

2013

Tværsnitsundersøgelse af ergoterapeutisk praksis ift. fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager

Bachelorprojekt & udviklingsarbejde

Vejleder: Line Lindahl-Jacobsen, ergoterapeut & Ph.d. studerende

Undertegnede bekræfter at besvarelsen er foretaget uden uretmæssig hjælp:

Anne Otzen

Alice Hoier

Dette bachelorprojekt er udarbejdet af ergoterapeutstuderende ved Ergoterapeutuddannelsen Næstved, UCSJ, som led i et uddannelsesforløb. Det foreligger urettet og ukommenteret fra uddannelsens side, og er således et udtryk for de studerendes egne holdninger.

Denne opgave - eller dele heraf - må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse jf. lov om ophavsret af 31.5. 1961.

Anne Otzen og Alice Hoier

Antal ord: 13.638

07-01-2013



Resumé

Baggrund:

En dansk hjælpemiddelenhed gennemfører i øjeblikket et større projekt, kaldet projekt Siddestilling, støttet af Ergoterapeutforeningens praksispulje. Gennem projekt Siddestilling ønsker hjælpemiddelenheden at udvikle det faglige niveau i hjælpemiddelenhedens sagsbehandling, bl.a. ved at implementere en mere systematisk og grundig fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i hjælpemiddelenhedens kørestolssager.

Problemstilling:

De projektansvarlige ergoterapeuter i projekt Siddestilling har opnået viden om, at en fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, med borgeren liggende og siddende på briks, kan højne det faglige niveau af undersøgelsesdelen i hjælpemiddelenhedens sagsgang i kørestolssager. Men de mangler belæg for at ændre den nuværende praksis, da der ikke findes nationale kliniske retningslinjer for, hvorledes den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen skal foretages.

Formål:

Bachelorprojektet søger, som en del af afrapporteringen af projekt Siddestilling, at generere den manglende baggrundsviden om, hvilken konsensus der er blandt danske ergoterapeuter, ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager.

Metode og materiale:

Der blev anvendt en tværsnitsundersøgelse til at beskrive ergoterapeutisk praksis ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Stikprøven bestod af 181 kommunalt ansatte ergoterapeuter, som havde til opgave at tilpasse kørestole. Dataindsamlingen blev gennemført som et struktureret spørgeskema, udsendt via et internetbaseret surveyprogram. Deskriptive og analytiske data blev udtrukket via surveyprogrammets analysedel.

Resultat:

Ud af stikprøven på 106, foretog de 71 ofte fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, med borgeren siddende i kørestolen. Kun 14 ud af de 106 foretog ofte undersøgelsen på briks. Ud af stikprøven på 37 foretog de 19 ofte fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen med borgeren liggende i seng, og kun 8 ud af de 37 foretog ofte undersøgelsen på briks. Ud af stikprøven på 106 undersøgte de 96 som oftest bækkenskævstand med borgeren siddende, og 88 af de 106 undersøgte balancen med borgeren siddende. Med borgeren liggende undersøgte 30 ud af stikprøven på 37 bækkenets frem- og bagudkip, og 30 ud af de 37 undersøgte knæfleksion. Ud af de 37 var der 34 som undersøgte hoftefleksion. Ud af stikprøven på 37, mente de 36 at de ved udførelse af en fysisk undersøgelse med borgeren liggende opnåede øgede kompetencer som terapeut i sagen.

Konklusion:

Tværsnitsundersøgelsen rejste langt flere spørgsmål, end den besvarede. Der er et stort behov for forskning på hjælpemiddelområdet.

Perspektivering:

Der er brug for viden om, hvordan udvekslingen af værdifuld viden kan sikres i det tværfaglige samarbejde, samt uddybende viden om hvorvidt en fysisk undersøgelse, med borgeren siddende gavner sagsgangen.

Nøgleord: Hjælpemiddel, Praksis, Fysisk undersøgelse, Kørestol, Kommunalt ansat.

Abstract

Background:

A Danish assistive device unit is currently conducting a major project, called project Seating Position, supported by occupational therapist Association's practice pool. The wish is to improve the quality of the case procedures, inter alia by implementing procedures, for a more systematic and thorough physical examination of the citizen ability to sit in the units wheelchair cases.

Problem:

The managers of the Project Seating Position has gained knowledge, that a physical examination of sitting ability, with citizen lying or seated on the couch, can raise the professional level of the investigative part of the assistive device units process in wheelchair cases. However evidence lacks to change the current practice; there's no national clinical guideline for how the physical examination of sitting ability is performed.

Purpose:

The Bachelor project seeks to generate the lack of background knowledge, about the consensus among danish occupational therapists practice, relative to physical examination of the citizen's sitting ability in wheelchair cases.

Method and materials:

A cross-sectional study was used to describe the practice of occupational therapist relative to physical examination of the citizen's ability to sit in wheelchair cases. The sample consisted of 181 municipal employed occupational therapists, with the task of adapting wheelchairs. Data collection was conducted as a structured questionnaire sent out via an internet-based survey program. Data was extracted using the survey program.

Result:

Of the sample of 106, 71 often undertook the physical examination of ability to sit, with the citizen seated in the wheelchair, only 14 often undertook the study on couch. Of the sample of 37, 19 often conducted physical examination of sitting ability with citizen lying in bed, and only 8 out of the 37 undertook the physical examination on couch often. Of the sample of 106, 96 usually examined pelvic position with citizen seated, and 88 of 106 examined the balance with the citizen seated. Of the sample of 37, 36 performing a physical examination with the citizen obtained increased competencies as a therapist in the underlying case.

Conclusion:

The cross-sectional investigation raised far more questions than it answered. There is a great need for further research on assistive aid area.

Perspective:

There's a need for knowledge about whether exchange of valuable knowledge can be secured in the inter-professional collaboration, as well as detailed knowledge about whether a physical examination, with the citizen seated benefits the procedures.

Keywords: Assistive aid, Practice, Physical examination, Wheelchair, Municipal employee.

Forfatteransvar

Navnet på forfatteren til bachelorprojektets afsnit fremgår af overskriften til de enkelte underafsnit. I nogle få afsnit har begge forfattere været ligeligt involveret, hvorfor der ikke er anført forfatternavn på disse afsnit.

Forkortelser

I bachelorprojektet anvendes forkortelser i overensstemmelse med reglerne i Dansk Sprognævn, Retskrivningsordbogen 2001. Enkelte lange begreber og teorier forkortes. Første gang begrebet eller teorien nævnes i bachelorprojektet, skrives det i sin fulde længde, fulgt af forkortelsen i parentes. Efterfølgende anvendes forkortelsen i resten af bachelorprojektet.

Forslag til mulige studier

I bachelorprojektets perspektivering foreslås der forskellige studier, som kunne være relevante ift. at kvalitetsudvikle sagsgangen i kørestolssager. Bilag G præsenterer en oversigt over disse forslag, bilag G findes på side 77.

Indholdsfortegnelse

Forord.....	1
1. Problembaggrund.....	2
1.1 Den nuværende praksis	2
1.2 Formål med at udvikle fagligt niveau i kørestolssager.....	4
1.3 Rammer for ergoterapeutisk praksis på hjælpemiddelområdet.....	5
1.4 Behov for udvikling på området.....	6
1.5 Målgruppe og formål.....	7
2. Problemformulering.....	8
2.1 Operationalisering af meningsbærende ord.....	8
2.2 Hypoteser.....	9
3. Forskning, Teori og Ergoterapifaglige perspektiver.....	10
3.1 Forskning	10
3.1.1 <i>Formidling af hjælpemidler</i>	10
3.1.2 <i>Den fysiske undersøgelse af siddestillingen i kørestolssager</i>	11
3.2 Teori	12
3.2.1 <i>Evidensbaseret praksis</i>	12
3.2.2 <i>Kvalitetsudvikling</i>	13
3.2.3 <i>At muliggøre aktivitetsudøvelse</i>	14
3.3 Ergoterapifaglige perspektiver.....	15
3.3.1 <i>Hjælpemiddelformidling, et ergoterapeutisk kerneområde</i>	15
3.3.2 <i>Siddestillingens betydning for aktivitetsudøvelse</i>	17
4. Design og litteratursøgning.....	18
4.1 Studiedesign.....	18
4.1.1 <i>Videnskabsteoretisk grundlag</i>	18
4.2 Litteratursøgning	19
5. Tværsnitsundersøgelse af nuværende praksis	20
5.1 Materiale.....	20
5.1.1 <i>Inklusionskriterier</i>	20
5.2. Metode.....	21
5.2.1 <i>Udvælgelse af informanter</i>	21
5.2.2 <i>Udarbejdelse af spørgeskema</i>	22
5.2.3 <i>Pilottest</i>	22
5.2.4 <i>Dataindsamling</i>	23
5.2.5 <i>Etiske overvejelser</i>	23
5.2.6 <i>Databearbejdning</i>	24
5.3 Projektets kvalitet.....	24

6. Resultatafsnit.....	25
6.1 Præsentation af stikprøven.....	25
6.2 Præsentation af de væsentligste resultater.....	25
6.2.1 <i>Beskrivelse af anvendte procedurer</i>	26
6.2.2 <i>Beskrivelse af anvendte metoder</i>	27
6.2.3 <i>Beskrivelse af kvaliteten af anvendt procedure</i>	30
6.2.4 <i>Beskrivelse af kvaliteten af anvendte metoder</i>	32
6.2.5 <i>Hypoteser</i>	34
7. Diskussionsafsnit.....	36
7.1 Diskussion af studiedesign, litteratursøgning og metode.....	36
7.1.1 <i>Studiedesign</i>	36
7.1.2 <i>Litteratursøgning</i>	37
7.2 Diskussion af metode.....	38
7.2.1 <i>Udvælgelse af informanter</i>	38
7.2.2 <i>Udarbejdelse af spørgeskema</i>	39
7.2.3 <i>Pilottest</i>	40
7.2.4 <i>Dataindsamling</i>	41
7.2.5 <i>Etiske overvejelser</i>	42
7.2.6 <i>Databearbejdning</i>	42
7.2.7 <i>Projektets kvalitet</i>	43
7.3 Diskussion af resultater.....	44
7.3.1 <i>Anvendte procedurer og kvaliteten af disse</i>	44
7.3.2 <i>Anvendte metoder og kvaliteten af disse</i>	47
8. Konklusion.....	51
9. Perspektivering.....	52
10. Referenceliste.....	55
11. Bilag.....	60
Bilag A: Hjælpe-middelenhedens ansøgningsskema til Etf's Praksispulje.....	60
Bilag B: Hjælpe-middelenhedens algoritme.....	68
Bilag C: Kontaktmail.....	69
Bilag D: Uddybende informationsmail.....	70
Bilag E: Flowchart.....	71
Bilag F: Spørgeskema.....	72
Bilag G: Forslag til mulige studier.....	77

Hjælpemiddelenheden i en dansk kommune gennemfører i øjeblikket et større projekt, støttet af Ergoterapeutforeningens (Etf) praksispulje, kaldet projekt Siddestilling, bilag A. Hjælpemiddelenhedens to ergoterapeuter, med speciale i siddestilling, er ansvarlige for projekt Siddestilling. Projektets formål er at højne det faglige niveau af sagsbehandlingen i hjælpenheden, ved implementering af den ergoterapeutiske arbejdsprocesmodel, Canadian Practice Process Framework (CCPF) i sagsbehandlingen, et øget fokus på positionering og på tryksår, samt implementering af en mere systematisk og mere grundig fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Som en del af afrapporteringen af projekt Siddestilling, ønsker de to projektansvarlige ergoterapeuter viden om, hvad praksis er i landets øvrige kommuner, i forbindelse med den fysiske undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager.

Dette bachelorprojekt er udarbejdet med det formål at tilvejebringe denne viden. Vi afgrænser os derfor fra de dele af projekt Siddestilling, som ikke vedrører den fysiske undersøgelse i kørestolssager. Vi undgår ordet siddestillingsanalyse, da siddestillingsanalyser udover den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen, kan indeholde måltagning af kørestolsbrugeren, undersøgelse af de fysiske omgivelser og undersøgelse af kørestolsbrugers meningsfulde daglige aktiviteter. Disse komponenter udføres allerede systematisk i forbindelse med hjælpenhedens arbejdsgang i kørestolssagerne, og er derfor ikke i fokus i dette bachelorprojekt.

Vi takker de to projektansvarlige ergoterapeuter i projekt Siddestilling for den gode sparring og for den store opbakning, de har vist os under udarbejdelsen af vores opgave.

1. Problembaggrund

1.1 Den nuværende praksis - af Anne Otzen

Siden Kommunalreformen i 2007 har hjælpemiddelenhedens ergoterapeuter specialiseret sig indenfor områderne; boligændringer, forflytninger, tryksår, børnesager, bariatri, siddestilling, handicapbiler og studerende. Organisatorisk er arbejdsopgaverne fordelt på 4 geografiske områder i kommunen, hvor ergoterapeuterne varetager alle typer af sager indenfor hver deres geografiske område. Ergoterapeuter med speciale fungerer som sparringspartnere for deres kollegaer, og tager også de mest komplicerede sager indenfor deres speciale, uanset hvilket geografisk område sagen tilhører. Kommunen har vist stor villighed til at kompetenceudvikle ergoterapeuterne indenfor deres specialer. De to ergoterapeuter, med speciale i siddestilling, har således deltaget i en række kurser, bl.a.: ”Den skæve krop” i 2008, ”God praksis omkring siddestillingsanalyse” i 2008, ”Grundkursus i manuelle kørestole” i 2008 og ”Funktionel siddestilling i kørestol” i 2008. Kurserne har øget ergoterapeuternes viden om fordelene ved at foretage en fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne, med borgeren siddende og liggende på en briks, i forbindelse med sagsgangen i kørestolssager. Det er bl.a. denne viden, der via projekt Siddestilling, ønskes implementeret i hjælpemiddelenhedens kørestolssager. Hjælpemiddelenheden ønsker at kvalitetsudvikle undersøgelsesdelen i kørestolssagerne, da ergoterapeuterne oplever, at de ofte skal tilbage til den samme kørestolsbruger af flere omgange, for at muliggøre en hensigtsmæssig siddestilling for kørestolsbrugeren. I kørestolssager med svære siddestillingsproblematikker, kan hjælpemiddelenheden anvende Den Nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation (VISO) (1). Hjælpemiddelenhedens erfaring er dog, at sagsgangen er tung, at VISO undersøger og afrapporterer, men ikke nødvendigvis kommer med en løsning, som ergoterapeuterne i hjælpemiddelenheden derfor selv skal bruge tid på at finde. Baseret på deres nye viden, formoder de to projektansvarlige ergoterapeuter, at hjælpemiddelenheden fremadrettet selv kan håndtere de komplicerede siddestillingssager gennem yderligere kompetenceudvikling, og at antallet af gange ergoterapeuterne skal tilbage til den samme kørestolsbruger kan nedbringes, ved at implementere en systematisk fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i hjælpemiddelenhedens kørestolssager.

Problemet er, at hjælpemiddelenheden mangler kliniske retningslinjer for udførelse af den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen, som hjemmel og som rettesnor for at ændre på den nuværende praksis. Kliniske retningslinjer for sundhedsydelser er baseret på evidens indenfor det pågældende område, når der er videnskabeligt grundlag herfor. Er der ingen evidens på området, tager den kliniske retningslinje udgangspunkt i, hvad der anses for god klinisk praksis (2). Kliniske retningslinjer understøtter personalets viden om, at der arbejdes ud fra den bedst mulige evidens på området, og understøtter dermed en ændring af de vaner og tænkning, som ligger til grund for den nuværende praksis. Brug af kliniske retningslinjer sammen med den kliniske ræsonnering sikrer dermed brugeren af ydelsen den bedst mulige behandling. Samtidig sikrer brugen af kliniske retningslinjer en hensigtsmæssig anvendelse af samfundets ressourcer. Ifølge Johansen efterspørger politiske såvel som økonomiske beslutningstagere brug af evidens i offentlige sundhedsydelser. Formålet er at effektivisere indsatsen, så der ikke bruges ressourcer på indsatser med tvivlsom effekt (3). At indføre en systematisk fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssagerne, kan på kort sigt se ud som en større udgift for kommunen, hvorfor der er brug for at dokumentere den merværdi, der forventes at opstå på længere sigt. Sprigle fastslår i artiklen “Research priorities: Seating and positioning”, at de sundhedsøkonomiske udgifter, forbundet med langtids konsekvensen af en dårligt støttet siddestilling, betyder at de økonomiske beslutningstagere også har en interesse i at forstå disse konsekvenser (4). At ændre praksis blandt ergoterapeuterne kræver samtidig, at ergoterapeuterne har belæg for at ændre på det “vi plejer at gøre”. At implementeringen ikke er sket tidligere, begrundes hjælpemiddelenheden med kulturen på arbejdspladsen, manglende indsigt i hvordan kollegaer hver især udfører kørestolssager, manglende tid samt usikkerhed på hvad, hvor meget og hvordan der skal undersøges.

1.2 Formål med at udvikle fagligt niveau i kørestolssager – af Anne Otzen

På nordisk siddesymposium i 2004 pointerede Støvring, at det altid er vigtigt forud for valg af kørestol og ændring af siddestilling til ældre borgere, at lave en grundig undersøgelse af borgeren liggende og siddende på briks. Støvring påpegede, at formålet med den fysiske undersøgelse er at hindre og minimere deformiteter, samt at øge stabilitet, funktion og komfort (5). Og Wemmeborn fastslår, at ved observation og måltagning alene, ser man kun toppen af isbjerget (6). En fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, muliggør således en dybere viden om kørestolsbrugerens fysiske kapacitet til at indtage og opretholde en siddende stilling, end tilfældet er ved observation og måltagning af kørestolsbrugerens fysiske mål. Den fysiske undersøgelse øger dermed ergoterapeutens kompetencer i at tilpasse kørestolen mere nøjagtig, i forhold til, om det er kørestolen, eller brugeren af den, som skal ”modelleres”, hvorved kørestolsbrugeren opnår en mere hensigtsmæssig siddestilling. Ligeså vigtigt er det, at den samme viden også øger ergoterapeutens kompetencer som terapeut i den enkelte sag, når ergoterapeuten rådgiver plejepersonale, pårørende og kørestolsbrugeren selv, om håndtering af kørestolsbrugeren i forbindelse med positionering, lejring og forflytninger. Dermed muliggøres og sikres kørestolsbrugerens aktivitetsudøvelse (7) yderligere, og samtidig mindskes risikoen for livstruende og smertefulde skader som tryksår og fejlstillinger. Ved at mindske antallet af gange, ergoterapeuten skal tilbage til den enkelte kørestolsbruger, reduceres antallet af terapeuttimer pr kørestolssag, og ved at minimere risikoen for skader vil udgiften til behandling af skader falde. I Danmark var gennemsnitsprisen på behandling af ét tryksår 140.000 kr. i 2007 (8). Som følge af den forventede demografiske udvikling med flere ældre borgere (9), vil der formentlig fremover blive flere kørestolsbrugere. I Sverige har en undersøgelse vist, at $\frac{1}{5}$ del af de 70-årige brugte hjælpemidler, og at halvdelen af de 76-årige brugte hjælpemidler (10). Foruden den højere livskvalitet for kørestolsbrugeren, er en ændring af hjælpemiddelenhedens nuværende praksis derfor også væsentlig i et samfundsmæssigt perspektiv (2).

1.3 Rammer for ergoterapeutisk praksis på hjælpemiddelområdet – af Anne Otzen

Hjælpemiddelformidling er fortrinsvist en kommunal opgave. Lokalvalgte politikere definerer den enkelte kommunens service og ydelser på hjælpemiddelområdet, indenfor rammerne af lovgivningen på området. Der er derfor store forskelle på, hvordan hjælpemiddelformidlingen er organiseret i Danmarks 98 kommuner (11). Kommunens ydelser på hjælpemiddelområdet beskrives i det kommunale indsatskatalog. Beskrivelsen dækker ikke den terapeutfaglige indsats, men derimod de lovgivne rammer, i form af Servicelovens § 112, § 113 og § 116, for bevilling af hjælpemidler, forbrugsgoder og boligændringer (12). I Ergoterapeutforeningens (Etf) nationale kliniske retningslinjer for hjælpemiddelområdet anbefales det at anvende et styringsredskab gennem hele formidlingsprocessen, som er baseret på en systematik bestående af anamnese, subjektive som objektive undersøgelser på personniveau af aktivitetsudførelse og individuel tilpasning samt yderligere træning. Konkrete anbefalinger, til hvilke fysiske funktioner der bør undersøges ift. kørestolsbrugerens siddestillingsevne, eller anbefalinger til, hvornår der bør være en fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager, nævnes ikke (13). Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), er udviklet af Sundhedsstyrelsen for at understøtte kvalitetsudviklingen af offentlige sundhedsydelser. DDKM er et validt værktøj til at evaluere sundhedsydelser med og er obligatorisk på landets sygehuse, og netop nu ved at blive implementeret i de første kommuner som har valgt at arbejde med DDKM på det kommunale sundhedsområde. Dog er der på nuværende tidspunkt ikke udarbejdet standarder for hjælpemiddelformidling (14). Hjælpemiddelformidling er en rehabiliteringsindsats, og Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, anbefaler at basere rehabilitering på International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), da ICF med sin bio-psyko-sociale tilgang omfatter et helhedssyn på menneskets mulighed for aktivitetsudøvelse og deltagelse. ICF er udviklet af World Health Organisation (WHO), og fremmer en ensartet klassifikation af mennesker med funktionsevnenedsættelse på tværs af landegrænser, fag og sektorer. ICF identificerer og beskriver konsekvenser af funktionsevnenedsættelse og bidrager til en bedre anvendelse af samfundets ressourcer. Ifølge ICF bør kropsfunktionen medtages i rehabiliteringsindsatsen (15-17). I Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ergoterapi § 1, fastslås det at ergoterapeuter skal fortsætte i teoretisk og klinisk kompetencegivende videreuddannelse efter afsluttet uddannelse, samt følge, anvende og deltage i

udviklingsbaseret arbejde indenfor sundhedssektoren. Ergoterapeuter lovbeftales dermed til at imødekomme behovet for ny viden, også indenfor hjålpemiddelområdet (18).

1.4 Behov for udvikling på området – af Anne Otzen

En forskningsredegørelse fra Hjålpemiddelinstitutet (HMI), efterspørger forskning og udvikling indenfor en lang række hovedgrupper på hjålpemiddelområdet; effekten af hjålpemidler og boligændringer, økonomisk evaluering, registrering og monitorering, begrebsafklaring og teorigenerering, metodeudvikling, hjålpemiddelformidling, implementering af ny viden i praksis, hjålpemiddelformidlingssystemet, produktudvikling samt individets oplevelse af og erfaringer med hjålpemidler og boligændringer (19). I Etf anerkendes behovet for forskning indenfor det ergoterapeutiske arbejdsfelt, som en nødvendig drivkraft i udviklingen af faget og professionen. Det støttes bl.a. af initiativerne Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SJOT), Dansk Selskab for Ergoterapeutisk Forskning (DSEF), Etf's praksispulje og Etf's forskningsfond (20-22). Ergoterapifagligt Selskab for Boligændringer, Hjålpemidler og Velfærdsteknologi efterspørger evidensbasering og udvikling af den ergoterapeutiske praksis på hjålpemiddelområdet (23). Samtidig efterspørger forskning relateret til praksis nationalt såvel som internationalt. Flere deltagere på World Federation of Occupational Therapists (WFOT) 14. verdenskongres gjorde opmærksom på en manglende balance mellem praksis og forskning (24). I bogen "Research in Occupational Therapy" udtaler Sudsawad at der mangler en relevans og overførbarehed fra forskningsverdenen til den praktiske verden (25). I nyhedsbrevet af september 2012, opfordrer Ergoterapifagligt Selskab for Boligændringer, Hjålpemidler og Velfærdsteknologi studerende til at lave bachelorprojekter på området (26). I artiklen "Det usandsynlige bachelorprojekt" påpeger Mærsk at mange bachelorprojekter forpæsser muligheden for at udvikle den ergoterapeutiske praksis, idet bachelorprojekterne fokuserer på publicerbar videnskabelig viden (27).

1.5 Målgruppe og formål – af Anne Otzen

Målgruppen for den viden der generes i bachelorprojektet er de to projektansvarlige ergoterapeuter i projekt Siddestilling. For at sikre overførbare af bachelorprojektets resultater, vil resultaterne blive formidlet til de to projektansvarlige ergoterapeuter ved et forud aftalt møde. De to projektansvarlige ergoterapeuter har på nuværende tidspunkt udarbejdet en algoritme, for hvilke borgere, der skal udføres fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen på, i hjælpemiddelenheden, bilag B. De to projektansvarlige ergoterapeuter mangler dog viden om, hvilken konsensus der er, for udførelse af fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager i Danmark. Formålet med dette bachelorprojekt er således, at generere denne manglende baggrundsviden om, hvilke metoder og procedurer, danske ergoterapeuter anvender i forbindelse med fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Derfor formuleres følgende:

2. Problemformulering

Hvad er **kommunalt ansatte ergoterapeuters praksis** ift. **fysisk undersøgelse** af borgerens **siddestillingsevne** i **kørestolssager**?

2.1 Operationalisering af meningsbærende ord – af Anne Otzen

Nøgleord	Nominel definition	Operationel definition
Kommunalt Ansat	Tilhører, administreres af kommunen (28). Person med aftale om at udføre et bestemt stykke arbejde mod betaling (29).	Ergoterapeut ansat i en dansk kommune.
Ergoterapeut	Person med 3 ¹ / ₂ årig professionsbachelorgrad i ergoterapi (30).	Ergoterapeut som bl.a. har til opgave at tilpasse kørestole.
Praksis	Metode, procedure, proces eller regel brugt i et bestemt område eller profession (31).	Ergoterapeuters procedurer og metoder i forbindelse med fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager.
Fysisk undersøgelse	Evaluerings af kroppen og dens funktion ved hjælp af inspektion, palpation, slagtøj og askulation. Komplet sundhedsmæssig vurdering omfatter sygdomsscreening, laboratorieundersøgelse og anamnese (32).	Undersøgelse af borgerens fysiske kapacitet til at indtage og opretholde en siddende stilling.
Siddestilling Evne	Position på en der sidder ned (33). Besiddelse af efterspurgt kapacitet til at gøre noget; nødvendigt talent, kraft eller kompetence (34).	Den fysiske kapacitet til at indtage og opretholde en siddende stilling.
Kørestol	Hjælpemiddel til gangbesværet eller handicappet person. Stol med hjul som kører ved brug af elektrisk kraft, ved at brugeren driver hjulene, eller ved at en hjælper skubber stolen (35).	Ergoterapeutens samlede arbejdsgang ifb. med bevilling, udvælgelse, tilpasning og evaluering af en kørestol.
Sag	Person der bliver assisteret, behandlet eller undersøgt som hos en fysioterapeut, jurist eller socialrådgiver (36).	

2.2 Hypoteser – af Anne Otzen

Bachelorprojektet søger at beskrive ergoterapeuters procedurer og metoder i forbindelse med fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Herunder hører at beskrive kvaliteten af de anvendte procedurer og metoder. Derfor undersøges mulige årsagssammenhænge ved hjælp af følgende hypoteser:

A: Ergoterapeuter som udfører fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, med borgeren liggende, i kørestolssager, opnår øgede kompetencer som terapeut i den enkelte sag.

B: Antallet af tilbagevendende besøg hos samme kørestolsbruger kan reduceres, ved systematisk brug af fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne.

3. Forskning, Teori og Ergoterapifaglige perspektiver

3.1 Forskning

Bachelorprojektets problemformulering omhandler kørestolssager og fysisk undersøgelse af kørestolsbrugerens siddestillingsevne. Derfor præsenterer afsnittet relevant forskning på områderne formidling af hjælpemidler samt betydningen af fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager.

3.1.1 Formidling af hjælpemidler – af Alice Hoier

Der er søgt efter forskningslitteratur som omhandler metodeanvendelse i formidlingen af kørestole, i databaser og tidsskrifter. Størstedelen af resultaterne var forskning med fokus på produktets egenskaber samt produktets betydning for brugeren. Samuelsson og Wressle fastslår dog i artiklen, ”User satisfaction with mobility devices”, at terapeuter er under øget pres for at arbejde evidensbaseret og for at verificere effekten af hjælpemiddel interventioner. Samtidig nævnes det, at der er behov for mere forskning af relevante og valide evalueringsværktøjer, samt af klientcentrerede arbejdsmodeller, for at opnå en empirisk og brugbar evidensbase. Samuelsson og Wressle oplyser, at på trods af, at hjælpemidler er anvendt gennem årtier i hele verden, så er det stadig et forholdsvis nyt fænomen, at interessere sig for resultatet af hjælpemiddel interventioner (37). I et litteraturreview af Bernd et al, har man forsøgt at præsentere et overblik over modeller og undersøgelsesredskaber i forhold til hjælpemiddelprocessen samt i forhold til ICF. Bernd et al konstaterer at Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er egnet som undersøgelsesredskab i forbindelse med udvælgelsen af hjælpemidler i rehabiliteringsøjemed. Bernd et al påpeger, at COPM, som er et ergoterapeutisk undersøgelsesredskab knyttet til den ergoterapeutiske referenceramme, Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E), ikke er udviklet specifikt til hjælpemiddelområdet, men er fundet brugbart i kombination med andre redskaber, da COPM anvender et klientcentreret perspektiv (38).

3.1.2 Den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager – af Alice Hoier

Det er, trods en grundig søgning i databaser og tidsskrifter, ikke lykkedes at finde forskningslitteratur, som omhandler fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen. I en kvalitativ artikel ”Research priorities: Seating and positioning”, skrevet på baggrund af diskussionerne ved The Mobility Rehabilitation Engineering Research Center at the Georgia Institute of Technology, State of Science Conference, oplyser Sprigle at forskellige praktikere og praksisgrupper efterspurgte og advokerede for en grundig siddestillingsevaluering, men at det ikke blev nævnt, hvilke tiltag der er brug for at blive gjort. Sprigle oplyser endvidere, at nødvendigheden af at måle holdning og holdningsdeformiteter bliver en udfordring, samt at det i forhold til at udrede fleksibilitet og fiksering af deformiteter i underekstremiteterne er en forudsætning med en fysisk undersøgelse (4). I et kvalitativt studie af Bolin et al, om opretholdelse af den siddende stilling ved tetraplegi i cervical hvirvlerne 5-6, blev der brugt røntgen billeder for at evaluere kropsholdningen. Forskerne mente, at denne metode ikke vil forekomme ofte i praksis, på grund af de høje udgifter. Derfor fastslår Bolin et al, at en nemmere måde at måle bækkenkip, vil have stor betydning for praksis. Bolin et al konkluderer i deres artikel, at der for at løse problematikker vedrørende siddestilling og kropsholdning, kræves stor viden om nedsat fysisk funktionsevne, om tilpasning af kørestole, og om siddepuder samt stor forståelse for personens ønsker og krav (39).

3.2 Teori

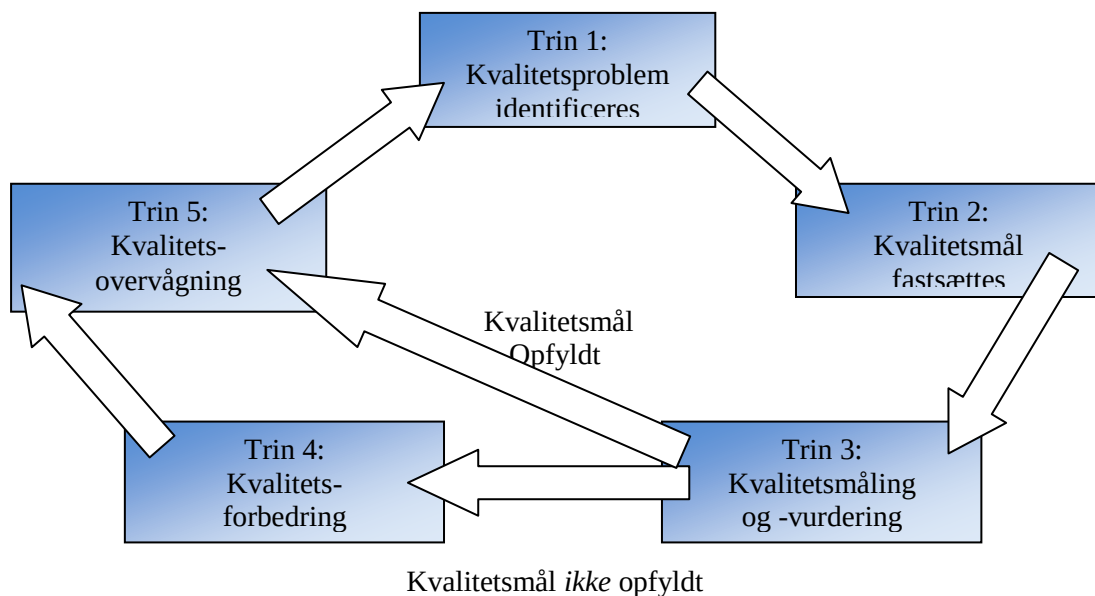
Bachelorprojektets problemformulering udspringer af projekt Siddestillings to projektansvarlige ergoterapeuters ønske, om at højne det faglige niveau i kørestolssager, gennem implementering af ny viden om den fysiske undersøgelse af borgerens siddestillingsevne, i sagsgangen. Bachelorprojektet undersøger den nuværende konsensus omkring brug af fysisk undersøgelse i kørestolssager i Danmark, grundet manglen på kliniske retningslinjer på området. Derfor præsenterer afsnittet teorier om evidensbaseret praksis, kvalitetsudvikling samt om ergoterapeutisk muliggørelse af aktivitetsudøvelse.

3.2.1 Evidensbaseret praksis – af Anne Otzen

Begrebet evidens har, ifølge Humphris, rødder i naturvidenskabens positivistiske syn på viden, og er resultatet af systematisk forskning, som søger at udvikle og be- eller afkræfte en påstand samt klarlægge eller vise grundlaget for beviset (40). Evidens klassificeres ud fra forskningens studiedesign i et hierarki med styrkerne A, B, C og D, hvor A er den højest rangerende evidens (41). Den kliniske epidemiologi og lægen Archie Cochranes kritik af et stort ressourceforbrug af hospitalsmedicin uden dokumentation for effekt, endog somme tider direkte skadelig for patienterne, blev i det 20. århundrede starten på evidensbaseret medicin (EBM), hvor man for alvor begyndte at inddrage forskningsbaseret viden i behandlingen af patienter (42). Målet med EBM er at effektivisere behandlingen og undgå unødigt spild af samfundets ressourcer, gennem systematisk brug af evidens i sundhedsvæsnets ydelser. Når EBM praktiseres kaldes praksis for evidensbaseret praksis (EBP) (42). Evidens kan dog ikke stå alene, den skal kombineres med klinisk ræsonnering baseret på det enkelte individ. I artiklen "Evidence based medicine: What is and what isn't" definerer Sackett et al praksis af EBM som "at man foretager en systematisk og afvejet brug af den bedste foreliggende evidens fra den kliniske forskning kombineret med en klinisk vurdering"(43).

3.2.2 Kvalitetsudvikling – af Anne Otzen

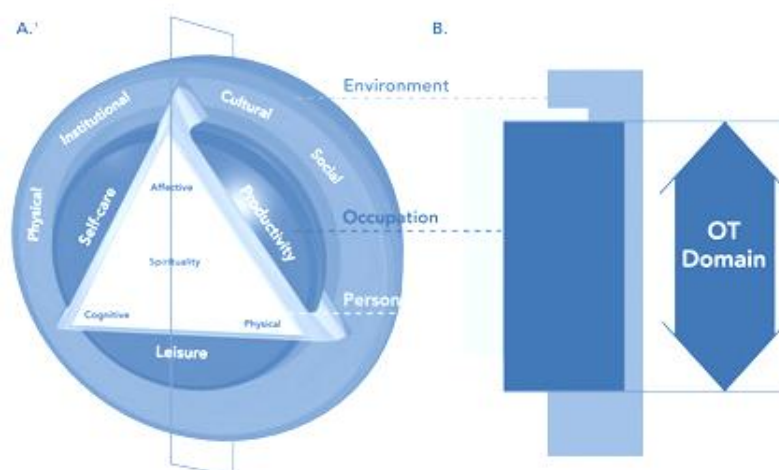
Kvalitet kan ifølge Kjærsgaard et al. defineres som de samlede egenskaber ved en genstand eller ved en handling, der betegner dens evne til at opfylde et behov. Derved bliver kvalitet et udtryk for i hvilken grad behovet imødekommes. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er ifølge Kjærsgaard et al. de aktiviteter og metoder som har til formål systematisk og målrettet at fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser indenfor rammen af den etablerede viden. Kvalitetsudvikling beskriver Kjærsgaard et al. som en proces i fem trin, se figur 3.1. Sundhedsvæsenets ydelser inddeles i kerne- og periferiydelser. Kerneydelserne defineres som den sundhedsfaglige del af en sundhedsydelse. For ergoterapeuters vedkomne er det undersøgelse og intervention. Kvaliteten af kerneydelser udvikles ved at evidensbasere den monofaglige praksis. Periferiydelserne defineres som den del af en sundhedsydelse der udgør mono- og tværfaglig, samt tværsektoriel koordinering. Kvaliteten af periferiydelser udvikles tværfagligt og tværsektorielt (44).



Figur 3.1. Udarbejdet efter Kjærsgaard et al.

3.2.3 At muliggøre aktivitetsudøvelse – af Anne Otzen

Formålet med ergoterapi er at fremme muligheder for menneskelig aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (45). Når ergoterapeuten muliggør ADL-aktiviteter og deltagelse i hverdagslivet, arbejder ergoterapeuten ud fra en ergoterapeutisk referenceramme. Referencerammen systematiserer teoretisk viden og teoretiske antagelser, hvorved teorien bliver handlingsvejledende for ergoterapeutens praksis (46). Der er forskellige ergoterapeutiske referencerammer, med hver deres teori om muliggørelse af menneskelig aktivitet og deltagelse. Referencerammen CMOP-E er udviklet af canadiske ergoterapeuter. CMOP-E anvender termene aktivitetsudøvelse og –engagement. Aktivitetsudøvelsen ses som den samlede mængde af menneskets betydningsfulde aktiviteter, hvad enten det handler om ADL-aktiviteter eller deltagelse i hverdagslivet. Det særlige ved CMOP-E er måden, hvorpå omgivelsernes betydning for menneskelig aktivitetsudøvelse inddrages (47). Modellen af CMOP-E visualiserer teorien om hvorledes kulturelle, institutionelle, sociale og fysiske omgivelser, aktivitetsudøvelse, og menneskets fysiske, kognitive, følelsesmæssige og spirituelle funktioner, samt menneskets engagement i aktivitetsudøvelsen interagerer. Ifølge Townsend og Polatajko er teorien bag muliggørelse af ADL-aktiviteter og deltagelse i hverdagslivet, dermed et klientcentreret samarbejde mellem ergoterapeuten og borgeren, hvor borgeren deltager som en ligeværdig partner, og hvor ergoterapeuten arbejder klientcentret med fokus på *samtlig*e af de ovenfor nævnte faktorer, som interagerer med borgerens aktivitetsudøvelse (47).



Figur 3.2 CMOP-E

3.3 Ergoterapifaglige perspektiver

Bachelorprojektets problemformulering omhandler ergoterapeutisk praksis indenfor hjælpemiddelområdet. Formålet med den ergoterapeutiske praksis er at fremme muligheder for aktivitet og deltagelse for borgere med funktionsevnenedsættelse. Derfor præsenterer afsnittet ergoterapifaglige perspektiver på hjælpemiddelformidling samt ergoterapifaglige perspektiver på siddestillingens betydning for aktivitetsudøvelse.

3.3.1 Hjælpemiddelformidling - et ergoterapeutisk arbejdsområde – af Anne Otzen

Hensigten med hjælpemidler er, ifølge HMI, at personer med nedsat funktionsevne bliver i stand til at udføre betydningsfulde hverdagsaktiviteter, opnå uafhængighed af andre personer, leve et godt hverdagsliv, bevare arbejdsevnen, deltage i samfundslivet, opnå ligestilling med andre borgere, opnå livskvalitet, opnå højest mulig fysisk, psykisk og social funktionsevne samt hindre at yderligere funktionsnedsættelser eller skader opstår (19). Der findes forskellige definitioner på hjælpemiddelformidling, fælles for dem er den produktorienterede tænkning (48). Definitionen af Cook og Hussey inkluderer praksis og serviceydelser. Den siger: Hjælpemiddelformidling er interventioner bestående af en bred vifte af produkter, serviceydelser og praksis, med det formål at afhjælpe de problemer som mennesker med funktionsnedsættelse kan have. Endvidere definerer Cook og Hussey hjælpemiddelformidling som enhver serviceydelse, der direkte hjælper personer med nedsat funktionsevne med at udvælge, anskaffe eller anvende et hjælpemiddel (49). Serviceydelserne på hjælpemiddelområdet beskrives af Brandt og Jensen som tre funktioner:

- Depotfunktion; omfatter service, vedligehold og lageropbevaring af hjælpemidler
- Myndighedsfunktion; omfatter behandling af ansøgninger samt ankerådgivning
- Terapeutfaglig arbejdsproces; omfatter dataindsamling, analyse, valg af hjælpemiddel, implementering, opfølgning og evaluering (48)

I Danmark varetages hjælpemiddelformidlingen primært af ergoterapeuter. Andre faggrupper er også repræsenteret på området, men har ikke nødvendigvis samme fokus på aktivitet og deltagelse (50). Eksempelvis påviste et svensk studie, at plejepersonalet har større fokus på om hjælpemidlet aflaster deres arbejdsstillinger, end på om hjælpemidlet muliggør aktivitet og deltagelse hos borgeren (51).

Ifølge Etf er sagsbehandlende terapeut indenfor hjælpemiddelområdet ergoterapeuters 2. største hovedarbejdsområde (52). Ansvar for hjælpemiddelformidling er som tidligere nævnt, et kommunalt anliggende, hvorfor der ses store forskelle på hvilke arbejdsopgaver der knytter sig til formidlingen af hjælpemidler. Nogle kommuner benytter sig af Bestiller – Udfører – Modtager modellen (BUM- modellen), hvor ergoterapeuten kan være ansat som visitator, der bevilliger hjælpemidlet, eller som udførende terapeut, der varetager valg, implementering og opfølgning af hjælpemidlet. Andre kommuner benytter en mere samlet sagsgang, hvor ergoterapeuten har ansvaret for hele formidlingsprocessen, fra bevilling til evaluering af hjælpemidlet, og det er typisk her, at stillingsbetegnelsen sagsbehandlende terapeut anvendes. Samtidig er der stor forskel på den organisatoriske indplacering af hjælpemiddelformidlingen. Nogle kommuner har en central hjælpemiddelafdeling, andre kommuner placerer hjælpemiddelformidlingen decentralt i tværfaglige grupper i lokalafdelinger. De praktiske funktioner er ligeledes forskelligt organiseret; nogle kommuner har et hjælpemiddeldepot, andre kommuner benytter sig af kommunale eller private fjernlagre. Desuden har nogle kommuner et hjælpemiddelcenter, hvor personalet har særlig erfaring og ekspertise, bl.a. indenfor siddestillingsområdet. Andre kommuner køber sig til den særlige ekspertise, hos regionale videnscentre, private udbydere, eller hos en anden kommune (11). Fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i forbindelse med bevilling af kørestole foregår dermed i en mangfoldighed af organisatoriske rammer. Ved at beskrive konsensus ift. den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen, søges det at opnå viden om, hvilke metoder der anses for værende god praksis, samt viden om de organisatoriske rammers betydning for den ergoterapeutiske indsats i kørestolssager. Denne viden er ergoterapeutisk relevant i arbejdet med at kvalitetsudvikle den ergoterapeutiske indsats på hjælpemiddelområdet.

.

3.3.2 Siddestillingens betydning for aktivitetsudøvelse – af Alice Hoier

En dårligt tilpasset siddestilling kan bevirke, at kørestolsbrugeren ikke har mulighed for at få hovedet op i lodlinjen, og aflæse samt interagere med omgivelserne, at kørestolsbrugeren får skader på muskler, led og knogler, som følge af en asymmetrisk siddestilling eller uhensigtsmæssig tilpasning af kørestolen, samt at kørestolsbrugeren udvikler smertefulde og livstruende tryksår, grundet en ustabil og ubalanceret siddestilling (53,8). Siddestillingen kan dermed få store konsekvenser for kørestolsbrugers aktivitetsudøvelse, og således påvirke kørestolsbrugers oplevelse af livskvalitet. Konsekvensen kan, ifølge Myhr, være depression, aggressivitet eller passivitet, og kan medføre social isolering samt mental understimulering hos kørestolsbrugeren (54). Ifølge Wemmeborn er det gennem den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen, at ergoterapeuten får de mest valide oplysninger om borgerens fysiske forudsætninger for at indtage og opretholde en siddende stilling (6). Oplysningerne anvender ergoterapeuten når kørestolen tilpasses borgeren, med det formål at borgeren opnår ligevægt i siddestillingen, hvorved de uhensigtsmæssige påvirkninger af kroppen undgås (55). Drejer påpeger desuden, at en siddestillingsanalyse, indeholdende en fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, muliggør at kørestolens siddestilling kan tilpasses kørestolsbrugere, der har udviklet tryksår, således at kirurgiske indgreb og liggende aflastning af tryksåret kan undgås (56). Set i et ergoterapifagligt perspektiv, kan indførelse af en systematisk fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager, således være med til at fastholde kørestolsbrugers aktivitetsudøvelse, på kort og på langt sigt.

4. Design og litteratursøgning

Afsnittet præsenterer det valgte studiedesign, herunder det videnskabsteoretiske grundlag samt litteratursøgning.

4.1 Studiedesign – af Anne Otzen

For at beskrive den ergoterapeutiske praksis, på landsplan, ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager, blev der valgt en tværsnitsundersøgelse, i form af et struktureret spørgeskema. Designet er en kvantitativ forskningsmetode.

Designet blev valgt, fordi det på kort tid indsamler store datamængder og producerer statistisk generaliserbar viden, indenfor et præcist defineret område (57).

Forskningsmetoden muliggjorde en beskrivelse af, hvilke metoder og procedurer ergoterapeuter anvender i forbindelse med fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, samt en beskrivelse af kvaliteten af denne praksis, gennem falsificering af de opstillede hypoteser

4.1.1 Videnskabsteoretisk grundlag – af Anne Otzen

Kvantitativ forskningsmetode er baseret på naturvidenskaben. Naturvidenskaben bygger på et objektivt vidensideal, som har afsæt i den positivistiske videnskabsfilosofi. Ifølge den logiske positivisme er alt, der kan observeres, målbart. Filosofien beskriver at alt kan gøres målbart ved en analytisk opdeling af objekterne, hvorved de naturlige matematiske love kan forklare og forudsige enhver hændelse. Sammenhænge ses således som en direkte forbindelse mellem årsag og virkning. Dermed er kvantitativ forskningsmetode velegnet i studier, hvor objektet der søges beskrevet, kan opdeles og måles i mindre enheder, for gennem databearbejdningen at blive sat sammen til en helhed. Den kvantitative forskningsmetode giver tillige mulighed for at undersøge sammenhænge mellem årsag og virkning gennem falsificering af de opstillede hypoteser (58).

4.2 Litteratursøgning – af Alice Hoier

For at opnå baggrundsviden, om betydningen af en fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager, blev der søgt forskningsbaseret litteratur i databaserne PubMed, Cinahl, Pedro, Cochrane, Swemed+ samt OTseeker. De anvendte søgeord var Wheelchairs, Assistive device, Physical examination, Administrative district, Hands on, Occupational therapy, Sitting, Sitting posture, Practice, Research samt Meaning. Der blev anvendt Mesh terms i form af OR, samt afprøvet forskellige kombinationer ved hjælp af AND i søgningen, for at få flest mulige resultater. Desuden blev der håndsøgt i tidsskrifterne Ergoterapeuten og Fysioterapeuten. De refererede artikler er valgt ud fra deres relevans for bachelorprojektets problemstilling, samt ud fra kriteriet om at være forskningsbaseret viden, da der ikke var mange brugbare resultater.

Eksempel på bachelorprojektets søgematrix:

Søgeord på engelsk	Occupational therapy AND	Practice AND	Administrative district AND	Sitting AND	occupational adaption AND	Wheelchair AND	Physical examination		
Synonymer (mesh)	Therapy, Occupational	Practice Association, Independent	Counties	Musculoskeletal Equilibrium		Wheelchair	Examination, Physical		
	Occupational Therapies	PA (Individual Practice Association)	County	Equilibrium, Musculoskeletal		Wheel Chairs	Examinations, Physical		
	Therapies, Occupational	PAs (Individual Practice Association)	Islands	Postural Equilibrium		Chair, Wheel	Physical Examinations		
		Practice Association, Individual	Island	Equilibrium, Postural		Chairs, Wheel	Physical Examinations and Diagnoses		
		Individual Practice Associations	Geography, Medical	Balance, Postural		Wheel Chair			
		PA (Independent Practice Association)	Geographies, Medical						
		PAs (Independent Practice Association)	Medical Geographies						
		Association, Independent Practice	Medical Geography						
		Associations, Independent Practice	Human Geography						
		Independent Practice Association	Geography, Human						
		Practice Associations, Independent	Administrative Districts						
		Association, Individual Practice	Administrative District						
		Associations, Individual Practice	District, Administrative						
		Individual Practice Association	Districts, Administrative						
		Practice Associations, Individual	Geographic Factors						
			Geographic Factor						
			Factor, Geographic						
			Factors, Geographic						
Database								Søgeresultater	Artikler til gennemlæsning
Pubmed	29437	617043	38679	4230		143	5351	970248	0
Pedro	987	2311	0	203		0	64	284	0
Cinahl	20918	285934	0	3627		6	4500	21787	0
cochrane	1229	5	41	10993		0	127	51616	0
SwelMed+	1576	8911	51	48		125	99	3413	0

5. Tværsnitsundersøgelse af nuværende praksis

Afsnittet præsenterer anvendt materiale og anvendte metoder i tværsnitsundersøgelsen.

5.1 Materiale – af Anne Otzen

Der søgtes viden om ergoterapeutisk praksis ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager, hvorfor materialet blev hentet blandt kommunalt ansatte ergoterapeuter.

5.1.1 Inklusionskriterier – af Anne Otzen

For at få den dybest mulige viden på området, blev følgende inklusionskriterier for undersøgelsens informanter opstillet:

- Være ergoterapeutuddannet
- Være kommunalt ansat
- Have til opgave at tilpasse kørestole

5.2 Metode

5.2.1 Udvalgelse af informanter – af Anne Otzen

Hjemmesiderne hos landets 98 kommuner blev frekventeret, for at finde e-mailadresser til kommunernes hjælpemiddelenheder. Det var ikke muligt at finde e-mailadresser på alle kommuners hjælpemiddelenheder. Derfor blev der sendt en kontaktemail, til kommuner som ikke oplyste den ønskede e-mailadresse på deres hjemmeside, indeholdende en kort beskrivelse af undersøgelsen samt inklusionskriterier for deltagelse, og efterspurgt e-mailadresser på de af kommunens ergoterapeuter som havde til opgave at tilpasse kørestole, bilag B. Kommuner, som hverken oplyste kommunens eller hjælpemiddelenhedens e-mailadresse på deres hjemmeside, blev kontaktet pr telefon for at få oplyst e-mailadresse på kommunens hjælpemiddelenhed. I den proces oplyste nogle kommuner de relevante e-mailadresser over telefonen, andre sagde nej tak til at deltage, og andre igen bad om en e-mailadresse og sendte efterfølgende de efterspurgte e-mailadresser. Samtidig ønskede nogle kommuner mere information om undersøgelsen, og fik tilsendt kontaktemailen. Undervejs i indsamlingen fremgik det, fra de kommuner som havde modtaget kontaktemailen, at denne ikke var fyldestgørende. Derfor blev der sendt en ny mail, bilag C, til samtlige af de kommuner, som ikke havde reageret på kontaktemailen, til de kommuner som havde modtaget kontaktemailen og efterspurgt mere information, samt til kommuner som havde takket nej til at deltage, af tidsmæssige årsager og fordi de ikke kunne se relevansen af tværsnitsundersøgelsen. Da 10 kommuner valgte at oplyse en samleadresse, og selv stå for at videresende spørgeskemaet internt, blev der indsamlet 284 e-mailadresser, på 358 informanter, fordelt på 78 kommuner, se bilag D.

5.2.2 Udarbejdelse af spørgeskema – af Anne Otzen

Spørgeskemaet, bilag E, blev udformet i SurveyXact (59). Programmet gav mulighed for spring mellem spørgsmålene, hvorved spørgsmålene kunne adresseres præcist, ift. relevans for den enkelte informant. Mængden af spørgsmål lå i et interval fra 6 til 14 spørgsmål pr informant. Spørgsmål og svarmuligheder blev forsøgt formuleret så objektivt som muligt, i tråd med det valgte studiedesigns videnskabsteoretiske fundament. Launsø og Rieper's anbefalinger til strukturerede spørgeskemaer blev anvendt i udarbejdelsen af spørgeskemaet (60), hvorfor spørgeskemaet benyttede en blanding af latinske og danske gloser, og de stillede spørgsmål blev struktureret til udelukkende at beskrive anvendte procedurer og metoder ift. fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, samt hvordan kvaliteten af disse var. Svarmuligheden "ved ikke" blev bevidst reduceret, og svarkategorierne udformet, så det ikke var muligt at vælge en gylden middelvej. Hvor det gav mening, var svarmuligheden "nævn" tilføjet, som en præcision af svaret, og det blev oplyst, når det var muligt at vælge flere svar.

5.2.3 Pilottest – af Alice Hoier

Med udgangspunkt i Launsø og Rieper's anbefalinger (60), blev spørgeskemaet testet før brug. Projekt Siddestillings to projektansvarlige ergoterapeuter blev rekrutteret som testpersoner. Spørgeskemaet blev udarbejdet, og derpå testet af testpersonerne. Herefter blev der udført ændringer, på baggrund af testpersonernes kritik, og derpå blev spørgeskemaet testet for anden gang, og efterfølgende fundet egnet til undersøgelsen. De to testpersoner blev ekskluderet fra spørgeskemaundersøgelsen.

5.2.4 Dataindsamling – af Alice Hoier

Indsamlingen af data tog udgangspunkt i Launsø og Rieper's anbefalinger for dataindsamling (60). Spørgeskemaet blev sendt som et link, vedhæftet en rundsendt e-mail til informanterne. I e-mailen blev formålet med tværsnitsundersøgelsen samt det forventede tidsforbrug på besvarelse af spørgeskemaet oplyst. Herudover blev informanterne garanteret anonymitet i undersøgelsen og gjort opmærksomme på tidsfristen for besvarelse af spørgeskemaet. Det blev ligeledes oplyst at deltagelse i tværsnitsundersøgelsen var frivillig, samt hvor og hvornår informanterne kunne læse resultaterne af tværsnitsundersøgelsen i dette bachelorprojekt. Selve spørgeskemaet startede med en kort introduktion, bestående af undersøgernes definition på fysisk undersøgelse, forklaring på spørgeskemaets ordvalg, samt, at det af det enkelte spørgsmål fremgik, når der var mulighed for at vælge flere svar på spørgsmålet. Spørgeskemaet var konstrueret i it programmet SurveyXact (59), dermed kom svarene retur til undersøgerne, i samme øjeblik informanterne klikkede på "Afslut" efter det sidste spørgsmål.

5.2.5 Etiske overvejelser – af Alice Hoier

Tværsnitsundersøgelsen blev gennemført i overensstemmelse med de forskningsmæssige etiske retningslinjer, i henhold til Helsinki Deklarationen af oktober 2008 (61). De mulige informanter gav tilladelse til at få tilsendt spørgeskemaet. Det blev forsøgt undgået at forstyrre alle, som ikke var indeholdt i tværsnitsundersøgelsens inklusionskriterier. De mulige informanter blev oplyst om, hvad tværsnitsundersøgelsens formål var, at deltagelse i tværsnitsundersøgelsen var frivillig, samt garanteret anonymitet i bachelorprojektet. Spørgeskemaet blev struktureret til udelukkende at beskrive informanternes praksis ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager, samt til at besvarelsen kunne foretages indenfor et tidsrum på 3-5 minutter. Der var ikke personfølsomme data involveret i tværsnitsundersøgelsen, og det blev derfor besluttet ikke at indhente tilladelse fra datatilsynet i forbindelse med opbevaring og behandling af data (62). De anvendte e-mailadresser i tværsnitsundersøgelsen blev opbevaret på USB stik i en aflåst skuffe, i privat hjem, hos den ene undersøger, som det lovbefales i Persondataloven om forsvarlig opbevaring § 28 og § 41 (63). De anvendte e-mailadresser blev destrueret efter ophør af tidsfristen for besvarelse af spørgeskemaet.

5.2.6 Databearbejdning – af Alice Hoier

Inden databearbejdningen blev besvarelsene gennemgået, og mangelfuldt besvarede spørgeskemaer frasorteret, jf. Launsø og Rieper's anbefalinger for databearbejdning (64). Dernæst blev besvarelsene kodet kommunevis med variablerne 1-70 for de deltagende kommuner. Den deskriptive statistik blev udtrukket gennem univariat analyse af alle spørgsmål, og den analytiske statistik gennem bivariat analyse af besvarelsene i SurveyXact (59). For at verificere eller falsificere bachelorprojektets A og B hypoteser blev der beregnet Odds Ratio (OR). Dernæst blev der beregnet konfidensintervaller for at belyse signifikansniveauet af OR (65).

5.3 Projektets kvalitet – af Anne Otzen

Den interne validitet i tværsnitsundersøgelsen blev vurderet som god. Gennem pilottests blev spørgsmål og svarmuligheder testet af de 2 projektansvarlige ergoterapeuter i projekt Siddestilling. Konklusionen var, at spørgeskemaet undersøgte den manglende baggrundsviden, om hvilke metoder og procedurer kommunalt ansatte ergoterapeuter anvender ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Der var 358 mulige informanter, hvilket blev fundet egnet til at kunne producere generaliserbar viden. Det vurderedes derfor at den eksterne validitet var god. Spørgeskemaets reliabilitet blev vurderet som værende rimelig. Launsø og Rieper's kriterier for strukturerede spørgeskemaer blev anvendt i udarbejdelsen af spørgeskemaet (60). Dog var spørgeskemaets ækvivalens og stabilitet afhængig af eventuelle ændringer i kommunalt ansatte ergoterapeuters praksis ift. fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager, samt afhængig af informanternes fortolkning af de af undersøgerne opstillede svarmuligheder (60).

6. Resultatafsnit

Afsnittet præsenterer stikprøven, deskriptiv statistik af procedurer og metoder, samt deskriptiv og analytisk statistik af kvaliteten af procedurer og metoder i forbindelse med kommunalt ansatte ergoterapeuters praksis ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager.

6.1 Præsentation af stikprøven – af Anne Otzen

Der blev indsamlet 188 besvarelser, hvoraf de 7 besvarelser var delvist udfyldte. For at minimere risiko for bias i undersøgelsens resultater, blev de 7 delvist udfyldte besvarelser frasorteret inden databearbejdelsen, jf. Launsø og Rieper's anbefalinger for dataklargøring (64). Stikprøven bestod dermed af 181 besvarelser fordelt på 70 kommuner. Se flowchart, bilag D.

6.2 Præsentation af de væsentligste resultater – af Anne Otzen

De kommunale procedurer for ergoterapeutisk praksis, ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager, beskrives på kommunebasis. I tilfælde med uoverensstemmelse mellem svar fra samme kommune, er disse svar talt med i svarmuligheden "Ved ikke". Dette gælder ift. hvordan den fysiske undersøgelse er organiseret på arbejdspladsen, samt ift. om arbejdspladsen har beskrevet procedurer for, hvornår der skal foretages en fysisk undersøgelse af siddestillingen med borgeren siddende, såvel som med borgeren liggende. Kommunalt ansatte ergoterapeuters metoder ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager, beskrives på respondentbasis. Stikprøvens størrelse varierer i de bragte resultater, da spørgsmålene blev adresseret efter relevans for den enkelte informant. I resultaterne der beskriver kvaliteten af anvendte procedurer, varierer stikprøven ligeledes, da respondenter fra kommuner med uoverensstemmelse i svarerne blev frasorteret inden analysen.

6.2.1 Beskrivelse af anvendte procedurer

Arbejdspladsens organisation af fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager:

	Kommuner	Procent
Varetages af teams med speciale i siddestilling	9	12,9 %
Varetages af alle terapeuter som tilpasser kørestole	35	50,0 %
Varetages af ekstern rådgivning/konsulent	5	7,1 %
Ved ikke	21	30,0 %
I alt	n= 70	100,0 %

Tabel 6.0

Det var kun én kommune som svarede ”ved ikke”. De resterende 20 kommuner blev talt med i ”ved ikke”, fordi der var uoverensstemmelse mellem svarerne fra de respondenter der tilhørte disse kommuner.

Hvor tit der udføres fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager:

Kommuner, hvor fysisk undersøgelse varetages af teams med speciale i siddestilling			Kommuner hvor fysisk undersøgelse varetages af konsulent /rådgivning		
	Respondenter	Procent		Respondenter	Procent
Aldrig	0	0,0 %		2	7,7 %
Sjældent	7	17,9 %		3	11,5 %
Ofte	21	53,8 %		12	46,2 %
Altid	11	28,2 %		7	26,9 %
Ved ikke	0	0,0 %		2	7,7 %
I alt	n= 39	100,0 %		n= 26	100,0 %

Tabel 6.1

Har arbejdspladsen beskrevet procedurer for, hvornår der skal foretages fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager:

Med borgeren <i>siddende</i>			Med borgeren <i>liggende</i>		
	Kommuner	Procent		Kommuner	Procent
Ja	5	7,1 %		4	5,7 %
Nej	52	74,3 %		61	87,2 %
Ved ikke	13	18,6 %		5	7,1 %
I alt	n= 70	100,0 %		n= 70	100,0 %

Tabel 6.2

6.2.2 Beskrivelse af anvendte metoder

Fysisk undersøgelse af borgeren siddende forgår:

I kørestolen	Respondenter	Procent
Aldrig	1	0,9 %
Sjældent	6	5,7 %
Ofte	71	67,0 %
Altid	28	26,4 %
I alt	n= 106	100,0 %

I lænestol el. lign.

Aldrig	38	35,8 %
Sjældent	50	47,2 %
Ofte	17	16,0 %
Altid	1	0,9 %
I alt	n= 106	100,0 %

På spisestuestol el. lign.

Aldrig	13	12,3 %
Sjældent	63	59,4 %
Ofte	28	26,4 %
Altid	2	1,9 %
I alt	n= 106	100,0 %

På briks

Aldrig	48	45,3 %
Sjældent	41	38,7 %
Ofte	14	13,2 %
Altid	3	2,8 %
I alt	n= 106	100,0 %

Tabel 6.3

Fysiske funktioner som oftest undersøges i den siddende stilling:

Fysisk funktion	Respondenter	Procent
Balance	88	83,0 %
Alignment	71	67,0 %
Rotation over bækken og columna	70	66,0 %
Bækkenmobilitet ift. columna	49	46,2 %
Bækkenmobilitet ift. hofteleddet	50	47,2 %
Bækkenskævstand	96	90,6 %
Hasemuskulaturens fleksibilitet	45	42,5 %
Placeringen af sædeknuder	76	71,7 %
I alt	n= 106	100,0 %

Tabel 6.4

Fysisk undersøgelse af borgeren liggende foregår:

I sengen

Aldrig	3	8,1 %
Sjældent	8	21,6 %
Ofte	19	51,4 %
Altid	7	18,9 %
I alt	n= 37	100,0 %

I kipbar kørestol

Aldrig	27	73,0 %
Sjældent	9	24,3 %
Ofte	1	2,7 %
Altid	0	0,0 %
I alt	n= 37	100,0 %

På briks

Aldrig	10	27,0 %
Sjældent	14	37,8 %
Ofte	8	21,6 %
Altid	5	13,5 %
I alt	n= 37	100,0 %

Tabel 6.5

Fysiske funktioner som oftest undersøges i den liggende stilling:

Fysisk funktion	Respondenter	Procent
Bækkenmobilitet, frem- og bagudkip	30	81,1 %
Bækkenmobilitet ift. bækkenskævstand	27	73,0 %
Bækken rotation ift. columna	25	67,6 %
Hvor stor hofte fleksionen er	34	91,9 %
Hvor stor hofte abduktionen er	22	59,5 %
Hvor stor hofte adduktionen er	21	56,8 %
Hvor stor hofte indadrotationen er	25	67,6 %
Hvor stor hofte udadrotationen er	25	67,6 %
Hvor fleksibel hasemuskulaturen er	27	73,0 %
Hvor stor knæ fleksionen er	30	81,1 %
Hvor stor knæ ekstensionen er	28	75,7 %
Hvor stor dorsal fleksion i foden er	25	67,6 %
Hvor stor plantar fleksion i foden er	24	64,9 %
I alt	n= 37	100,0 %

Tabel 6.6

Årsager til ikke at foretage fysisk undersøgelse med borgeren *siddende*:

Årsager	Respondenter	Procent
Manglende tid	3	30,0 %
Manglende kompetencer	6	60,0 %
Kulturen på arbejdspladsen	2	20,0 %
Oplever ikke behov ift. sine kørestolssager	4	40,0 %
Har ikke og kan ikke opsøge de fysiske rammer for en siddende undersøgelse	3	30,0 %
I alt	n= 10	100,0 %

Tabel 6.7

Årsager til ikke at foretage fysisk undersøgelse med borgeren *liggende*:

Årsager	Respondenter	Procent
Manglende tid	3	30,0 %
Manglende kompetencer	6	60,0 %
Kulturen på arbejdspladsen	2	20,0 %
Oplever ikke behov ift. sine kørestolssager	4	40,0 %
Har ikke og kan ikke opsøge de fysiske rammer for en liggende undersøgelse	4	40,0 %
I alt	n= 10	100,0 %

Tabel 6.8

6.2.3 Beskrivelse af kvaliteten af anvendte procedurer

Frekvens af, hvor ofte terapeuten gentagne gange vender tilbage til borgeren, for at rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere, fordelt på arbejdspladsens organisering af fysisk undersøgelse:

Frekvens	Kommuner hvor fysisk undersøgelse udføres af alle terapeuter		Kommuner hvor fysisk undersøgelse udføres af teams med speciale i siddestilling		Kommuner hvor fysisk undersøgelse udføres af konsulent/rådgivning	
	Respondenter	Procent	Respondenter	Procent	Respondenter	Procent
Aldrig	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Sjældent	33	47,1 %	3	20,0 %	4	66,7 %
Ofte	37	52,9 %	12	80,0 %	2	33,3 %
Altid	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
I alt	70	100,0 %	15	100,0 %	6	100,0 %

Tabel 6.9 n= 91, da kommuner med uoverensstemmelse i svarerne er frasortet

Frekvens af, hvor ofte terapeuten gentagne gange vender tilbage til borgeren, for at rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere, fordelt på hvorvidt arbejdspladsen har beskrevet procedurer for, hvornår der skal foretages fysisk undersøgelse med borgeren *siddende* i kørestolssager:

Frekvens	Arbejdspladser med beskrevet procedure for, hvornår der skal foretages fysisk undersøgelse med borgeren <i>siddende</i>		Arbejdspladser <i>uden</i> beskrevet procedure for, hvornår der skal foretages fysisk undersøgelse med borgeren <i>siddende</i>	
	Respondenter	Procent	Respondenter	Procent
Aldrig	0	0,0 %	0	0,0 %
Sjældent	4	57,1 %	48	43,2 %
Ofte	3	42,9 %	63	56,8 %
Altid	0	0,0 %	0	0,0 %
I alt	7	100,0 %	111	100,0 %

Tabel 6.10 n= 118, da respondenter fra kommuner med uoverensstemmelse i svarene er frasortet

Frekvens af, hvor ofte terapeuten gentagne gange vender tilbage til borgeren, for at rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere, fordelt på hvorvidt arbejdspladsen har beskrevet procedurer for, hvornår der skal foretages fysisk undersøgelse med borgeren *liggende* i kørestolssager:

	Arbejdspladser med beskrevet procedure for, hvornår der skal foretages fysisk undersøgelse med borgeren <i>liggende</i>		Arbejdspladser <i>uden</i> beskrevet procedure for, hvornår der skal foretages fysisk undersøgelse med borgeren <i>liggende</i>	
Frekvens	Respondenter	Procent	Respondenter	Procent
Aldrig	0	0,0 %	0	0,0 %
Sjældent	3	50,0 %	70	49,0 %
Ofte	3	50,0 %	73	51,0 %
Altid	0	0,0 %	0	0,0 %
I alt	6	100,0 %	143	100,0 %

Tabel 6.11 n= 149, da respondenter fra kommuner med uoverensstemmelse i svarene er frasorteret

Sker det, trods vejledning fra konsulent eller specialrådgivning, at terapeuten mangler viden om borgerens siddestilling ift.:

Opgaver	Respondenter	Procent
Valg af kørestol	5	19,2 %
Tilpasning af kørestol	8	30,8 %
Instruktion til plejepersonale og pårørende	11	42,3 %
Andet	8	30,8 %
I alt	n= 26	100,0 %

Tabel 6.12

Af de otte respondenter, som har svaret ”andet”, nævner syv respondenter at de ikke mangler viden efter vejledning fra konsulent/specialrådgivning, og en respondent forstod ikke spørgsmålet.

6.2.4 Beskrivelse af kvaliteten af anvendte metoder

Hvad terapeuter mener, at fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, med borgeren liggende kan:

Give bedre resultat ift. kørestolstilpasning	Respondenter	Procent
Ja	33	89,2 %
Nej	2	5,4 %
Ved ikke	2	5,4 %
I alt	n= 37	100,0 %

Spare tid, på sigt, i kørestolssager		
Ja	29	78,4 %
Nej	4	10,8 %
Ved ikke	4	10,8 %
I alt	n= 37	100,0 %

Give dig mere viden som terapeut i sagen		
Ja	36	97,3 %
Nej	1	2,7 %
Ved ikke	0	0,0 %
I alt	n= 37	100,0 %

Øge dine terapeutfaglige kompetencer på siddestillingsområdet		
Ja	32	86,5 %
Nej	1	2,7 %
Ved ikke	4	10,8 %
I alt	n=37	100,0 %

Tabel 6.13

Om terapeuter mener der bør være en systematisk fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager:

	Bør der være en systematisk praksis med fysisk undersøgelse af borgeren <i>siddende</i>		Bør der være en systematisk praksis med fysisk undersøgelse af borgeren <i>liggende</i>	
	Respondenter	Procent	Respondenter	Procent
Ja	94	88,7 %	30	81,1 %
Nej	12	11,3 %	7	18,9 %
I alt	n= 106	100,0 %	n= 37	100,0 %

Tabel 6.14

Årsagen til variationen i stikprøven skyldes at 106 respondenter udfører siddende undersøgelse, og 37 respondenter udfører liggende undersøgelse

Frekvens af hvor ofte terapeuten gentagne gange vender tilbage til borgeren, for at rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere, fordelt på hvorvidt der udføres fysisk undersøgelse med borgeren *siddende*:

Frekvens	Terapeuter der udfører fysisk undersøgelse med borgeren <i>siddende</i>		Terapeuter der <i>ikke</i> udfører fysisk undersøgelse med borgeren <i>siddende</i>	
	Respondenter	Procent	Respondenter	Procent
Aldrig	0	0,0 %	0	0,0 %
Sjældent	56	52,8 %	3	30,0 %
Ofte	50	47,2 %	7	70,0 %
Altid	0	0,0 %	0	0,0 %
I alt	n= 106	100,0 %	n= 10	100,0 %

Tabel 6.15

Frekvens af hvor ofte terapeuten gentagne gange vender tilbage til borgeren, for at rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere, fordelt på hvorvidt der udføres fysisk undersøgelse med borgeren *liggende*:

Frekvens	Terapeuter der udfører fysisk undersøgelse med borgeren <i>liggende</i>		Terapeuter der <i>ikke</i> udfører fysisk undersøgelse med borgeren <i>liggende</i>	
	Respondenter	Procent	Respondenter	Procent
Aldrig	0	0,0 %	0	0,0 %
Sjældent	17	45,9 %	39	56,5 %
Ofte	20	54,1 %	30	43,5 %
Altid	0	0,0 %	0	0,0 %
I alt	n= 37	100,0 %	n= 69	100,0 %

Tabel 6.16

6.2.5 Hypoteser

A: Ergoterapeuter som udfører fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, med borgeren liggende, i kørestolssager, opnår øgede kompetencer som terapeut i den enkelte sag.

B: Antallet af tilbagevendende besøg hos samme kørestolsbruger kan reduceres, ved systematisk brug af fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne.

Tabel 6.12 verificerer A hypotesen, da 97,3 % af respondenterne svarer ja på spørgsmålet. Dog skal det pointeres, at der ikke er noget videnskabeligt bevis herfor. Verificeringen af A hypotesen bygger alene på de praksiserfaringer som ergoterapeuter, der udfører fysisk undersøgelse med borgeren liggende har gjort sig.

For at besvare B hypotesen opstilles en 2x2 tabel over resultaterne i tabellerne 6.15 og 6.16 (65):

Tabel 6.15

Frekvens	Respondenter som udfører fysisk undersøgelse med borgeren <i>siddende</i>	Respondenter som <i>ikke</i> udfører fysisk undersøgelse med borgeren <i>siddende</i>
Ofte/altid	50	7
Sjældent/aldrig	56	3

OR= 2,61. Dermed er chancen for, at terapeuter der ikke udfører fysisk undersøgelse med borgeren siddende, skal vende tilbage for at rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere 2,61 gange større, end for de terapeuter som udfører en fysisk undersøgelse med borgeren siddende.

Konfidensintervallet = 0,64 til 10,7. Der er ingen signifikant forskel på de to grupper. Resultatet kan derfor bero på en tilfældighed, og det kan ikke verificeres, at det er den fysiske undersøgelse med borgeren siddende, som er afgørende for hvor ofte ergoterapeuten skal tilbage og rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere.

Tabel 6.16

Frekvens	Respondenter som udfører fysisk undersøgelse med borgeren <i>liggende</i>	Respondenter som <i>ikke</i> udfører fysisk undersøgelse med borgeren <i>liggende</i>
Ofte/altid	20	30
Sjældent/aldrig	17	39

OR= 0,6. Dermed er chancen for, at terapeuter der anvender fysisk undersøgelse med borgeren liggende, skal vende tilbage for at rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere 0,6 gange større, end for de terapeuter som ikke anvender fysisk undersøgelse med borgeren liggende.

Konfidensinterval = 0,29 til 1,45. Der er ingen signifikant forskel på de to grupper. Resultatet kan således bero på en tilfældighed, og det kan ikke verificeres, at det er den fysiske undersøgelse med borgeren liggende, som er afgørende for hvor ofte terapeuten skal tilbage og rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere,

B-hypotesen falsificeres dermed gennem tværsnitsundersøgelsens resultater.

7. Diskussionsafsnit

Afsnittet argumenterer for de valg der blev truffet, i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af tværsnitsundersøgelsen.

7.1 Diskussion af studiedesign og litteratursøgning

7.1.1 Studiedesign – af Anne Otzen

Det anvendte design blev valgt, da det var undersøgernes ønske, at få så repræsentativt et billede af ergoterapeuters praksis ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager som muligt. De institutionelle rammer for denne praksis spænder så vidt, at den dårligt havde ladet sig beskrive ved at udvælge nogle få kommuner som repræsentanter for området. Tværsnitsundersøgelsens resultater viste, at en del respondenter måtte udelades af de bivariate analyser, da der ikke var overensstemmelse mellem respondenternes svar ift. hvordan den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager var organiseret på deres arbejdsplads, samt hvorvidt der på arbejdspladsen var beskrevet procedurer for den fysiske undersøgelse i kørestolssager. En undersøgelse i mindre målestok, kunne derfor have bevirket, at nogle af tværsnitsundersøgelsens punkter ikke blev besvaret. Derfor måtte undersøgerne have haft mulighed for at udvælge kommuner, hvor der ikke var uoverensstemmelse mellem respondenternes svar. Det betød, at undersøgerne skulle i dialog med kommunerne, for at finde frem til egnede deltagere, hvilket kunne få indflydelse på tværsnitsundersøgelsens objektivitet, og dermed være i modstrid med det videnskabsteoretiske fundament for tværsnitsundersøgelsen. Tværsnitsundersøgelsen kunne, jf. Launsø og Rieper, også have været udført som et telefoninterview (66). Mangelfulde besvarelser, samt muligheden for at spørgsmålene ikke blev forstået, kunne dermed undgås. Dermed havde det måske ikke været nødvendigt, at frasortere mangelfulde svar, og som følge deraf udelukke tre kommuner fra tværsnitsundersøgelsen. Dog kan der argumenteres for, at det kræver stor øvelse, at forblive objektiv i rollen som interviewer (67). Derudover kræves der et stort ressourceforbrug i organisering og gennemførelse af 358 telefoninterviews. Det ville også have krævet mere af respondenternes tid, både før og under interviewet, hvilket ikke var etisk forsvarligt, jf. retningslinjer for kliniske forsøg (68).

7.1.2 Litteratursøgning

Der blev søgt bredt i relevante databaser og fagblade, for at finde forskningsbaseret viden, der kunne belyse tværsnitsundersøgelsens problemformulering. MESH termer blev anvendt, for at understøtte en grundig søgning og dermed nedsætte risikoen for at overse artikler af relevans. Der blev ikke fundet forskningsbaseret viden om fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, hvilket betød, at det ikke var muligt at lave et teoriafsnit i bachelorprojektet om fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen. Resultaterne fra søgningen betød tillige, at det blev nødvendigt at anvende artikler, som ikke var forskningsbaserede i bachelorprojektet, for at belyse relevansen af bachelorprojektets problemformulering. Ulempen ved dette var, at bachelorprojektet dermed kunne anses som værende af mindre god kvalitet. Omvendt var det undersøgernes opfattelse, at litteratursøgningens resultater understregede manglen på evidensbaseret viden om fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen. Denne mangel legitimerede dermed formålet med bachelorprojektet, som netop var, at undersøge hvilken konsensus der var for brug af fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i kørestolssager.

7.2 Metode

7.2.1 Udvalgelse af informanter – af Anne Otzen

Hjælpemiddelformidling varetages af forskellige faggrupper, og ikke alle kommunalt ansatte ergoterapeuter tilpasser kørestole. Fremgangsmåden blev valgt, da det jf. Matzen, var essentielt for kvaliteten af undersøgelsen, at minimere risikoen for selektionsbias (69), og få flest mulige svar fra personer som opfyldte inklusionskriterierne, samt af etiske årsager var unødvendigt, at forstyrre personer udenfor inklusionskriterierne med undersøgelsen. I processen med at hverve informanter, blev undersøgerne bekendt med det faktum, at den udsendte kontaktemail til informanterne var mangelfuld. Ikke alle modtagere af kontaktemailen havde bemærket, at det var ergoterapeuter der blev efterspurgt e-mailadresser på. Flere fysioterapeuter sendte deres e-mailadresse og ønskede at deltage i tværsnitsundersøgelsen. Samtidig var der ergoterapeuter som ønskede mere viden om tværsnitsundersøgelsen. Derfor blev der udarbejdet en ny mail til informanterne, som var mere uddybende ift. undersøgelsens formål og målgruppe. Fysioterapeuter som havde sendt deres e-mailadresser blev ikke inkluderet i tværsnitsundersøgelsen. Der blev sendt en e-mail, hvori undersøgerne beklagede at måtte udelukke dem som informanter. Dette arbejde kunne muligvis have været undgået, hvis alle hjælpemiddelenheder var blevet kontaktet telefonisk. En telefonisk kontakt havde muligvis også kunnet skabe en mere personlig relation til hjælpemiddelenhederne, og dermed være med til at motivere informanterne til at deltage i tværsnitsundersøgelsen. Af de 20 kommuner, som ikke ønskede at deltage i tværsnitsundersøgelsen, oplyste syv kommuner, at årsagen var tidsmangel, og fem kommuner angav som årsag, at de anvendte konsulent eller rådgivning til at foretage fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, og derfor ikke kunne se noget formål med at deltage. Nogle af disse kommuner kunne måske have været inkluderet som mulige informanter, hvis den kontaktemail der blev udsendt, havde været mere uddybende, ift. det forventede tidsbrug i besvarelsen af spørgeskemaet samt ift. baggrunden og formålet med tværsnitsundersøgelsen.

7.2.2 Udarbejdelse af spørgeskema – af Anne Otzen

Der blev forventet store forskelle fra kommune til kommune, og ergoterapeuterne imellem ift. til organisation og praksis af den fysiske undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Der var derfor brug for et fleksibelt spørgeskema så urelevante spørgsmål kunne undgås. Ved at anvende SurveyXact blev det informantens svar, som dikterede hvilke spørgsmål informanten blev stillet. Eksempelvis spørgsmålet: ”Foretager du fysisk undersøgelse med borgeren siddende?” Hertil kunne informanten vælge mellem svarmulighederne ”ja” og ”nej”. Svarede informanten ja til spørgsmålet, lød næste spørgsmål: ”Hvor foregår den siddende undersøgelse som oftest?”. Svarede informanten derimod nej, lød det næste spørgsmål derimod: ”Hvilke årsager er der til, at du ikke foretager fysisk undersøgelse med borgeren siddende?” Fordelen ved dette var, at spørgsmål som informanten ikke havde forudsætninger for at besvare, blev undgået. Dermed sikredes tværnsnitsundersøgelsen mod confoundingbias (69), samtidig minimeredes muligheden for at informanterne mistede motivationen for at besvare hele spørgeskemaet. Ulempen ved at anvende SurveyXact var, at de indbyggede spring i spørgeskemaet betød, at informanten ikke kunne gå tilbage og rette i sine svar, samt at informanten var nødt til at svare på alle de spørgsmål som informanten blev stillet. Dette kan muligvis være årsag til nogle af de mangelfuldt udfyldte besvarelser. Ulemperne kunne have været undgået med et spørgeskema i papirudgave, eller et elektronisk spørgeskema uden indbyggede spring. Blandingen af latinske og danske termer i spørgeskemaet blev anvendt på baggrund af undersøgernes erfaring med sprogbruget på området, hvorfor det forventedes at denne sprogblending var genkendelig og forståelig blandt informanterne. Dog er undersøgernes erfaring på området funderet på nogle få praktikophold, samt det sprog som har været anvendt i undervisningen, indenfor et geografisk snævert område, og det kan derfor ikke garanteres at denne sprogblending er lige genkendelig overalt i landet. En ulempe ved det kvantitative undersøgelsesdesign, er jf. Launsø og Rieper (70), at man må afgrænse sig til entydige og enkle spørgsmål, som giver mulighed for gyldige svar. Derfor blev svarkategorier der tilbød en ”gylden middelvej” undgået. Ulempen var, at informanterne kunne blive stødt over, ikke at have mulighed for at vælge et hurtigt svar, omvendt var fordelene, at informanterne blev nødt til at nuancere deres svar, i og med at de skulle tage stilling til, om svaret var over eller under middel, hvilket i undersøgernes øjne gav mere beskrivende og velovervejede svar. De to

projektansvarlige ergoterapeuter fra projekt Siddestilling blev involveret i udarbejdelsen af spørgeskemaet, ift. hvilken viden de ønskede genereret. I det samarbejde overså undersøgerne nogle spørgsmål, som også kunne have været væsentlige at stille, ift. den senere dataanalyse. Dette kunne muligvis have været undgået, hvis der havde været anvendt en erfaren forsker på hjælpemiddelområdet, som konsulent, i udarbejdelsen af spørgeskemaet. Det er undersøgernes konklusion, at det var en metodefejl at overse denne mulighed.

7.2.3 Pilottest – af Alice Hoier

Der blev anvendt pilottest i overensstemmelse med Launsø og Rieper's anbefalinger (60). Pilottesten muliggjorde brugbar og konstruktiv kritik, hvorved det kunne undgås, at der i spørgeskemaet indgik spørgsmål med bibetydning, sikres at spørgsmålene ikke forekom indforstået samt sikres at spørgeskemaets svarmuligheder var fyldestgørende. Som testpersoner var der behov for personer med erfaring inden for hjælpemiddelområdet og kørestolstilpasning, herunder de metoder og procedurer samt det sprogbrug der anvendes på området. Var pilottesten blevet foretaget med testpersoner udenfor arbejdsfeltet, kunne væsentlig feedback derfor gå tabt, grundet testpersonernes manglende erfaring på området. Da testpersonerne ikke kunne indgå som informanter i tværsnitsundersøgelsen, jf. Launsø og Rieper (60), blev de to projektansvarlige ergoterapeuter fra projekt Siddestilling rekrutteret som testpersoner. De to projektansvarlige ergoterapeuter var i forvejen bekendt med undersøgelsen, og dermed ekskluderet fra tværsnitsundersøgelsen. Ved at anvende de to projektansvarlige ergoterapeuter som testpersoner, blev det dermed undgået at skulle ekskludere flere af de mulige informanter fra tværsnitsundersøgelsen. Ulempen forbundet med at bruge de to projektansvarlige ergoterapeuter som testpiloter var, at de i forvejen kendte til undersøgelsen og dermed havde et indforstået syn på den viden som spørgsmålene skulle generere, hvilket kunne ses i resultaterne for tabel 6.12, hvor syv respondenter manglede muligheden for at kunne svare nej.

7.2.4 Dataindsamling - af Alice Hoier

Der blev anvendt SurveyXact som dataindsamlingsmetode, hvorved det var enkelt, trygt og hurtigt for de mulige informanter at udfylde spørgeskemaet, hvilket forventedes at øge motivationen for at deltage i tværsnitsundersøgelsen. Ved at kunne udfylde spørgeskemaet elektronisk, havde informanterne mulighed for at sikre sig mod, at andre så deres svar, hvilket også kunne have en indflydelse på svarerens gyldighed, og dermed sikre validiteten af tværsnitsundersøgelsen. Derudover hjalp Survey Xact til at undgå bortkommelse af spørgeskemaer, begrænse økonomiske udgifter i forbindelse med dataindsamlingen, øge systematikken i besvarelserne samt overskue manglende besvarelser og lette arbejdet med at fremsende rykkerskrivelser. Ulempen ved at anvende Survey Xact som dataindsamlingsmetode var, at spørgeskemaet ikke kunne gemmes, når informanten var gået i gang med at udfylde det. Dette kunne være årsag til nogle af de frasorterede mangelfulde besvarelser i tværsnitsundersøgelsen. Desuden viste det sig, at ikke alle kommuner anvendte it-programmer der kunne videresende links, og at ikke alle de mulige informanter har været klar over dette. Undervejs i dataindsamlingsprocessen blev undersøgere gjort opmærksomme på problemet, og der blev sendt en e-mail til de kommuner, som var tilmeldt med en samle e-mailadresse. Dette bevirkede at nogle kommuner derpå sendte e-mailadresser på de enkelte informanter, og disse e-mailadresser fik så tilsendt spørgeskemaet. Ud fra de modtagne besvarelser i tværsnitsundersøgelsen sås det, at størstedelen af frafaldet af informanter i tværsnitsundersøgelsen, var fra de kommuner, som havde tilmeldt sig tværsnitsundersøgelsen med en samle e-mailadresse. I processen med at udvælge informanter, blev det oplyst, at spørgeskemaet ville blive sendt som et link. Derfor vurderedes det, at det var en stor metodefejl at antage, at informanterne var klar over, om de med deres kommunale it-programmel var i stand til at videresende links. Fejlen kunne have været undgået, hvis der i processen med at udvælge informanter var blevet stillet det krav, at få oplyst e-mailadresser på de enkelte mulige informanter.

7.2.5 Etiske overvejelser – af Alice Hoier

Der blev i forbindelse med distribution af spørgeskemaet opstillet en mail, med link til spørgeskemaet, hvori de mulige informanter blev informeret om undersøgelsens formål, samt om hvor og hvornår resultaterne af undersøgelsen kunne findes. Samtidig blev det oplyst, at informanterne til hver en tid kunne afstå fra at deltage i tværsnitsundersøgelsen. Dette blev gjort, da undersøgelsen skulle fremstå som værende vigtig for informanterne at deltage i, og for at inddrage informanterne, så de fik et ejerskab til den viden, de var med til at frembringe, ved at få mulighed for at ræsonnere over tværsnitsundersøgelsens resultater. Alle informanter var oplyst om, at undersøgelsen var anonym, og behøvede derfor ikke at frygte at blive genkendt i bachelorprojektet, samt frygte deraf følgende konsekvenser. Der blev ikke indhentet tilladelse fra datatilsynet, da det udelukkende var de mulige informanters arbejdsmails der blev anvendt i dataindsamlingen, og da det blev vurderet at spørgeskemaet ikke indeholdt personfølsomme oplysninger

7.2.6 Databearbejdning – af Alice Hoier

Data blev bearbejdet i SurveyXact programmets analysedel, hvilket gjorde arbejdet med at udtrække statistisk og analytisk beskrivende resultater forholdsvis enkelt og overskueligt, gennem anvendelsen af forskellige variable. Ulempen ved at anvende SurveyXact til databearbejdningen var, at programmets muligheder for at redigere i søjlediagrammer og plotdiagrammer var utilstrækkelige, til at kunne producere overskuelige præsentationer af tværsnitsundersøgelsens resultater, hvorfor alle resultater er bragt i tabelform. Der blev anvendt beregninger af OR, i processen med at verificere eller falsificere bachelorprojektets A og B hypoteser. For at beskrive kvaliteten af den anvendte praksis, var det relevant at estimatisere den relative risiko, for at ergoterapeuterne skulle vende tilbage til kørestolsbrugeren for at rette på siddestillingen eller tilpasse kørestolen yderligere, samt estimatisere den relative risiko for, at ergoterapeuterne opnåede øgede kompetencer ved anvendelse af fysisk undersøgelse i kørestolssager.

7.2.7 Projektets kvalitet – af Anne Otzen

Spørgeskemaet var konstrueret til at beskrive konsensus af kommunalt ansatte ergoterapeuters nuværende praksis ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Reliabiliteten i tværsnitsundersøgelsen, hvad angår spørgeskemaets stabilitet afhænger dermed af, jf. Launsø og Rieper (57), hvorvidt de kommunalt ansatte ergoterapeuter ændrer adfærd ift. til fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Samtidig var stikprøvens størrelse i tværsnitsundersøgelsen ikke pålidelig nok til, at det kan garanteres, at lignende resultater vil fremkomme ved en senere gentagelse af tværsnitsundersøgelsen, selv om de kommunalt ansatte ergoterapeuter ikke ændrer adfærd ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Ækvivalensen kan, på grund af stikprøvens størrelse, heller ikke garanteres. Den interne validitet blev testet ved to pilottests inden brug. Testpersonerne var ergoterapeuter med mange års erfaring som hjælpemiddelterapeuter, og havde desuden speciale i siddestilling. Imidlertid kan der argumenteres for, at testpiloterne med deres tilknytning til tværsnitsundersøgelsen, var indforstået med hvilken viden der blev søgt, og at mere brugbar kritik kunne have været opnået, gennem brug af andre testpiloter. Ledende spørgsmål og personlig kontakt mellem undersøgere og informanter blev forsøgt undgået i hele forskningsprocessen. Selektionsbias blev forsøgt undgået ved at understrege tværsnitsundersøgelsens inklusionskriterier i processen med at udvælge informanter. Sprogbias og confoundingbias blev forsøgt undgået, ved at definere hvad der i spørgeskemaet mentes med fysisk undersøgelse, samt ved at informere om årsagen til det blandende sprogbrug, og ved at bede informanterne om at udfylde spørgeskemaet med udgangspunkt i deres daværende praksis, og ikke med udgangspunkt i evt. tidligere erfaringer (69). For tværsnitsundersøgelser gælder det, at validiteten vokser med antallet af respondenter, jf. Launsø og Rieper (60). Den eksterne validitet af bachelorprojektet blev stærkt påvirket af bortfaldet af respondenter i dataindsamlingsprocessen. Konsekvensen er, at de resultater, som er fremkommet gennem tværsnitsundersøgelsen kun bør ses som et endda forsigtigt estimat, af kommunalt ansatte ergoterapeuters praksis ift. fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Samtidig søger tværsnitsundersøgelsen at beskrive ergoterapeutisk praksis indenfor kørestolssager. Begrebet kørestolssager dækker imidlertid over et meget varieret udbud af kørestole, som transport-, manuel-, elektrisk- og komfortkørestole. Kørestolsbrugerens fysiske

funktionsniveau varierer således også meget i kørestolssager. Dermed påvirkes generaliserbarheden hvilket influerer på kvaliteten af tværsnitsundersøgelsens resultater, da det kan diskuteres, hvor konkret den generede viden egentlig er.

7.3 Diskussion af resultater

7.3.1 Anvendte procedurer og kvaliteten af anvendte procedurer - af Anne Otzen

Resultatet ift. hvordan fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen var organiseret i de enkelte kommuner, tabel 6.0 viste, at man i 21 kommuner ikke vidste det. Det var imidlertid kun én kommune som svarede ”ved ikke”. De resterende 20 kommuner blev talt med i ”ved ikke”, fordi der var uoverensstemmelse mellem svarerne fra de respondenter der tilhørte disse kommuner. Dermed synes resultaterne at beskrive, at der også internt i landets kommuner var store forskelle på, hvordan fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne var organiseret, alt efter hvor i kommunen arbejdspladsen var placeret. Resultatet rejser spørgsmålet om, hvilken betydning det har for ergoterapeuternes daglige praksis, at der internt i kommunen, er forskel på hvordan den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen er organiseret? Og er det sundhedsøkonomisk mere rentabelt ift. kommuner med anden organisering af fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen? Og muliggøres aktivitetsudøvelsen hos alle kommunens kørestolsbrugere lige godt, ved en uens kommunal organisering? Resultatet i tabel 6.0 betød, at respondenterne fra 20 kommuner måtte udelades fra den analyse, tabel 6.9, der forsøger at beskrive hvorledes den kommunale organisering af fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, influerer på kvaliteten af den ergoterapeutiske indsats i kørestolssager, målt på frekvensen af, hvor ofte ergoterapeuterne må vende tilbage til borgeren, for at rette på borgerens siddestilling, eller tilpasse kørestolen yderligere. Det kan diskuteres, hvorvidt kvaliteten af den ergoterapeutiske praksis i kørestolssager, kan beskrives udelukkende ved at se på udførelsen af den fysiske undersøgelse. Mange andre forhold spiller ind på kvaliteten i kørestolssager, eksempelvis undersøgelsen af borgerens fysiske rammer og af borgerens aktivitetsproblematikker, inddragelsen af borgeren som ligeværdig samarbejdspartner i interventionen samt borgerens engagement i aktivitetsudøvelsen. Derfor, og på baggrund

af stikprøvens størrelse, bør resultaterne i ikke tillægges nogen videre betydning, dog kan de rejse flere spørgsmål. Tabel 6.9 viste at 80 % af ergoterapeuterne, fra kommuner hvor fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen blev varetaget af teams med speciale i siddestilling, ofte måtte vende tilbage for at rette på borgerens siddestilling, eller tilpasse kørestolen yderligere, hvorimod tallet var 52,9 % for de ergoterapeuter, som kom fra kommuner, hvor fysisk undersøgelse blev varetaget af alle terapeuter der tilpassede kørestole, og 33,3 % for de ergoterapeuter, som kom fra kommuner hvor fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen blev varetaget af ekstern konsulent eller rådgivning. Disse tal kan lede til den konklusion, at det ikke er sundhedsøkonomisk rentabelt for kommunerne, samt hensigtsmæssigt for borgerne, at have teams med speciale i siddestilling. Her er det vigtigt at huske, at ergoterapeuterne som sidder i teams med speciale i siddestilling, også er de ergoterapeuter som varetager de meget svære siddestillingssager, og at resultatet derfor mere peger i retning af, hvor kompliceret en siddestillingssag kan være, og at der stadig er brug for mere viden, for at muliggøre aktivitetsudøvelsen hos kørestolsbrugere. At det kun var 33,3 % af ergoterapeuterne fra kommuner, som anvendte konsulent eller rådgivning ift. fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, der ofte vendte tilbage, peger i retning af, at denne organisering kan være mere hensigtsmæssig ift. at muliggøre kørestolsbrugeres aktivitetsudøvelse, og jf. Sprigle (4) kunne det derfor være interessant at undersøge hvordan sammenhængen, både mellem kommunernes udgifter til fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen og til behandling samt pleje af opståede fejlstillinger og tryksår hos kørestolsbrugere er, ift. kommunernes organisering af fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen. Af tabel 6.12 fremgik det, at 42,3 % af ergoterapeuterne som kom fra kommuner, der anvendte konsulent eller rådgivning til at varetage den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen, oplevede at mangle viden ift. instruktion af plejepersonale og pårørende til kørestolsbrugeren, samt at 30,8 % af ergoterapeuterne oplevede at mangle viden ift. tilpasning af kørestolen. Dermed synes resultatet at underbygge Wemmeborns (6) påstand om, at der gennem den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen opnås værdifuld viden ift. at tilpasse kørestol og siddestilling samt ift. at rådgive plejepersonale og pårørende i forbindelse med positionering og lejring af kørestolsbrugere. Resultatet peger dermed på, at der kan være brug for at højne kvaliteten af informationsudvekslingen mellem kørestolssagernes samarbejdspartnere, hvorfor det kunne være meget interessant at undersøge, hvordan det kan sikres, at værdifulde informationer ikke går tabt i det

tværfaglige samarbejde, og ligeså interessant er spørgsmålet, om de værdifulde informationer, fra fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, overhovedet kan overføres mellem kørestolssagernes samarbejdspartnere på en fyldestgørende måde? Tabel 6.2 beskriver hvorvidt der i de danske kommuner var beskrevet procedurer for, hvornår der skulle foretages en fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Der var 52 kommuner, som ikke havde beskrevet procedure for, hvornår der skulle foretages en fysisk undersøgelse med borgeren siddende, og 61 kommuner havde ikke beskrevet procedure for, hvornår der skulle foretages en fysisk undersøgelse med borgeren liggende. Tabel 6. 10 viser, at 42,9 % af ergoterapeuterne fra kommuner med beskrevet procedure for, hvornår der skulle foretages fysisk undersøgelse med borgeren siddende, ofte skulle vende tilbage for at rette på siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere, og at dette tal var 56,8 % for de ergoterapeuter, som kom fra kommuner uden beskrevet procedure for, hvornår der skulle foretages fysisk undersøgelse siddende. Dette resultat peger på, at der muligvis kan være en kvalitetssikring af sagsgangen i kørestolssager, ved at implementere en procedure for, hvornår der skal foretages en fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen med borgeren siddende. Resultatet i tabel 6.11 peger omvendt på, at beskrevet procedure for, hvornår der skal foretages fysisk undersøgelse med borgeren liggende, ikke ændrer væsentligt på, om ergoterapeuten skal vende tilbage, for at rette på siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere. Ifølge Samuelsson og Wressle (37) er ergoterapeuter under øget pres for at arbejde evidensbaseret, hvorfor det kunne være interessant at undersøge, hvorledes ergoterapeuterne oplever betydningen af beskrevne procedurer for fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen i deres daglige praksis. Samtidig var der syv kommuner som ikke ønskede at deltage i tværsnitsundersøgelsen grundet tidsmangel. Den oplysning synes også interessant, i forhold til Samuelsson og Wressle's påstand, og rejser spørgsmålet, om ergoterapeuterne egentlig har tid til at opsøge ny viden? Det kunne også være interessant at undersøge, hvad de beskrevne procedurer, for siddende og liggende fysisk undersøgelse bestod af, da Sprigle (4) oplyser at forskellige praktikere og praksisgrupper efterspørger og advokerer for en grundig siddestillingsevaluering.

7.3.2 Anvendte metoder og kvaliteten af anvendte metoder - af Alice Hoier

I tabel 6.3 ses der, at det hovedsageligt er i kørestolen, den fysiske undersøgelse siddende foregår, hvor man kan diskutere, om man får et realistisk billede af borgerens evne til at sidde, da man må formode, at kørestolen har et ryglæn, armlæn og en siddepude som udgangspunkt, der kan forvride nogle af de oplysninger, man ønsker at udrede. Ulempen er, at det f.eks. bliver svært at vurdere, om borgeren er i stand til at holde balancen i torso, og hvor meget der skal til, før balancen udfordres, idet, at der er armlæn og ryglæn, der kan kompensere. Man kan formode, det eksempelvis kan give et mere uklart billede af muskelkraft, fleksibilitet og fiksering i columna, bækken og over hoftelæddet. Ifølge Riber kræves det, at man udfører en grundig undersøgelse af borgerens ledbevægelighed, tonusforhold, balanceevne og muskelstyrke for at klassificere siddeevnen hos en borger. Dog nævner hun ikke, hvor det vil være hensigtsmæssigt at foretage undersøgelsen, men oplyser at niveauet for siddeevnen, som indgår i den fysiske undersøgelse, fortæller noget om, hvilke typer stole, sæder, sædefunktion, kropstøtter og andet tilhører, der kan være relevant at afprøve (71). I tabel 6.3 ses det også, at henholdsvis 48 svarer, at den fysiske undersøgelse aldrig foregår på briks, og 41 svarer, at den *sjældent* foregår på briks, og det kan der være mange grunde til. Det må formodes, at en fysisk undersøgelse siddende på briks vil give et mere realistisk billede af det ovenstående eksempel, da der ikke er noget, der støtter op omkring torso, hvorfor det er muligt at mærke og observere, hvordan borgerens krop reagerer på de undersøgelser, man foretager. Ulempen ved at undersøge på briks er, at man måske ofte skal være to om undersøgelsen, da det er en udfordring at undersøge borgeren og samtidig yde borgeren tryghed for ikke at falde bagover.

I tabel 6.5 ses det, at den fysiske undersøgelse liggende hovedsageligt foregår i sengen, hvorimod det sjældent foregår på briks. Fordelen ved, at den fysiske undersøgelse foregår i sengen, er, at senge er mere tilgængelige på sygehus, eller hvis undersøgelsen foregår i borgerens hjem, hvor det kan være svært at have tilgang til en briks. Ulempen ved at anvende en seng til at udføre den fysiske undersøgelse er, at en madras har en aflastende funktion, der medvirker, at kroppen synker ned i madrassen, hvorfor det kan blive svært at se, hvordan kroppen reagerer, når man f.eks. bøjer under ekstremiteterne op mod brystkassen, da det kan være svært at se, hvornår bækkenet løfter sig fra underlaget. Ved at have borger placeret på et stabilt underlag, har man bedre forudsætninger for at mærke og observere, når der opstår modstand. Det er endvidere interessant, at der ud af de

samlede 181 besvarelser kun er 37, der fortager den fysiske undersøgelse liggende, da det ifølge Brandt er en af de vigtigste dele, som leder hen mod en total vurdering af borgerens fysiske formåen ved at have borger ud af stol (55). I tabel 6.4 ses, at der ud fra 106 respondenter bliver oplyst, at det oftest er borgers bækkenskævstand, balance og placering af sædeknuder, der undersøges i den siddende stilling, og i tabel 6.6 ses, at der ud fra 37 respondenter bliver oplyst, at det oftest er hoftefleksion, bækkenmobilitet i forhold til frem- og bagudkip, samt knæfleksion, der bliver undersøgt med borger liggende. Da det før er nævnt, at det hovedsageligt er i kørestolen den fysiske undersøgelse foregår, kan man formode, at det, respondenterne undersøger, er i forhold til, om den udvalgte kørestols egenskaber kan kompensere for, om borgeren kan holde balancen, og at bækkenskævstanden, hvis ikke bækkenet er fikseret, mindskes. De kan herved også undersøge, om siddepuden er tilstrækkeligt trykforebyggende til borgeren. Dog bør man være opmærksom på, at resultaterne indeholder oplysninger fra alle respondenter, der udfører den fysiske undersøgelse med svarmulighederne: kørestol, lænestol, spisebordsstol og på briks. Det kunne derfor være interessant, om man kunne have delt besvarelserne op, så det gav et mere tydeligt billede af, hvad der oftest undersøges med borgeren placeret i kørestol, hvad der undersøges med borgeren placeret i lænestol, hvad der undersøges med borgeren placeret på spisebordsstol, hvad der undersøges med borgeren placeret på briks, hvad der undersøges med borger liggende i seng, samt hvad der undersøges med borger liggende på briks. De 10 respondenter, der havde svaret, at alle ergoterapeuter udfører fysisk undersøgelse, men som samtidig havde svaret nej til, hvorvidt de udfører siddende og liggende fysisk undersøgelse viser tabel 6.7 og 6.8, hvilke årsager der ligger til grund for, at de ikke gør det. Der er det interessant, at 6 ud af 10 respondenter svarer, at de mangler kompetencer til at kunne udføre den fysiske undersøgelse. Dette stemmer meget godt overens med, at Sprigle oplyser, at praktikere og praksisgrupper har efterspurgt og advokeret for en grundig siddestillingsevaluering, men at det ikke blev nævnt, hvilke tiltag der er brug for, for at bliver gjort (4). Derfor kan man også formode, at projekt siddestilling, som dette bachelorprojekt er en del af, kan højne kompetencerne for de ergoterapeuter, som arbejder med kørestolstilpasning, i forhold til, hvad der skal undersøges, og hvordan det undersøges. Ligeledes i tabel 6.7 og 6.8 ses det, at 4 ud af 10 respondenter svarer, at de ikke oplever behov for at udføre den fysiske undersøgelse siddende eller liggende. Da kan man diskutere, om de alligevel bruger en konsulent fra et firma eller specialiseret rådgivning. Eller hvorvidt det er muligt, at de er fagligt delt op, så

det måske er hjælpemiddelteamets fysioterapeuter, der varetager denne del af udredningen. Der er ligeledes 3 ud af 10 der svarer, at det er tiden, der er en faktor for, at der ikke udføres fysisk undersøgelse. Her kan det diskuteres, om ikke det vil kunne svare sig at bruge et par timer ekstra til at få en grundig helhedsvurdering, hvis dette kan være med til at spare tid på at skulle vende tilbage til borgeren og justere yderligere for at opnå en så optimal siddestilling som muligt. Samtidig kan det også diskuteres, om det samfundsøkonomisk vil kunne betale sig at bruge lidt mere tid på fysiske undersøgelser kontra borgere, der risikerer at blive indlagt med tryksår, som koster ca. 140.000 kr. pr. siddesår at behandle (8). Sprigle fastslår i artiklen "Research priorities: Seating and positioning", at de økonomiske beslutningstagere også har en interesse i at forstå disse langsigtede konsekvenser (4). En undersøgelse i forhold til samfundsøkonomiske fordele og ulemper ved brug af fysisk undersøgelse kunne være interessant. I tabel 6.13 er der overensstemmelse mellem respondenternes svar, og hvad Wemmenborn oplyser om, at det er gennem den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen, at ergoterapeuten får de mest valide oplysninger om borgerens fysiske forudsætninger for at indtage og opretholde en siddende stilling (6), ved at 36 ud af 37 svarer ja til, at brugen af fysisk undersøgelse kan give dem mere viden som terapeut i forhold til sagen. Ligeledes svarer størstedelen af respondenterne, at det ville kunne afstedkomme flere kompetencer som terapeut, spare tid på sigt, samt give bedre resultater ved kørestolstilpasning ved inddragelse af fysisk undersøgelse. Dog skal man huske, at det kun er 37 ud af 181 respondenter, der har kunnet besvare dette, da det kun er dem som har sagt ja til at de udfører fysisk undersøgelse liggende. Dette er slet ikke nok til at kunne generalisere den viden. Men det ville være interessant at lave yderligere forskning, som kunne generere generaliserbar viden på området. I tabel 6.14 ses det, at størstedelen af respondenterne svarer ja til, at der er behov for en systematisk fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen, hvor borgeren er placeret siddende. Dette stemmer godt overens med Sprigle (4), da han oplyser, at praktikere og praksisgrupper efterspørger en grundig evaluering for at udrede siddestillingsevnen. Ligeledes viser resultaterne for samme spørgsmål angående en systematisk undersøgelse, hvor borgeren er liggende, at der er behov for systematisk fysisk undersøgelse liggende, som Wemmenborn påpeger, er en meget vigtig del af den samlede udredning i forhold til kørestolstilpasning (6).

I tabel 6.16 ses, at der er en større procentdel af ergoterapeuterne, der foretager en fysisk undersøgelse liggende, som vender tilbage for yderligere at tilpasse siddestillingen, end dem, der ikke foretager den fysiske undersøgelse liggende. Der kan man diskutere, om der er yderligere faktorer, der gør sig gældende, f.eks. en gradvis opbygning af siddestillingen ved bækkenskævhed, eller om der er en forværring i tilstanden, der kræver flere tilpasninger i forbindelse med siddestillingsevnen. Endvidere ville det være interessant at vide, om det er store eller små justeringer, ergoterapeuterne foretager, da årsagen til, hvorfor ergoterapeuterne vender tilbage for at rette på siddestillingen eller tilpasse kørestolen yderligere, ikke fremgår af resultaterne. Resultaterne taler imod, projekt Siddestillings to ansvarlige ergoterapeuters, formodning om, at en fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager, kan nedbringe frekvensen af, hvor ofte ergoterapeuten skal vende tilbage for at korrigere siddestillingen hos borgeren. Dette skal dog ses i forhold til, at man ikke ved, hvordan ergoterapeuterne konkret udfører den fysisk undersøgelse liggende. Da der ikke er nogle specificerede retningslinjer for fysisk undersøgelse, kan udførelsen variere bredt. Dog kunne det være interessant at finde ud af, hvilke faktorer der influerer på, at ergoterapeuter skal vende tilbage gentagne gange for at rette på siddestillingen samt undersøge, hvordan den fysiske undersøgelse liggende foretages.

8. Konklusion

Resultaterne af tværsnitsundersøgelsen bør ses i lyset af stikprøvens størrelse, samt i lyset af kompleksiteten i de kørestolssager, hvortil den beskrevne praksis er knyttet. Dog kan det konkluderes, at tværsnitsundersøgelsen rejser flere spørgsmål, end den besvarer.

9. Perspektivering

Tværsnitsundersøgelsen peger på, at der er behov for at højne kvaliteten af informationsudvekslingen, mellem terapeuten som varetager den fysiske undersøgelse af borgerens siddestillingsevne, og den terapeut som varetager den øvrige del af kørestolssagen. Den ergoterapifaglige relevans af, at højne niveauet for informationsudveksling er, at risikoen for at borgeren udvikler yderligere funktionsnedsættelser, i form af fejlstillinger og tryksår nedsættes, hvilket er en betydelig kvalitetssikring af borgerens aktivitetsudøvelse. For at belyse, hvorledes den tvær- og monofaglige informationsudveksling i kørestolssager kan højnes, er det relevant at undersøge, kvantitativt som kvalitativt, hvilke tiltag der kræves. Det er også relevant, at undersøge om informationerne, som terapeuten der udfører fysisk undersøgelse, opnår gennem den taktile sans, overhovedet lader sig overføre til samarbejdspartnerne i kørestolssagen, på et tilfredsstillende niveau. Resultatet af sådanne undersøgelser, vil kunne belyse, hvorvidt den ergoterapeutiske uddannelse bør ændres, til at indeholde mere undervisning i fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen. Er det ikke muligt at overføre de værdifulde oplysninger på et tilfredsstillende niveau, kan der argumenteres for, at alle ergoterapeuter, som har til opgave at tilpasse kørestole, bør kunne udføre en fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen. Hvilket kan sikre borgernes aktivitetsudøvelse og sikre en god sundhedsøkonomisk anvendelse af samfundets ressourcer, samt for at bibeholde hjælpemiddelformidling som et ergoterapeutisk hovedarbejdsområde. At ændre i uddannelsen til ergoterapeut, evt. ved at give de studerende mulighed for at specialisere sig, indenfor enkelte specialer, kan synes hensigtsmæssigt, da kvaliteten af det arbejde, den nyuddannede ergoterapeut praktiserer derved højnes. Denne påstand underbygges af, at seks ud af ti respondenter i tværsnitsundersøgelsen, anførte manglende kompetencer som årsag til, ikke at udføre fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager. Det leder til at stille spørgsmålet om, hvad det vil koste samfundet, at give de ergoterapeutstuderende yderligere seks måneder på Statens Uddannelsesstøtte (SU), for at specialisere sig, ift. at videreuddanne nyuddannede ergoterapeuter på arbejdspladserne. Tværsnitsundersøgelsens resultater ift. metodeanvendelse og organisering af fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne i kørestolssager, peger på, at det måske kunne være sundhedsøkonomisk relevant, at undersøge hvordan kommunernes udgifter i forbindelse med tryksår samt yderligere opståede fejlstillinger hos borgere i kørestole

fordeler sig, ift. den kommunale organisering og metodeanvendelse af fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne. Den viden der kan opstå af sådanne undersøgelser, er ergoterapeutisk relevant, ift. at kvalitetsudvikle den ergoterapeutiske praksis i kørestolssager. En kvantitativ undersøgelse af organisering og metodeanvendelse af fysisk undersøgelse i kørestolssager, kontra de kommunale udgifter til pleje og behandling af fejlstillinger og tryksår, er derfor muligvis relevant. Tværsnitsundersøgelsens resultater peger på, at det er forholdsvis sjældent, at den fysiske undersøgelse foretages på briks. Der er væsentlige grunde til at foretage fysisk undersøgelse af siddestillingsevne på briks, da dette grundlag for undersøgelsen, giver de mest valide informationer om borgerens fysiske formåen, til at indtage og opretholde en hensigtsmæssig siddende stilling. Derfor er det relevant, med undersøgelser, der kan generere evidens for anvendelse af briks, når der foretages fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen. Samtidig vurderes det, at der også er et stort behov for undersøgelser, som kan evidensbasere håndteringen af den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen. For at opfylde behovet for denne viden, på det niveau som kræves, er det ønskeligt med randomized controlled trials (RCT). Den viden der genereres herigennem, er af stor ergoterapifaglig relevans, i kvalitetsudviklingen af sagsgangen i kørestolssager, da det vurderes at denne viden virkelig vil kunne højne kvaliteten af praksis, hvilket samtidig er en sundhedsøkonomisk gevinst. Gennem udarbejdelse af bachelorprojektet, nævnte syv kommuner, at de ikke ønskede at deltage grundet tidsmangel. I et samfund, hvor der konstant efterspørges brug af evidens, i de sundhedsydelser samfundet leverer, kan det derfor undre, at der ikke er tid til at bruge 3-5 minutter over en 14 dages periode, på at udfylde et spørgeskema. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt kravet om at arbejde evidensbaseret stemmer overens med den tid, der er afsat til at opsøge ny viden. Mangel på tid til at opsøge ny viden, er med til at stagnere sundhedspersonalets faglige udvikling. Perspektivet heraf er, at det sundhedsfaglige personale kommer i klemme, mellem de krav samfundet stiller til dem, og personalets oplevelse af, at kunne honorere samfundets krav, samt personalets oplevelse af, at kunne leve op til egen standard for professionsudøvelse. For til stadighed at udvikle kvaliteten af ergoterapeutisk praksis i kørestolssager, er det dermed nødvendigt at sikre ergoterapeuterne fysiske og tidsmæssige rammer, til at opsøge ny viden i. Det er således interessant at undersøge, hvilke tidsmæssige og fysiske rammer ergoterapeuter har, til at indhente ny viden i. Det er herunder samtidig relevant at undersøge hvordan muligheden for at indhente ny viden påvirker ergoterapeuterne i deres daglige praksis. Viden fra

sådanne undersøgelser, kan afstedkomme at de politiske og økonomiske beslutningstagere, bliver opmærksomme på, hvorvidt de bakker deres personale tilstrækkeligt op, i kravet om anvendelse af evidens, i samfundets sundhedsydelser. I den sammenhæng kunne det endvidere være interessant med undersøgelser, som belyser ergoterapeuternes oplevelse af, at have beskrevne procedurer for hvornår der skal foretages en fysisk undersøgelse af borgerens siddestilling i kørestolssager, med borgeren liggende og siddende. I tværsnitsundersøgelsen blev det forsøgt at beskrive kvaliteten af den ergoterapeutiske praksis i kørestolssager, målt på antal gange, ergoterapeuterne er nødt til at vende tilbage for at rette på borgerens siddestilling eller tilpasse kørestolen yderligere, ift. til forskellige variabler, bl.a. organiseringen og udførelsen af den fysiske undersøgelse. Der blev i bachelorprojektets diskussionsafsnit redegjort for, at kvaliteten af denne praksis ikke alene afhænger af, hvordan, og om der er udført fysisk undersøgelse af borgerens siddestillingsevne. For at muliggøre aktivitetsudøvelsen hos borgere i kørestole bedst muligt, kunne det være interessant med undersøgelser, som belyser andre parametre i undersøgelsesdelen af den ergoterapeutiske praksis i kørestolssager. Var det måske fordi, at ergoterapeuten ikke fik undersøgt omgivelserne grundigt nok, eller fordi ergoterapeuten ikke fik spurgt uddybende nok ind til borgerens aktivitetsudøvelse, eller var det fordi borgeren ikke var hjemme, at ergoterapeuten blev nødt til at vende tilbage gentagne gange? En undersøgelse, som belyser årsagerne til, at ergoterapeuterne skal vende tilbage gentagne gange, kan derfor også være relevant at foretage.

Referenceliste

- 1 Socialstyrelsen. VISO – organisering: (Besøgt 12.12.2012) Lokaliseret på:
<http://www.socialstyrelsen.dk/viso/organisationen-viso>
- 2 Hartvig B, Hjortbak E, Kristensen HK. Kvalitetsudvikling i relation til ergoterapi. I Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ., red. Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2008
- 3 Johansen K. Evidens - fra juhu-ord til nyttig tankegang. Ergoterapeuten 2005; (2): 22-24
- 4 Sprigle S. Research priorities: Seating and positioning. Assistive Technology 2007; (5): 181-187
- 5 Hartvigsen AL, Mehlsen M. Systematikken i siddestillingsanalyserne. Fysioterapeuten 2004; 86(6):
- 6 Wemmenborn L. Hands on! Undersök för bra sittande. Sverige: Hjälpmedelsinstitutet; 2008
- 7 Polatajko HJ, Davis J, Cantin N, Amoroso B, Purdie L, Zimmerman D. Specifikation af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen. I Townsend EA, Polatajko HJ., red. Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter. København: Munksgaard Danmark; 2009
- 8 Moe U. Tryksår. Smertefuldt for samfundet og den enkelte. Kp.1. Faxe Bogtryk/Grafisk; 2007
- 9 NYT fra Danmarks Statistik. Befolkningsfremskrivninger 2012-2050: (Besøgt 3.12.2012) Lokaliseret på:
<http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2012/NR231.pdf>
- 10 Sonn U, Grimby G. Assistive devices in an elderly population studied at 70 and 76 of age. Disability and Rehabilitation 1994; 16(2): 85-92
- 11 Brandt Å, Jensen L. At muliggøre aktivitet og deltagelse – hjælpemidler og tilgængelighed. I Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ., red. Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2008
- 12 Bekendtgørelse af Lov om Social Service: (Besøgt 20.11.2012) Lokaliseret på:
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=141372>
- 13 Ergoterapeutforeningen. Retningslinjer for hjælpemiddelområdet: (Besøgt 20.11.2012) Lokaliseret på:
http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Rehabilitering/folder-7-kliniske_retning.pdf
- 14 IKAS. Den Danske Kvalitetsmodel: (Besøgt 3.12.2012) Lokaliseret på:
<http://www.ikas.dk/DDKM.aspx>
- 15 Marselisborgcentret. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet: (Besøgt 20.11.2012) Lokaliseret på:
<http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/hvidbog/hvidbog.pdf>

- 16 Dahl T, Schiøler G. ICF. International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand. København: Munksgaard Danmark; 2003
- 17 World Health Organization: (Besøgt 3.12.2012) Lokaliseret på: <http://www.who.int/en/>
- 18 Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i ergoterapi: (Besøgt 20.11.2012) Lokaliseret på: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=121015>
- 19 Forskningsredegørelse HMI: (Besøgt 21.11.2012) Lokaliseret på: <http://www.hmi.dk/ref.aspx?s=-300023&id=827&pageid=435>
- 20 Ergoterapeutforeningens forskningspolitik: (Besøgt 21.11.2012) Lokaliseret på: http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/OM_ETF/pol_ark_forskning.pdf
- 21 Ergoterapeutforeningens praksispulje: (Besøgt 21.11.2012) Lokaliseret på: <http://www.etf.dk/praksispulje/>
- 22 Ergoterapeutforeningens forskningsfond: (Besøgt 21.11.2012) Lokaliseret på: <http://www.etf.dk/241/>
- 23 Ergoterapifaglig Selskab for Boligændringer, Hjælpemidler og Velfærdsteknologi: (Besøgt 2.12.2012) Lokaliseret på: <http://www.etf.dk/bolig/>
- 24 Maindal L. Visioner for en fremtid – global and local. Ergoterapeuten 2006; (8): 21-23
- 25 Sudsawad P. Creating Outcome Research Relevant for Evidence-Based Practice. I Kielhofner G., red. Research in Occupational Therapy. Methods of inquiry for Enhancing Practice. Philadelphia: F.A. Davies Company; 2006
- 26 Ergoterapifagligt Selskab for Boligændringer, Hjælpemidler og velfærdsteknologi. Nyhedsbrev September 2012: (Besøgt 2.12.2012) Lokaliseret på: http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/NETVAERK/EFS_Bolig/Nyhedsbrev_september_2012.pdf
- 27 Mærsk JL. Det usandsynlige bachelorprojekt. Ergoterapeuten 2009; (8): 28-30
- 28 Den Danske Ordbog. Kommunal: (Besøgt 13.12.2012) Lokaliseret på: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?aselect=kommunal&query=kommunalansat>
- 29 Den Danske Ordbog. Ansætte: (Besøgt 13.12.2012) Lokaliseret på: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=ansat&search=S%C3%B8g>
- 30 Find en ergoterapeut. Autorisation: (Besøgt 3.12.2012) Lokaliseret på: <http://www.find-ergoterapeut.nu/artikler-og-viden/autorisation/>
- 31 BusinessDictionary.com. Practice: (Besøgt 3.12.2012) Lokaliseret på: <http://www.businessdictionary.com/definition/practice.html>
- 32 The Free Dictionary by Farlex. Physical examination: (Besøgt 3.12.2012) Lokaliseret på: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/physical+examination>
- 33 The Free Dictionary by Farlex. Sitting: (Besøgt 3.12.2012) Lokaliseret på: <http://www.thefreedictionary.com/sitting>

- 34 The Free Dictionary by Farlex. Ability: (Besøgt 3.12.2012) Lokaliseret på:
<http://www.thefreedictionary.com/ability>
- 35 Den Danske Ordbog. Kørestol: (Besøgt 13.12.2012) Lokaliseret på:
<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=k%C3%B8restol&search=S%C3%B8g>
- 36 The Free Dictionary by Farlex. Case: (Besøgt 3.12.2012) Lokaliseret på:
<http://www.thefreedictionary.com/case>
- 37 Samuelsson K, Wressle E. User satisfaction with mobility assistive devices: An important element in the rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation* 2008; 30(7): 551–558
- 38 Bernd T, Van Der Pijl D, De Witte LP. Existing models and instruments for the selection of assistive technology in rehabilitation practice. *Scandinavian Journal of Occupational therapy* 2009; 16: 146-158
- 39 Bolin I, Bodin P, Kreuter M. Sitting position- posture and performance in c5-c6 tetraplegia. *Spinal Cord* 2000; 38: 425-434
- 40 Humphris D. Evidenstyper. I Hamer S, Collinson G., red. Evidensbaseret praksis – grundbog for sundhedspersonale. København: Nyt Nordisk Forlag; 1999
- 41 Madsen JS, Andersen IB. At skelne skidt fra kanel – kritisk udvælgelse og læsning af evidens. I Andersen IB, Matzen P., red. Evidensbaseret medicin. 3. udgave. København: Gads Forlag; 2010
- 42 Borg T, Brandt Å. Forskningsbaseret ergoterapi. I Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ., red. Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2008
- 43 Sackett DL, Rosenberg WNC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based medicine: What is and what isn't. *British Medical Journal* 1996; (1): 312-71
- 44 Kjærsgaard J, Mainz J, Jørgensen T et al. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – en lærebog. København: Munksgaard Danmark; 2004
- 45 Bendixen HJ, Madsen AJ, Tjørnov J. Begreber og referencerammer i ergoterapi. I Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ., red. Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2008
- 46 Dahl TH, Haugbølle J, Jarl B, Schjerning J, Thanning G. Det ergoterapeutiske ansvarsområde – at muliggøre aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. I Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ., red. Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2008
- 47 Townsend EA, Polatajko HJ. Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter. København: Munksgaard Danmark; 2009
- 48 Brandt Å, Jensen L. Grundbog om hjælpemidler – til personer med funktionsnedsættelse. København: Munksgaard Danmark; 2010 kp.1
- 49 Cook AM, Hussey SM. Assistive Technologies: Principles and Practice. 2. udgave. St. Louis, Missouri: Mosby; 2002
- 50 Jordansen IK. Ændring af adfærd hos sagsbehandlere på hjælpemiddelområdet. Aarhus: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet; 2008

- 51 Pettersson I, Fahlström G. Roles of assistive devices for home care staff in Sweden: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* 2010 (09)5; 295-304
- 52 Ergoterapeutforeningen, hovedarbejdsområde: (Besøgt 30.11.2012) Lokaliseret på: <http://www.etf.dk/1330/>
- 53 Hansen LK. Biomekanik for ergo- og fysioterapeuter. 2. udgave. København: Munksgaard Danmark; 2002
- 54 Myhr U. Som du blir satt får du sitta. Hur rullstolsittande påverkar tillvaron hos boende inom äldreomsorgen. Vällingby: Hjälpmedelsinstitutet; 2000
- 55 Brandt Å. Funktionel siddestilling. Danmark: Hjælpemiddelinstitutet, afd. For teknologi, kommunikation og specialundervisning; 1993
- 56 Dreier H. På sporet af siddestillingsanalysen i et socialt integrationsperspektiv for funktionshæmmede med siddesår. Aarhus: Aarhus Universitet; 2005.
- 57 Launsø L, Rieper O. red. Forskning om og med mennesker. 5. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2008 s13-16
- 58 Birkler J. Videnskabsteori. En grundbog. København: Munksgaard Danmark; 2005
- 59 SurveyXact. 7.udgave. Danmark: Rambøll Manegement Consulting; 2010
- 60 Launsø L, Rieper O. red. Forskning om og med mennesker. 5. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2008 s120-125
- 61 WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects: (Besøgt 15.12. 2012) Lokaliseret på: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- 62 Datatilsynet. Krav efter persondataloven til sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter: (Besøgt 15.12. 2012) Lokaliseret på: <http://www.datatilsynet.dk/erhverv/forskere-og-medicin/firmaer/sundhedsvidenskabelige-forskningsprojekter/krav-efter-persondataloven-til-sundhedsvidenskabelige-forskningsprojekter/>
- 63 Datatilsynet. Persondataloven: (Besøgt 15.12. 2012). Lokaliseret på: <http://www.datatilsynet.dk/lovgivning/persondataloven/>
- 64 Launsø L, Rieper O. red. Forskning om og med mennesker. 5. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2008 kap. 6
- 65 Juul S. Epidemiologi og evidens. København: Munksgaard Danmark; 2004 kp. 4
- 66 Launsø L, Rieper O. red. Forskning om og med mennesker. 5. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2008 s 110
- 67 Kvale S, Brinkmann S. red. Interview. Introduktion til et håndværk. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2009 kap. 17
- 68 European Medicines Agency. Guidelines for good clinical practice: (Besøgt 14.12. 2012) Lokaliseret på: http://www.emea.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500002874.pdf
- 69 Matzen P. Hvad betyder det? Ordliste og definitioner. I Andersen IB, Matzen P. red. Evidensbaseret medicin. 3. udgave. København: Gads Forlag; 2010
- 70 Launsø L, Rieper O. red. Forskning om og med mennesker. 5. udgave.

København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S; 2008 kap. 4

- 71 Riber V. Definition af evnen til at sidde. I Dreier H. red. Tryksårsforebyggelse i den siddende stilling. Danmark: Hjælpemiddelsinstituttet; 2003.

Bilag A
PRAKSISPULJE
Ansøgningsskema

Ansøgningsfrist: 15. februar og 15. september

For at ansøgningen kan behandles, skal der indsendes:

- Ansøgningsskema
- Projektbeskrivelse – se vejledning for praksispulje projektbeskrivelse
- CV for den/de projektansvarlige

Indsendelsen skal ske i ét eksemplar elektronisk til bevillingsudvalg@etf.dk og i 6 kopierede eksemplarer pr. brev. Se endvidere formalia.

Husk at udfylde samtlige felter.

Udfyld ansøgningsskemaet med udgangspunkt i praksispulje projektbeskrivelsen.

Har du spørgsmål til udfyldelse af ansøgningsskemaet, så kontakt konsulent Ulla Garbøl: ug@etf.dk

Såfremt projektet bevilges støtte, vil indholdet i punkterne 1, 2 og 3 som et led i Etf's vidensdeling mellem medlemmerne, blive offentliggjort på Etf's hjemmeside www.etf.dk.

Ansøgningsskema

1. Projekt

Udarbejd resumé på baggrund af projektbeskrivelsen. Det er vigtigt, at projektet er i overensstemmelse med formål og mål for Praksispuljen. Læs mere om disse på www.etf.dk

Afkryds formålet med praksispulje projektet.

Nøgleord er centrale, specifikke og enkeltstående ord, der særligt kendetegner projektet, projektets omdrejningspunkt, sted/type arbejdsplads, metoder, målgrupper og lign.

(ex. vis ergoterapi er for bredt). Nøgleordene skal fungere som søgeord i fagdatabasen.

Titel (max 10 ord)	Kvalitetssikring af siddestillingssager, gennem arbejdsgangbeskrivelse over CPPF, særdeles undersøgelsesdelen.
Resume af projektbeskrivelse (max 200 ord)	På XXXXXX er 11 ergoterapeuter ansat som udførende ergoterapeuter i hjælpemiddelenheden uden bevillingskompetence. Målet med et projekt vedr. siddestillinger er at kvalitetsudvikle og kvalitetssikre kørestolssager. Den ene del af projektet vil indebære udarbejdelse af beskrivelse af sagsgang ud fra de 8 handlingspunkter i arbejdsprocesmodellen CPPF. Den anden del af projektet vil indebære at udarbejde håndbog og instruktionsvideo til den fysiske undersøgelse og gennem sparring, vejledning og undervisning af kollegaer sikre at alle i afdelingen er fortrolige med den fysiske undersøgelse og kan inddrage den i undersøgelsesdelen, hvor det findes fordelagtigt. Håndbogen skal desuden indeholde et resultatopgørelsesskema, vejledning til hvad de enkelte fund i den fysiske undersøgelse kan betyde og hvordan der kan findes tekniske løsninger på problemerne. Gennem projektet vil der skabes sammenhæng mellem ny ergoterapeutisk viden indenfor siddestilling, ny evidensbaseret arbejdsprocesmodel og praksis. Projektet vil udvikle den ergoterapeutiske ydelse at tilpasse kørestole, der vil desuden gennem projektet blive udviklet redskaber der kan blive til gavn for andre ergoterapeuter der arbejder med siddestilling og kørestolssager.
Formål	At kvalitetsudvikle og dokumentere de ergoterapifaglige ydelser

X

	At forbedre grundlaget for prioritering af de ergoterapifaglige ydelser	X
	At synliggøre og præcisere ergoterapi på den enkelte arbejdsplads	X
Nøgleord :	siddestillingssager	
Nøgleord :	Sagsgang	
Nøgleord :	arbejdsprocesmodel CPPF	
Nøgleord :	Den fysiske undersøgelse	
Nøgleord :	instruktionsvideo, håndbog	
2. Arbejdssted		
<i>Kun ergoterapeuter, der er aktive medlemmer af Etf, kan ansøge om støtte.</i>		
<i>Projektet skal tage udgangspunkt i en ergoterapeutisk praksis, hvor der er direkte kontakt med patienter/klienter/borgere. Midler kan søges i samarbejde med et CVU/ Ergoterapeutuddannelse, men projektet skal tage udgangspunkt i praksis.</i>		
Arbejdssted	XXXX	
Adresse	XXXX	
Postnummer og by	XXXX	
	XXXX	
Telefon	XXXX	
Mail-adresse	XXXX	
3. Projektansvarlig(e) Angiv navn(e) på den/de personer, som har ansvar for projektets gennemførelse. Vær opmærksom på at oplysninger, der står fremhævet , bliver offentliggjort på www.etf.dk		
Navn	XXXX	
Stilling	XXXX	
Navn	XXXX	
Stilling	XXXX	
Navn	XXXX	
Stilling	XXXX	
arbejdsplads	XXXX	
adresse	XXXX	
Postnummer og by	XXXX	
Telefon	XXXX	
Kontakt mail-adresse	XXXX	

4. Ergoterapeuter, der deltager i det ansøgte projekt	
Angiv navn og Etf -medlemsnr. /cpr.nr. på samtlige deltagende ergoterapeuter, herunder også på projektansvarlige.	
Navn	Etf - medlemsnr. / CPR nr.
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
XXXX	XXXX
5. Ansøgningstype	
Afkryds, hvad der ansøges om midler til. Sæt evt. flere krydser.	
Gennemførelse af projekt	x
Undervisning i forbindelse med projektet	x
Konsulenthjælp (projekt-/praksisvejledning)	x
Støtte til kursus-, mødevirksomhed *	x
Formidling af projektets resultater **	x

* Ved ansøgninger om støtte til kurser forventes arbejdspladsen at bidrage i form af tjenestefrihed, samt dækning af rejse- og opholdsudgifter til enten ergoterapeuter eller underviser. Arbejdspladsen forventes at bidrage med mindst 25 % af kursusafgiften.

** I særlige tilfælde kan der i begrænset omfang ydes frikøb til udarbejdelse af materiale med henblik på implementering af resultater.

6. Udgiftstyper og beløb		
<i>Ud for relevante udgiftstyper oplyses om omfang, tidsforbrug, timeløn etc.</i>		
<i>Arbejdsgiveren betaler rejse- og opholdsudgifter i forbindelse med undervisning/kurser,</i>		
<i>Arbejdsgiveren betaler 25 % af undervisnings-/kursusudgifter.</i>		
<i>Frikøb gives kun i meget begrænset omfang, idet det forudsættes, at arbejdsgiveren giver tjenestefri til projektets gennemførelse.</i>		
Konsulentbistand		
Underviser i canadisk materiale CPPF, Honorar:	2000	
Gennemgang af vejledning ekstern konsulent	5000	
Projektterapeut ansættes som konsulent 230 timer á 215 kr.	49450	
Heraf ansøges om		56450
Formidling		
Frikøb af terapeuter ansat i plejen og træning i forbindelse med temadag og formidling af projektets resultater	37625	
Heraf ansøges om		37625
Kursus		
Deltagelsesgebyrer, 24 timers pos. HMI, 2 personer i alt	10000	
Heraf ansøges om		10000
trykning af materiale: håndbog, resultatopgørelsesskema mm		
Layout og Trykning Udarbejdelse af video og håndbog	10000	
Opsætning og IT	10000	
Heraf ansøges om		20000
Andet		
Diverse: indkøb af kamera med video, redskaber til den fysiske undersøgelse	4425	
Heraf ansøges om		4425
I alt søges kr.	128500	

7. Arbejdspladsens bidrag		
<i>Ud for relevante udgiftstyper oplyses kort om art, indhold og omfang.</i>		
<i>Arbejdsgiveren betaler rejse- og opholdsudgifter i forbindelse med undervisning/kurser, samt 25 % af undervisnings-/ kursusudgiften.</i>		
Arbejdspladsudgifter		
Honorar:		
Deltagelsesgebyrer 3 personer tryksårs konference		5025
Rejse- og opholdsudgifter:		
Arbejdspladsens bidrag i alt		5025
Arbejdspladsens bidrag i forhold til frikøb/tjenestefrihed til projektet		
Timer/dage: projekt terapeut 1 60 timer á 215 kr		12900
Timer/dage: kollegaer i hjælpemiddelenheden 108 timer á 215 kr.		23220
Rejse- og opholdsudgifter:		
Arbejdspladsens bidrag i alt		36120
Arbejdspladsens bidrag totalt		41145

DESUDEN: Arbejdspladsen har over de sidste 4 år bevilliget kurser indenfor siddestillingsspecialet til en værdi af ca. 30.000,- Disse kurser gør de to projektansvarlige ergoterapeuter i stand til at kunne påtage sig et projekt, som dette der hermed ansøges om midler til.

Der er pligt til at aflægge **regnskab med bilag** overfor Etf indenfor en 2-årig periode fra beløbet bevilges. Find regnskabsbilag på www.etf.dk

8. Formidling (i prosaform)

Beskriv den forventede formidlingsform for projektet.

Man er som modtager af støtte fra Praksispuljen, forpligtet til at synliggøre den ergoterapifaglige værdi af projektets resultater. Resultaterne kan formidles igennem artikler, rapporter, kompendier og pjecer, via beskrivelser og manualer for ergoterapifaglige ydelser.

Resultaterne kan også formidles på video, ved afholdelse af temadag etc.

Modtagere forpligter sig til vederlagsfrit at formidle resultater på faglige seminarer eller konferencer.

Ved offentliggørelse af resultater fra et praksispuljeprojekt, skal det fremgå, at Etf's Praksispulje har ydet støtte til arbejdet.

Ansøgere opfordres til at indsende alt relevant skriftligt materiale til Etf's fagdatabase på www.etf.dk

Formidling internt på arbejdspladsen/ i organisationen

Terapeuter ansat i plejen inviteres på temadag hvor projektets resultater fremlægges og den fysiske undersøgelse gennemgås og øves.

Vejledning i den fysiske undersøgelse af borgeren vil blive lagt på den elektroniske håndbog internt, til gavn for andre terapeutkollegaer i kommunen.

Medier/Tidsskrifter/Artikler

Erfaring er resultat af projektet vil blive formidlet i en artikel i Ergoterapeuten.

Undervisning

Viden og erfaring vil indgå som en naturlig del af den kliniske undervisning i forbindelse med at XXXX modtager 3 ergoterapeutstuderende i 26 uger årligt. Den ene projektansvarlig fungerer som klinisk underviser.

Andet

Der er pligt til at indsende **afrapportering** af projektet indenfor en 2-årig periode. Find afrapporteringsskema på www.etf.dk

9. Tidligere modtaget midler fra Ergoterapeutforeningen

Hvis ansøger/arbejdsplads tidligere har modtaget støtte fra Praksispuljen eller Forskningsfonden, skal det angives her.

Støtte fra Praksispuljen		
Projektitel/år		Evt. bevillingsnr.
Beløb		
Støtte fra Forskningsfonden		
Projektitel/år		Evt. bevillingsnr.
Beløb		

Formalia:

Ansøgninger, der ikke opfylder formalia, behandles ikke.

Ansøgninger, skal modtages indenfor fristen 15.2 eller 15.9.

Indsendelsen skal ske i ét eksemplar elektronisk til bevillingsudvalg@etf.dk og i 6 kopierede eksemplarer pr. brev.

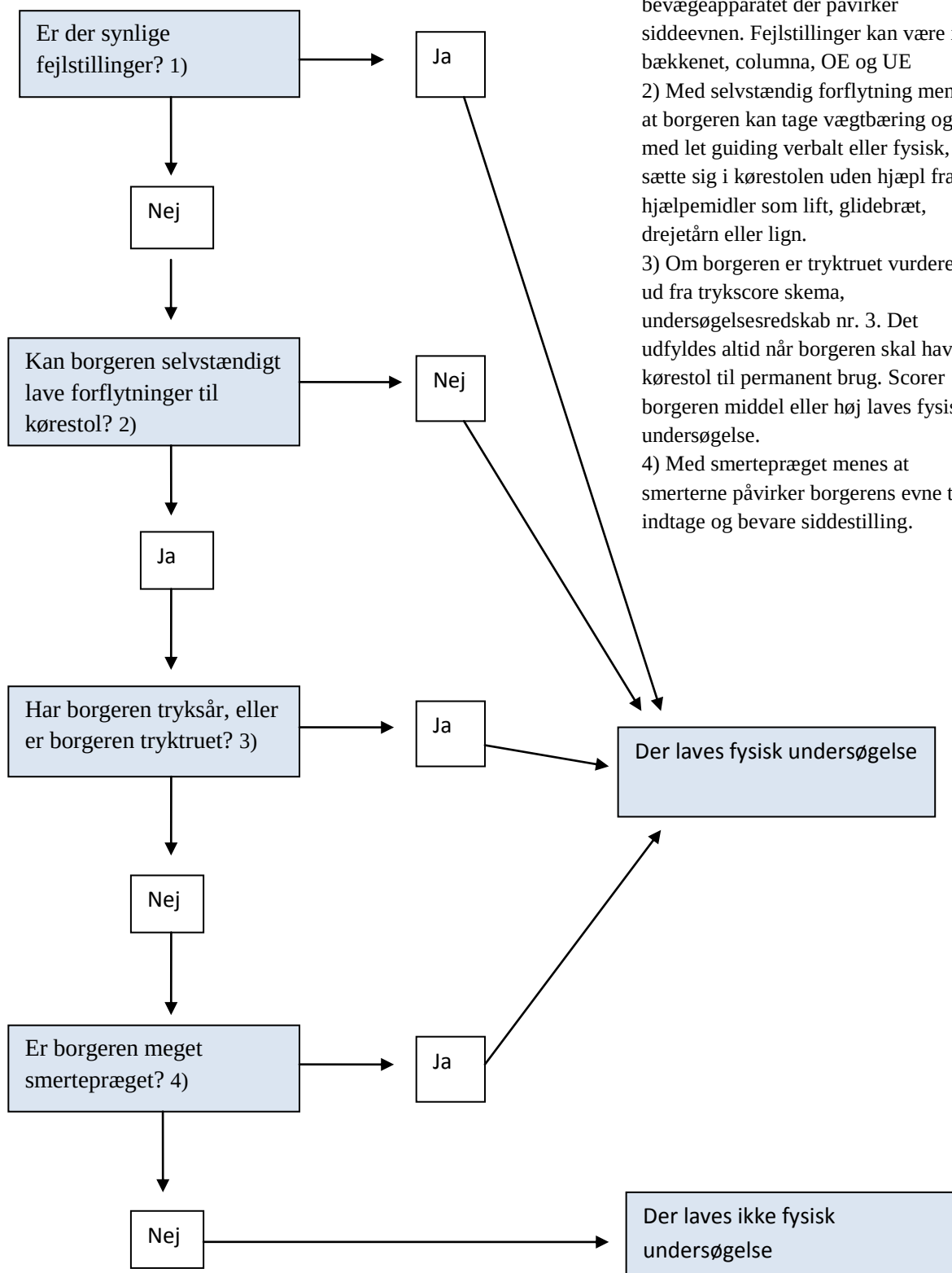
Samtlige felter i ansøgningen skal udfyldes korrekt.

Der er ingen øvre beløbsgrænse for ansøgning til Praksispuljen, men minimumsgrænsen for ansøgninger er på 1.000 kr.

Bilag B, Algoritme

Algoritme 1

Undersøgelse af liggende stilling



Beskrivelser:

- 1) Der menes fejlstillinger i bevægeapparatet der påvirker siddeevnen. Fejlstillinger kan være i bækkenet, columna, OE og UE
- 2) Med selvstændig forflytning menes at borgeren kan tage vægtbæring og med let guiding verbalt eller fysisk, kan sætte sig i kørestolen uden hjælp fra hjælpemidler som lift, glidebræt, drejetårn eller lign.
- 3) Om borgeren er tryktruet vurderes ud fra trykscore skema, undersøgelsesredskab nr. 3. Det udfyldes altid når borgeren skal have kørestol til permanent brug. Scorer borgeren middel eller høj laves fysisk undersøgelse.
- 4) Med smertepræget menes at smerterne påvirker borgerens evne til at indtage og bevare siddestilling.

Bilag C – Kontaktmail

Til modtageren af denne mail.

Vi er 2 ergoterapeutstuderende, som i vores bachelorprojekt arbejder med at afdække hvorledes ergoterapeuter i kommunalt regi, varetager den fysiske undersøgelse i siddestillingssager. Det vil vi gøre via en spørgeskemaundersøgelse.

Vi har derfor brug for e-mailadresser, på de ergoterapeuter i Jeres kommune, som har til opgave at tilpasse kørestole.

Kan I hjælpe os med e-mailadresser til de terapeuter som det drejer sig om, eller evt. med en mailadresse til Jeres hjælpemiddelteam?

Vi kan kontaktes på:

e-mail: en01090933@ucsj.dk

Tlf.nr.: 27 70 13 32

*På forhånd tak for hjælpen,
og med venlig hilsen*

Anne Otzen, UCSJ, Næstved

Alice Hoier, UCSJ, Næstved

Bilag D – Uddybende informationsmail

Til hjælpemiddelsterapeuterne i XXXX Kommune

Vores første henvendelse har vist sig at være mangelfuld, hvorfor vi tillader vi os at sende denne uddybende e-mail.

I en dansk hjælpemiddelenhed gennemføres i øjeblikket et større siddestillingsprojekt, som er støttet af Etf's praksispulje, og bl.a. har til formål at:

- Øge ergoterapeuternes kompetencer i siddestillingssager
- Gennemføre sagsbehandlingen af kørestolssager på et højere fagligt niveau
- Indføre en mere grundig og systematisk fysisk undersøgelse af borgeren siddende såvel som liggende

Vi er 2 ergoterapeutstuderende ved UCSJ, Næstved, hvis bachelorprojekt indgår som en del af afrapporteringen i siddestillingsprojektet. Vores undersøgelse skal tilvejebringe den manglende baggrundsviden i forhold til:

- Hvordan der pt arbejdes med siddestillingssager i de danske kommuner
- Hvorvidt der er ønske om at ændre på nuværende praksis i forhold til undersøgelsesdelen
- Om der skal sættes mere målrettet ind på at kompetenceudvikle området indenfor fysisk undersøgelse i siddestillingssager

Det gør vi gennem en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse. Spørgeskemaet sendes ud, som et link, i uge 46. Det **tager 3-5 minutter at besvare**, og der er ugerne 46 og 47 til at svare i. Alle besvarelser er anonyme, og alle deltagende e-mailadresser behandles fortroligt, og slettes fra vores pc, i det øjeblik spørgeskemaerne sendes ud.

Alle kommunalt ansatte ergoterapeuter, som har til opgave at udvælge og/eller tilpasse kørestole er målgruppe for vores undersøgelse – *også* selv om man ikke foretager fysisk undersøgelse af borgeren.

Såfremt nogen af ergoterapeuterne i XXXX Kommune har tid og lyst til at deltage, er I meget velkomne til at sende os Jeres e-mailadresser, eller oplyse os en samlet e-mail adresse, samt hvor mange ergoterapeuter I videresender spørgeskemaet til, senest fredag d. 9. november 2012. For at validere undersøgelsen, *skal* vi oplyse hvor mange det er sendt til. Det er dog ikke en betingelse at man udfylder spørgeskemaet, blot fordi man har modtaget det, det er selvfølgelig frivilligt.

Kontaktinfo:

E-mail: en01090933@ucsj.dk

Tlf.nr.: 27 70 13 32

På forhånd stor tak for hjælpen,
og venlig hilsen

Anne Otzen
Alice Hoier

Bilag E, Flowchart

Region	Kommuner der modtog spørgeskema	Mulige informanter der modtog spørgeskema
Syddanmark – i alt 22 kommuner	19	71
Midtjylland – i alt 19 kommuner	17	80
Nordjylland – i alt 11 kommuner	9	52
Sjælland – i alt 17 kommuner	12	65
Hovedstaden – i alt 29 kommuner	21	90
I alt pr 12.11.2012	78	358



Frafald i undersøgelsen, i perioden 12.11. 2012 – 7.12.2012. Frafaldet kan skyldes årsager som sygdom, ferie, kursus, manglende tid, manglende motivation samt manglende modtagelse af spørgeskema.



Region	Kommuner der deltog i undersøgelsen	Respondenter der deltog i undersøgelsen
Syddanmark	17	49
Midtjylland	17	44
Nordjylland	9	24
Sjælland	11	23
Hovedstaden	19	48
I alt pr. 7.12.2012	73	188



Grundet mangelfuld besvarelse blev 7 svar ekskluderet fra stikprøven.



Region	Kommuner der udgjorde stikprøven	E-mailadresser der udgjorde stikprøven
Syddanmark	17	46
Midtjylland	16	42
Nordjylland	9	24
Sjælland	10	22
Hovedstaden	18	47
I alt pr. 7.12.2012	70	181

Bilag F,

Oversigt over de spørgsmål som indgik i tværsnitundersøgelsens spørgeskema, samt vejledningen til spørgeskemaet

Kære ergoterapeuter

Ved fysisk undersøgelse menes der, "hands on" undersøgelser i forbindelse med undersøgelse af borgerens siddestillingsevne.

Det er muligt at afkrydse flere svarmuligheder i de spørgsmål hvor dette er relevant. Vi har bestræbt os på at bruge de ord, der efter vores erfaring og formodning anvendes i praksis, hvorfor der er en blanding af latinske og danske ord i spørgeskemaet.

Sker det, at du gentagne gange skal vende tilbage til borgeren for at rette på borgerens siddestilling/tilpasse kørestol yderligere?

- (1) ☐ Aldrig
- (2) ☐ Sjældent
- (3) ☐ Ofte
- (4) ☐ Altid

Har I en beskrevet praksis i forbindelse med kørestolssager, for *hvornår* der skal udføres fysisk undersøgelse af borgeren siddende?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Har I en beskrevet praksis i forbindelse med kørestolssager, for *hvornår* der skal udføres fysisk undersøgelse af borgeren liggende?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Har du siddestilling som dit speciale?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Hvem udfører som oftest de fysiske undersøgelser af kørestolsborgere på din arbejdsplads?

- (2) ☐ Udføres af alle terapeuter som tilpasser kørestole
- (1) ☐ Udføres af terapeuter med speciale i siddestilling
- (3) ☐ Der benyttes konsulent/specialrådgivning

Udfører du fysisk undersøgelse af borgeren siddende?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej

Hvor foregår den fysiske undersøgelse af borgeren siddende?

	Aldrig	Sjældent	Ofte	Altid
I kørestolen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
I lænestol el. lign.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
På spisestuestol el. lign.	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
På briks	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

Hvad undersøger du som oftest ved borgeren i den siddende stilling?

- (1) ☐ Borgerens balance
- (2) ☐ Om kroppen er i alignment
- (3) ☐ Rotation over bækken og columna
- (4) ☐ Bækkenmobilitet ift. columna
- (5) ☐ Bækkenmobilitet ift. hoftelæddet
- (6) ☐ Bækkenskævstand
- (7) ☐ Hvor fleksibel hasemuskulaturen er
- (8) ☐ Sædeknuder's placering
- (9) ☐ Andet _____

Mener du, at der i kørestolssager bør være en systematisk praksis med fysisk undersøgelse af borgeren siddende?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej

Udfører du fysisk undersøgelse af borgeren liggende?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej

Hvor foregår den fysiske undersøgelse af borgeren liggende?

	Aldrig	Sjældent	Ofte	Altid
I sengen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
I kipbar kørestol	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐
På briks	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐

Hvad undersøger du som oftest med borgeren i den liggende stilling?

- (1) ☐ Om bækkenet er mobilt i frem- og bagudkip
(2) ☐ Om bækkenet er mobilt i rotation ift. columna
(3) ☐ Om bækkenet er mobilt ift. bækkenskævstand
(4) ☐ Hvor stor hofte fleksionen er
(5) ☐ Hvor stor hofte abduktionen er
(6) ☐ Hvor stor hofte adduktionen er
(7) ☐ Hvor stor hofte indadrotationen er
(8) ☐ Hvor stor hofte udadrotationen er
(9) ☐ Hvor fleksibel hasemuskulaturen er
(10) ☐ Hvor stor knæ fleksionen er
(11) ☐ Hvor stor knæ ekstensionen er
(12) ☐ Hvor stor dorsal fleksion i foden er
(13) ☐ Hvor stor plantar fleksion i foden er

Mener du, at der i kørestolssager bør være en systematisk praksis med fysisk undersøgelse af borgeren liggende?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej

Mener du, at en fysisk undersøgelse med borgeren liggende kan..?

	Ja	Nej	Ved ikke
Give et bedre resultat ift. kørestolstilpasning	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Spare tid, på sigt, i kørestolssager	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Give dig mere viden som terapeut i den pågældende kørestolssag	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐
Give dig flere kompetencer som terapeut indenfor siddestillingsområdet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐

Hvilke årsager er der til, at du ikke foretager fysisk undersøgelse af borgeren siddende?

- (1) ☐ Manglende tid
(2) ☐ Manglende kompetencer
(3) ☐ Kulturen på arbejdspladsen "det plejer vi ikke"
(4) ☐ Jeg oplever ikke at have behov ift. de kørestolssager jeg udfører
(5) ☐ Jeg har ikke, og kan ikke opsøge de fysiske rammer, til at lave siddende undersøgelse

Hvor ofte udfører teamet med speciale i siddestilling fysisk undersøgelse af borgeren i kørestolssager?

- (1) ☐ Aldrig
- (2) ☐ Sjældent
- (3) ☐ Ofte
- (4) ☐ Altid

Hvilke årsager er der til, at du ikke foretager fysisk undersøgelse af borgeren siddende?

- (1) ☐ Manglende tid
- (2) ☐ Manglende kompetencer
- (3) ☐ Kulturen på arbejdspladsen "det plejer vi ikke"
- (4) ☐ Jeg oplever ikke at have behov ift. de kørestolssager jeg udfører
- (5) ☐ Jeg har ikke, og kan ikke opsøge de fysiske rammer, til at lave siddende undersøgelse

Udfører konsulent/specialrådgivning en fysisk undersøgelse af borgeren i kørestolssager...?

- (1) ☐ Aldrig
- (2) ☐ Sjældent
- (3) ☐ Ofte
- (4) ☐ Altid
- (5) ☐ Ved ikke

Sker det, trods vejledning fra konsulent/specialrådgivning, at du mangler viden om borgerens siddestilling ift... ?

- (1) ☐ Valg af kørestol
- (2) ☐ Tilpasning af kørestol
- (3) ☐ Instruktion til plejepersonale og pårørende
- (4) ☐ Andet (nævn gerne) _____

Bilag G, Forslag til mulige studier

- Kvantitativ samt kvalitativ studie, der belyser hvorledes den tvær- og monofaglige informationsudveksling i kørestolssager kan højnes.
- Kvantitativ og kvalitativ studie, der belyser om det er muligt, at overføre de informationer, som den undersøgende terapeut har opnået gennem observationer og sin taktile sans ved udførelse af fysisk undersøgelse, kan overføres til sagsbehandlende ergoterapeut i kørestolssagen, på et tilfredsstillende niveau.
- En kvantitativ studie, der belyser forholdet mellem organisering samt metodeanvendelse af fysisk undersøgelse i kørestolssager, og de kommunale udgifter til pleje og behandling af fejlstillinger og tryksår.
- RCT studie, der kan generere evidens for anvendelse af briks, når der foretages fysisk undersøgelse af siddestillingsevnen.
- RCT studie, der kan genere evidens for den bedst mulige håndtering af den fysiske undersøgelse af siddestillingsevnen.
- Kvantitativt studie, der belyser hvilke tidsmæssige og fysiske rammer ergoterapeuter har, til at indhente ny viden i.
- Kvalitativt studie, der belyser hvordan muligheden for at indhente ny viden påvirker ergoterapeuterne i deres daglige praksis.
- Kvantitativt studie, der belyser hvad det vil koste samfundet, at give de ergoterapeut studerende yderligere seks måneder på Statens Uddannelsesstøtte (SU), for at specialisere sig, ift. at videreuddanne nyuddannede ergoterapeuter på arbejdspladserne.
- Kvantitativ og kvalitativ studie, der belyser ergoterapeuters årsager til, at de skal vende tilbage gentagne gange, kan derfor også være relevant at foretage.
- Kvalitativt studie, der belyser ergoterapeuters oplevelse af, at have beskrevne procedurer for, hvornår der skal foretages en fysisk undersøgelse af borgerens siddestilling i kørestolssager, med borgeren liggende og siddende.
- Kvalitativt studie, der belyser ergoterapeuters oplevelse af, ikke at have beskrevne procedurer for, hvornår der skal foretages en fysisk undersøgelse af borgerens siddestilling i kørestolssager, med borgeren liggende og siddende.