anvende aktivitet i behandlingen. En tredje gruppe vil ikke have aktivitet som værdi i høj grad men anvende det i behandlingen, mens den sidste gruppe hverken har det som værdi i høj grad eller anvender aktivitet i behandlingen. Grupperne optælles ud fra matricen¹²³ og plottes ind i et skema alt efter, hvad de har scoret under udsagn 1-8 omkring værdigrundlag i alt samt udsagn 23 omkring anvendelsen af aktivitet i behandlingen. Da der er 4 respondenter, som har undladt at svare på et udsagn, er disse ikke medtaget i beregningerne. Hvis et udsagn ikke besvares, får respondenterne scoren 0, hvormed deres score bliver betydeligt lavere og vil dermed give et fejlagtigt billede af resultaterne i alt. I udsagn 23 om anvendelsen af aktivitet, er det valgt at score 2 eller 1(delvist uenig eller uenig) er udtryk for, at respondenterne ikke anvender aktivitet i behandlingen. Ved score 3 eller 4(delvist enig eller helt enig) anvender respondenterne aktivitet i behandlingen.

Ved optællingen af de fire ovennævnte grupper er det nødvendigt for at kunne beregne Chi2 testen, at der er mere end 5 respondenter i hver gruppe. I tilfælde af at der er færre end 5 respondenter i en gruppe, anvendes Fisher eksakte test, som er mere præcis til at udregne p-værdien. Fishers test måler det samme som Chi2 testen og de samme data anvendes, men Fishers test har mere omfattende udregninger.¹²⁴

¹²⁰ Basal sundhedsvidenskabelig statistik, s. 31f

¹²¹ Statistik i ord, s. 69

¹²² Basal sundhedsvidenskabelig statistik, s. 106ff

¹²³ Se bilag 4

¹²⁴ Statistik i ord, s. 84f

Formlen for Fishers test er følgende:

$$p = \frac{e!f!g!h!}{n!a!b!c!d!}$$

hvor p står for sandsynligheden for alle mulige 2 x 2 tabeller ud fra de observerede tal.¹²⁵

Endelig vil de variable, der ikke direkte besvarer problemformuleringen, ligeledes blive præsenteret, for derudfra at påvise nogle tendenser, som kan spille ind på problemstillingen, hvilket vil blive taget op i diskussionsafsnittet.

I det følgende afsnit præsenteres resultaterne i form af diagrammer med tilhørende forklaringer for at danne overblik samt skabe grundlag for at drage konklusioner.

¹²⁵ Basal sundhedsvidenskabelig statistik, s. 109f

6.0 Resultater

I det følgende afsnit vil resultaterne for undersøgelsen først blive præsenteret i form af diagrammer og søjler med tilhørende forklaringer. Derefter vil resultaterne blive sammenholdt med den teoretiske baggrund, hvorunder der vil komme delkonklusioner i forhold til problemformuleringen.

Ud fra de indsamlede data opstilles følgende søjlediagram over den samlede score for hvert udsagn i spørgeskemaet. Søjlediagrammet har som formål at give et informativt overblik over samtlige score for alle respondenterne i forhold til hvert enkelt udsagn. For en uddybende forklaring af hvert enkelt udsagn henvises til bilag 4, som viser hvert enkelt respondents enighed i hvert udsagn.

Diagram 1

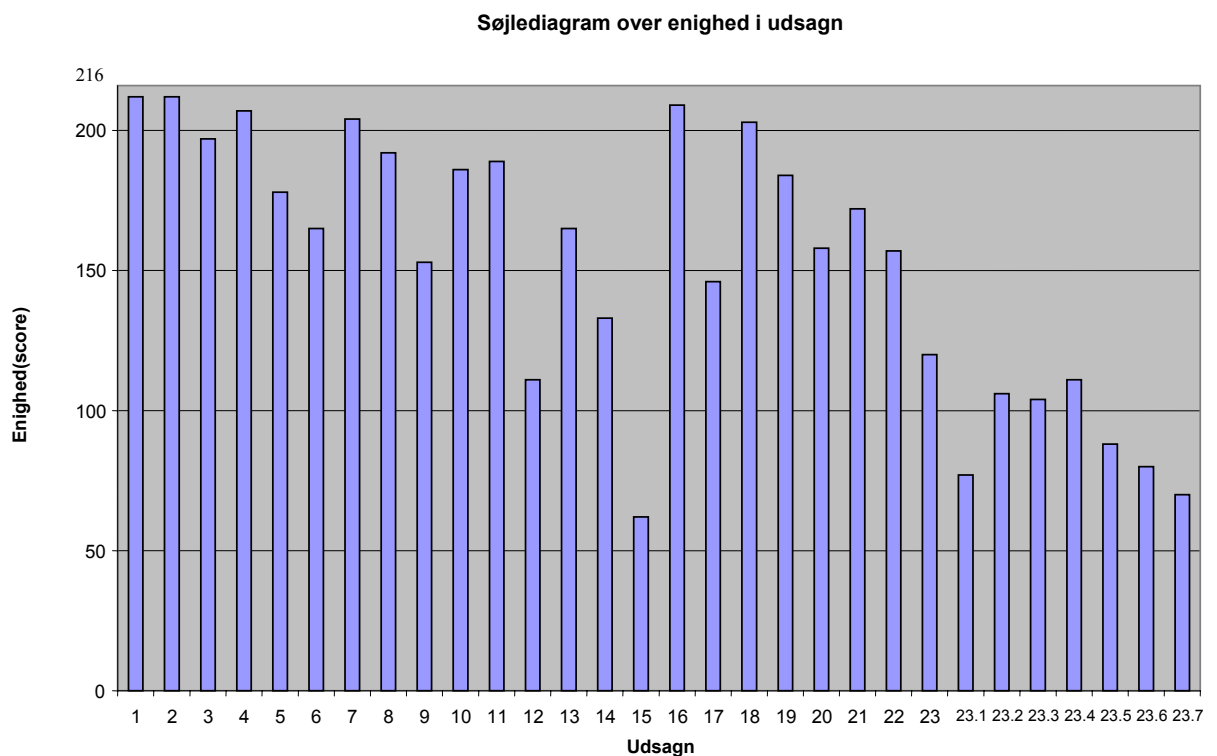
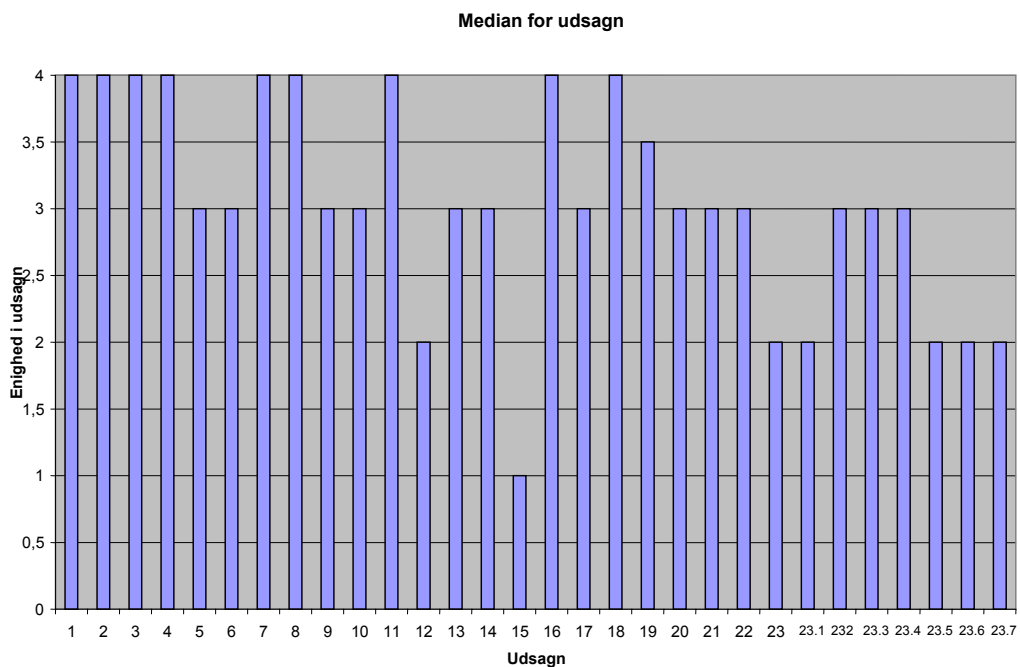


Diagram 1 viser maksimal scoren pr. udsagn, som udgør 216 på y-aksen. De 216 er altså udtryk for, hvis alle 54 respondenter svarer 4 (helt enig) til udsagnet. X-aksen udgør udsagnene fra 1-23.7 for at give et overblik over svarene. Der skal dog gøres

opmærksom på, at ikke alle respondenter har besvaret hvert udsagn. Det drejer sig om udsagn 5, 6, 7, 8 og 9, hvor der under hvert udsagn er én respondent ud af de 54, som ikke har besvaret udsagnet. Derudover vil underpunkterne under udsagn 23, kun blive besvaret, hvis respondenteren er delvist uenig eller uenig i udsagnet.

Efterfølgende er et søjlediagram opstillet, som viser medianen for hvert udsagn, hvilket er udtryk for den centrale tendens i gruppen. Den centrale tendens giver, som før nævnt, et hurtigt overblik over, hvad tendensen er i respondenternes svarscore og hvor de største udsving er, som er værd at arbejde videre med.

Diagram 2



I diagram 2 ses enighed igen i udsagn på y-aksen, men denne gang i forhold til scoren 1-4, hvor 4 er helt enig, 3 er delvist enig, 2 er delvist uenig og 1 er uenig. X-aksen udgør, som ved diagram 1 udsagnene 1-23.7. Søjlediagrammet viser, at respondenterne generelt har høj score under kategorien at have aktivitet som en del af deres værdigrundlag, som udgøres af udsagn 1-8. Desuden er der høj score ved udsagn 10 og 11, som omhandler vigtigheden af, at ergoterapeuterne bruger tid på at opdatere sig indenfor ergoterapi og sætte sig ind i nye behandlingsmetoder. Derimod er scoren ved

udsagn 12 forholdsvis lav, hvilket er udtryk for, at der ikke er tilstrækkelige økonomiske ressourcer på arbejdspladsen til at kunne opdatere sin viden i form af kurser. Ved udsagn 14 omkring vigtigheden af at se patienten i daglige omgivelser er der forholdsvis høj score i modsætning til udsagn 15, som viser, om de foretager hjemmebesøg hos patienten.

Fra udsagn 23.1 beskrives mulige årsager til, at respondenterne ikke er enige i udsagn 23 om at anvende aktivitet. Tendenserne er her, at det skyldes tidsmæssige ressourcer (udsagn 23.2), at de skal følge bestemte retningslinier fra lægen (udsagn 23.3) og at det er svært at træne aktivitet fra yderstilling til yderstilling (udsagn 23.4). Derimod er scoren relativ lav ved udsagn 23.1, 23.5, 23.6 og 23.7 som beskriver, at årsagerne kan være manglende faciliteter i ergoterapien, traditioner på stedet, at aktivitet ikke er relevant i forhold til håndpatienter og at det ikke er tydeligt, hvordan ergoterapeutisk teori skal anvendes i praksis. Ovennævnte faktorer besvarer ikke direkte problemformuleringen, men er ikke desto mindre interessante og relevante faktorer, der kan have betydning for resultaterne, hvorfor de vil blive inddraget i diskussionsafsnittet.

6.1 Graden af aktivitet som værdigrundlag

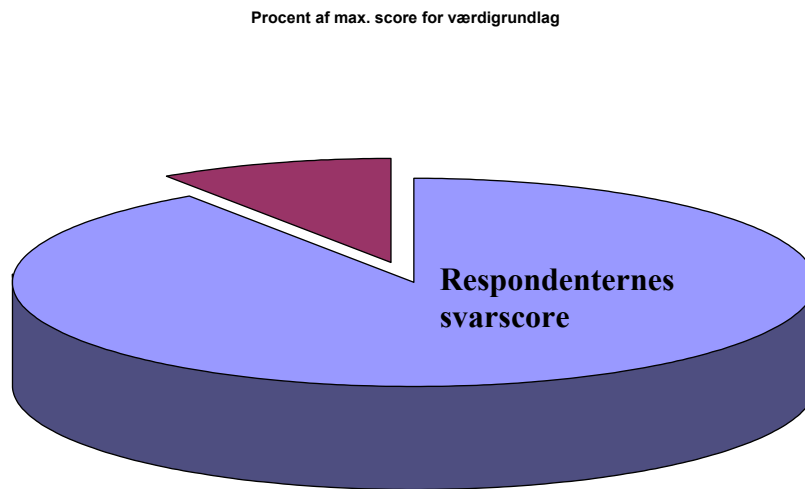
Efterfølgende beregnes i hvilken grad¹²⁶ aktivitet er en del af ergoterapeuters værdigrundlag med nedenstående udregning:

Max point for enighed i udsagn 1-8 ($4 \times 8 \times 54$) er lig med 1728 point, hvor den optalte scoring for respondenter i alt er lig med 1567 point.

Den procentvise andel af værdigrundlag = $(1567/1728) \times 100 \% \approx 90 \%$. Respondenternes svar udgør altså 90 % enighed i udsagn omkring aktivitet som en del af deres værdigrundlag. Dette er afbilledet i det følgende cirkeldiagram.

¹²⁶ Se operationelle definitioner s. 10

Diagram 3



Cirkeldiagrammet viser, hvordan den procentvise fordeling af enigheden med udsagn 1-8 omkring værdigrundlaget gør sig gældende for de 54 respondenter. Der er altså 90 % enighed med udsagnene 1-8 omhandlende aktivitet som værdigrundlag. De sidste 10 % illustrerer, at nogle respondenter ikke har svaret helt enig til alle udsagn og er dermed en rest i forhold til den maksimale score, som udgør hele cirklen.

De empiriske data sammenholdt med Kielhofners teori om det ergoterapeutiske paradigme viser, at respondenterne i høj grad har aktivitet som værdigrundlag, da der er over 80 %, der er enige i de teoretisk udformede udsagn. Det ses ud fra diagram 2 over enighed i udsagn, at der er en klar enighed i udsagn 1, 2, 3, 4, 7 og 8.

Disse udsagn indeholder: at alle mennesker har et basalt behov for aktivitet(udsagn 1), udgangspunktet for ergoterapi er at fremme patientens muligheder for deltagelse i aktivitet(udsagn 2), at aktivitet er den primære kilde til et meningsfuldt liv(udsagn 3), at udgangspunktet for ergoterapi er at se på det hele menneske(udsagn 4), at aktivitet fremmer sundhed(udsagn 7) og at udgangspunktet for ergoterapi er, at patienten er motiveret for behandlingen(udsagn 8). I relation til Kielhofners teori omkring det ergoterapeutiske paradigme ser det ud til, at respondenterne er enige i de teoretisk udformede udsagn. Dette kan tolkes som, at de grundlæggende værdier, som Kielhofner

fremhæver, også gør sig gældende for respondenternes værdigrundlag. Disse værdier som er set ud fra det centrale synspunkt, kernebegreber og integrerede værdier må således også være udtryk for respondenternes værdigrundlag.

Derimod ses det, at medianen falder ved udsagn 5 og 6 omhandlende, at ergoterapi altid skal tage udgangspunkt i patientens oplevelse af aktivitetsbegrænsninger (udsagn 5) og jeg tager altid udgangspunkt i patientens ønsker og behov (udsagn 6). Når man ser på de to udsagn har de som fællesnævner, at de omhandler klientcentrering og er mere handlingsorienterede, hvorimod de øvrige udsagn mere er på tankeplan. Vi har reflekteret over, hvorfor lige netop disse to udsagn skiller sig ud og vi mener, at det kan tolkes, som et udtryk for at det er sværere at forholde sig til udsagn, som involverer, hvordan ergoterapeuten selv handler end det er at tænke på, hvordan behandlingen ideelt set bør være.

6.1.1 Delkonklusion

Resultaterne fra undersøgelsens første halvdel viser tydeligt, at ergoterapeuterne indenfor håndterapi i høj grad har aktivitet som en del af deres værdigrundlag. Det kan her konkluderes, at ergoterapeuterne deler det samme syn på aktivitet, som er beskrevet i paradigmet ud fra det centrale synspunkt, kernebegreber og integrerede værdier. Vi havde fra starten en hypotese om, at ergoterapeuter indenfor håndterapi ikke har de samme værdier som det ergoterapeutiske paradigme. Derfor må vi drage en lidt overraskende konklusion, som dog er meget positiv, da det ser ud til at de værdier, der er med til at styrke ergoterapeuternes fagidentitet, er i højsædet blandt respondenterne. Således afkræftes vores hypotese og 0-hypotesen accepteres, da der synes at være stor sammenhæng mellem ergoterapeuternes værdigrundlag og det ergoterapeutiske paradigme.

Sammenhængen mellem aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen

Vi vil nu præsentere resultaterne af Spearman testen for at forklare sammenhængen mellem aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen.

På trods af den høje grad af enighed i forhold til at have aktivitet som værdi, viser udsagn 23, omkring om de anvender meningsfulde aktiviteter i behandlingen, til gengæld at være forholdsvis lav.¹²⁷ Derfor anvendes Spearman testen til at vise, hvilken sammenhæng der er mellem aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen.

6.2 Spearmans test

Som tidligere nævnt vil korrelationskoefficienten, der er mellem 0-1 vise at en stigning i den ene værdi medfører en stigning i den anden værdi. Jo højere der scores i værdigrundlaget, hvilket vil sige jo mere enig respondenter er i udsagnet, jo mere anvender respondenter aktivitet i behandlingen. For at der er perfekt sammenhæng mellem de to variable, skal korrelationskoefficienten være 1, hvormed der i undersøgelsen kun kan siges at være en begrænset sammenhæng mellem at jo mere ergoterapeuten har aktivitet som værdi, jo mere anvender ergoterapeuten aktivitet i behandlingen. Resultaterne fra Spearman testen viser, at korrelationskoefficienten er 0,369 og at den udregnede p-værdi er 0,006. Det vil sige, at der er en svag men statistisk signifikant sammenhæng mellem variablerne aktivitet som værdigrundlag og anvendelsen af aktivitet i behandlingen. På baggrund af den udregnede p-værdi ses det, at resultatet af Spearman testen er troværdigt, da p-værdien er under 0,05 og ikke skyldes tilfældigheder.

Ifølge Kielhofner har ergoterapeuten et ansvar for at opdatere sin viden og anvende denne viden som terapeutisk middel i behandlingen, som i dette tilfælde er viden om aktivitet, da det er fokus i det nuværende paradigme. Det er ikke nok kun at tænke i aktiviteter, men man skal også vide, hvordan aktivitet bliver en naturlig del af den ergoterapeutiske intervention. Som beskrevet i Kielhofners artikel kommer nyuddannede ergoterapeuter ofte ud og opdager, at ergoterapeuter i praksis ikke anvender aktivitet, som de nyuddannede har lært i uddannelsen. Vi mener, at det kan have indflydelse på ovennævnte begrænsede sammenhæng mellem aktivitet som værdi og om man anvender aktivitet i behandlingen. Respondenterne kan måske huske, at de har lært om aktivitet under uddannelsen og er derfor enige i de grundlæggende ergoterapeutiske antagelser, men vi har identificeret, at der kan være faktorer ude i

¹²⁷ Se diagram 2

praksis, der har indflydelse på, om ergoterapeuterne anvender aktivitet efter endt uddannelse.

6.2.1 Delkonklusion

På baggrund af ovenstående udledes det, at der er en svag sammenhæng mellem variablene aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen. Der er således kun begrænset sammenhæng mellem at jo mere enig respondenter er i at have aktivitet som værdi, jo mere anvender respondenter aktivitet i behandlingen.

6.3 Chi2 test

Selvom de to variable har en svag tendens til at stige samtidigt, viser det ikke noget om den forskel, der er i scoren for aktivitet som værdigrundlag og scoren for anvendelsen af aktivitet i behandlingen.¹²⁸ Der er dog stadig en relativ lav score for anvendelsen af aktivitet (120 ud af 216 point) i forhold til den høje score ved værdigrundlaget (1567 ud af 1728). Denne forskel kommer ikke til udtryk i Spearmans test, hvorfor Chi2 testen anvendes til at beregne denne forskel.

	Anvender aktivitet i behandlingen	Anvender ikke aktivitet i behandlingen	Total
Har i høj grad aktivitet som værdi	13	23	36
Ikke i høj grad aktivitet som værdi	2	12	14
Total	15	35	50
Fishers test p-værdi	0,178697863		

Kriteriet for at have aktivitet som værdi i høj grad har vi valgt ud fra respondenternes gennemsnitsscore. Den udregnes på følgende måde ($1567/54=29$). Den maksimale score pr. respondent i forhold til udsagn 1-8 er $(4 \times 8) = 32$ point. Man skal altså have 29 point eller derover for at have aktivitet som værdigrundlag i høj grad.

Det ses ud fra skemaet, at der er en gruppe, hvor der er under 5 respondenter, hvormed Chi2 testen bliver for upræcis. Derfor er Fisher testen anvendt til at beregne p-værdien for at afgøre, om ovenstående skema er pålideligt. Endvidere ses det, at der kun er

¹²⁸ Se diagram 1

medtaget 50 respondenter. Dette skyldes, at 4 respondenter ikke har besvaret alle udsagn, hvorfor resultaterne kunne blive misvisende. Hvis en respondent ikke har besvaret et udsagn, får de scoren 0, hvilket sænker deres total score og dermed ville vi ikke få et reelt billede af respondentens enighed.

Ud fra skemaet ses det, at der er 13 ud af 50 respondenter, som i høj grad har aktivitet som værdigrundlag og samtidig anvender det i behandlingen. Derimod er der 23 ud af 50 respondenter, der i høj grad har aktivitet som værdi men ikke anvender aktivitet i behandlingen. Dernæst ses det, at der er to respondenter, der ikke har aktivitet som værdi i høj grad, men anvender aktivitet i behandlingen. Endelig viser skemaet, at der er 12 respondenter ud af 50, der ikke har aktivitet som værdi i høj grad og som heller ikke anvender aktivitet i behandlingen. Yderligere ses det, at der kun er 15 ud af 50 respondenter, der anvender aktivitet i behandlingen. Der er altså mere end dobbelt så mange respondenter, der ikke anvender aktivitet i deres behandling (35 respondenter). For at resultaterne skal være statistisk signifikante skal p-værdien være under 0,05 og ved 1,00 kan resultaterne lige så vel skyldes tilfældigheder. P-værdien, det vil sige, hvor troværdige ovenstående resultater er, er 0,18, hvilket vil sige, at resultaterne ikke er statistiske signifikante. P-værdien er dog så lav, at resultaterne ikke er baseret på tilfældigheder. På baggrund af ovenstående tyder det altså på, at der er en manglende sammenhæng mellem aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet.

Kielhofner beskriver, at en måde at implementere aktivitet i behandlingen er ved brug af begrebsmodeller for praksis med dertilhørende standardiserede undersøgelsesredskaber. Respondenterne giver udtryk for, at de er enige i brugen af begrebsmodeller for praksis, men resultaterne viser et generelt billede af, at de ikke anvender aktivitet. På baggrund af Kielhofners artikel tolker vi, at dette måske kan skyldes, at ergoterapeuterne tilpasser de standardiserede undersøgelsesredskaber i forhold til deres praksis og dermed kan aktivitet som terapeutisk middel gå tabt, da det ikke passer ind i de daglige rammer for behandlingen. På den ene side ser det ud til, at ergoterapeuterne ved hvordan de ergoterapeutiske teorier skal anvendes i praksis (udsagn 23.7). På den anden side viser undersøgelsen, at der ikke er fokus på anvendelsen af aktivitet i særlig høj grad. Kielhofner fremhæver, at det ikke er nok at kende til den ergoterapeutiske teori,

ergoterapeuten skal også vide, hvordan teorien bør anvendes i praksis. Sammenholdt med de empiriske data udleder vi, at ergoterapeuterne kender til teorien om aktivitet men tilsyneladende ikke anvender aktivitet i praksis. Kielhofner mener, at teori/praksis gabet skyldes, at samarbejdet mellem teoretikere og praktikere ikke er optimalt. Vores undersøgelse tyder imidlertid på, at der også kan være andre variable, der spiller ind på denne problematik. Dette vil blive uddybet yderligere i diskussionen af resultaterne.

Kielhofner giver nogle retningslinier for, hvordan man laver aktivitetsbaseret praksis. Han mener, at ergoterapeuten skal se på omgivelsernes betydning for aktivitet, tage udgangspunkt i klientens definition af aktivitetsproblematikker samt fremme klientens muligheder for at deltage i daglige aktiviteter. Respondenterne giver her udtryk for, at de finder det vigtigt at se patienten i sine daglige omgivelser, men foretager dog ikke hjemmebesøg. De er altså enige i Kielhofners synspunkter, men det fremgår ikke tydeligt af deres handlinger. Dette gab mellem aktivitet som fagligt værdigrundlag og anvendelsen af aktivitet stemmer overens med Kielhofners beskrivelse af gabet mellem teori og praksis, hvor aktivitet endnu ikke er implementeret i praksis.

6.3.1 Delkonklusion

Ud fra hypotesen havde vi en formodning om, at der ikke er fokus på anvendelsen af aktivitet indenfor håndterapi, hvilket vi til dels bekræftes i. Det vil sige, at vores hypotese altså bekræftes og 0-hypotesen forkastes. Ud fra Fishers test ses det, at der er fokus på aktivitet, men at aktivitet ikke anvendes som terapeutisk middel i særlig høj grad. Resultaterne viser, at selvom 36 respondenter har aktivitet som værdi i høj grad, er der kun 13 heraf, som anvender aktivitet i behandlingen, hvilket tyder på en manglende kobling mellem teori og praksis. I relation til Kielhofners teori om gabet mellem teori og praksis, ses der en tendens til, at det også er tilfældet for denne undersøgelse, da aktivitet som værdi ikke nødvendigvis hænger sammen med anvendelsen af aktivitet i samme grad i praksis.

7.0 Konklusion

I dette afsnit redegøres der for respondenternes svar i forhold til aktivitet som en del af deres værdigrundlag og anvendelsen af aktivitet i behandlingen og besvarer således problemformuleringen:

I hvilken grad er aktivitet en del af ergoterapeuters værdigrundlag indenfor håndterapi og hvilken sammenhæng er der mellem aktivitet som værdi og anvendelsen af aktivitet i behandlingen?

Vi havde fra starten en hypotese om, at de ergoterapeutiske værdier, der er beskrevet ud fra det nuværende ergoterapeutiske paradigme ikke hænger sammen med de værdier, ergoterapeuter i håndterapi har. Ud fra undersøgelsen kan vi konkludere, at ergoterapeuterne i håndterapi er meget enige i værdierne i det ergoterapeutiske paradigme og aktivitet er i høj grad en del af deres værdigrundlag, hvilket besvarer første halvdel af problemformuleringen. Vi er blevet positivt overraskede i forhold til vores hypotese og kan således konkludere, at der i undersøgelsen er overvejende enighed omkring de værdier, der er grundlæggende for ergoterapifaget som profession.

Endvidere havde vi en hypotese om, at selvom ergoterapeuter har aktivitet som en del af deres værdigrundlag anvender de ikke aktivitet i behandlingen. Undersøgelsen har vist, at ergoterapeuterne i høj grad har aktivitet som værdi men derimod ikke anvender aktivitet i behandlingen i samme grad. Derudover viser undersøgelsen, at selv om ergoterapeuten har aktivitet som værdi, hænger det ikke nødvendigvis sammen med, at ergoterapeuten anvender aktivitet. Det vil sige, at deres holdninger og handlinger ikke behøver at have en logisk sammenhæng. I relation til problemformuleringen viser der sig altså ikke et tydeligt svar på, hvilken sammenhæng der er mellem aktivitet som værdi og aktivitet i behandlingen. I undersøgelsens forløb er vi blevet klar over, at denne manglende sammenhæng kan have flere årsager. Det har vist sig, at der kan være flere årsager end den Kielhofner vægter, som værende den væsentligste årsag, nemlig det manglende samarbejde mellem teoretikere og praktikere. Disse årsager er ikke medtaget i analysen, da de ikke direkte er med til at besvare problemformuleringen. I denne undersøgelse er de blot identificeret og vil nu relateres og diskuteres i forhold til

ovenstående tendens til manglende sammenhæng mellem aktivitet som værdi og aktivitet i behandlingen.

Det kan hermed konkluderes, at selvom ergoterapeuterne i håndterapi har aktivitet som en del af deres værdigrundlag, kan dette gå tabt i praksis, hvor denne viden om aktivitet ikke altid bliver praktiseret og derfor forbliver en viden forbeholdt ergoterapeuten.

8.0 Diskussion

I det følgende afsnit vil vi diskutere og vurdere metoden og resultaterne. Til sidst vil vi vurdere reliabiliteten, validiteten og undersøgelsens generaliserbarhed.

8.1 Diskussion af metode

8.1.1 Udarbejdelse af spørgeskema

Vi har diskuteret fordele og ulemper ved høj strukturering og standardisering af dataindsamlingsmetoden. En fordel er, at vi præcist ved hvilke spørgsmål, hver respondent er blevet stillet og hvilke variable svarene falder indenfor. En anden fordel er standardisering, som muliggør at vi kan sammenligne respondenternes oplysninger, da de alle er blevet stillet de samme spørgsmål. Omvendt har vi diskuteret ulempen ved høj strukturering, da det giver manglende fleksibilitet og det ikke er muligt at gå i dybden eller forfølge relevante emner. Samtidig er det uvist, om alle respondenter har samme forståelse af spørgsmålene og svarkategorierne, som vi har.¹²⁹

En problematik vi har diskuteret ved at bruge en ordinalskala kan være, at respondenterne har undgået at svare i yderpunkterne og kun svarer midt i.¹³⁰ Desuden ses det, at 5 respondenter i alt har undladt at besvare et udsagn. Det er dog ikke det samme udsagn og vi mener således ikke, at der er nogen tendens til, at et enkelt udsagn skiller sig ud. Der kan derimod være tale om, at respondenterne enten ikke synes at udsagnet er relevant, ikke kan tage stilling til det eller ganske enkelt har overset udsagnet.

Svarprocenten i vores undersøgelse er 65,8%¹³¹, hvilket betyder, at 34,2% af respondenterne ikke har sendt spørgeskemaet tilbage. Vi har diskuteret, hvilke faktorer der kan have spillet ind på, at vi ikke har modtaget flere spørgeskemaer. En årsag kan være, at respondenterne har haft for god tid til at besvare spørgeskemaerne i. Respondenterne har først haft 14 dage til besvarelsen og efterfølgende 1 uge efter den udsendte rykker.¹³² På den ene side kan det være en fordel, fordi de har haft god tid til at

¹²⁹ Forskning om og med mennesker, s. 106

¹³⁰ Fra ide til projekt, s. 107

¹³¹ Se bilag 3

¹³² Fra idé til projekt, s. 104

besvare spørgeskemaet i, men på den anden side kan en ulempe være, at respondenterne har ”glemt” os, da der har været for lang tid at besvare spørgeskemaerne i. Vi er blevet bekræftet heri, da vi efterfølgende har modtaget mails fra to håndterapiafdelinger, der undskyldte, at de havde glemt os. Derfor har vi diskuteret, hvad vi kunne have gjort anderledes i undersøgelsen i forhold til ovennævnte, men er kommet frem til, at det ikke har noget med vores metode at gøre, da det er den svarprocent, man kan forvente i en kvantitativ undersøgelse.¹³³

8.1.2 Kommentarer til spørgeskema

Under punktet generelle kommentarer i spørgeskemaet¹³⁴ har respondenterne haft mulighed for at komme med bemærkninger til spørgeskemaet. Flere af respondenterne gav herunder udtryk for, at nogle af udsagnene var svære at besvare med de mulige svarkategorier. Vi mener, at det blandt andet skyldes, at et spørgeskema altid vil indeholde nogle begrænsninger og vi derudover har lavet udsagn, der berører bløde værdier, som ergoterapeuterne måske har behov for at kunne uddybe.

Derudover har flere respondenter givet udtryk for, at de mangler en klar definition på aktivitet. Vi har selv diskuteret om, vi skulle medtage Kielhofners definition af aktivitet i spørgeskemaet, men har valgt ikke at gøre dette, fordi vi mener, at respondenterne ville blive farvede og begrænsede af vores definition på, hvad aktivitet er. Omvendt har det dog givet den usikkerhed, at vi ikke er klar over, om respondenterne har samme opfattelse af aktivitetsbegrebet, som vi har, hvilket gør det sværere at måle på begrebet, fordi vi ikke klart har defineret aktivitet for dem.

Afslutningsvis har vi drøftet, at en ulempe ved kvantitativ metode er, at den ikke er så dybdeborende, da spørgeskemaet indeholder et begrænset antal spørgsmål og svarmuligheder, hvormed måleenhederne ofte ikke vil være dækkende.¹³⁵ Ulempen ved en kvalitativ metode ville for os have været, at vi ikke ville få et bredt billede af de holdninger, der afspejler sig indenfor håndterapi. Der vil således altid være fordele og

¹³³ Kvantitative forskningsmetoder, s. 67

¹³⁴ Se bilag 5

¹³⁵ Kvantitative forskningsmetoder, s. 292

ulemper ved en metode og den vil aldrig kunne være dækkende. Det optimale ville formentlig være at kombinere de to metoder.¹³⁶

8.2 Diskussion af analyse

I og med at vi har valgt at lægge udsagn 1-8 omkring værdigrundlaget sammen for at beregne, i hvilken grad respondenterne er enige, kan der heri være nogle begrænsninger. For det første kan det være mangelfuldt, at otte udsagn afgør, i hvilken grad ergoterapeuterne har aktivitet som en del af deres værdigrundlag og dermed har de samme synspunkter som i det ergoterapeutiske paradigme. For det andet er de fire respondenter, som ikke har besvaret alle de otte udsagn, taget med i beregningen af graden af aktivitet som værdi. Dette gør, at den totale score falder, da et ikke besvaret udsagn får scoren 0. De fire respondenter er dog taget med, da det ikke har været muligt for os at tage dem ud af beregningen.

Vi har endvidere diskuteret, hvorvidt det er rimeligt, at vi har fastsat grænser for, i hvilken grad ergoterapeuterne har aktivitet som værdigrundlag. Samtidig kan det diskuteres, om det er dækkende for, hvorvidt ergoterapeuterne har aktivitet som en del af deres værdigrundlag. Denne diskussion er opstået, fordi ovenstående kan have betydning for, hvor meget vi kan konkludere på de resultater, vi har fået.

8.3 Diskussion af resultater

Da vi har en kritisk rationalistisk tilgang, kan vi diskutere, hvor meget resultaterne egentlig afspejler virkeligheden. Undersøgelsen er baseret på vores forforståelse, hvormed at det bliver en virkelighed set ud fra de briller, vi har på. Der findes ikke kun én endegyldig sandhed og vores resultater er ikke udtømmende for problemstillingen. Hvis vi havde anvendt en anden teoretisk baggrund ville udsagnene og dermed også resultaterne formentlig have set anderledes ud. Vi har efter endt undersøgelse indset, at der er medtaget for mange variable i forhold til besvarelsen af problemformuleringen, hvorfor vi er kritiske overfor undersøgelsen. Problemet har været, at kriterierne for om ergoterapeuten har aktivitet som værdi og om ergoterapeuten anvender aktivitet i behandlingen, ikke har været klare, inden vi udsendte spørgeskemaet. Begrundelsen for at medtage de mange variable var, at vi ville sikre, at vi havde alle de mulige kriterier,

¹³⁶ Den skinbarlige virkelighed, s. 273

der kunne være for, om respondenterne har henholdsvis aktivitet som værdi eller anvender aktivitet i behandlingen. Det ville dog være for omfattende i denne undersøgelse, hvis alle de uafhængige variable skulle holdes op mod den afhængige variabel, fordi det ville kræve yderligere undersøgelse af hver enkelt variabel for at kunne se på sammenhænge. Variablerne er ikke desto mindre med til at nuancere problemstillingen og lede op til nye undersøgelser, hvorfor vi kort vil diskutere disse variables betydning.

8.3.1 Diskussion af identificerede variable

I spørgeskemaet har vi valgt at spørge ind til respondenternes alder, køn, uddannelsestidspunkt samt hvor mange år ergoterapeuterne har arbejdet indenfor håndterapi. Der kan være andre faktorer, der har indflydelse på, om respondenterne har aktivitet som værdi og om de anvender aktivitet i behandlingen, som vi kunne have valgt at undersøge nærmere. Vi kunne for eksempel have undersøgt, om der var forskelle og/eller sammenhænge på svar mellem amter, om alderen, uddannelsestidspunktet eller hvor mange år respondenterne har arbejdet indenfor håndterapi har indflydelse på, hvad respondenterne svarer. Samtidig vil vi kunne se om der er nogle generelle tendenser til, hvorfor de har aktivitet som værdi og anvender aktivitet i behandlingen.

Under udsagn 23 var tendensen, at årsagerne til at respondenterne ikke anvendte aktivitet i behandlingen var på grund af retningslinier fra lægen samt at det er svært at træne fra yderstilling til yderstilling.¹³⁷ Dette kunne blandt andet tyde på, at mange af respondenterne arbejder ud fra en biomekanisk tankegang, hvor der især er fokus på ledbevægelighed. I tilfælde af at det forholder sig således, at respondenterne stadigvæk befinder sig i det mekanistiske paradigme og dermed ikke har bevæget sig over i det nuværende paradigme, må det betyde, at de endnu ikke har taget aktivitetsbegrebet til sig.

En anden årsag til den manglende anvendelse af aktivitet i behandlingen var de tidsmæssige ressourcer. Dette kan tyde på, at strukturen på afdelingen ikke lægger op til at anvende aktiviteter, da ergoterapeuterne i den kvalitative forundersøgelse også gav

¹³⁷ Se diagram 2

udtryk for, at det var mere tidskrævende og at de kunne nå flere patienter ved funktionstræning end ved brugen af aktiviteter. Vi er ikke enige i denne antagelse, da vi mener, at man kan have ligeså mange patienter i for eksempel et køkken som i et træningslokale, hvormed det ikke ville kræve yderligere tidsmæssige ressourcer. Vi har en formodning om, at det ligeså vel kan skyldes de normer, der er opbygget omkring, hvad håndterapi skal indeholde. Både patienter, ergoterapeuten og andre samarbejdspartnere kan have et bestemt billede af, hvad behandlingen skal indeholde, hvormed det kan være svært at trænge igennem med nye tiltag som aktivitetsbaseret praksis. For os at se ville den mest optimale brug af aktivitet være at tage udgangspunkt i den enkelte patients hverdag i form af for eksempel hjemmebesøg, hvilket dog klart ville kræve flere tidsmæssige ressourcer.

Ud fra vores data kan vi konstatere, at det imidlertid ikke tyder på, at manglende anvendelse af aktivitet skyldes manglende faciliteter, traditioner på arbejdspladsen, at respondenterne ikke finder aktiviteter relevant eller at det ikke er tydeligt, hvordan ergoterapeutisk teori skal anvendes i praksis. Dette ses ved, at respondenterne har scoret delvist uenig eller uenig i disse udsagn, hvilket betyder, at ovennævnte variable umiddelbart ingen betydning har for, om respondenterne anvender aktivitet i behandlingen.¹³⁸ Sammenholdt med Kielhofners syn på gabet mellem teori og praksis som beskriver, at ergoterapeuterne ikke ved, hvordan teorien skal anvendes, viser vores undersøgelse derimod, at respondenterne ved, hvordan ergoterapeutisk teori skal anvendes i behandlingen. Vi undrer os over, hvorfor ergoterapeuterne så ikke generelt anvender aktivitet i behandlingen, hvis de ved, hvordan ergoterapeutisk teori skal anvendes i praksis. Spørgsmålet er, jævnfør Kielhofner, om forklaringen på dette er, at ergoterapeuterne tilpasser teorien til rammerne for deres praksis og anvendelsen af aktivitet kan derved gå tabt.

Respondenterne har givet udtryk for, at der ikke er tilstrækkelige økonomiske ressourcer på deres arbejdsplads. Dette kan være en medvirkende faktor til, at de ikke får opdateret deres viden og dermed fortsætter i deres vante rutiner. Desuden viser den kvalitative forundersøgelse, at de kurser håndterapeuterne deltager i, ofte mere

¹³⁸ Se diagram 2

omhandler skinner og kirurgi end aktivitet. Ovenstående kan igen tyde på en mekanistisk tilgang til håndterapi og hvis dette er tilfældet generelt, mener vi, der kan være tvivl om, hvorvidt det er ergoterapi, der ydes.

Under udsagn 23.8 har respondenterne endvidere haft mulighed for at angive andre årsager¹³⁹ til, hvorfor de ikke anvender aktivitet i behandlingen. Tre respondenter giver udtryk for, at grunden til at de ikke anvender aktivitet er fordi, patienterne ikke er motiverede for dette og bedre kan forholde sig til funktionstræning. Vi ser dette som et dårligt argument, da vi ikke mener, at det er rimeligt, at ergoterapeuten lægger ansvaret for behandlingen over på patienten og glemmer sin egen faglighed. Vi mener, at ergoterapeuten bør vurdere, hvilken behandling der er bedst for patienten ud fra de ergoterapeutiske værdier, da ergoterapeuten skal skabe muligheder for patientens deltagelse i aktiviteter. Derudover stiller vi spørgsmålstejn ved, om patienten får den bedst mulige behandling, hvis der ikke tages udgangspunkt i de daglige aktivitetsproblematikker, der er vigtige for patienten. Som en respondent udtrykte det, kan det være, at patienten laver kompenserende strategier ved aktiviteter, hvis ergoterapeuten kun spørger til aktivitetsudøvelse og ikke undersøger det.

8.4 Reliabilitet

I det følgende afsnit vil vi vurdere, hvor pålidelig vores undersøgelse er. Det vil sige, hvor pålidelig er udførelsen af de beregninger og tests, som vi har inddraget i analysen.¹⁴⁰

I Spearman testen var p-værdien 0,006, hvilket er udtryk for høj reliabilitet, da den er under de påkrævede 0,05 for, at testen er statistik signifikant. Med i overvejelserne har vi, om den lave p-værdi, og dermed den høje reliabilitet, skyldes, at udsagnene er udformet, så der er spurgt om selvfølgeligheder, således at det vil være unaturligt for respondenterne at svare anderledes end de har gjort.¹⁴¹ Vi mener, at en anden problemstilling kan være, at respondenterne svarer det, de tror, at vi forventer af dem eller fremhæver virkeligheden som mere positiv end den er, hvilket ikke giver et reelt

¹³⁹ Se bilag 5

¹⁴⁰ Kvantitative forskningsmetoder, s. 78

¹⁴¹ Fra ide til projekt, s. 126

billede. Der kan således drages tvivl om, vi har fået svar på det, vi søgte at måle og reliabiliteten bliver i så fald kunstigt høj.

Reliabiliteten er højnet ved, at vi har lavet en forundersøgelse af spørgeskemaet på et sygehus, hvor tre ergoterapeuter, der arbejder med håndterapi, afprøvede spørgeskemaet og kommenterede på udformningen. Da de tre ergoterapeuter repræsenterer respondenterne, kan deres kritik være med til at gøre spørgeskemaet mere forståeligt og relateret til praksis, således at det er med til at sikre, at respondenterne svarer på det, vi spørger om. Fisher testen havde imidlertid en p-værdi på 0,18, hvilket indikerer en usikkerhed og dermed lavere reliabilitet, da den ikke er statistisk signifikant. Dermed kan der ikke konkluderes noget endeligt men blot udledes nogle tendenser ud fra testen.

Der er nogle respondenter, som ikke har besvaret alle udsagn, hvilket kan skyldes, at der ikke har været mulighed for at besvare ”ved ikke” eller at de ikke synes, at udsagnet er relevant. De manglende besvarelser får betydning for beregningen af graden af aktivitet som en del af ergoterapeuternes værdigrundlag, da de sænker den samlede score for respondenterne, hvormed pålideligheden af resultatet mindskes.

Under indsamling af respondenter er der nogle ting, vi har været nødt til forholde os til. Der kan blandt andet stilles tvivl ved, om vi igennem telefonsamtaler har fået angivet det rigtige antal ergoterapeuter, der arbejder indenfor håndterapi. Dog mener vi, at de ergoterapeuter, der har deltaget i undersøgelsen er repræsentative, da de grundlæggende kriterier var, at de skulle arbejde indenfor håndterapi og det er opfyldt.¹⁴² Til gengæld øges reliabiliteten ved spørgeskemaet, da undersøgelsen udføres ens i forhold til respondenterne og at vi ikke har mulighed for at påvirke deres svar, hvilket styrker objektiviteten.

8.5 Validitet

I dette afsnit vil vi vurdere undersøgelsens validitet. Validiteten viser, hvor gyldig og troværdig vores undersøgelse er og om undersøgelsen er dækkende for det, vi ville

¹⁴² Kvantitative forskningsmetoder, s. 66ff

undersøge.¹⁴³ Endvidere kan vi med validiteten afgøre, om vi kan generalisere fra undersøgelsen til hele populationen.¹⁴⁴

Undersøgelsen lægger op til, at der skal kunne generaliseres ud fra undersøgelsen til hele populationen. For at vi kan generalisere skal undersøgelsen opfylde de tidligere nævnte krav: systematik, kontrol, præcision, objektivitet, kvantificerbarhed, repræsentativitet, gentagelse, reliabilitet og validitet.¹⁴⁵ Ud fra vores undersøgelse kan der ikke generaliseres til hele populationen fordi, der er usikkerhed omkring, hvor høj validiteten og reliabiliteten er. Da undersøgelsen indeholder flere fejlkilder, mindskes reliabiliteten, hvormed validiteten ligeledes begrænses. Det er muligt, at hvis alle 137 ergoterapeuter havde deltaget i undersøgelsen, ville resultaterne have vist noget andet eller blot gjort tendenserne mere tydelige og dermed gjort resultaterne mere reliable.

¹⁴³ Kvantitative forskningsmetoder, s. 82ff

¹⁴⁴ Ibid, s. 87

¹⁴⁵ Ibid, s. 94

9.0 Perspektivering

Det har været utrolig spændende at beskæftige sig med emnet kobling teori og praksis i ergoterapi og vi har haft mange interessante og lærerige diskussioner. Som studerende er det altid lettere at sige, hvordan verden burde se ud, men vi mener stadig, at det er vigtigt at have et mål om, hvordan ergoterapi ideelt set bør udføres. Vi vil i dette afsnit redegøre for, hvad vores resultater kan anvendes til i en ergoterapeutisk sammenhæng og hvilke nye problemstillinger, der er opstået.

Vores resultater tyder på, at der er en manglende sammenhæng mellem at have aktivitet som værdigrundlag og at anvende aktivitet i behandlingen indenfor håndterapi. Hvis dette er tilfældet generelt indenfor håndterapi, hvilke konsekvenser har det så for ergoterapifaget og for klienten? Det kunne være interessant herudfra at undersøge, hvilke årsager der kan ligge til grund for den tilsyneladende manglende kobling mellem teori og praksis i ergoterapi. Desuden kunne det være spændende at undersøge, om problemstillingen er gældende indenfor andre områder i ergoterapi og på denne måde eventuelt finder ud af, hvad det er, der gør, at aktivitet er mere oplagt at anvende indenfor nogle områder end andre.

Med inspiration fra Ann Wilcock, mener vi, at en årsag til den manglende kobling kan være den konflikt ergoterapeuten kan stå i i forhold til at arbejde indenfor sygehusverdenen. Ergoterapi arbejder som udgangspunkt ud fra en sundhedsorienteret tilgang med fokus på klientens ressourcer, hvorimod vi mener, at der i et sygehusregi ofte er fokus på sygdom og funktionsbegrænsninger. En konsekvens kan være, at ergoterapeuten udfører Underground Practice, hvormed de ergoterapeutiske værdier ikke kommer til udtryk i praksis og er det så stadigvæk ergoterapi, der udføres?

Vi har ud fra vores undersøgelse reflekteret over, hvad der skal til for, at aktivitet kan blive implementeret i håndterapi. Kan en løsning være, at ergoterapeuterne i håndterapi foretager hjemmebesøg hos klienten? Og kan COPM være med til, at implementere aktivitet i den ergoterapeutiske intervention? Spørgsmålet er måske snarere, om ergoterapeuter i fremtiden fortsat skal varetage håndterapien eller om det burde være fysioterapeuternes arbejdsområde, da håndterapi ofte indebærer funktionstræning.

Måske er det mere hensigtsmæssigt, at ergoterapeuten møder klienten i et senere stadie i deres genoptræningsforløb, da det på dette tidspunkt kan være mere relevant at inddrage aktiviteter i behandlingen.

På baggrund af Kielhofners artikel, har vi diskuteret, hvordan teoretikere og praktikere kan indgå i et større samarbejde om at udvikle ergoterapifaget, så der skabes større sammenhæng mellem teori og praksis. Vi ser, at en løsning blandt andet kan være, at de kommende bachelorprojekter lægger mere op til et egentligt samarbejde med praksis.

Ovennævnte problemstillinger, mener vi, viser, hvor omfangsrigt og relevant vores problemstilling er og der må derfor gøres en indsats for at mindske gabet mellem teori og praksis.

10.0 Litteraturliste

Metodebøger

Andersen I.(2003). *Den skinbarlige virkelighed*. 2.udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Dirksen A.(1996). *Klinisk forskningsmetode*. København: Munksgaard

Friis S. og Vaglum P.(1999). *Fra ide til Prosjekt – en innføring i klinisk forskning*. 2.udgave. TANO A/S.

Jacobsen B.(1999). *Videnskabsteori*. 2. udgave. Nordisk forlag.

Johansen K.(2002). *Basal sundhedsvidenskabelig statistik*. København: Munksgaard.

Kruuse E.(2005). *Kvantitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrænsende fag*. 5. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Kruuse E. *Kvalitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrænsende fag*. 4. udgave. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Lund H. og Røgind H.(2004). *Statistik i ord*. København: Munksgaard.

Rienecker, L. og Jørgensen P.S(2002). *Den gode opgave- opgaveskrivning på videregående uddannelser*. 2 udgave. Frederiksberg: Samfundslitteratur

Rieper O. og Launsø L.(2000). *Forskning om og med mennesker*. 4. udgave. Nyt Nordisk Forlag

Schmidt LH.(1994). *Det videnskabelige perspektiv*. Akademisk forlag A/S.

Fagbøger

Borg T. et. al(2003). *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*, København: Munksgaard

Iversen L. et.al(2002). *Medicinsk Sociologi – Samfund, Sundhed og Sygdom*. København: Munksgaard.

Kielhofner G.(2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. 3 udgave. F.A. Davis Company.

Kielhofner G.(2002). *Model of Human Occupation, Theory and application*. 2. udgave. Lippincott Williams & Wilkins

Kuhn T.(1995). *Videnskabens revolutioner*. København: Forlaget Fremad A/S

Mattingly C. og Fleming M.(1994). *Clinical Reasoning – Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Runnquist K.(1992). *Handens rehabilitering*. Sweden. Studentlitteratur, Lund

Sohlberg P.(2004). *Erkendelsens Former*. Forlaget Klim.

Wahlgren B. et.al.(2004). *Teori i praksis*. Hans Reitzels forlag

Wilcock A.(1998). *An Occupational Perspective of Health*. SLACK.

Opslagsværker

Politikens Nudanske ordbog med etymologi(2000)

Politikens Nudanske ordbog(1990). 14.udgave

Psykologisk Pædagogisk ordbog(1995). 10. udgave. Gyldendals forlag

Artikler

Björklund A.(1998). Focus on Occupational Therapists' Paradigms. *Scandinavian Journal of Caring Science*

Bryde G.(1991). Enighed om fagprofiler af ergoterapi og fysioterapi. *Ergoterapeuten*, 13, 3

Helm T. og Dickerson A.(1995). The Effect of Hand Therapy on a patient with a Colles Fracture. *Occupational Therapy in Health Care*, 69-77

Jentoft R.(2003). Aktivitetsadferd, ergoterapeutisk og fenomenologisk tradisjon. *Norske ergoterapeuten*, 34-41

Kielhofner G.(2005). Scholarship and Practice: Bridging the Divide. *American Journal of Occupational Therapy*, 231-239

NBCOT(2004). A Practice Analysis study of entry-level occupational therapists registered and certified occupational therapy assistant practice. *Occupational Therapy Journal of Research*, 7-31

Speciale

Dekkers Merete Klindt(2000) *Colles 'Fraktur, symptomer og vigtigste ADL-problemer*.

Valgfri uge

Andersen C., Kragelund B., Pedersen L. og Schack K.(2005). *Forundersøgelse af brugen af aktiviteter i håndterapi*. Ergoterapeutuddannelsen Sundheds CVU Aalborg, 7. semester

www.etf.dk/depu

<http://www.ahs.vic.edu/ahs/files/ot/kielhofner/CURRICULUM%VITAE1.pdf>