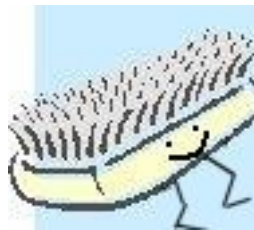


"Børneergoterapeuters baggrund for til- eller fravalg af børsteterapi"

Bacheloropgave i ergoterapi



Udarbejdet af:
Louise Poulsen
og
Mona Eksteen Kristensen

Hold E03v, gruppe 5
Afleveret d. 29. maj 2006, 7. semester

Metodevejleder: Anne Frølund
Faglig vejleder: Anette Breum Steen

"Denne opgave er udarbejdet af ergoterapeutstuderende ved Sundheds CVU Aalborg som led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra skolens side, og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter."

Antal anslag i opgaven inkl.
mellemrum: 89.877

"Denne rapport - eller dele heraf - må kun offentliggøres med forfatterens tilladelse, jfr. Bekendtgørelse af lov om ophavsret nr. 710 af 30.06.2004."

Forord

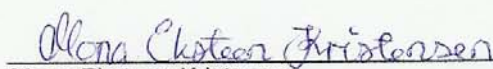
Dette projekt afspejler vores fælles interesse for ergoterapi og børneområdet, hvor vi blandt mange ting valgte at fokusere på børsteterapi. Vi har en forhåbning om, at dette vil skabe øget opmærksomhed og diskussion omkring evidensbaseret praksis og brugen af børsteterapi.

Projektet henvender sig til ergo- og fysioterapeuter, som arbejder eller har interesse indenfor børneområdet.

I forbindelse med projektet vil vi gerne takke vores familier og samleverer, der har været forstående og overbærende i en travl tid samt alle de ergoterapeuter, som har bidraget med inspiration, motivation, viden, konstruktiv kritik og lån af materialer. En speciel tak rettes til vores faglige vejleder børneergoterapeut Anette Breum Steen, vores metodiske vejleder Anne Frølund samt underviser i videnskabsteori og –metode og filosofi & etik Henrik Vardinghus-Nielsen. Ligeledes vil vi takke bibliotekarerne på skolens bibliotek, som har været hjælpsomme og fleksible undervejs i forløbet. Sidst men ikke mindst skylder vi stor tak til de fire respondenter, som deltog i undersøgelsen og har engageret sig i vores arbejde.

Aalborg d. 29. maj 2006


Louise Poulsen


Mona Eksteen Kristensen

Resumé

Fokus på evidens og dokumentation er øget indenfor de senere år. Sanseintegrationsteorien og –modellen er fra 1972, og visse ting deri er baseret på synspunkter, der er forældede ud fra nyere forskning. Wilbarger og Wilbarger har lavet en manual med en sansediæt til børn med sensorisk skyhed, 2-12 år, i 1991, hvoraf en af delene er børsteterapi. Udover manualen blev der afholdt et kursus og kun der blev den udleveret. Vi har lavet 4 kvalitative interviews for at finde frem til, hvorfor børneergoterapeuter vælger eller fravælger at anvende børsteterapi hos børn med sanseintegrationsproblematikker. Herunder om de bruger Wilbarger og Wilbargers beskrivelse, og om deres bud på andres valg eller fravalg stemte overens med disses begrundelser. Vi har analyseret den indsamlede empiri ud fra sanseintegrationsteorien og –modellen samt Wilbarger og Wilbargers beskrivelse. Ud fra resultaterne konkluderer vi at de tre respondenter, som anvender børsteterapi gør det på baggrund af teori og erfaring, og den sidste fravælger det pga. af teori og holdninger omkring børsteterapi. Ingen af de fire anvender børsteterapi helt som beskrevet i manualen, men de tre anvender dele herfra nogle mere end andre.

Summary

Focus on evidence and documentation has increased within recent years. The sensory integration theory and –model is from 1972 and certain items are based on views, outdated from recent research. Wilbarger and Wilbarger (W&W) have made a manual with a sensory diet for children with sensory defensiveness, 2-12 years, in 1991, which partly contains brush therapy. In addition there was a course, which was the only place it was distributed. We have made 4 qualitative interviews to find out why paediatric occupational therapists choose or discard the use of brush therapy on children with sensory integration problems. In addition if they use W&W's description and their guess on why others choose or discard it is consistent with their reasons. We have analyzed the collected data with the sensory integration theory and –model and W&W's description. From the results we conclude that the three respondents who use brush therapy, does it against a background of theory and experience and the last one discards it because of theory and position towards brush therapy. None of the four use brush therapy exactly as the manual prescribes, but three of them use parts from it, some more than others.

Læsevejledning

Vi har forsøgt at skrive projektet i et sprog, der er formelt, men stadig letlæseligt, for at rette henvendelse til flest læsere.

Projektet er udarbejdet efter Sundheds CVU Nordjyllands retningslinjer, og vi har til litteraturliste og kildereferencer anvendt systemet angivet af Vancouvergruppen. Kildehenvisninger angives derfor som tal i parentes i teksten og kan forefindes i referencelisten bagi opgaven. De nærmere oplysninger om kilden kan forefindes på litteraturlisten på side 48-52. Hvis flere sætninger bygger på den samme kilde, er kildehenvisningen placeret efter den sidste sætning i det pågældende afsnit. Hvis kilden blot henviser til dele af sætningen, er henvisningen placeret efter den del af sætningen, den hører til. Hvis der henvises til en kilde, som er nævnt tidligere, anvendes dette nummer igen.

De anvendte citater i opgaven er skrevet i anførselstegn og med kursiv, og citater over tre linjer vil være indrykket i forhold til teksten. Bilag nummereres fortløbende og forefindes sidst i projektet i bilagsmappen. Henvisninger til disse er angivet i teksten.

God læselyst!

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INDLEDNING	3
2.0 PROBLEMBAGGRUND	4
2.1 OPSAMLING	7
3.0 PROBLEMFORMULERING	8
3.1 NØGLEBEGREBER	8
4.0 METODE	10
4.1 VIDENSKABSTEORETISK OG METODISK TILGANG	10
4.1.1 Metode	10
4.1.2 Videnskabsteoretisk tilgang	11
4.2 LITTERATURSØGNING	11
4.3 VALG AF TEORI	12
4.3.1 Teori	12
4.4 EMPIRIINDSAMLING	13
4.4.1 Valg af og indledende kontakt til respondenter	13
4.4.2 Udarbejdelse af interviewguide	14
4.4.3 Interviewsituationen	14
4.5 TRANSSKRIBERING	15
4.6 METODE TIL ANALYSE AF EMPIRI	16
4.7 VALIDITET OG RELIABILITET	17
4.8 ETISKE OVERVEJELSER	18
5.0 TEORI	20
5.1 SANSEINTEGRATIONSTEORIEN OG –MODELLEN	20
5.1.1 BØRSTETERAPI	22
6.0 ANALYSE AF RESULTATER	24
6.1 RESPONDENTER	24
6.2 BAGGRUND FOR TILVALG ELLER FRAVALG AF BØRSTETERAPI	24
6.2.1 Bud på andres valg/fravalg	27
6.3 ANVENDES BØRSTNING IFØLGE WILBARGER OG WILBARGER?	28
6.3.1 Respondenternes anvendte børstevejledning	28
6.3.2 Respondenternes udførsel af børsteterapi	30
6.3.2.1 Inden børstning	30
6.3.2.2 Udførsel af børstning	31
6.3.2.3 Hyppighed af børstning	34
6.3.2.4 Hos hvilke børn respondenterne vælger og fravælger børsteterapi	35
7.0 KONKLUSION	39
8.0 DISKUSSION	40
8.1 METODE- OG TEORIDISKUSSION	40
8.1.1 Metode	40
8.1.1.1 Validitet og reliabilitet	41
8.1.2 Teori	41
8.2 RESULTATDISKUSSION	42

9.0 PERSPEKTIVERING	44
10.0 REFERENCER	45
11.0 LITTERATURLISTE	48

FORMIDLING AF BACHELORPROJEKT

BILAGSMAPPE

1.0 Indledning

Dokumentation og evidens af arbejdet med børn med sanseintegrationsproblematikker er et emne der diskuteres indenfor ergoterapiområdet (1-4). Vi har som studerende i vores praktik hos en børneergoterapeut oplevet at der anvendes forskellige former for intervention, hvor der ingen dokumentation eller evidens er for deres virkning. Et eksempel herpå er børsteterapi efterfulgt af led approksimation. Vores nysgerrighed for netop dette emne er udsprunget af, at vi selv har anvendt børsteterapi og at har en oplevelse af, at det har en effekt. Vi er bevidste om, at børsteterapi og led approksimation anvendes på flere områder og hos patientgrupper såsom psykiatriske og somatiske patienter samt hos børn (5,6).

2.0 Problembaggrund

I det følgende afsnit kommer vi ind på den viden, der har ledt os frem til vores problemformulering. Disse emner er: Evidensbaseret praksis, børneergoterapiens baggrund og sanseintegration (SI) i forhold til børsteterapi.

Fokus på evidens og dokumentation er blevet meget større indenfor de sidste år, og dette fokus er ligeledes dukket op indenfor ergoterapi (7). Der er skrevet mange artikler omkring dette, og om hvorfor evidens og dokumentation er vigtig for faget (8,9). For eksempel skriver Stein og Söderback i en artikel, at det vigtigste i starten af dette århundrede er at vise effekt i praksis, og at evidensbaseret praksis vil støtte ergoterapi i sundhedssystemet.

Der beskrives i forordet til Bundy, Lane & Murray's bog "Sensory Integration, Theory and Practice", at det er vigtigt med mere forskning af den høje kvalitet, som Dr. A. Jean Ayres udførte. Der beskrives yderligere at det, som bør undersøges i det 21. århundrede med hensyn til SI, blandt andet er interventionens effektivitet. Herunder bør undersøges ved hvilke specifikke typer problemer, og under hvilke specifikke forhold SI-behandling er brugbar. Der nævnes ligeledes at, vores teorier og praksis kun kan blive legitimeret igennem fortsatte studier (10).

I en artikel fra Occupational Therapy International fra 2005, skrevet af Brown, Rodger, Brown og Roever, beskrives en undersøgelse hvori børneergoterapeuter fra Canada og Australien sammenlignes. Her fremkommer en del facts om børneergoterapi og forskning. Blandt andet står der at undersøgelser om ergoterapeuters anvendelse af teori, kun har fokuseret lidt på børneergoterapeuter (11). Herudover udtales, at SI og neuroudviklingsteorier måske er de eneste teoretiske modeller, som kan betragtes som nærmende sig en videnskabelig teori indenfor børneområdet (11). Med hensyn til børneergoterapeuternes valg af behandling nævnes der, at undersøgelsen viste at de mest almindelig grunde til at bruge teoretiske rammer var, at de imødekom barnets behov, og at respondenterne var bekendte med dem.

I årene fra 1960 til 1970 begyndte nogle danske ergoterapeuter udelukkende at arbejde med børn, og efter starten af 1980'erne kaldte de sig børneergoterapeuter. Inspiration fra udviklingen af generelle ergoterapeutiske teorier og modeller fra USA, Canada og Australien har smittet af på børneområdet, og der er ligeledes sket stor udvikling indenfor stillinger, ansættelsesområder og arbejdsfunktioner på området (12). Ergoterapeuter kan søge specialistgodkendelse blandt andet indenfor børneområdet, igennem Ergoterapeutforeningen, hvor man skal opfylde visse krav (13). I dag er der 11 registrerede ergoterapeuter med

specialistgodkendelse indenfor børn, og der er i Landsfaglig gruppe af Børneergoterapeuter, LFG-Børn, registreret 268 børneergoterapeuter (Se bilag 1).

Der er kommet mere fokus på evidens indenfor børneområdet, også i Danmark. Der er begyndende tiltag af kritiske undersøgelser, som skal be- eller afkræfte hypoteserne omkring effekten af de enkelte tiltag. Et eksempel herpå er Støvring, som undersøgte effekten af tidlig indsats på det sansemotoriske område hos børn (14). I undersøgelsen nævnes flere studier, der undersøger effekten af træning med børn (15).

Kendskabet til Ayres og hendes SI-teori og -model begyndte i 1970-1980, og Ayres og hendes arbejde havde stor betydning for dansk ergoterapi. Hun udviklede SI-modellen, i forbindelse med studier af børn med indlæringsproblemer (16), og hun publicerede denne i 1972 (17). Bogen "The Conceptual Foundation of Occupational Therapy" skrevet af Kielhofner beskriver, at denne model er den bedst videnskabeligt underbyggede og udviklede begrebsmodel for praksis i ergoterapi, men alligevel har anvendelsen af modellen i praksis været udsat for kritik (18). I en artikel af Goren kan man læse, at selvom SI-teori og -terapi fortsat er meget populær, bliver den nu udfordret af forskning omkring dens effektivitet. Desuden kan den i dens nuværende form, være ved at nærme sig sidste salgsdato (19). Det er 34 år siden, at modellen blev publiceret (17), så hvorvidt den kan anvendes i dag og er opdateret med den seneste udvikling er uvist, da vi ikke har kunnet finde nogen oplysninger herom. Dette skyldes også, at modellen er baseret på eksperimentel neurovidenskabelig litteratur, og at modellen ikke er blevet nyfortolket i forhold til de nyeste dynamiske systembegreber (20).

Patricia Wilbarger og hendes datter Julia Wilbarger har i 1991 udgivet hæftet "SENSORY DEFENSIVENESS IN CHILDREN AGED 2-12, An Intervention Guide for Parents and Other Caretakers". Dette hæfte kunne rekvireres på et kursus (21), som blev afholdt i Danmark den 28-29 september i 1991 (22), hvor der deltog ca. 100 børneergoterapeuter og -fysioterapeuter (22). Hæftet præsenterer en tre-trins-tilgang til sensoriske skyheder med en sansediæt og beskriver blandt andet under trin tre, hvordan man kan udføre børsteterapi som en del af intervention. Vi har bemærket at to danske ergoterapeuter, som har skrevet artikler om anvendelse af børsteterapi, henviser til dette hæfte (23, 6), men også at de ikke helt følger instruktionen, som er beskrevet deri. Derimod bruger de dele af tilgangen, og vi ved ikke, hvorfra de supplerer med viden. I bogen "Sensory Integration – theory and practice" fra 2002, beskriver Wilbarger og Wilbarger "The Wilbarger approach to treating sensory defensiveness" (24). Denne indeholder uddrag af det samme materiale, som er beskrevet i hæftet, blot med modifikationer på grund af de elleve års yderligere erfaring. Her bliver der lagt vægt på, at denne tilgang ikke må kaldes børstning men "Wilbarger protokollen" (25). Dette viser at den

del af hæftet, som omfatter børstning, ikke må tages ud af sammenhængen, og at børstning kun fremstår som en del af en intervention, både i hæftet og i "Sensory Integration – theory and practice". På kurset fik deltagerne dog, med udgangspunkt i hæftet, mundtligt nærmere vejledning i hvordan børstning skulle udføres (26).

Vi finder det betænkeligt, at nogle børneergoterapeuter anvender Wilbarger og Wilbargers hæfte og mundtlige instruktion som en børstevejledning, når dele heraf er forældet og ikke er blevet opdateret i forhold til nyere viden. Det gælder derudover også, at de kun bruger instruktionen fra hæftet delvist, når forfatterne lægger vægt på, at dette skal bruges som en helhed. Vi må gå ud fra, at ikke alle daværende praktiserende børneergoterapeuter deltog på Wilbarger og Wilbargers kursus (22), og at der selvfølgelig er kommet nye praktiserende børneergoterapeuter til siden. Derfor har alle ikke denne mundtlige viden fra kurset og har således ikke samme udgangspunkt for at kunne udføre børstning som beskrevet af Wilbarger og Wilbarger. På denne baggrund må vi formode, at de nuværende børstevejledninger der anvendes i praksis, er en blanding af og en fri bearbejdning af mundtlige informationer der er vandret fra kurset, vejledningen fra hæftet, hvordan børneergoterapeuter har set andre børneterapeuter anvende denne viden samt erfaringer af hvad andre børneergoterapeuter har skrevet i artikler (23,6). Det er problematisk, at Wilbarger og Wilbarger tager udgangspunkt i Ayres' teori om SI (16), da hendes hæfte adskiller sig, især på et punkt, fra Ayres' synspunkter. Hun beskriver, at barnet selv må tage aktiv del i SI'en, og driften skal komme fra barnet selv (27), mens Wilbarger og Wilbarger skriver, at barnet skal børstes, selv hvis det er imod dets vilje (26).

Tilsyneladende findes der ikke mange videnskabelige undersøgelser om effekten af børsteterapi. Fagbladet Ergoterapeuten har udgivet en artikel, der er udarbejdet på baggrund af opgaven "Børstning", der er lavet af tre danske ergoterapeutstuderende om Wilbarger og Wilbargers børstemetode. Artiklen udleder, at børstemetode har god virkning, på de 13 børn der blev interveneret og at: *"Ud fra vores undersøgelse kunne noget tyde på, at man får et barn, der er langt mere modtageligt/motiveret for sanseintegrationsbehandling"* (28). Ligeledes skrives der i artiklen, at undersøgelsen har fundet frem til at:

"Børn der behandles intensivt i 1 – 2 uger efter den amerikanske ergoterapeut Patricia Wilbargers børstemetode bliver roligere og mere koncentrerede. De sover bedre, får bedre øjenkontakt, bliver mere aktive og opmærksomme, tegner bedre, bliver bedre til at klare konflikter og virker mere samlede".

(Ergoterapeuten 12/92 s. 40)

Udfra dette må man formode, at der er set en virkning i pågældende tilfælde.

2.1 Opsamling

Det undrer os, hvorfor mange børneergoterapeuter anvender børsteterapi i praksis, når der ikke findes videnskabelig evidens for dens virkning, og ligeledes hvorfor denne ikke-eksisterende evidens ikke er blevet undersøgt.

Derudover undrer vi os over, hvad der ligger til grund for, at børneergoterapeuter vælger at bruge børstestimulation på børn med SI-problematikker. Det kan være mange års gode erfaringer med at anvende børstestimulationen, den store interesse indenfor SI (17) som medførte, at der blev afholdt mange kurser indenfor emnet i Danmark, heriblandt Wilbarger og Wilbargers kursus, eller måske noget helt andet. Ligeledes undrer det os, hvad der får børneergoterapeuter til at fravælge børsteterapi til nogle børn, og hvad der får andre til helt at fravælge brugen af børsteterapi. Vi vil også gerne vide, om de der tilvælger børsteterapi som intervention anvender det ifølge Wilbarger og Wilbargers beskrivelser.

Vi vil gerne vide, om de tager deres beslutninger på baggrund af teori eller erfaringer.

Dette leder os hen til den følgende problemformulering.

3.0 Problemformulering

"Hvorfor vælger eller fravælger børneergoterapeuter at anvende børsteterapi som intervention hos børn med sanseintegrationsproblematikker?"

3.1 Nøglebegreber

	Nominel:	Operationel:
<u>Hvorfor:</u>	Udtryk for at der spørges om el. henvises til grunden til noget (29).	Baggrund for til- eller fravalg af anvendelsen af børsteterapi hos dem selv og kollegaer. Dette kan være erfaringsmæssige eller teoretiske grunde.
<u>Børneergoterapeut:</u> Børn: Ergoterapeut:	Subst. plur. af barn. En person i alderen fra 0 til ca. 13 år(29). En person der er uddannet i ergoterapi (29).	En uddannet ergoterapeut som arbejder med børneergoterapi i praksis.
<u>Anvende:</u>	Anvende ngt: tage noget el. nogen til hjælp for at nå et mål = BRUGE, BENYTTE, BETJENE SIG AF, KØRE MED (29).	At bruge børsteterapi som beskrevet af Wilbarger og Wilbarger i 1991 (30) og 2002 (31).
<u>Børsteterapi:</u> Børste: Terapi:	Børste ngt: stryge noget med den hårde side af en børste for fx at rense, rede el. pudse (29). Behandling af en fysisk el. psykisk sygdom el. skade ved hjælp af andre midler end operation og medicin, ofte med aktiv deltagelse af patienten = BEHANDLING (29).	Dybe tryk med en specifik, stiv børste på huden af hænder, arme, ryg, ben og fødder. Børstningen efterfølges altid af gentagende led approksimation på truncus, arme og ben (32).
<u>Intervention:</u>	En stats indgriben både på nationalt og internationalt plan, fx i militære el. økonomiske forhold = INDGRIBEN (29).	Den ergoterapeutiske indgriben overfor en klient i en given tidsafgrænset periode.
<u>Børn:</u>	Subst. plur. af barn. En person i alderen fra 0 til ca. 13 år (29).	Personer fra 0 - 17 år (Se afsnit 6.1).

Sanseintegrationsproblematik:		
Sanse:	Få fat i noget ved hjælp af syn, hørelse, el. følesans. =FORNEMME, PERCIPERE, OPFATTE, MÆRKE, FØLE (29).	Når den neurologiske proces som organiserer sansning fra ens egen krop og fra omgivelserne og gør det muligt at bruge kroppen effektivt i omgivelserne, ikke fungerer (33).
Integration:	Sammenslutning af noget til en større enhed (34).	
Problematik:	=PROBLEMSTILLING: En række sammenhængende problemer set som en helhed (29).	

4.0 Metode

De følgende metodiske afsnit beskriver og begrundes vores valg og fremgangsmåde til indsamling og bearbejdning af empiri. Vi beskriver de metodiske overvejelser under følgende overskrifter: Videnskabsteoretisk og metodisk tilgang, litteratursøgning, valg af teori, empiriindsamling, transskribering, metode til analyse af empiri, etiske overvejelser, validitet og reliabilitet.

4.1 Videnskabsteoretisk og metodisk tilgang

I dette afsnit beskriver vi vores valg af metode og videnskabsteoretisk tilgang i undersøgelsen.

4.1.1 Metode

Vi har valgt den kvalitative metode til denne opgave. Det gjorde vi, da kvalitative metoder er optaget af, gennem indlevelse, forståelse og fortolkning, at skabe helhed, mening og sammenhæng i det undersøgte fænoménområde (35). Vi ønsker gennem denne metode at få respondenternes professionelle viden om og vurdering af børsteterapi. Ligeledes for at finde frem til hvad der ligger bag valget af denne, samt via indlevelse, forståelse og fortolkning af deres svar at finde sammenhæng og svar på problemformuleringen. De kvalitative data er bløde og består af sproglige udsagn, som ikke på forhånd er faststrukturerede i bestemte og på forhånd fastlagte kategorier af svarmuligheder (35).

Vi valgte den kvalitative metode, hvor vi kan anvende en åben interviewform, der giver os mulighed for dybdegående og eksplorative forskningsinterviews (36), hvilket er den bedst egnede metode til at indsamle den viden, som vi leder efter. Herved kan der måske komme viden frem ved nogle af interviewene, som vi ikke kender til, og på den måde giver det os mulighed for at få ny viden. Vi arbejder dermed overordnet induktivt, da vi ønsker at indsamle viden om børneergoterapeuters professionelle begrundelse for valg eller fravalg af børsteterapi (37). Med ovennævnte ønsker vi at producere viden, der er gavnlig for ergoterapifaget.

4.1.2 Videnskabsteoretisk tilgang

Malterud udtaler at: *"De kvalitative metodene hører hjemme i en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, som handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk"* (38). I forhold til denne udtalelse omkring den kvalitative metodes tilhørsforhold vil det være naturligt at vælge den hermeneutiske tilgang til vores opgave. Vi har valgt at arbejde kvalitativt, og ligeledes ønsker vi at tolke på respondenternes udsagn og refleksioner, for at få svar på problemformuleringen. Hermeneutikkens centrale begreber er forståelse og fortolkning (39), fortolkning af tekster, dialog og samtale samt sociale handlinger og praksis (40). Den har en direkte humanvidenskabelig baggrund og er derfor optaget af det menneskelige (41). Hermeneutikken har klart et idiografisk videnskabsideal. Med det idiografiske videnskabsideal forstås videnskaber:

"[...] som især og i første række beskæftiger sig med det enkeltstående tilfælde. Målet for forskning er at give en så nøjagtig og udtømmende redegørelse som muligt for det enkelte tilfælde, en redegørelse der netop søger at gribe fænomenet i dets individualitet, snarere end i dét det har fælles med andre".

(Collin og Koppé, 1995 s.27)

Rønn beskriver ligeledes det idiografiske som *"..at forstå det unikke i et humant fænomen gennem indlevelse og ved at forstå det i meningsfulde kulturelt betingede helheder"* (41). Derfor følger vi dette videnskabsideal i og med, at vi udfører fire individuelle interviews med professionelle, for at få hver deres præcise og uddybende forklaring, som kan hjælpe os til at besvare vores problemformulering. På samme måde vil vi prøve at opnå forståelse af børneergoterapeuters baggrund for til- eller fravalg af børsteterapi i praksis, i forhold til deres professionalisme, igennem eksplorative interviews.

Vi bruger overordnet den hermeneutiske tilgang, for at få varierede svar og et bredt billede af børneergoterapeuternes valg eller fravalg, som vi derefter ved en komparativ analyse kan sammenligne med henblik på at finde ligheder og forskelle.

4.2 Litteratursøgning

Vi har søgt artikler og undersøgelser på databaserne på skolens hjemmeside og har søgt på litteratur generelt på nettet, biblioteker i Danmark og skolens bibliotek ved at anvende

referencelister og på den måde forsøge at anskaffe anvendelig materiale. Følgende steder har vi anvendt i vores litteratursøgning:

Databaser:

- SCVUBA (skolens interne database)
- Cinahl
- PubMed
- Amed
- Google
- Bibliotek.dk

Vi har søgt på enkelte ord og kombineret ord og begreber indenfor emnet. Vi startede bredt og snævrede søgningen ind for at få en mere præcis søgning. Vedlagt er de ord, vi har brugt til vores søgning (Se bilag 2), og vores søgehistorier (Se bilag 3-9). De artikler og undersøgelser der dukkede frem af søgningerne, sorterede vi i, inden vi bestilte dem. Vi læste titler og abstracts på dem, og kasserede dem der ingen relevans havde for opgaven. Vi endte med 43 artikler og undersøgelser, og efter nærmere gennemlæsning sorterede vi yderligere irrelevante fra. Vi stod da tilbage med 23 anvendelige artikler og undersøgelser, hvoraf vi har refereret til 11.

4.3 Valg af teori

I følgende afsnit ønsker vi at belyse vores valg af teori. Teorien anvendes som referenceramme i udarbejdelsen af analyse af empiri.

4.3.1 Teori

Vi har valgt at anvende SI-teorien og -modellen til at analysere det indsamlede empiri, da vi fokuserer på børn med SI-problematikker, og det derfor faldt os naturligt at inddrage denne teori. Vi vil bruge modellen og teorien til at sammenligne med respondenternes udsagn, for at se om de anvender teorien som beskrevet af Ayres. Herindunder hører børsteterapi, som er en del af en intervention. Vi vil anvende dette, ifølge Wilbarger og Wilbarger, til at sammenholde med respondenternes udsagn. SI-teorien og -modellen samt børsteterapi vil blive nærmere beskrevet i efterfølgende afsnit 5.1.

4.4 Empiriindsamling

I følgende afsnit ønsker vi at beskrive, hvordan vi valgte vores respondenter ud, tog kontakt til dem, udarbejdede vores interviewguide og beskrive interviewsituationen.

4.4.1 Valg af og indledende kontakt til respondenter

Vi har valgt at interviewe fire børneergoterapeuter. Dette gør vi da at vi mener, at fire personer vil give os en overkommelig mængde empirimateriale. Ifølge Kvale kan for mange respondenter, og dermed interviews, medføre et stort empirimateriale og resultere i mangelfuld og ikke dybdegående fortolkning (42). Ligeså mener vi, at materialet fra fire respondenter kan give os et varieret billede af børneergoterapeuters baggrund for valg af at anvende eller ikke anvende børsteterapi. Vores inklusionskriterier var først børneergoterapeuter med specialistgodkendelse, og at de skulle arbejde i praksis med børn og have erfaring hermed. Børneergoterapeuter med specialistgodkendelse har viden og erfaring indenfor feltet, da man skal opfylde visse krav for at blive taget i betragtning til en godkendelse, heriblandt at have publiceret materiale om emnet (13). Der var 11 registrerede børneergoterapeuter med specialistgodkendelse på Ergoterapeutforeningens hjemmeside, og vi begyndte at kontakte dem. Grundet ferie, ansættelse som undervisere, konsulentfunktion eller at de ikke havde mulighed for at tage tid ud af kalenderen til et interview, lykkedes det os at få aftale med en ud af de elleve børneergoterapeuter med specialistgodkendelse. Undervejs fandt vi ud af, at det ikke var så nemt at finde respondenter i forhold til vores kriterier. Herefter måtte vi ændre vores inklusionskriterier, og det vi fandt vigtigst i forhold til at få svar på problemformuleringen var, at børneergoterapeuterne arbejder i praksis, så herefter var det kriteriet. Vi valgte derfor børneergoterapeuter, som de kontaktede børneergoterapeuter med specialistgodkendelse, eller som vores faglige vejleder havde anbefalet. Herved fik vi aftaler med yderligere tre børneergoterapeuter.

Vi har kontaktet respondenterne via mail eller telefon, alt efter om vi havde deres telefonnummer eller deres mailadresse. Her informerede vi dem om vores undersøgelse, vores interesse herfor og fik, efter de havde sagt ja til interviewet, aftalt tid og sted. Vi sendte bagefter samtykkeerklæringen ud til de fire respondenter, hvori vi havde beskrevet deres rettigheder, hvad vi ville anvende deres udsagn til, samt at interviewet ville blive optaget på diktafon (Se bilag 10).

4.4.2 Udarbejdelse af interviewguide

Vores interview var et eksplorerende og åbent interview som kun var lidt struktureret. Interviewguiden var udarbejdet ud fra Kvale og var bygget op i fire dele (Se bilag 11). Første del var præsentation af os til respondenterne. Denne lavede vi, for at klargøre overfor respondenterne hvem vi var, hvad vi ville undersøge, og hvorfor vores interesse var opstået. Anden del var indledende spørgsmål som navn, alder, type af arbejdssted og lignende. Vi ville bruge disse spørgsmål for ikke begynde med nærgående spørgsmål, og få respondenterne til at føle sig tilpas og herudover at kunne lave en kort præsentation af respondenterne. Tredje del var spørgsmål til de respondenter, der svarede ja på, at de anvender eller har anvendt børsteterapi, og fjerde del var til, de respondenter der svarede nej. Denne del var baseret på vores problemformulering, som har to overordnede muligheder. Til sidst havde vi et åbent og bredt spørgsmål, for at sikre at respondenterne ikke sad med yderligere oplysninger, som vedkommende mente, vi kunne drage nytte af. Ligeledes snakkede vi mere uformelt om emnet med alle interviewpersoner, efter diktafonen var slukket, for ikke at afslutte interviewet brat (43). Interviewguiden var bygget op med åbne overordnede spørgsmål og underspørgsmål. På denne måde havde respondenterne mulighed for at svare bredt og måske åbne op for andre emner indenfor området. Det gav os også mulighed til at spørge ind til udsagn og få mere uddybende svar, der hvor vi havde vores interesse. Interviewguiden er dataudarbejdet ud fra læst litteratur, og ud fra hvad vi gerne ville vide noget om for at give et svar på problemformuleringen. Vi fik vores faglige vejleder til at gennemlæse interviewguiden og svare på nogle af spørgsmålene, for at høre hvorvidt spørgsmålene blev forstået, som vi havde ment dem. Som børneergoterapeut gav hun os andre måder at spørge ind på, for at få svar på det vi ønskede at vide noget om, og ideer til andre spørgsmål som vi ikke havde tænkt på. Efter første interview fik vi informationer, som vi også gerne ville have svar på fra de tre andre respondenter, så derfor tilføjede vi lidt i den eksisterende interviewguide (Se bilag 12) og anvendte den korrigerede guide (Se bilag 11) til de tre sidste interviews.

4.4.3 Interviewsituationen

Interviewene fandt sted henholdsvis på arbejdspladsen, i respondenterens eget hjem eller på et kursuscenter. På grund af arbejdsmæssig travlhed hos børneergoterapeuterne tog vi de muligheder, vi fik for at få interviewet, så derfor har vi ikke haft mulighed for, at vælge om interviewet skulle foregå i vante omgivelser, og om det skulle være ens ved alle fire. Vi fandt det vigtigt at skabe en god kontakt til respondenterne og en afslappet atmosfære. Dette fordi vi gerne ville have respondenterne til at tale åbent om deres erfaringer, og for at de skulle føle

sig tilpas (44). Vi lagde op til, at stemningen skulle være uformel, og vi medbragte en lille værtindegave til respondenterne.

Interviewene var planlagt med varighed på ca. en time, så respondenterne vidste, hvor lang tid de skulle afsætte til interviewet og ikke blev ukoncentrerede. Vi valgte at optage interviewene på diktafon, så vi kunne koncentrere os om interviewet og at være til stede for respondenterne uden at skulle skrive alle udsagn ned undervejs. Herved kunne vi koncentrere os om emnet og dynamikken i interviewet. Vi optog interviewene, for at undgå at der blev fortolket under nedskrivningen, og for efterfølgende at kunne dokumentere vores empiriindsamling ved at transskribere interviewene (45). Vi var begge til stede ved interviewene, og at den ene af os interviewede alle respondenter, imens den anden observerede og kunne spørge uddybende ind. Vi valgte de faste funktioner under samtlige interviews, for at interviewerens kunne gøre brug af erfaringer fra de forrige interviews. Denne arbejdsform informerede vi respondenterne om inden interviewets start. Ligeledes skrev vi og respondenteren under på samtykkeerklæringen, inden interviewet blev gennemført.

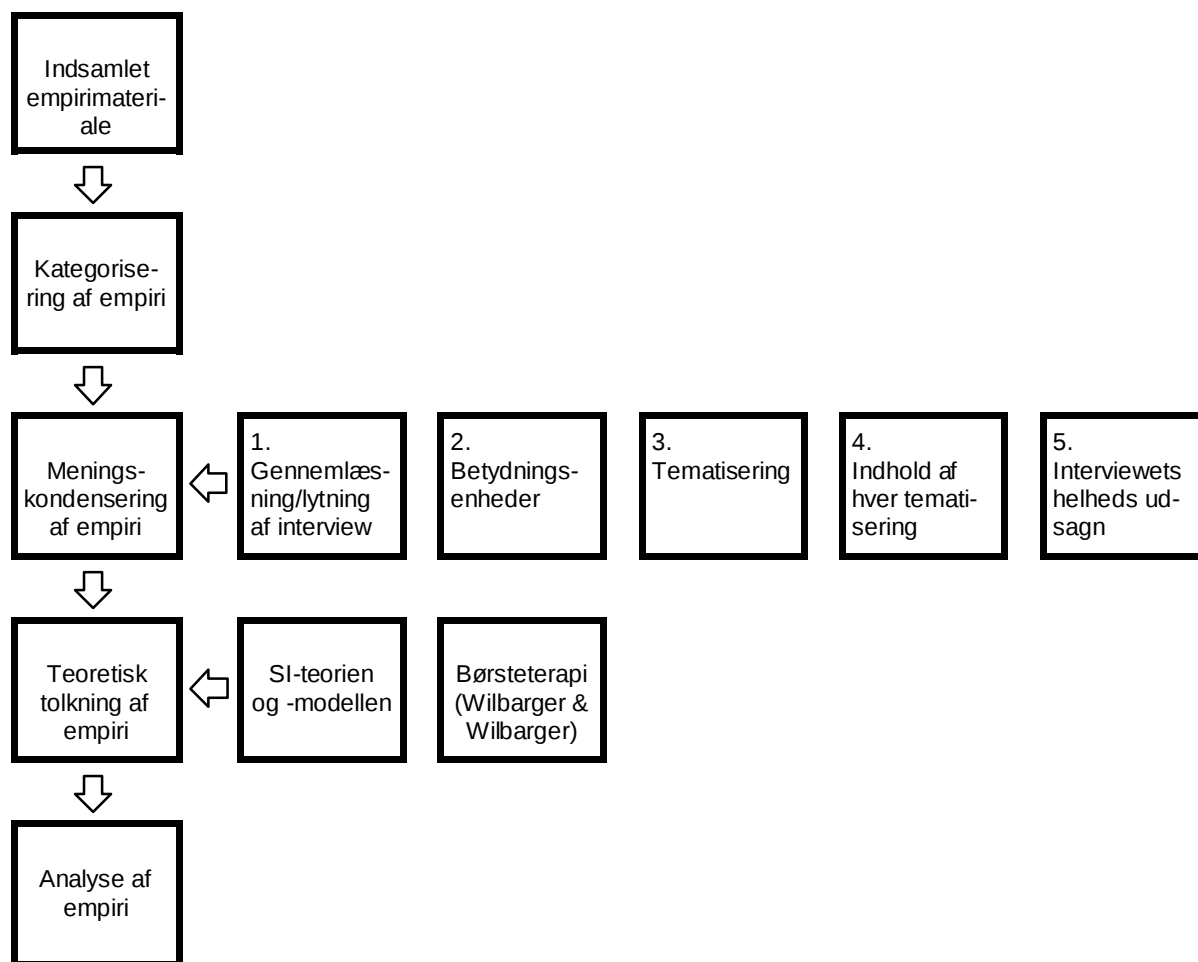
4.5 Transskribering

Vi fik alle fire interviews transskriberet, da det gav en skriftlig strukturering af den indsamlede viden (46). Vi valgte at få en lægesekretær til at udføre transskriberingen af interviewene for at undgå fortolkning under transskriberingen. Vi måtte dog, på grund af sygdom hos lægesekretæren, selv transskribere to af interviewene. Vi har udarbejdet retningslinjer for transskriberingen (Se bilag 13) udfra Kvale for at forbedre kvaliteten og ensartetheden, nu hvor vi var tre om arbejdet (47). Vi har valgt, at transskriberingen skal være ordret og at pauser, betoning og verbale følelsesudtryk bliver skrevet i parenteser (48). Dette for ikke at ændre på udsagnene og dermed undgå eventuel fortolkning af empiriindsamlingen. Af etiske grunde har vi anonymiseret interviewpersonerne, og de eventuelt omtalte personer eller steder gennem transskriberingen (49). Vi tilbød respondenterne at gennemlæse transskriberingen af interviewet for godkendelse og kommentering (Se bilag 10). På den måde vil vi højne validiteten af det materiale, som senere bruges til analyse og tolkning. Ligeledes gjorde vi det klart, at der er naturlige forskelle på talesprog og skriftsprog, og det derfor kunne fremstå usammenhængende og forvirret (50), for de respondenter der ønskede at gennemse deres interview transskriberet.

4.6 metode til analyse af empiri

I det følgende afsnit vil vi gennemgå analysemetoden for at klargøre, hvordan vi er kommet frem til resultaterne i undersøgelsen.

Vi viser med figuren herunder, hvad vi har gjort ved vores indsamlede empirimateriale for at analysere den.



For at gøre den indsamlede empiri mere struktureret og nemmere at gå til har vi valgt at benytte kategorisering, meningskondensering og teoretisk tolkning (51).

Vi har valgt først at kategorisere vores empiriindsamling. Materialet blev sorteret efter de temaer, der naturligt blev formidlet gennem materialet. Kvale skriver at meningskondensering og meningskategorisering ikke nødvendigvis forudsætter hinanden kronologisk eller logisk (52). Vi meningskategoriserer først, da vi finder denne rækkefølge naturlig, og vi på denne måde starter bredt ved at dele materialet ind i temaer, inden vi meningskondenserer

udsagnene. Vi har valgt at kalde meningskategorisering for kategorisering, da vi ikke anvender kategoriseringen helt som beskrevet i Kvaless bog med "+" og "-" og skalabetegnelser men blot deler materialet ind i overordnede temaer (53) (Se bilag 14).

Efterfølgende meningskondenserede vi materialet med det formål at forkorte lange tekster og reducere mere præcise udsagn (53):

1. Først gennemlæste og gennemlyttede vi interviewene for at danne os et helhedsindtryk af materialet. Vi var opmærksomme på ikke at lade vores forforståelse styre gennemlæsningen men i stedet være åbne for de indtryk materialet måtte formidle.
2. Herefter bestemte vi os i hvert interview for de naturlige betydningsenheder, som kom frem af udsagnene.
3. Derefter tematiserede vi betydningsenhederne alt efter hvad de indeholdte. Vi holdt betydningsenhedernes temaer op imod vores problemformulering, for at se hvad netop hver tema ville kunne give til vores svar på problemformuleringen.
4. Til sidst i meningskondenseringen blev de væsentlige temaer som helhed sat sammen i hvert interview. Her blev udsagn omdannet og reduceret til en mere forståelig og sammenhængende tekst. Nogle udsagn forblev urørte, nogle forkastet og andre igen opdelt i undertemaer (54).

Til sidst lavede vi en teoretisk tolkning ud fra SI-modellen og det materiale, hvori Wilbarger og Wilbarger har beskrevet børsteterapi. Hvordan vi anvendte modellen og beskrivelsen står skrevet ovenfor i afsnit 4.3 "Valg af teori". Hermed har vi lavet analyse på vores empiri.

4.7 Validitet og reliabilitet

Under hele forløbet med undersøgelsen og udarbejdelsen af opgaven har vi stillet spørgsmål til os selv, om vores valg har påvirket graden af validitet og reliabilitet og dermed resultatet af undersøgelsen (55). Kvale sætter generaliserbarhed, validitet og reliabilitet sammen som den hellige treenighed (56). I dette afsnit ønsker vi at belyse, hvordan vi vil højne validiteten og reliabiliteten af opgaven. I diskussionsafsnittet vil vi se på alle delene af treenigheden og vurdere, hvorvidt det er lykkedes os at højne validiteten og reliabiliteten.

Gennemgående har vi valgt at anvende udtrykkene sanseintegrationsproblematikker og sensorisk skyhed. Dette for at lette forståelsen da der anvendes mange begreber om samme definition. Størstedelen af vores litteratur, artikler og lignende er skrevet på engelsk, og der

kan derfor være nuancer eller aspekter, som vi ikke har opfattet korrekt eller holdninger, vi har tolket forkert. For at formindske dette har vi ved tekster, hvor oversættelsen har været svær begge læst den grundigt og anvendt ordbøger og endelig diskuteret hvad den givne tekst præcist formidler.

Vi fravalgte at interviewe den ansatte børneergoterapeut på vores fælles tidligere praktiksted for at undgå forudindtagede holdninger og viden, der var indhentet gennem praktikken. Vi ville derfor have svært ved at være objektive i dette tilfælde. Geografisk set har vi fundet respondenter fra hele landet, så deres syn på emnet ikke er påvirket af en bestemt landsdel eller kommunale/amtsslige regler. For at højne validiteten af troværdigheden omkring respondenternes udsagn under interviewet var vi bevidste om at forsøge ikke at stille ledende spørgsmål, og vi stillede spørgsmål for at kontrollere forståelsen af respondenternes udsagn.

Som førnævnt blev transskriberingen af interviewene foretaget af tre personer, så for at udarbejde transskriptionen ens udformede vi retningslinjer til dette (Se bilag 13). Ligeledes kontrollerede vi de fire interviews transskriptionen, mens vi hørte interviewet igennem. Vi er bevidste om, at transskriptionerne ikke er vores grunddata men en konstruktion af interviewene.

Under analysen af materialet var vi bevidste om at tolke respondenternes udsagn korrekt (57), så der var nedsat risiko for mistolkning af respondenternes meninger. Endvidere har vi været bevidste om udvælgelsen af citater og vores fortolkning af respondenternes udsagn, da læseren er afhængig af vores valg, fordi interview og transskribering ikke foreligger i opgaven. Derfor har vi redegjort for vores proces af analysen. Opgaven skal være en gyldig redegørelse for undersøgelsens hovedresultater, og vi har derfor, efter aftale, fået flere udenforstående til at gennemlæse opgaven, for at se om konklusionen giver svar på problemformuleringen.

4.8 Ethiske overvejelser

Vi har overvejet, om det har været uetisk af os i starten, at udvælge respondenter efter om de havde specialistgodkendelse. Dette finder vi dog ikke nedsættende, for de respondenter der ikke har specialistgodkendelse, da denne godkendelse er noget, børneergoterapeuterne selv kan vælge at søge. Dermed kan det være, at børneergoterapeuterne opfylder kriterierne for at søge specialistgodkendelse men blot har valgt ikke at søge.

Inden interviewet skrev respondenterne under på en samtykkeerklæring, som vi forinden havde udarbejdet, ligesom vi selv underskrev de opstillede punkter i samtykkeerklæringen. (Se bilag 10). Vi valgte at skrive under umiddelbart inden interviewet, mens respondenterne så det, da vi fandt det mest troværdigt.

Vi har anonymiseret vores respondenter og ligeledes deres arbejdsplads. I præsentationen af respondenterne har vi angivet > eller < tegn ved antal år for at anonymisere dem yderligere. Dog har vi angivet, den præcise aldersgruppe respondenterne arbejder med, da vi bruger disse til den operationelle definition af børn. Vi anonymiserer alle som respondenterne nævner i interviewet og bruger ikke citater fra udsagn, hvor respondenterne har fortalt om, de børn de interverner eller hvor udsagnene kan relateres til et bestemt barn. Dette gør vi, så det ikke vil være muligt, at genkende hvilket barn der er tale om, og af hensyn til de familier der har kontakt til vores respondenter.

Alle materialer fra interviewene bliver opbevaret fortroligt og med respekt. Materialerne vil kun blive set af forfatterne af denne opgave, transskribenten og vores vejledere. Herudover er der af respekt for respondenternes ønske klippet udsagn ud af materialet, hvis respondenterne har bedt om dette under interviewet eller ved respondenternes gennemlæsning af deres transskriberede interview (Se bilag 10).

Vi har ikke vedlagt interviewene i opgaven, da der ikke er anonymiseret heri. Vi har skrevet under på dette på samtykkeerklæringen (Se bilag 10), og ligeså har vi tavshedspligt og pligt til at anonymisere. Vi har ligeledes ikke vedlagt transskriberingen af interviewene.

5.0 Teori

Heri præsenterer vi SI-teorien og –modellen og herunder Wilbarger og Wilbargers beskrivelse af børsteterapi, som vi anvender i analysen af den indsamlede empiri.

5.1 Sanseintegrationsteorien og –modellen

I dette afsnit vil vi beskrive SI ifølge Ayres og Bundy, Lane og Murray. Herudover vil vi komme ind på beskrivelserne af børsteterapi, i det litteratur vi har, heriblandt det som er skrevet af Wilbarger og Wilbarger (58,59).

Der er mange forskellige fagudtryk indenfor SI-området i den engelsktalende litteratur. Mange af disse udtryk har vi haft vanskeligt ved at oversætte til dansk, så det giver den helt rigtige mening. Dog har vi i nogle artikler og bøger fundet forskellige forfatters definition på nogle af begreberne. Derudover er der indenfor dette felt, en del udtryk som bruges om det samme fænomen og mange forskellige variationer i definitioner af ord, hvilket blandt andet skyldes flere faggrupper (60). En del af denne forvirring skyldes, at ordene oprindeligt er engelske/amerikanske og derfor først oversættes til dansk for derefter at blive defineret som danske ord. Sanseintegrationsproblematikker, sansemotoriske problematikker, sansemotoriske vanskeligheder, sanseintegrationsvanskeligheder, sensorisk skyhed og sanseintegrativ dysfunktion er begreber, der i dansk litteratur bliver anvendt på må og få for samme udtryk. Vi har valgt at anvende udtrykket sanseintegrationsproblematikker igennem opgaven (se operationel og nominel definering i afsnit 3.1 Nøglebegreber.) Et andet meget brugt begreb i litteraturen er 'sensory defensiveness', som vi har valgt at oversætte til sensorisk skyhed i opgaven. Herunder hører flere former for skyhed såsom taktil skyhed, oral skyhed, tyngde- og postural usikkerhed, auditiv skyhed og visuel skyhed, og herunder er der igen underliggende forskellige kategorier af skyhed og usikkerhed. I bilag 15 har vi vedlagt vores operationelle og nominelle definition.

Ayres' teori om SI er baseret på en række antagelser og disse afspejles også i modellens teoretiske argumenter, hvoraf nogle nævnes her:

- I centralnervesystemet er der *neural plasticitet*, som er hjernestrukturens evne til at ændre sig eller blive modificeret som følge af stedfindende erfaringer fra sansebearbejdning. Ændringer i evnen til at optage og reagere på sanseinput vil derfor kunne medføres som resultat af SI-terapi.

- Hjernens udviklingsrækkefølge anses for biologisk bestemt. Udviklingsrækkefølgen er også afhængig af sansebearbejdning i sin organisering af sit biologiske materiale. Et barn med SI-problematikker har derfor "forstyrrelser" i den normale udvikling.
- Hjerneorganisering og adaptiv adfærd (hvor sidstnævnte involverer bearbejdningen af sanseinput) er interaktive, så de to muliggør og påvirker hinanden.
- Mennesker har en indre trang til at deltage i sansemotoriske aktiviteter (61). Børn med SI-problematikker udviser ofte mindre motivation eller trang til disse aktiviteter (62).

Med hensyn til det første argument bør det nævnes, at Ayres mener, at fremvæksten af de fleste sensoriske forbindelser er fuldført eller næsten fuldført i de fleste dele af hjernen ved ti års alderen (63). Nyere forskning viser dog, at hjernens plasticitet varer hele livet, og at ældre børn og voksne tilmed nogle gange profiterer mere af behandlingen på grund af større engagement og en højere motivation (64).

SI-modellen er en begrebsmodel for praksis, der generelt er anset som mest brugbar hos personer, der ikke har åbenbar neurologisk skade (65), så derfor kan den ikke anvendes hos alle børn med diagnoser, da nogen af dem nødvendigvis hører ind under førnævnte kategori. Der bliver i forhold til modellen beskrevet, at SI er en proces, hvori sansemodtagelse, SI og sanseorganisering, samt adaptiv aktivitetsadfærd resulterer i en udviklingsspiral der illustreres i bilag 16. Man kan her se, at den indre drift vil få barnet til at opsøge de sansemotoriske aktiviteter, som resulterer i at kroppen modtager sanseinput. Derefter vil barnet gennem SI bearbejde, organisere og modulere sanseinputtene fra krop og omgivelser. Barnet tilrettelægger og planlægger adaptiv adfærd i forhold til de sanseindtryk, som er blevet gennemarbejdet. Samtidig med SI'en der er en del af barnets aktivitetsudøvelse, kan barnet bruge neuronale modeller til at planlægge nye og mere komplekse aktivitetsudøvelser. Aktivitetsudøvelsen frembringer feedback om produktionen og udfaldet af handlingen, og denne påvirker barnets fornemmelse af beherskelse, kontrol og selvtilid såvel som oplevelsen af mening og tilfredsstillelse ved handlingen (66). Denne adfærd, som er beskrevet i processen ovenfor, vil ifølge SI-modellen gentage sig selv hele tiden, og barnet vil derfor altid være at finde et sted i spiralen.

Ayres fortæller i forhold til begrebet *sanseintegrativ dysfunktion* (hvor vi anvender udtrykket sanseintegrationsproblematikker) at: "Udtrykket >>dysfunktion<< bruges for at antyde, at der er en vis mulighed for, at problemet kan løses." Det er her SI-behandling/-intervention kommer ind i billedet (67).

5.1.1 Børsteterapi

Med hensyn til børsteterapi beskriver Ayres, at børstning og gnidning på huden ofte kan hjælpe et taktilt sky, hyperaktivt eller letafledeligt barn til at organiseres. De bliver derudover tit roligere og bedre organiserede end før tryk (68). Der følger ofte hypersensitivitet i andre sanser med sensorisk skyhed, når et barn har hypersensitivitet i følesansen (69, 13), og dette har vist sig jævnligt også at blive afhjulpnet af børstning, selvom huden ikke er involveret i disse sanser (69). Efter børstningen udføres der ifølge både Ayres, Tóroddsdóttir og Wilbarger og Wilbarger led approksimation på barnet men ifølge deres instruktioner med små variationer (68, 70, 31). Vi har valgt hovedsageligt at fokusere på Wilbarger og Wilbarger's beskrivelser af børsteterapi fra 1991 og 2002 (58, 31), da disse er de beskrivelser, der er mest udførlige.

Jean Ayres definerer integration som: *"Interaktion og koordination af to eller flere funktioner eller processer på en måde, som fremmer hjernerens adaptionsevne"* (71). Når man overfører det til integrationen af sanseindtryk, kan man se, at *Formatio reticularis* er ansvarlig for, at hjernen inhiberer og fascilerer sanseindtrykkene, der bliver registreret. Det der ingen betydning har for individet, lige nu, bliver inhiberet. Når et barn har SI-problematikker kan hjernen ikke organisere sanseindtryk. Barnet kan blive forvirret, ukoncentreret og i værste fald hyperaktiv, hvis for mange indtryk får lov at blive registreret lige meget (72).

Sansning og udviklingen heraf beskrives af Ayres som:

" Uden interaktion med de fysiske omgivelser er indlæring meget vanskelig. Det meste af vores indlæring må først have form af integration af vore sansesystemer. Senere hen kan mere intellektuel og akademisk indlæring foregå i hjernebarken. Senso-motorisk interaktion giver grundlaget for senere kognitive funktioner. Det kan se ud, som om det legende barn ikke lærer noget som helst; men faktisk lærer han noget meget grundlæggende: han lærer at lære."

(Ayres, 1998 s. 60-61)

Her forstås det basale behov for korrekt sansning i forhold til videre læring i livet. Nogle børn har svært ved at bearbejde disse sanseindtryk og har derfor en SI-problematik. Det betyder, at hjernen ikke fungerer på en naturlig effektiv måde omkring især sansesystemerne. *"Hjernen bearbejder eller organiserer ikke strømmen af sanseimpulser på den måde, der giver personen god, præcis information om ham selv eller hans verden"* (73). SI-problematikker eller sensorisk skyhed er ofte karakteriseret ved symptomerne oversensitivitet overfor lys eller

uventet berøring eller overreaktion overfor ustabile underlag, lyde med høj frekvens eller visuelle stimuli og bestemte dufte. Børn med denne tilstand kan opfatte verden som farlig, alarmerende eller i det mindste irriterende. Herudover bliver indlærte mønstre og vaner udviklet ud fra at undgå forstyrrende sensoriske input eller en søgen efter sensoriske input, som vil genetablere behageligheden. En del af behandlingen til SI-problematikker består ifølge Wilbarger og Wilbarger af en sansediæt. Denne er beskrevet i et hæfte, som blev udleveret på det kursus der afholdt i Danmark i 1991 (21). Idéen bag dette er, at hvert individ har brug for en bestemt mængde aktivitet og sansning for at være mest "parat", at kunne tilpasse sig og være behændig. Nogle former for aktivitet ser ud til at dæmpe tilstanden for en bestemt periode. Der planlægges derudfra aktiviteter, som har til formål at berolige barnet og få det til at føle sig trygt og organiseret hele dagen. Som før nævnt har det vist sig, at flere sansesystemer påvirkes når den taktile sans stimuleres. Wilbarger og Wilbargers tilgang indeholder derfor, blandt flere ting, børstning med en ikke kradsende børste med mange børster på, som bruges med hurtige og faste tryk på arme, hænder, ryg, ben og fødder. Som tidligere nævnt efterfølges denne behandling af blide tryk, hvor leddene presses sammen på skuldre, albuer, håndled, hofter, knæ, ankler og nogle gange fingre og fødder. I hæftet lægges der vægt på at dette demonstreres af en terapeut, som har viden om dette. Ældre børn kan lære at gøre det på dem selv, og da det viser sig kun at være effektivt for en kort periode, skal det derfor udføres omkring hver anden time. I så fald skulle det, hvis brugt over en vis periode, reducere eller fjerne SI-problematikker (74). Der lægges senere i hæftet vægt på, at børn er forskellige, og at alle aktiviteter derfor ikke er passende til alle børn, og der er yderligere en detaljeret beskrivelse af, hvordan man tilpasser miljøet, tilrettelægger aktiviteter og svar på almindelige spørgsmål indenfor området samt andet (75). Wilbarger og Wilbarger er med tiden blevet nogle erfaringer rigere og skriver derfor igen i 2002, i Bundy, Lane og Murray's bog om SI, et afsnit om sansediæten og brugen af den i praksis (31). Heri beskrives diæten og børstning samt led approksimation. Der lægges vægt på at det sidstnævnte er en del af diæten og derfor ikke må tages ud af en sammenhæng, hvilket man kan formode, er blevet gjort siden 1991, siden de nævner det. Herudover beskrives der i forhold til det ældre hæfte en anden børste til anvendelsen, da det i 1991 blev beskrevet som en kirurgisk skrubbebørste (74), men i 2002 som en speciel børste der kun kan rekvireres gennem forhandlere af SI-udstyr (32).

6.0 Analyse af resultater

I resultatopgørelsen beskriver vi, de faktorer der er fremkommet af den indsamlede empiri og understøtter disse med citater fra respondenterne.

6.1 Respondenter

Vi har af hensyn til respondenternes anonymitet valgt at kode deres navne som Anna, Bodil, Cecilie og Ditte. Disse navne er valgt tilfældigt ud fra de første fire bogstaver i alfabetet, og vi har herefter trukket lod om, hvem der skulle tildeles hvilket navn. Dette vælger vi for at personificere respondenterne. De fire respondenter præsenteres her:

Respondent:	Alder:	Antal år i praksis som ergoterapeut:	Antal år i praksis som børneergoterapeut:	Arbejder med aldersgruppen:	Antal år hvor børsteterapi er anvendt:
Anna	> 40 år	> 10 år	< 10 år	0 - 6 år	> 10 år
Bodil	> 40 år	> 10 år	> 10 år	0 - 6 år	> 10 år
Cecilie	> 50 år	> 30 år	> 20 år	0 - 16 år	0 år
Ditte	> 40 år	> 10 år	> 10 år	0 - 17 år	> 10 år

6.2 Baggrund for tilvalg eller fravalg af børsteterapi

Ud af de fire respondenter siger Anne, Bodil og Ditte, at de anvender børsteterapi, mens Cecilie siger, at hun aldrig har brugt det. Efterfølgende stilles Anne, Bodil og Ditte's udtalelser op med deres baggrunde for tilvalg af børsteterapi og Cecilies for fravalg.

Anna, Bodil og Ditte anvender børsteterapi på baggrund af både teori og erfaring. Dette udleder vi blandt andet af de følgende udtalelser.

Anna tilvælger børsteterapi på baggrund af beskrivelsen om børsteterapi ifølge Wilbarger og Wilbarger, SI-teorien og erfaring med metoden. Hun udtaler, at teori og erfaring er svært at skille ad:

*"Altså teorien den synes jeg jo, jeg har, fra det Wilbarger hun har sagt omkring børsteterapi. Og hvor man kan sige at sanseintegrationsteorien, og det er den, jeg også bruger, men selve **valget** i om jeg synes, det her er noget, at jeg skal*

prøve til et barn, altså det er da baseret på teori men lige så meget på.... Altså teorien er en forudsætning for, at jeg kan sige, at jeg har nogen erfaringer, der peger i den retning, at det ligner lidt, noget man har mødt før, hvor den her metode har hjulpet, eller hvordan de erfaringer hænger sammen med teorien. Jeg synes, det er svært at skille ad".

Bodil anvender børsteterapi på baggrund af erfaring og teorien om, hvad børstning gør ved barnet. Dette udleder vi fra følgende citater, hvor vi tolker, at hendes fornemmelse er baseret på erfaring. Vi formoder at fornemmelsen må opstå på baggrund af noget oplevet:

"Efterhånden så tror jeg da, at det er min fornemmelse, altså nu vil jeg prøve det. Så - men det er sådan en fornemmelse".

"Jeg tænker, at de der stoffer der bliver frigjort i huden, nu når man børster, at det er godt for barnet, så på den måde der tænker jeg det. Også de dybe tryk sådan at muskel og led-sansen også stimuleres, så barnet får en bedre fornemmelse for sin krop. Jeg tænker også, hvorfor barnet skal børstes, også for at give forældrene lidt en forklaring på - hvad det er, det gør godt for."

Ditte anvender børsteterapi på baggrund af erfaringer, SI-principperne, hvad hun har lært af Wilbarger og Wilbarger på kurset i 1991 og fra andet supplerende teori:

"Ja udfra erfaringer og principperne bag SI-behandling. Altså SI-principper dem bruger jeg hele tiden. Jeg tror, jeg er en af de få, ja det ved jeg jo ikke, om jeg er, fordi vi får jo ikke så meget tid til at snakke med hinanden, sådan når vi er sammen, men vi arbejder grundlæggende udfra SI-principperne i alt vores arbejde. Børnene ser forskellige ud, og de er koblet med følelsesmæssige udvikling, og kognitiv terapi og masser af andre ting, men det er SI, der er omdrejningspunktet".

Cecilie fravælger børsteterapi på baggrund af teori og hendes holdninger hertil. Dette udleder vi udfra hendes udtalelser, og de efterfølgende citater er et udpluk som underbygger dette.

Cecilie tog afstand fra børsteterapi, da hun lærte om det første gang på Wilbarger og Wilbarger's kursus i 1991. Hun oplever børsteterapi som en mekanisk tankegang, og hun fravælger børsteterapien, da hun bruger, intervention som lokker barnet til deltagelse, og det dermed er lystbetonet fra barnets side. Her ser hun børsteterapi, som noget barnet ikke selv

har valgt, og i stedet noget man påfører det. Hun mener, børsteterapi kan være overgreb på børn og især endnu et overgreb på børn, der har oplevet at blive slået eller misbrugt.

*"Som jeg oplever børsteregiet, så er det en meget mekanisk, mekanistisk tankegang om at ved at gubbe dér, så påvirker man systemerne oppe i hjernen. Hvor jeg oplever, at i forhold til børn med sensorisk overfølsomhed, som jo kan være dybt alvorligt, risikerer man at gøre mere vold på dem, end der måske er gjort på dem i forvejen, ved at tro at man mekanisk kan ændre noget, som har så meget emotionelt i sig. Jeg bruger selvfølgelig en **masse** omkring noget taktil stimulation, men det er udfra en lystbetonet måde, det er udfra at lokke barnet i stedet for at påføre barnet det."*

Cecilie er imod at lave behandling i kunstige miljøer og laver selv behandling i naturlige omgivelser. Hun arbejder ud fra SI-teorien men også fra mange andre teorier specielt indenfor det pædagogiske område.

*"Principielt har jeg det **forfærdeligt** dårligt med at lave noget, der er sådan meget kunstige miljøer..."*

Hun mener, at børneergoterapeuter arbejder udfra den biologiske opfattelse af hjernen som et netværk, men at de behandler ud fra den hierarkiske opfattelse af hjernen ligesom Ayres går ud fra (76):

*"Jeg har jo været med til flere paradigmeskift i forhold til at opleve hjernen som hierarkisk opbygget, til den dynamiske systemteorier og til det biologiske netværk og hvis man opfatter hjernen som et biologisk netværk, hvordan kan man så **ha'** behandlingskoncepter udfra en hierarkisk's opfattelse af hjernens måde at arbejde på? Det fatter jeg simpelthen bare slet ik', at man kan! Det er som om, man glemmer at koble teori og praksis sammen, for jeg tror såmænd at rigtig mange af de ergoterapeuter **har** læst Keld Fredens bog om "Mennesket i hjernen" og andre der skriver om netværket her, men så overfører de ikke hvilke konsekvenser må det ha' for praksis. Så de gør det, de altid har gjort."*

6.2.1 Bud på andres valg/fravalg

Vi har bedt Anna, Bodil og Ditte om deres bud på, hvorfor andre børneergoterapeuter fravælger børsteterapi og Cecilie om hendes bud på, hvorfor børneergoterapeuter vælger at anvende det. Dette gjorde vi, fordi vi fandt det spændende at sammenligne, om de andres bud på deres valg eller fravalg stemte overens med deres begrundelser.

Anna, Bodil og Ditte tror, at andre børneergoterapeuter fravælger børsteterapi hovedsageligt på grund af manglende dokumentation, manglende viden og frygt for forkert håndtering af børnene og situationen. Cecilies egne begrundelser lyder dog anderledes. Hun fravælger børsteterapi på baggrund af teori og hendes holdninger omkring anvendelsen af denne. Cecilie siger, at andre børneergoterapeuter der vælger at anvende børsteterapi, må gøre det på grund af fantasiforladthed, og at de bruger det, fordi de har lært det. Anna, Bodil og Dittes begrundelser for tilvalg ligger dog i stedet i teori og erfaring. Ovenstående har vi blandt andet udledt fra de følgende udtalelser:

Anna siger, at en grund til fravælgelse af børsteterapi kunne være manglende dokumentation for virkningen, eller hvis man er bange for, at barnet er for sart:

"Det skulle være dokumentation for, at man ikke rigtig kan læse nogen steder, at det virker. Altså forældrene vil gerne vide: "Hvad er evidensen for det her?", altså det har jeg også været ude for, hvor man må sige, altså det er erfaringsbaseret, der er ingen evidens for, at det her det virker, men jeg kan sige, at jeg har gode erfaringer med det i forhold til det og det og det. Man kan også være bange for, hvis barnet er for sart."

Bodil udtaler, at en grund til dette kan være, at man er bange for at overstimulere børnene og derved lave overgreb på dem. En anden grund kunne være, at børnene skal have tøjet af, og en tredje grund kunne være, at nogen vælger kontakten til klienter fra:

"De kunne være bange for, at man overstimulerer børnene, og at det ligesom bliver som overgreb. Men jeg kan da godt mærke at, altså siden 1994, at der er sket noget - i forbindelse med alt det om pædofili og sådan noget. Jeg synes jo selv, at det er i orden, at børnene render rundt i undertøj, men det kan jeg sagtens forestille mig, at der er mange pædagoger og forældre, der hvis de ser børn komme sådan, så vil de måske ikke synes, at det er i orden. Så det skal

man da være opmærksom på. Der er, altså også nogen der fravælger den tætte kontakt med deres klienter eller patienter."

Ditte mener, at en grund kan være, at nogen mener, det er overgreb på børnene, og en anden grund kunne være manglende viden om børsteterapien:

"Jeg tror, der er nogen børneergoterapeuter indenfor det psykiatriske team, der har en fornemmelse af, at det er overgreb. Og ellers så tænker jeg, manglende viden kan sikkert være en årsag, at man ikke ved præcis, hvordan det skal gøres, og "Gør jeg det mon rigtig nok, og hvor får jeg fat i børsten, og hvilken slags børste skal det overhovedet være"."

Cecilie udtaler at: *"Der er utrolig mange ergoterapeuter, som når de først har lært noget, så bliver de ved med det."* Hun mener, som før nævnt, at mange glemmer at koble teori og praksis, men bare gør det de altid har gjort.

6.3 Anvendes børstning ifølge Wilbarger og Wilbarger?

Først vurderer vi, ud fra respondenternes udtalelser om hvilken børstevejledning de anvender, om den følger Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse. Derefter sammenligner vi, hvordan respondenterne udfører børsteterapien med Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse af den, for at få svar på om respondenterne anvender børsteterapi ifølge beskrivelsen.

6.3.1 Respondenternes anvendte børstevejledning

Her følger udtalelser fra respondenterne om, hvilken børstevejledning de anvender i praksis, og vi vil blandt andet herudfra vurdere, hvorvidt det er ifølge Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse (30, 31).

Vi kan ikke vurdere hvorvidt, den vejledning Anna anvender, er lavet ud fra Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse, men hun har den i baghovedet, så hun anvender dele derfra i praksis. Bodil anvender ikke hele beskrivelsen men ligeledes dele derfra. Ditte anvender derimod børsteterapi som beskrevet på kurset i 1991, men hun har lavet en ændring, efter der er kommet mere viden frem om SI fra andre ergoterapeuter. Cecilie tror ikke, at nogen anvender børstning præcist ud fra beskrivelsen, og siger derfor, at det svært at vurdere

hvornår nogen anvender børsteterapi og hvornår de ikke gør. Hun siger, at hun aldrig har anvendt børsteterapi, som Wilbarger og Wilbarger beskrev det, men at hun bruger det af og til, hvis det at anvende små dele fra det også er børstning, men hun anvender det aldrig alene. Så udfra dette kan vi vurdere, at respondenterne alle anvender dele af børsteterapi, men at ingen anvender det præcist som beskrevet af Wilbarger og Wilbarger. Ovennævnte er blandt andet udledt af følgende udtalelser:

Anna mener, stedets børstevejledning er gået i arv fra andre: *"Vi har en vejledning med hvorfor og hvordan og hvornår, og den bliver tilpasset hver gang til et nyt barn. Det er en, vi selv har udviklet, og jeg tror, det er sådan en, der er gået i arv fra andre, og så har vi lavet den i det sprog eller på den måde, som vi har lyst til at bruge den."* Anna udtaler herudover, at hun selv bruger teorien, udfra det Wilbarger har sagt omkring børsteterapi. I forhold til SI-teorien mener hun, børstning godt kan være en god ide at bruge, men hun fravælger nogle gange at bruge det som beskrevet, da det ifølge Wilbarger er passivt, og man derfor påfører barnet noget, uden det selv er ude og søge indtryk. Bodil har udarbejdet en folder, som er lavet på baggrund af en børnefysioterapeuts oplæg på hendes første arbejdsplads, om hvordan man børster og ikke børster. Hun udtaler, at hun anvender børsteterapi, men ikke hvis det skal følge Wilbarger og Wilbarger's anvisninger: *"Altså hvis børsteterapi er at børste barnet hver anden time i de vågne timer, så har jeg **ikke** anvendt børsteterapi."* Ditte udtaler:

"Jeg anvender min egen børstevejledning. Udfra de principper og den beskrivelse jeg har fra Wilbarger's kursus. Jeg synes, det er det, jeg blev undervist i, der så er blevet afpasset en lille bitte smule. F.eks. da Anita Bundy - det har været i '96 eller '97 - fortalte os, at der var stor forskel på effekten af aktiv proprioception og passiv proprioception. I starten var det passivt, så ændrede jeg på det, så de så virkelig var aktivt med i den der led kompression."

Cecilie udtaler:

"Jeg tror rigtig meget at den fysioterapeut der hedder Elisabeth Behrens og en ergoterapeut som hed Ulla Watt Thomsen...de to lavede i tidernes morgen en del kurser om sanseintegration sammen. Og der snakkede de rigtig meget om børsteterapi. Og der tror jeg, det er blevet spredt til nogen, som har udvandet det, og brugt det på hver deres måde, så i kommer nok aldrig til at møde nogen, som siger: "Det er lige børsteterapi a la Pat Wilbarger, vi bruger"."

Hun udtaler også, at det er svært at vurdere, hvad børsteterapi er, for hvis børstning er ifølge Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse, så anvender hun det ikke. Men i følgende citat antyder hun, at hun anvender det, hvis børsteterapi ikke er børstning med en bestemt børste hver 2. time efterfulgt af led approksimation:

*"Hvis de var kommet så langt i det, at de bad mig, om at bruge en svamp på dem...Ja det vil jeg da. Det har mine egne børn og mand også bedt mig om. Det er da så naturligt som noget, ligeså vel som det med at smøre sig ind i creme. Altså hvis det er børsteterapi, så laver jeg børsteterapi, men jeg gør det altså... Det er da i orden at lave sådan noget, men hvorfor ikke indgå i naturlig **aktivitet**? Jeg kunne aldrig finde på at bruge det alene, altså jeg går...slukker.... når jeg tænker på den børste. Jeg får knopper, af at tænke på at man kan finde **på** at gøre noget så afsindigt."*

Cecilie udtaler ligeledes, at hun i slutningen af 70'erne havde en stor kurv med alverdens forskellige ting, blandt andet børster, som børnene kunne tage og børste sig med, fordi det ville øge arousal i forhold til den behandling, hun ville i gang med. Børnene gjorde det selv og valgte selv, hvad de vil bruge. Cecilie er ikke den eneste, der har anvendt andre børster end den, som beskrives af Wilbarger og Wilbarger. Der nævnes i bogen om SI af Bundy, Lane og Murray, at ifølge Ayres er en af de bedste måder til at afhjælpe taktil skyhed dybe tryk og proprioception. Herunder nævnes der flere måder at gøre dette, hvor en af dem er store malerbørster, som kan bruges til at børste store områder hud. Dette illustreres også på et billede med mange forskellige børster der bruges sammen med led approksimation (77).

6.3.2 Respondenternes udførsel af børsteterapi

6.3.2.1 Inden børstning

Anna og Bodil følger Wilbarger og Wilbarger's forklaring om, at både børstning og led approksimation altid skal demonstreres for forældre, eller andre omsorgspersoner af en terapeut der har erfaring i praksis (74). Ditte og Cecilie udtaler sig ikke omkring dette.

Anna viser, de personer der skal udføre børsteterapien på barnet, hvordan det skal gøres, og hun udtaler efterfølgende, at det er hende, der laver planen for udførsel af børstningen, og hvordan den indgår i intervention:

"Det kan være noget, jeg giver forældrene som et redskab i forhold til en behandling, kombineret med at jeg også bruger det. Eller også gør forældrene det alene, eller det kan være i alle tre miljøer, hvor dagplejen eller børnehaven også børster. Vi laver et samarbejds møde, hvor vi snakker om, om det her, det er noget, de kan gå ind i. Så er det mig, der laver en plan for, hvem der gør hvornår, og så får de den på skrift. Og så aftaler vi også, hvornår de går i gang. Og så kommer der også en opfølgning på, hvordan det var."

Bodil udtaler, at hun har et skriftligt udkast til en lille folder, som hun vil udlevere i forbindelse med en mundtlig instruktion, så forældrene kan huske det, og ligeledes viser hun, hvordan det skal gøres: *"Altså jeg har mest brugt en mundtlig, hvor jeg har fortalt, hvordan man gør det, og så prøver de at gøre det selv, og de prøver også selv at blive børstet. Jeg lægger altid vægt på at led approximation hører med, når jeg instruerer nogen."*

Ifølge Wilbarger og Wilbarger skal barnet i sansediæten, forberedes på kommende aktiviteter ved at blive fortalt, hvad der skal ske, og om mulige måder at reagere på (78). Anna er den eneste af respondenterne, der udtaler sig om dette. Hun forbereder barnet på børstningen: *"Jeg spørger ALTID barnet, om det er klart, og jeg siger: "Nu børster jeg din arm, nu børster jeg dine ben, nu børster jeg din ryg". Det er også godt i forhold til kropsindikator og forudsigelighed."*

6.3.2.2 Udførsel af børstning

Børsten til behandlingen skal være en formet, ikke-ridsende plastikbørste, som den kirurgiske skrubbebørste. Der bør ikke bruges, en børste der er for stiv, så den ridser, og heller ikke en der er for blød, så det præcise tryk ikke kan udføres på huden (79). Der må i børstebehandlingen kun anvendes den side af børsten, som har børster og ikke svampen. Dette da svampen giver let berøring, og det er meget alarmerende for nogle med SI-problematikker (80). Anna og Ditte anvender den kirurgiske skrubbebørste, og Cecilie udtaler, at det er den, der skal anvendes. Bodil har anvendt den, men har også anvendt svampen på den anden side af børsten, og har anvendt andre børster, i tilfælde hvor barnet ikke brød sig om at blive børstet. Dette udledes blandt andet af de følgende udsagn:

Bodil udtaler, efter hun har sagt, at hun ikke anvender børsteterapi, hvis det er hver anden time, at hun dog bruger børsten, som Wilbarger og Wilbarger beskrev i 1991: *"Men altså jeg har brugt de der børster, kirurg-børster og sat forældre, primært, i gang med at børste."* Hun fortæller ligeledes, at hun næsten altid har en børste med i sin taske, når hun er ude at

undersøge et barn. Hun respekterer, hvis barnet reagerer negativt på børstning, og i følgende citat fortæller hun, hvordan hun bruger børsten: *"Hvis de undgår det, så synes jeg, så skal man lige give det en chance, ved f.eks. at give dem lidt med bagsiden af børsten med svampen, og sige 'Vi lige skal prøve den anden side' og så virkelig passe på ikke at skrubbe dem"*. Hun udtaler også, at hvis barnet ikke bryder sig om det, prøver hun med en anden børste. I 2002 skriver Wilbarger og Wilbarger dog, at der kun anbefales en helt bestemt børste til børsteterapi. Den er lavet specielt til dette formål og kan fås gennem utallige forhandlere af SI-materialer og udstyr (32).

Børstning skal ifølge Wilbarger og Wilbarger udføres med et bestemt tryk, der er hårdt og fast (79, 32). Barnet bør kun børste sig selv, hvis det har kraft nok til at børste med det angivne tryk, da for svag børstning resulterer i lette tryk, hvor barnet vil kunne føle ubehag (81). Anna og Bodil udtaler sig ikke om dette. Vi vurderer, at Ditte ikke følger Wilbarger og Wilbarger på dette område. Hun lader barnet børste sig selv, hvis det har lyst, i tilfælde hvor hun mener, det kan være overgreb på barnet, at en voksen gør det, men antyder intet om, at hun har vurderet, hvorvidt barnet har nok styrke til at udføre det angivne tryk. Vi udleder, at hun følger Ayres' synspunkt, hvor barnet selv vil vælge de ting at lege med som giver dem god træning (82). Dog skriver Ayres, at børn med SI-problematikker ikke vil udvise den samme drift til at opsøge udfordringer (62). Dette er Wilbarger og Wilbarger til dels også enige i. De skriver, at de fleste mennesker naturligt vælger aktiviteter og oplevelser for at imødekomme deres individuelle behov og præferencer (83). Cecilie skiller sig her ud fra Dittes synspunkt, og er mere enig med Wilbarger og Wilbarger, da hun mener, at ikke alle børn udviser dette: *"Jeg tror på, at vores hjerne arbejder ud fra princippet at undgå og at opsøge, det er ganske basalt. Nogle børn undgår for en sikkerheds skyld alting, også det nogen synes er sjovt. Andre de buser ud i alting også det farlige."* Cecilie ser det bestemte tryk, børstning skal udføres med som umenneskeligt:

*"... altså så skal man anskaffe sig surgical brush nummer 2 og bestille den hjem hos det og det medicinalfirma, eller hugge den på et hospital og vi skulle lære at trykke med 2 ounces, 28 gram, så vidt jeg husker, og lære flere gange hvor meget er det ned mod en vægt, der jeg stod **fuldstændig** af over, at man tror man kan behandle andre mennesker sådan, og at de så kan komme af med at de ikke bryder sig om berøring. Det er **så** langt fra mit menneskesyn."*

Vi vil sammenligne respondenternes udtalelser, om hvorvidt de anvender børstning som en intervention alene, eller som en del af en intervention, da dette er en af de dele, Wilbarger og Wilbarger har ændret holdning omkring. De beskriver i deres hæfte fra 1991, at børsteterapi,

led approksimation samt flere muligheder kan bruges succesfuldt som en enhed, men er meget mere effektive i en sammenhæng i et samlet program til behandling af SI-problematikker (84, 85). I 2002 skriver de så, at brugen af dybe tryk og proprioception aldrig må bruges isoleret, men i sammenhæng med en intervention da det er en del af den sensoriske diæt (32). Derfor kan børstning og led approksimationen heller ikke fjernes fra en helhed, men skal benyttes som en del af interventionen. Alle respondenter siger, at børstning skal indgå som en del af en intervention eller anvender børsteterapi som en del af en intervention. Så med hensyn til dette følger Anna, Bodil og Ditte Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse fra 2002. Dette udledes blandt andet af følgende udsagn:

Anna beskriver, at hun anvender børstning som del af en intervention: *"Det kan være noget, jeg bruger i forhold til en behandling, og det kan være hele regimet, hvor det er hver anden time, bare ikke når de sover"*. Bodil udtaler, at hun primært har sat forældre i gang med at børste, men at hun også selv anvender det som del af en intervention: *"Jeg har selv brugt det meget i forbindelse med behandling eller træning."* Ditte anvender altid børstning som en del af en intervention:

*"Jeg vælger **ALDRIG** kun at bruge børstning som intervention og så ikke andet. Jeg vælger **altid** at bruge børstning som én indfaldsvinkel til et i øvrigt interventions-bredt område. Det er som regel i forbindelse med enten tæt vejledning til forældre og pædagoger om barnet eller i forbindelse med et behandlingsforløb. Og nogle gange er det sådan et helt børste-program, som vi bl.a. blev introduceret til af Pat Wilbarger, og andre gange er det bare en del af den behandling barnet i øvrigt modtager."*

Cecilie mener ikke, man kan anvende børstning alene, men kan bedre følge beskrivelsen Wilbarger og Wilbarger giver i 2002:

*"Det der med den børste er bare en lille bitte bitte bitte del af hele konceptet 'Sensory Diet'. Og jeg kan acceptere, **den** måde man skriver om 'Sensory Diet' her i den nye udgave af 'Sensory Integration – Theory and Practice', men jeg har **aldrig** kunnet acceptere, sådan som Pat Wilbarger underviste os i 86-87, eller hvornår det nu var."*

Både Ayres (68), Tóroddsdóttir (70) og Wilbarger og Wilbarger (74, 32) angiver, at børstning altid skal opfølges af led approksimation. Anna, Bodil og Ditte udfører alle led approksimation på børnene efter børstningen. Men Ditte har i enkelte tilfælde anvendt det i omvendt

rækkefølge og følger derfor ikke altid Ayres, Tóroddsdóttir og Wilbarger og Wilbarger's beskrivelser. Dette har hun gjort, efter at have hørt en studerende fortælle om oplevelsen, af at det er blevet gjort i den rækkefølge hos blinde børn:

"I aktiviteter hvor jeg kan mærke, at nu giver barnet virkelig god proprioceptiv feedback, så har jeg valgt nogle gange at børste efter, det ville jeg ikke have gjort før. Så det har jeg taget lidt til mig, uden at jeg egentlig har fået undersøgt, om det er rigtigt, at det er derfor, de gør det, og hvor meget de gør det, og om de bare lige gjorde det på børn, hun har set, der er blevet børstet."

Cecilie udtaler sig ikke omkring dette, da hun ikke anvender børsteterapi.

6.3.2.3 Hyppighed af børstning

Børstningens virkning menes at kunne vare to timer, så man bør gentage behandlingen hver anden time (81). På den måde reduceres eller endda fjernes barnets SI-problematik, når behandlingen er konstant over en længere periode (74). I 2002 udgaven af Wilbarger og Wilbarger's sensoriske diæt står der beskrevet, at børsteterapien skal udføres hver halvanden til to timer (32). Bodil og Ditte anvender oftest ikke børsteterapi hver anden time, men for det meste kun som enkelte gange. Anna bruger børsteterapi så ofte som beskrevet, men hvis barnet reagerer negativt, tilpasser hun børsteterapien efter barnets behov. Cecilie udtaler sig ikke omkring dette, fordi hun ikke anvender børsteterapi. De tre respondenter refererer alle til udgaven af Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse fra 1991. Dette udleder vi blandt andet af følgende udsagn:

Anna forklarer, at hun børster hver anden time, men også at hun i visse tilfælde laver ændringer: *"Det kan være hele regimet, hvor det er hver anden time, bare ikke når barnet sover"*. Derudover fortæller hun at: *"Det kan jo godt være, at forældrene så siger, jamen nu sover han værre om natten eller... Det har jeg nemlig engang prøvet med en, hvor det var regimet, hvor vi så blev nødt til at droppe den der, inden han skulle sove"*. Bodil siger, at hun ikke selv anvender børstning hver anden time, men at hun eller forældrene bruger det en enkelt gang:

"Man skal jo egentlig børste hver anden time, fordi det er den tid, man siger, at virkningen den holder sig, men jeg børster lige så tit en enkelt gang, og måske kan man, få forældrene til at børste deres børn om aftenen inden de skal i seng, for at få dem til at falde til ro - eller børste dem om morgenen, for at få dem til at

vågne lidt op - eller børste dem, når det passer dem. Så det er meget sjældent, at jeg sætter nogen i gang med at børste hver 2. time i de vågne timer."

Ditte anvender ikke altid børsteterapi så ofte som beskrevet men tit kun dele af det: *"Nogle gange anvendes det som et "godnat-børste-ritual", hvor det kun er forældrene, der børster måske to gange om aftenen eller måske kun en gang. Det er faktisk længe siden, at jeg har haft børn, der har været igennem det lange tætte forløb."*

6.3.2.4 Hos hvilke børn respondenterne vælger og fravælger børsteterapi

Behandlingen med dybe tryk og led approksimation bør ifølge Wilbarger og Wilbarger ikke bruges på spædbørn yngre end 2 måneder (79) (Hvis barnet er præmaturt, korrigeres der i forhold til alderen) (32). Ligeledes står der i titlen af Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse fra 1991, at behandlingen anvendes ved børn op til tolv år (86). Bodil og Ditte anvender ikke børsteterapi på aldersgruppen, som Wilbarger og Wilbarger fraråder. Hvorvidt Anna gør er uvist, da hun udtaler, at hun børster børn fra alderen nul og ikke specifikt hvor mange måneder. Cecilie udtaler sig ikke om dette. Ayres beskriver også, at jo yngre hjernen er, desto mere fleksibel er den, og desto lettere er det at påvirke den (87). Ditte anvender børsteterapien på ældre børn, men nyere forskning viser også, at hjernens plasticitet varer hele livet, og at ældre børn og voksne tilmed nogle gange profiterer mere af behandlingen på grund af større engagement og en højere motivation (64). Dette udledes blandt andet af følgende udtalelser:

Anna anvender børsteterapi på børn fra nul til seks år. Bodil anvender mest børsteterapi på fire-femårige, og det begrundes hun med, at det oftest er i den aldersgruppe, hun får børnene henvist:

"Det er måske også fordi, det er der, at deres uro den bliver rigtig synlig. Og de begynder at have nogen motoriske færdigheder og kan udfolde sig, så man virkelig kan se, at de er hyperaktive. Hvor det hos de små tager lidt længere tid inden man sådan - i hvert fald at personalet får øje på dem".

Ditte anvender børsteterapi på børn over den alder, som titlen af Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse fra 1991 indeholder men har aldrig gjort det på børn under otte-ti måneder.

SI-modellen er generelt anset som mest brugbar hos personer, der ikke har åbenbar neurologisk skade (65), så derfor kan den ikke anvendes hos alle børn med diagnoser, da

nogen af dem nødvendigvis hører herindunder. Diagnosen SI-forstyrrelse stilles derfor heller ikke hos børn med nogen klar neurologisk skade på CNS eller de perifere sanseforbindelser (65). Herindunder hører Wilbarger's tilgang, der specifikt er udviklet kun til børn med sensorisk skyhed, så i de fleste tilfælde er den ikke egnet til nogen, der har andre problemer (med hensyn til opførsel eller helbred) (32). Både Anna, Bodil og Ditte anvender børsteterapi hos børn med dårlig kropsbevidsthed og med taktile problematikker. Derudover anvender Anna børstning til proprioceptive problematikker, Bodil på børn med vestibulære problematikker og hypotone børn og Ditte hos børn med dyspraksi. Ditte anvender ligeledes SI-principperne hos børn med hjerneskade, og dette er imod Ayres SI-teori og –metode. De anvender alle børstning i forhold til Ayres og Wilbarger og Wilbarger's beskrivelser, men Cecilie udtaler, at hun har oplevet børsteterapi anvendt på et barn med neurologisk skade, og det bør ikke blive gjort ifølge Ayres og Wilbarger og Wilbarger. Dette udleder vi blandt andet af følgende udsagn:

Anna vælger at anvende børsteterapi: *"Hvis barnet har modulationsproblemer i forhold til den taktile sans altså bearbejdningen af sanseindtryk, jamen så kan jeg finde på at bruge det. Men jeg har også brugt det, hvis et barn har en dårlig kropsfornemmelse. Sådan en generel "her er jeg" brug af børstning.* Hun anvender ikke børsteterapi på børn der har:

"En generel udviklingsproblematik hvor barnet er forsinket i sin udvikling, ikke rigtig kommet i gang og er måske ikke så nysgerrigt og udadfarende. Jeg vil ikke bruge det, hvis ikke der er nogen tegn på, at barnet ikke er nysgerrigt, opsøgende, trækker sig fra de andre. Så der skal være sådan nogen tegn på, at de er hæmmet af noget omkring det taktile".

Bodil anvender børsteterapi på underreagerende børn, på vestibulær og taktil stimulation. Hun børster børn med dårlig kropsfornemmelse og de hypotone: *"Det er mest de der urolige børn sådan for at kropsafgrænse, men det er også tit at de urolige børn, de hypotone også holder sig rigtig i gang for at holde spændingen oppe."* Bodil børster ikke børn, der er meget overreagerende på den taktile sans, da de oplever det som smerte. Ligeledes ikke hos børn der bliver ved med at reagere med at trække sig. Ditte anvender børsteterapi hos børn med underreagerende diskriminationsproblemer, nedsat kropsfornemmelse og har også anvendt det til dyspraksi :

"Lige nu har vi sådan en stime med børn, der virkelig har underreagerende diskriminationsproblemer. Og dem børster vi. Vi børster også børn, der slet ikke har diskriminationsproblemer, men som har nedsat kropsfornemmelse. Jeg kan

også godt finde på at børste nogen med dyspraksi altså bare for at få et bedre feedback-system. "

Når Ditte vælger hvilke børn, der skal modtage børsteterapi, kommer det an på flere ting:

"Hvis jeg tænker, at her er der brug for noget bedre feedback, en mere normalisering af det taktile system, enten højne det eller dæmpe det, så putter jeg det på. Det afhænger sådan lidt af, hvad jeg synes, det er ikke kun børnenes vanskeligheder, det kommer også an på, hvilke familiemæssige relationer de har."

Hun fravælger at børste visse børn ud fra deres følelsesmæssige og psykiske udviklinger: "Det afhænger faktisk ikke så meget af deres vanskeligheder, det afhænger **mere** af deres følelsesmæssige og psykiske udvikling. Det er ikke SI-problemerne, der gør, at vi vælger eller fravælger børstning hos et barn. Der skal være en god **grund** til at børste dem." Dog siger Ditte, at uanset om børnene er hjerneskadede, meget kloge børn, små eller store børn så er hendes indsats præget af SI-principperne. Cecilie har oplevet, at nogle har anvendt børsteterapi ifølge Wilbarger og Wilbarger til et barn med cerebral parese, hvor hun mener, at det måske ikke er sensorisk skyhed, som er barnets problem, og det derfor ikke er den rette måde at gribe det an på.

Ifølge Wilbarger og Wilbarger har hvert barn meget forskellige behov, og ikke alle aktivitetsforslag er velegnet for alle børn (88). De påpeger, at hvert barns behov skal tages i betragtning i en individuel behandlingsplan, fordi hvert barn reagerer forskelligt (89). Alle fire respondenterne laver individuelle planer for hvert barn, og Bodil og Ditte sætter begge barnets behov før alt andet og arbejder dermed ifølge Wilbarger og Wilbarger. Ditte gør det endda, hvis det gælder, at forældrene ikke viser forståelse og indsigt i barnets behandling. Dette vurderes ud fra nedenstående udtalelser: Bodil udtaler, at barnets behov og motivation er det vigtigste: "For mig det er det **altid** børnenes motivation, det er nummer 1 over **alt** andet, og hvis de ikke er motiveret for at blive børstet.. altså hvis de bliver ved med at reagere med at trække sig og sådan vægrer sig imod stimulationen, så duer det jo ikke." Ditte siger, at hun oplever forældre, som hun ikke vil lade børste deres børn:

"Der er nogle forældre hvor, uanset hvor meget jeg kunne ønske det på barnets vegne, så vil jeg aldrig bede forældrene om at børste det barn. Hvis forældrene ikke har en vis form for forståelse, empati, sådan indsigt, lyst til, så skal de ikke bare børste. Jeg har nogle få forældre, hvor de har sådan en mekanik-forståelse

for, "Så kan han bare få med riven", og så skal han ikke børstes. Måske skal han så børstes af sin støttepædagog eller af ergoterapeuten, når vi har behandling men ikke derhjemme! Så det afhænger både af børnenes vanskeligheder, men også meget af de voksne der skal udføre det."

7.0 Konklusion

I dette afsnit redegøres der for respondenternes svar i forhold til problemformuleringen:

"Hvorfor vælger eller fravælger børneergoterapeuter at anvende børsteterapi som intervention hos børn med sanseintegrationsproblematikker?"

Tre børneergoterapeuter vælger at anvende børsteterapi på baggrund af teori og erfaring. Ingen af de tre børneergoterapeuter anvender børsteterapi præcist ifølge Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse. Børneergoterapeuten, der fravælger børsteterapi, mener andre tilvælger børsteterapi på grund af fantasiforladthed, og at de bruger det, fordi de har lært det engang. Dette stemmer ikke overens med de tre andres begrundelser.

De tre børneergoterapeuter anvender alle elementer fra Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse af børsteterapi. De anvender alle meget materiale fra det oprindelige hæfte fra 1991, men nogle af delene er ændret i Bundy, Lane og Murray 2002, og de har ikke taget det hele til efterretning. Derfor er nogle af deres metoder forældede i forhold til den nyeste viden. Som eksempel herpå kan vi give, at de tre børneergoterapeuter anvender den kirurgiske skrubbe-børste som angivet i hæftet fra 1991, og børneergoterapeuten der fravælger børsteterapi refererer ligeledes til denne. Der står dog i bogen fra 2002, at der kun anbefales en speciel børste til børsteterapi. Vi udleder, at respondenterne har brugt børsteterapi sammen med led approksimation, som en del af en intervention siden de begyndte at anvende det. Dette er både anbefalelsesværdigt ifølge Wilbarger og Wilbarger i 1991 og et krav i 2002, så her følger de allerede på forhånd de nyeste anvisninger. Vi er dog usikre på, om de tre børneergoterapeuter anvender hele sansediæten, men vi kan konkludere, at de dele de anvender fra diæten, hvilket er børsteterapi og led approksimation, altid anvendes som en del af en intervention. De tre børneergoterapeuter anvender således dele fra Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse, men nogle anvender flere dele end andre.

Vi udleder at børneergoterapeuten, der fravælger børsteterapi, anvender få dele fra beskrivelsen. Vi finder dog, at dette lige så godt kunne være baseret på det, Ayres har sagt om dybe tryk og proprioceptions virkning. Børneergoterapeuten der fravælger at anvende børsteterapi gør det på baggrund af teori og holdninger i forhold til børsteterapien. De tre børneergoterapeuters bud på hvorfor nogle børneergoterapeuter fravælger børsteterapi er manglende dokumentation, manglende viden og frygt for forkert håndtering af børnene og situationen. Dette stemmer ikke overens med børneergoterapeutens begrundelse.

8.0 Diskussion

I dette afsnit ønsker vi at komme omkring metode- og teoridiskussion og resultatdiskussion. De valgte teorier og validitet og reliabilitet belyses under metodediskussionen.

8.1 Metode- og teoridiskussion

8.1.1 Metode

Her belyses den valgte metodes muligheder og begrænsninger i forhold til undersøgelsen.

Vi valgte det kvalitative forskningsinterview, da vi har begrænset interviewerfaring og her havde en interviewguide at tage udgangspunkt i. Vi havde også mulighed for at spørge nærmere ind til emner under interviewet, hvis der kom noget frem, vi ikke havde tænkt på, da vi udarbejdede interviewguiden. Endvidere skulle intervieweren kun forholde sig til en respondent af gangen, hvilket giver større overblik til at stille dybdegående spørgsmål.

Vi kan ikke generalisere ud fra denne opgave, fordi vi har valgt at anvende en kvalitativ metode og kun fire respondenter. Respondenterne bor geografisk spredt i Danmark, men der er ikke grundlag for, at deres udsagn kan generaliseres til at dække alle børneergoterapeuters valg af børsteterapi. Derfor kan vi ikke konkludere, at svaret på problemformuleringen gælder alle børneergoterapeuter i Danmark. En anden grund er de minimale chancer for, at børneergoterapeuter anvender den samme børstevejledning, har samme meninger og samme erfaringer. Efter anvendelsen af det eksplorative interview har vi erfaret, at nogle respondenter ikke svarer på alle de stillede spørgsmål, i stedet svarer de på noget andet. Vi fandt det derfor svært ikke at stille ledende spørgsmål for at få svar på det reelle spørgsmål. Vi vurderer, at det enten kan skyldes dårlig formulering af spørgsmålet fra vores side eller misforståelse fra respondentens side.

Vi har diskuteret, hvorvidt et fokusgruppeinterview kunne have været en bedre løsning for at få svar på problemformuleringen. Vi har her vurderet, at det ikke var tilfældet, da respondenterne derved måske ikke var kommet frem med netop deres meninger og holdninger. Det kan dog være en god interviewform i en ny undersøgelse for at lade børneergoterapeuterne diskutere brugen af børsteterapi indbyrdes.

8.1.1.1 Validitet og reliabilitet

Vi har i afsnit 4.7 skrevet, hvordan vi ønskede at højne validiteten og reliabiliteten i denne opgave. Da nævnte vi, at vi ville anvende samme begreber opgaven igennem, fokusere på ikke at stille ledende spørgsmål, at stille kontrollerende spørgsmål og at tolke respondenternes udsagn korrekt. Her vurderer vi, om dette er lykkedes:

Det er til dels lykkedes os at gennemføre vores ønsker for at højne validiteten og reliabiliteten. Der er dog steder, hvor det ikke er lykkedes helt. Vi kan efter at have transskriberet og gennemlyttet interviewene, se at interviewerens ubevidst har stillet nogle få ledende og lukkede spørgsmål. Selvom vi har været bevidste om at tolke respondenternes udsagn korrekt, må vi anerkende, at der kan være opstået misfortolkninger. Vi mener dog ikke, at disse situationer gør, at den indsamlede empiri ikke er valid, da respondenterne var villige til at deltage i undersøgelsen og godt kunne lide at tale om deres arbejde. Derfor var de åbne og gode til at give brede svar.

8.1.2 Teori

SI-teorien er bygget på hypoteser, som ikke er tilstrækkeligt dokumenteret, og som mangler at blive forsket i. Derfor diskuteres der til stadighed omkring teorien og modellen, på trods af teorien er den bedst videnskabelige underbyggede og udviklede teori indenfor området. Teorien er blevet refereret til i meget litteratur, men der bliver ofte fortolket eller udeladt små ting, så meningen hermed ikke fremstår helt som den samme. På den måde udvandes det budskab, Ayres kom med i sine bøger, og der kan derfor nogle gange udledes forskelligt heraf. Ayres har baseret sin teori og model på daværende teori om hjernens udvikling, men der er siden kommet nyere viden i forbindelse med paradigmeskiftet. Der er forskellige beskrivelser af børsteterapi, om end få, og det er svært at vurdere, om man skal følge den udførlige beskrivelse fra 1991 af Wilbarger og Wilbarger, eller en af de andre ergoterapeuter, som kun har skrevet lidt om det. Her kan nævnes Ayres, Tóroddsdóttir eller det, der i kapitel 12 udledes som en mulighed for behandling med dybe tryk ifølge Ayres i bogen af Bundy, Lane og Murray. Wilbarger og Wilbarger beskriver også, at børstningen skal udføres, selvom barnet gør modstand, hvor behandling skal foregå på barnets præmisser, og ergoterapeuten bare bestemmer omgivelserne, da det er barnets indre motivation, der er drivkraft for hele behandlingen.

8.2 Resultatdiskussion

Vi har diskuteret, om undersøgelsen ville være kommet frem til samme konklusion, hvis der havde været valgt andre respondenter eller hvis vi havde fået respondenter, der alle anvender børsteterapi. Ligeledes hvis vi havde fået to respondenter, som anvender børsteterapi og to der ikke gør, eller kun nogen der ikke anvender det. Det er svært at vurdere, om børneergoterapeuter anvender børsteterapi, for grænsen for hvornår det er børsteterapi, og hvornår er det ikke er, er meget utydelig. Vi definerer dog børsteterapi som beskrevet af Wilbarger og Wilbarger, men hvad definitionen på børsteterapi er i hverdagssprog blandt børneergoterapeuter, kan vi ikke svare på udfra denne opgave. De tre respondenter der siger, de anvender børsteterapi gør det ikke præcist ifølge Wilbarger og Wilbarger, men hvorvidt de ifølge andre beskrivelser anvender børsteterapi står ubesvaret. Respondenten der siger, hun ikke anvender det påpeger også den svære definition af begrebet børsteterapi.

Der er kun lykkedes os at finde få undersøgelser omkring børsteterapi i forhold til børn, og de er begge lavet af bachelorstuderende i henholdsvis 1991 og 1994. Den ene opgave har kvantitativt undersøgt virkningen af børsteterapi ifølge Wilbarger og Wilbarger, og den anden har kvalitativt undersøgt, hvordan børneergoterapeuter bruger denne børstemetode, og hvilke overvejelser de har gjort sig i forbindelse hermed. Vi har dog først fundet frem til disse sent i vores forløb og har derfor ikke kunnet bruge deres resultater i forbindelse med de overvejelser, vi har gjort omkring emnevalg og problemformulering. Den sidstnævnte undersøgelse viste, at respondenterne ikke brugte børstemetoden som anvist af Wilbarger og Wilbarger. Dette resultat stemmer overens med vores, og derfor forstærker disse hinanden.

Vi håber, at vores resultater vil sætte diskussion i gang hos børneergoterapeuter og ligeledes at fokus på, og interesse for børsteterapiens anvendelse vil stige. Dette da vi kan udlede fra disse resultater, at børneergoterapeuter ikke anvender børsteterapien, ifølge den beskrivelse der findes, og de måske ikke opdaterer deres viden og dermed praksis, når der kommer ny litteratur. For at kunne belyse børsteterapien grundigt, vil flere undersøgelser være nødvendige. Dette da der kun er få materialer og undersøgelser om emnet. Der er, så vidt vi kender til ikke lavet evidensbaseret praksis på dette område, da det kun lykkedes os at finde frem til de førnævnte opgaver. Resultaterne fra denne opgave viser, at børsteterapi er udbredt og kendt af disse børneergoterapeuter. Vi oplever, at de fleste børneergoterapeuter anvender børsteterapi, men at denne interventionsform stadig er svævende. Vi finder, at børsteterapien i dag anvendes med en anden tilgang, end da Wilbarger og Wilbarger i 1991 holdt kurser og udgav deres hæfte om dette. Vi ser en kobling imellem dette og de paradigmeskift, der har fundet sted indenfor ergoterapifaget. I dag er der fokus på hele barnet og på inddragelsen i

intervention og i forhold til hver enkelt barn. Denne vinkel finder vi meget ergoterapeutisk. Vi finder, at de tre børneergoterapeuter der anvender børsteterapi, alle ændrer i Wilbarger og Wilbarger's beskrivelse, som tegn på at børneergoterapeuter ændrer interventionen, så de følger det ergoterapeutiske paradigme. Vi er derfor enige, med børneergoterapeuten der fravælger børsteterapi, i at det i visse tilfælde kan være overgreb på børn at udføre børsteterapi præcist ifølge Wilbarger og Wilbarger.

9.0 Perspektivering

Inden vi påbegyndte denne opgave, så vi børsteterapi, som en interventionsform vi havde oplevet virke på de børn, vi intervererede i praktikken hos en børneergoterapeut. Vi havde ikke meget viden om denne interventionsform, men i processen med denne undersøgelse har vi erhvervet os viden herom. Vi ser nu børsteterapi som noget, hver enkelt børneergoterapeut definerer omfanget af, og den kan derfor være vidt forskellig og udføres forskelligt ergoterapeuter imellem.

Der er mange områder indenfor børsteterapi, og vi har derfor måttet begrænse os. De områder vi har haft interesse for er:

- o Hvilken virkning børsteterapi har på børn med SI-problematikker.
- o Hvilken effekt børneergoterapeuter oplever at børsteterapien giver.
- o Om børneergoterapeuter anvender klinisk ræsonnering i deres til- eller fravalg af børsteterapi.
- o Hvorfor børneergoterapeuter anvender børsteterapi, når der ingen dokumentation og evidens er lavet.
- o Hvorfor denne dokumentation og evidens ikke er lavet.

Dette er forskellige vinkler på børsteterapien, men de kan alle være med til at give dokumentation, evidens og forståelse indenfor denne interventionsform.

Vi har diskuteret en del undervejs i forløbet, om det er forsvarligt at basere praksis på teori som er forældet. Det vil, efter vores opfattelse, være en god ide, hvis nogle ergoterapeuter reviderer SI-teorien, som anvendes meget i praksis og opdaterer den i forhold til den nyeste forskning. Vi ser det som kritisk, at en teori som anvendes så meget i praksis, er baseret på en anden opfattelse af hjernens opbygning, end den som nu er aktuel. Vi ved dog ikke om ergoterapeuter selv tilpasser teorien til deres praksis, og der dermed ikke er brug for denne revidering.

10.0 Referencer

- (1) Foss, A., Swinth, Y., McGruder, J., Tomlen, G., 2003 s. CE 1-8
- (2) Royeen, C. B., 1998 s. 249-251
- (3) Miller, L. J., 1993 s. 1,3,5-7
- (4) Miller, L. J., 2003 s. 1-6
- (5) Moore, K. M., Henry, A. D., 2002 s. 43-63
- (6) <http://www.birgitte-christensen.dk/artiklernes/artikler/borsteinstr.htm>
- (7) Bundy, Lane og Murray, 2002 s. viii-ix
- (8) Tickle-Degnen, L., 1999 s. 537-539
- (9) Stein, F., Söderback, I., 2000 s. 213-115
- (10) Bundy, Lane og Murray, 2002 s. viii
- (11) Brown, G. T., Rodger, S., Brown, A., Roever, C., 2005 s. 138
- (12) Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J., 2003 s. 344-5
- (13) http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/SPECIALIST/vejledning_0106.doc
- (14) Støvring, A., 2005 s. 1-59
- (15) Støvring, A., 2005 s. 4-7
- (16) Wilbarger, P., Wilbarger, J., 1991 s.1
- (17) Bundy, Lane og Murray, 2002 s. 3
- (18) Kielhofner G., 2004 s. 208-9
- (19) Goren, A., 2002, s. 477
- (20) Kielhofner, G., 2004 s. 197
- (21) Bundsgård, H. Felsgård, M., Nielsen, 1991 s. 3
- (22) Bundsgård, H. Felsgård, M., Nielsen, 1991 s. 12
- (23) http://www.adhd.dk/v3/images/stories/pdf/Børste_børn_3_2004.indd.pdf
- (24) Bundy, Lane og Murray, 2002 s. 335-338
- (25) Bundy, Lane og Murray, 2002 s. 336
- (26) Bundsgård, H. Felsgård, M., Nielsen, 1991 s. 26
- (27) Ayres, A. J., 1998 s. 169
- (28) Bundsgaard, H., Felsgaard, M., Nielsen, 1992 s. 43
- (29) Politikens Nudansk 1999
- (30) Wilbarger og Wilbarger 1991 s.1-21
- (31) Bundy, Lane, Murry, 2002 s. 335-341
- (32) Bundy, Lane, Murry, 2002 s. 337

- (33) Bundy, Lane, Murry, 2002 s. 4
- (34) Politikens store fremmedordbog 2000
- (35) Rønn, C., 2006 s. 271
- (36) Kvale, S., 2004 s. 104
- (37) Rienecker, L., Jørgensen, P. S., 2002 s. 211
- (38) Malterud, K., 2003 s. 50
- (39) Kvale, S., 2004 s. 56
- (40) Fuglsang, L., Olsen, P. B. (red.), 2004 s. 311
- (41) Rønn, C., 2006 s. 179
- (42) Kvale, S., 2004 s. 108
- (43) Kvale, S., 2004 s. 133
- (44) Kvale, S., 2004 s. 130
- (45) Kvale, S., 2004 s. 161
- (46) Kvale, S., 2004 s. 170
- (47) Kvale, S., 2004 s. 164-165
- (48) Kvale, S., 2004 s. 171
- (49) Kvale, S., 2004 s. 166
- (50) Kvale, S., 2004 s. 167
- (51) Kvale, S., 2004 s. 189
- (52) Kvale, S., 2004 s. 186
- (53) Kvale, S., 2004 s. 190
- (54) Kvale, S., 2004 s. 192
- (55) Malterud, K., 2003 s. 178
- (56) Kvale, S., 2004 s. 225
- (57) Kvale, S., 2004 s. 232
- (58) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s.1-21
- (59) Bundy, Lane og Murray, 2002 s. 3-33, 335-341
- (60) Ayres, A. J., 1998 s. 7
- (61) Kielhofner, G., 2004 s. 198
- (62) Bundy, Lane & Murray, 2002 s.12
- (63) Ayres, A. J., 1998 s. 60
- (64) Bundy, Lane & Murray, 2002 s.10
- (65) Kielhofner, G., 2004 s. 197
- (66) Kielhofner, G., 2004 s. 198-199
- (67) Ayres, A. J., 1998 s. 64

- (68) Ayres, A. J., 1998 s. 168
- (69) Tóroddsdóttir, T., 2001 s. 109
- (70) Tóroddsdóttir, T., 2001 s. 108
- (71) Pedersen, B., 1997 s. 70
- (72) Pedersen, B., 1997 s. 71-72
- (73) Ayres, A. J., 1998 s. 64
- (74) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 7
- (75) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 13-18
- (76) Ayres, A. J., 1998 s. 21
- (77) Bundy, Lane og Murray, 2002 s. 265-266
- (78) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 15
- (79) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 13
- (80) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 17
- (81) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 16
- (82) Ayres, A. J., 1998 s. 176
- (83) Bundy, Lane og Murray, 2002 s. 339
- (84) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 8
- (85) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 18
- (86) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 Forsiden
- (87) Ayres, A. J., 1998 s. 201
- (88) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 14
- (89) Wilbarger, P., Wilbarger J., 1991 s. 7-8

(Vi har anvendt litteratur- og kildereferencer ifølge Vancouver)

11.0 Litteraturliste

Bøger

- | | |
|--|---|
| Ayres, A. J., på dansk ved Strandberg, K.
København 1998, 1. udgave, 10. oplag | Sanseintegration hos børn
<i>Munksgaard</i> |
| Borg, T., Runge, U., Tjørnov, J.

København 2003, 1. udgave, 1. oplag | Basisbog i ergoterapi –aktivitet og deltagelse i hverdagslivet
<i>Munksgaard Danmark</i> |
| Bundy, A. C., Lane, S. J.,
Murray, E. A.
Philadelphia 2002, 2. udgave, | Sensory Integration: Theory and Practice
<i>F. A. Davis Company</i> |
| Kielhofner, G.

København 2002, 2. udgave, 2. oplag | Ergoterapi – det begrebsmæssige grundlag
<i>FADL's Forlag</i> |
| Kielhofner, G.

Philadelphia 2004, 3. udgave | Conceptual Foundations of Occupational Therapy
<i>F.A. Davis Company</i> |
| Kvale, S.

København 2004, 11. oplag | Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview
<i>Hans Reitzels Forlag</i> |
| Launsø, L., Rieper, O.
København 2005, 5. udgave | Forskning om og med mennesker
Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S |
| Malterud, K.

Oslo 2003, 2. udgave | Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring
<i>Universitetsforlaget</i> |
| Pedersen, B.
Frederikshavn 1997, 1. udgave, 1. oplag | Teorien bag børns bevægelser
<i>Dafolo Forlag</i> |

Rienecker, L., Jørgensen, P. S.

**-med bidrag af Hedelund, L., Hegelund, S.,
Kock, C.**

Gylling 2002, 2. udgave, 3. oplag

*Den gode opgave –opgaveskrivning på
videregående uddannelser*

Forlaget Samfundslitteratur

Rønn, C.

København 2006, 1. udgave, 1. oplag

Almen videnskabsteori for
professionsuddannelserne. lagttagelse,
viden, teori, refleksion.

Alinea

**Tóroddsdóttir, T., oversat fra færøsk af
Debess, S.**

Valby 2001 (dansk udg.), 1. udgave, 1. oplag

Klods Majorer og englebørn – børns
motoriske udvikling og sanseintegration

*Borgens Forlag (Føroya
Skúlabókagrunnur)*

Wilbarger, P., Wilbarger, J. L.

Santa Barbara 1991

SENSORY DEFENSIVENESS IN
CHILDREN AGED 2-12, An Intervention
Guide for Parents and Other Caretakers
Avanti Educational Programs

Pahuus, M.

Collin, F., Køppe, S. (red.)

1995

Hermeneutik, s. 109-138 i
Humanistisk Videnskabsteori,
Danmarks Radio Forlaget

Højbjerg, H.

Fuglsang, L., Olsen, P. B. (red.)

Frederiksberg C 2004, 2. udgave

Hermeneutik, s. 309-347 i
Videnskabsteori i
samfundsvidenskaberne - På tværs af
fagkulturer og paradigmer,
Roskilde Universitetsforlag

Opslagsværker

København 2000, 1. udgave, 2. oplag

Politikens nu dansk med etymologi
Politikens forlag A/S

København 1992, 3. udgave, 2. oplag	POLITIKENS NUDANSK FREMMEORDBOG <i>Politikens forlag A/S</i>
København 2000, 2. udgave, 1. oplag	Politikens Store Fremmedordbog <i>Politikens forlag A/S</i>

Opgaver

Bundsgård, H. Felsgård, M., Nielsen, S. Næstved, december 1991	Børstning <i>Ergoterapeut- og fysioterapeutsken i Næstved</i>
--	--

Artikler

Brown, G. T., Rodger, S., Brown, A., Roeve, C. <i>Occupational Therapy International 2005; volume 12 (3): 137-161</i>	A Comparison of Canadian and Australian Paediatric Occupational Therapists
Bundsgaard, H., Felsgaard, M., Nielsen, S. <i>Ergoterapeuten 1992; Årgang 53 (12): 9-12</i>	Børstning – et supplement til SI-behandling
Foss, A., Swinth, Y., McGruder, J., Tomlen, G. <i>AOTA 2003; volume 8 (12): CE 1-8</i>	Sensory Modulation Dysfunction and the Wilbarger Protocol: An Evidence Review
Goren, A. British Journal of Occupational Therapy 2002; volume 65 (10): 476-478	Occupational Therapy and Strictly Defined Areas of Doubt and Uncertainty
Miller, L. J. <i>Sensory Integration International 1993; volume XXI (2): 1,3,5-7</i>	Researching the Effectiveness of Sensory Integration

- Miller, L. J.** Empirical Evidence Related to Therapies for Sensory Processing Impairments
The Newsletter of The Children's Hospital Physical Medicine and Rehabilitation 2003; volume 7 (2): 1-6
- Moore, K. M., Henry, A. D.** Treatment of Adult Psychiatric Patients Using the Wilbarger Protocol
Occupational Therapy in Mental Health 2002; volume 18 (1): 43-63
- Royeen, C. B.** Four Areas of Sensory Integrative Scholarship for the Next Millennium
Occupational Therapy International 1998; volume 5 (4): 249-251
- Stein, F., Söderback, I.** What is the Future of Research in Occupational Therapy in the 21st Century?
Occupational Therapy International 2000; volume 7 (4): 213-215
- Tickle-Degnen, L.** Organizing, Evaluating, and Using Evidence in Occupational Therapy Practice
AJOT 1999; volume 53 (5): 537-539

Elektroniske medier

- Christensen Gammelgaard, B.** Børsteinstruktion
<http://birgitte-christensen.dk/artiklernes/artikler/borsteinstr.htm>
[lokaliseret 03.02.06]
- Nissen, C. (2004)** Om det at "børste børn"
Damp 3/2004
http://www.adhd.dk/v3/images/stories/pdf/B%C3%B8rste_b%C3%B8rn_3_2004.indd.pdf
[lokaliseret 27.02.06]

Ergoterapeutforeningen

Krav til specialistgodkendelse

Ergoterapeutforeningens hjemmeside

[http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG FORSKNING/SPECIALIST/vejledning_0106.doc](http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/SPECIALIST/vejledning_0106.doc)

[lokaliseret 07.03.06]

Formidling af bachelorprojekt

Vi har valgt at formidle vores projekt mundtligt til bachelorkonferencen, som afholdes på skolen. Dette suppleres elektronisk med en skriftlig opridsning af opgaven samtidig.

Oplægget indeholder baggrunden for vores interesse, en kort opridsning af vores valg og resultater i opgaven, vores overvejelser i forbindelse hermed og vores erfaringer vi har fået undervejs. Sidst ved konferencen kan der stilles spørgsmål til opgaven.

Formidlingen er henvendt til de ergoterapeuter og ergoterapeutstuderende, som må have interesse indenfor børneområdet. Herunder er vores faglige vejleder og de respondenter, som har deltaget i undersøgelsen, og de har modtaget en invitation til formidlingen.

Vi har valgt at publicere vores projekt på skolens bibliotek og på ergoterapeutforeningens hjemmeside www.etf.dk. Dette gør vi, fordi vi mener, at det kan være nyttigt som oplæg til diskussion og overvejelser i forbindelse med brugen af børsteterapi fremover hos børnefysio- eller ergoterapeuter.

BILAGSMAPPE

Bilagsfortegnelse

Bilag 1	Mail fra ETF.....	2
Bilag 2	Liste over ord vi har anvendt til informationssøgning	3
Bilag 3	Søgehistorie 1.....	4
Bilag 4	Søgehistorie 2.....	5
Bilag 5	Søgehistorie 3.....	6
Bilag 6	Søgehistorie 4.....	7
Bilag 7	Søgehistorie 5.....	8
Bilag 8	Søgehistorie 6.....	9
Bilag 9	Søgehistorie 7.....	10
Bilag 10	Samtykkeerklæring	12
Bilag 11	Revideret interviewguide	13
Bilag 12	Interviewguide.....	16
Bilag 13	Transskriberingsvejledning	19
Bilag 14	Oversigt over temaer til meningskategorisering	20
Bilag 15	Nominel og operationel definitioner af sensorisk skyhed.....	21
Bilag 16	Selvrealiseringens spiralproces.....	22

Bilag 1 Mail fra ETF

MSN Hotmail - Page 1 of 1



mona_kristensen@hotmail.com

Printed: Wednesday, March 22, 2006 2:38 PM

From : Laila Grønbjerg <lg@etf.dk>
Sent : Wednesday, March 22, 2006 1:22 PM
To : <mona_kristensen@hotmail.com>
Subject : LFG Børn

Hej

Pr. d.d. er der 268 medlemmer af LFG Børn.

Med venlig hilsen

Laila Grønbjerg
Ergoterapeutforeningen
Kommunikation & IT
Tlf. 33 41 47 15

<http://by108fd.bay108.hotmail.msn.com/cgi-bin/getmsg?curmbox=00000000%2d000...> 22-03-2006

Bilag 2 Liste over ord vi har anvendt til informationssøgning

Søgeord:

- Occupational therapy
- Occupational therapists
- Theory
- Evidence based practice
- Effectiveness
- Effectiveness of sensory integration
- Effectiveness of sensory integration on children
- Selecting
- Choosing
- Practice
- Intervention
- Sensory
- Sensory integration
- Sensory stimulation
- Sensory motor integration
- Sensory defensiveness
- Paediatric
- Children
- Brushing

Bilag 3 Søgehistorie 1

Ovid Technologies - WebSPIRS 5.11

Page 1 of 1

 Search | SDI | Database Guide | Help | Logout

Searching 7 databases: **CINAHL (R) Database(2005/09-2006/01,2004-2005/08,2002-2003,2000-2001,1998-1999,1995-1...**  Change Database(s)

[Search](#) [Advanced](#) [Thesaurus](#) [Index](#) [Find Citation](#) **[Search History](#)** [How do I ...?](#)

 Show: [Search History](#) Selected Searches: [Remove](#) [Edit](#) [Combine and search](#)

Search	Results	Display	Create SDI
☐ #10 (brushing) and ((sensory integration) and (occupational therapy) and (Evidence-Based-Practice in SA))	2		
☐ #9 (sensory integration) and (occupational therapy) and (Evidence-Based-Practice in SA)	19		
☐ #8 sensory integration	890		
☐ #7 (brushing) and ((occupational therapy) and (Evidence-Based-Practice in SA))	2		
☐ #6 (occupational therapy) and (Evidence-Based-Practice in SA)	429		
☐ #5 occupational therapy	16968		
☐ #4 Evidence-Based-Practice in SA	31606		
☐ #3 (occupational therapy) and (brushing)	6		
☐ #2 occupational therapy	16968		
☐ #1 brushing	376		

Bilag 4 Søgehistorie 2

Ovid Technologies - WebSPIRS 5.12 Page 1 of 1

Search | SDI | Database Guide | Help | Logout

Searching 7 databases: CINAHL (R) Database(2005/09-2006/01,2004-2005/08,2002-2003,2000-2001,1998-1999,1995-1...

Search | Advanced | Thesaurus | Index | Find Citation | **Search History** | How do I ...?

Show: Search History

Remove

Edit

Combine using

and

or

Search	Results	Display	Create SDI
☐ #9 (occupational therapy) and (brushing)	6		
☐ #8 (paediatric) and (brushing)	18		
☐ #7 (brushing) and (((occupational therapists) and (occupational therapy)) and (paediatric))	1		
☐ #6 ((occupational therapists) and (occupational therapy)) and (paediatric)	147		
☐ #5 (occupational therapists) and (occupational therapy)	4558		
☐ #4 paediatric	7790		
☐ #3 occupational therapists	5857		
☐ #2 occupational therapy	16968		
☐ #1 brushing	376		

<http://web5.silverplatter.com/webspirs/start.ws?customer=aalergo> 14-03-2006

Bilag 5 Søgehistorie 3

Entrez PubMed

Side 1 af 1



PubMed
www.pubmed.gov

A service of the National Library of Medicine
and the National Institutes of Health

My NCBI [?]
[Sign In] [Register]

All Databases

PubMed

Nucleotide

Protein

Genome

Structure

OMIM

PMC

Journals

Books

Search PubMed

for (((#10)) AND (#11)) AND (#13)) AND (#14)

Preview

Go

Clear

Limits

Preview/Index

History

Clipboard

Details

Search History will be lost after eight hours of inactivity.

To combine searches use # before search number, e.g., #2 AND #6.

Search numbers may not be continuous; all searches are represented.

Click on query # to add to strategy

About Entrez
NCBI Toolbar
Text Version

Entrez PubMed
Overview
Help | FAQ
Tutorials
New/Noteworthy
E-Utilities

PubMed Services
Journals Database
MeSH Database
Single Citation Matcher
Batch Citation Matcher
Clinical Queries
Special Queries
LinkOut
My NCBI

Related Resources
Order Documents
NLM Mobile
NLM Catalog
NLM Gateway
TOXNET
Consumer Health
Clinical Alerts
ClinicalTrials.gov
PubMed Central

Search

Most Recent Queries

Time

Result

#15 Search (((#10)) AND (#11)) AND (#13)) AND (#14)

06:28:52

8

#18 Search "Tickle-Degnen L"[Author]

06:25:19

36

#14 Search ((#7)) OR (#8)

06:22:41

20239

#13 Search ((#4)) OR (#5)

06:21:48

8819

#11 Search effectiveness

06:20:29

139361

#10 Search children

06:19:23

1238960

#8 Search sensory stimulation

06:15:20

18866

#7 Search sensory integration

06:15:06

1984

#5 Search occupational therapists

06:12:28

1930

#4 Search occupational therapy

06:11:21

8195

Clear History

Write to the Help Desk
NCBI | NLM | NIH
Department of Health & Human Services
Privacy Statement | Freedom of Information Act | Disclaimer

Feb 17, 2006 12:53:38

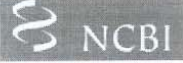
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=History&DB=pubmed

17-02-2006

Bilag 6 Søgehistorie 4

Entrez PubMed

Side 1 af 1



A service of the National Library of Medicine
and the National Institutes of Health

www.pubmed.gov

PubMed

Nucleotide

Protein

Genome

Structure

OMIM

PMC

Journals

Books

Search PubMed

for ((#25)) AND (#13)

Preview

Go

Clear

Limits

Preview/Index

History

Clipboard

Details

- Search History will be lost after eight hours of inactivity.
- To combine searches use # before search number, e.g., #2 AND #6.
- Search numbers may not be continuous; all searches are represented.
- Click on query # to add to strategy

About Entrez

NCBI ToolBar

Text Version

Entrez PubMed

Overview

Help | FAQ

Tutorials

New/Noteworthy

E-Utilities

PubMed Services

Journals Database

MeSH Database

Single Citation Matcher

Batch Citation Matcher

Clinical Queries

Special Queries

LinkOut

My NCBI

Related Resources

Order Documents

NLM Mobile

NLM Catalog

NLM Gateway

TOXNET

Consumer Health

Clinical Alerts

ClinicalTrials.gov

PubMed Central

Search

Most Recent Queries

Time

Result

#26 Search ((#25)) AND (#13)

06:45:49

62

#25 Search ((#7)) AND (#10)

06:39:56

223

#7 Search sensory integration

06:39:29

1984

#24 Search effectiveness of sensory integration on children

06:38:31

11

#20 Search effectiveness of sensory integration

06:38:04

29

#19 Search researching the effectiveness of sensory integration

06:30:28

0

#15 Search (((#10)) AND (#11)) AND (#13)) AND (#14)

06:28:52

8

#18 Search "Tickle-Degnen L"[Author]

06:25:19

36

#14 Search ((#7)) OR (#8)

06:22:41

20239

#13 Search ((#4)) OR (#5)

06:21:48

8819

#11 Search effectiveness

06:20:29

139361

#10 Search children

06:19:23

1238960

#8 Search sensory stimulation

06:15:20

18866

#5 Search occupational therapists

06:12:28

1930

#4 Search occupational therapy

06:11:21

8195

Clear History

Write to the Help Desk

NCBI | NLM | NIH

Department of Health & Human Services

Privacy Statement | Freedom of Information Act | Disclaimer

Feb-13 2006 12:57:26

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=History&DB=pubmed

17-02-2006

Bilag 7 Søgehistorie 5

Ovid Technologies - WebSPIRS 5.11 Side 1 af 1

Search | SDI | Database Guide | Help | Logout

Searching 7 databases: CINAHL (R) Database(2005/09-2006/01,2004-2005/08,2002-2003,2000-2001,1998-1999,1995-1...

Search

Advanced

Thesaurus

Index

Find Citation

Search History

How do I ...?

Show: Search History

Selected Searches:

Remove

Edit

Combine and search using

and

or

Change

Search	Results	Display	Create SDI
☐ #10 (((("Sensory-Motor-Integration" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Sensory-Stimulation" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE)) and (children) and (("Occupational-Therapy" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Occupational-Therapists" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE))) and (effectiveness)	9		
☐ #9 (((("Sensory-Motor-Integration" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Sensory-Stimulation" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE)) and (children) and (("Occupational-Therapy" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Occupational-Therapists" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE)))	27		
☐ #8 effectiveness	44439		
☐ #7 children	85472		
☐ #6 ("Occupational-Therapy" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Occupational-Therapists" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE)	7704		
☐ #5 ("Sensory-Motor-Integration" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE) or ("Sensory-Stimulation" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE)	784		
☐ #4 "Occupational-Therapy" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE	6270		
☐ #3 "Occupational-Therapists" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE	1746		
☐ #2 "Sensory-Motor-Integration" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE	369		
☐ #1 "Sensory-Stimulation" / all TOPICAL SUBHEADINGS / all AGE SUBHEADINGS in DE	424		

<http://web5.silverplatter.com.ez-sc.v.statsbiblioteket.dk:2048/webspirs/start.ws?customer=aalergo> 17-02-2006

Bilag 8 Søgehistorie 6

Search	Results	Display	Create SDI
☐ #14 ((occupational therapists) and (occupational therapy)) and (((choosing) or (selecting)) and (Theory)) and (intervention)	28		
☐ #13 ((occupational therapists) and (occupational therapy)) and (((choosing) or (selecting)) and (Theory))	72		
☐ #12 ((choosing) or (selecting)) and (Theory)	1629		
☐ #11 ((choosing) or (selecting)) and (((occupational therapists) and (occupational therapy)) and (Theory)) and (intervention)	28		
☐ #10 (choosing) or (selecting)	8883		
☐ #9 choosing	4887		
☐ #8 selecting	4217		
☐ #7 (((occupational therapists) and (occupational therapy)) and (Theory)) and (intervention)	411		
☐ #6 intervention	58418		
☐ #5 ((occupational therapists) and (occupational therapy)) and (Theory)	1263		
☐ #4 (occupational therapists) and (occupational therapy)	4558		
☐ #3 Theory	56800		
☐ #2 occupational therapists	5857		
☐ #1 occupational therapy	16968		

Bilag 9 Søgehistorie 7

EBSCOhost Page 1 of 2


 Research Databases
 New Search | View Folder | Preferences | Help | Exit

Basic Search
Advanced Search
Visual Search
Choose Databases

Keyword
Publications
Subjects
Library Holdings

Sign In to My EBSCOhost

Find: in ?

and in

and in

in ?  Folder has items.

Refine Search		Search History / Alerts		Results			
Print Search History		Retrieve Searches		Retrieve Alerts			
Save Searches / Alerts		Clear Search History					
Add using: and Add		Show Less ▲					
Add to Search	Search ID #	Search Terms	Limiters and Expanders	Last Run Via	Results	Revise Search	Delete
☐	S7	(S6 And S5)		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Database - AMED (Alternative Medicine)	0	Revise	☒
☐	S6	brushing		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Database - AMED (Alternative Medicine)	14	Revise	☒
☐	S5	(S4 And S3)		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Database - AMED (Alternative Medicine)	27	Revise	☒
☐	S4	(S2 And S1)		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Database - AMED (Alternative Medicine)	1456	Revise	☒
☐	S3	paediatric		Interface -	346	Revise	☒

http://web21.epnet.com/search.asp?tb=1&_ua=bo+S%5FDE+1st+ACETIC++ACID+... 14-03-2006

EBSCOhost

Page 2 of 2

				EBSCOhost Search Screen - Advanced Database - AMED (Alternative Medicine)			
☐	S2	occupational therapists		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Database - AMED (Alternative Medicine)	1635	Revise	☒
☐	S1	Occupational therapy		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Database - AMED (Alternative Medicine)	8470	Revise	☒

Top of Page

[Privacy Policy](#) - [Terms of Use](#) - [Copyright](#)

© 2006 EBSCO Publishing.

Bilag 10 Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Dags dato _____

Denne samtykkeerklæring gælder et interview foretaget d. _____

Undertegnede bekræfter hermed at være mundtlig informeret om, at interviewet foretages i forbindelse med bachelorprojektet, der skal undersøge, hvorfor børneergoterapeuter vælger eller fravælger at anvende børsteterapi på børn med sanseintegrationsproblematikker.

Undertegnede giver hermed tilladelse til, at nedenstående personer må anvende de oplysninger, der bliver givet under interviewet på nedenstående vilkår:

- Jeg giver hermed tilladelse til, at oplysningerne fra interviewet kan anvendes i bachelorprojektet og i forbindelse med eventuel efterfølgende publicering af projektets resultater.
- Interviewet optages på diktafon og vil efter eksamination blive slettet.
- Underskriftsindehaveren vil i bachelorprojektet blive anonymiseret, og kun blive nævnt med henvisning til funktion.
- Hvis jeg ønsker det, kan der tilsendes eller mailles en kopi af interviewet, når det er renskrevet.
- Der kan, hvis jeg ønsker det, tilsendes eller mailles et eksemplar af den færdige opgave, når den er eksamineret og godkendt.
- De studerende må kontakte mig igen, hvis der opstår brug for yderligere spørgsmål.

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i et interview på ovenstående betingelser.

Underskrift

Nedenstående ergoterapeutstuderende sikrer, at ovenstående betingelser overholdes.

Mona E. Kristensen

Louise Poulsen

Bilag 11 Revideret interviewguide

Interview guide

Præsentation:

- o Hvem er vi?
- o Hvad er formålet med vores projekt? (praktik, interesse, ikke megen dokumentation, problemformulering)
- o Forklare at en af os interviewer og styrer interviewet og at den anden markerer hvis denne f.eks. gerne vil have et svar uddybet. (skriver ned)

Indledende spørgsmål:

- o Hvad er dit fulde navn?
- o Hvad er din alder?
- o Hvilke(n) uddannelse(r) har du?
- o Hvilket år blev du uddannet ergoterapeut?
- o Hvad er din nuværende stilling(er)?
- o Hvilken form for arbejdsplads er du ansat på? (f.eks. amtsligt, kommunalt, privat)
- o Hvor længe har du arbejdet som børneergoterapeut?
- o Har du efteruddannelse eller deltaget i kurser indenfor børneområdet? Og hvis ja, hvilke og hvornår foregik de(t)?
- o Hvilken aldersgruppe er de børn i, som du arbejder med?

Anvender eller har du anvendt børsteterapi på noget tidspunkt?

Hvis ja:

- o **Hvis har anvendt:**
 - o Hvor lang tid siden er det du anvendte det?
- o **Hvis anvender:**
 - o Hvor lang tid siden er det at du begyndte på det?
 - o Hvordan fik du første gang viden om eller kendskab til børsteterapi?
 - o Hvilken børstemetode/vejledning anvender du, når du bruger/har brugt børsteterapi?
 - Selv lavet, hørt fra andre el. lign.

- o Anvender du andet i forbindelse med børsteterapi? F.eks. led approksimation?
- o Hvad er det som gør, at du vælger at anvende børsteterapi?
 - Teoribaseret, erfaringsbaseret eller andet?
 - *Såsom: Sanseintegrationsteorien (Jean Ayres), Wilbarger - trenden (91), kurser, arbejdspladsen, adgang til litteratur, praktik*
- o Hvilken effekt oplever du at børsteterapi har?
 - Virker det bedre på nogle end andre?
 - Hvilke?

Underspørgsmål:

- o På hvilken aldersgruppe anvender du børsteterapi?
- o Hvilke sanseintegrationsproblematikker arbejder du mest med generelt?
- o Til hvilke sanseintegrationsproblematikker anvender du oftest børsteterapi?
- o Oplever du at børsteterapi har virkning alene som intervention eller som del af en?
- o Har du tænkt over om det er børsteterapien eller den tætte voksenkontakt, som har en virkning?
- o Er der nogen grænser for brug af børsteterapi, altså tilfælde hvor du oplever, at det ikke bør anvendes?
 - o Er der tilfælde, hvor du vælger børsteterapi fra? Altså nogle problematikker, nogle bestemte børn/diagnoser el. lign.
- o Prøv at beskrive hvordan du tænker og finder frem til, hvordan du vil intervenere et barn.
 - o *Hvilket niveau starter du på, ser du det hele barn, teori, erfaring*
- o Anvender du en overordnet teori (ramme)? Og hvilken?
- o Hvad vil du tro, der får ergoterapeuter til at fravælge børsteterapi?

Hvis nej:

- o Hvad er det, som gør at du fravælger børsteterapi?
 - o *Såsom: Forældet teori, anden teori/viden*
- o Hvad er det ved børsteterapien du mener ikke virker?

Underspørgsmål:

- o Hvordan fik du første gang viden om eller kendskab til børsteterapi?
- o Hvilke sanseintegrationsproblematikker arbejder du mest med generelt?
- o Hvad anvender du som intervention, hvor andre måske ville anvende børsteterapi?

- o Prøv at beskrive hvordan du tænker og finder frem til, hvordan du vil intervenere et barn.
 - o *Hvilket niveau starter du på, ser du det hele barn, teori, erfaring*
- o Anvender du en overordnet teori (ramme)? Og hvilken?
- o Hvad vil du tro der får ergoterapeuter til at vælge børsteterapi?

Afrunding:

- o Er der noget yderligere, du vil fortælle/uddybe?
Jeg tror heller ikke vi har mere at spørge om. Så vil vi gerne sige mange tak for hjælpen.

Bilag 12 Interviewguide

Interview guide

Præsentation:

- o Hvem er vi?
- o Hvad er formålet med vores projekt? (praktik, interesse, ikke megen dokumentation, problemformulering)
- o Forklare at en af os interviewer og styrer interviewet, og den anden markerer hvis denne f.eks. gerne vil have et svar uddybet. (skriver ned)

Indledende spørgsmål:

- o Hvad er dit fulde navn?
- o Hvad er din alder?
- o Hvilke(n) uddannelse(r) har du?
- o Hvilket år blev du uddannet ergoterapeut?
- o Hvad er din nuværende stilling(er)?
- o Hvilken form for arbejdsplads er du ansat på? (f.eks. amtsligt, kommunalt, privat)
- o Hvor længe har du arbejdet som børneergoterapeut?
- o Har du efteruddannelse eller deltaget i kurser indenfor børneområdet? Og hvis ja, hvilke og hvornår foregik de(t)?
- o Hvilken aldersgruppe er de børn i, som du arbejder med?

Anvender eller har du anvendt børsteterapi på noget tidspunkt?

Hvis ja:

- o **Hvis har anvendt:**
 - o Hvor lang tid siden er det du anvendte det?
- o **Hvis anvender:**
 - o Hvor lang tid siden er det at du begyndte på det?
 - o Hvordan fik du første gang viden om eller kendskab til børsteterapi?
 - o Hvilken børstemetode/vejledning anvender du, når du bruger/har brugt børsteterapi?
 - Selv lavet, hørt fra andre el. lign.
 - o Hvad er det som gør, at du vælger at anvende børsteterapi?

- Teoribaseret, erfaringsbaseret eller andet?
- *Såsom: Sanseintegrationsteorien (Jean Ayres), Wilbarger - trenden (91), kurser, arbejdspladsen, adgang til litteratur, praktik*
- o Hvilken effekt oplever du at børsteterapi har?
 - Virker det bedre på nogle end andre?
 - Hvilke?

Underspørgsmål:

- o På hvilken aldersgruppe anvender du børsteterapi?
- o Hvilke sanseintegrationsproblematikker arbejder du mest med generelt?
- o Til hvilke sanseintegrationsproblematikker anvender du oftest børsteterapi?
- o Oplever du, at børsteterapi har virkning alene som intervention eller som del af en?
- o Har du tænkt over, om det er børsteterapien eller den tætte voksenkontakt, som har en virkning?
- o Er der nogen grænser for brug af børsteterapi, altså tilfælde hvor du oplever, at det ikke bør anvendes?
 - o Er der tilfælde, hvor du vælger børsteterapi fra? Altså nogle problematikker, nogle bestemte børn/diagnoser el. lign.
- o Prøv at beskrive hvordan du tænker og finder frem til, hvordan du vil intervenere et barn.
 - o *Hvilket niveau starter du på, ser du det hele barn, teori, erfaring*
- o Hvad vil du tro der får ergoterapeuter til at fravælge børsteterapi?

Hvis nej:

- o Hvad er det som gør, at du fravælger børsteterapi?
 - o Såsom: Forældet teori, anden teori/viden
 - o Hvad er det ved børsteterapien, du mener ikke virker?

Underspørgsmål:

- o Hvordan fik du første gang viden om eller kendskab til børsteterapi?
- o Hvilke sanseintegrationsproblematikker arbejder du mest med generelt?
- o Hvad anvender du som intervention, hvor andre måske ville anvende børsteterapi?
- o Prøv at beskrive hvordan du tænker og finder frem til, hvordan du vil intervenere et barn.
 - o *Hvilket niveau starter du på, ser du det hele barn, teori, erfaring*
- o Hvad vil du tro der får ergoterapeuter til at vælge børsteterapi?

Afrunding:

- o Er der noget yderligere, du vil fortælle/uddybe?

Jeg tror heller ikke vi har mere at spørge om. Så vil vi gerne sige mange tak for hjælpen.

Bilag 13 Transskriberingsvejledning

Transskriberingsvejledning

Denne vejledning er lavet udfra Steinar Kvale: "Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview". Vi optager interviewene med respondenterne på diktafonen.

Transskriberingen skal stilles op på følgende måde, så det let kan overskues, hvem der siger hvad:

Interviewer: Spørgsmål...

Børneergoterapeut: Svar....

Udsagnene skrives ned ordret og pauser, betoning og følelsesudtryk som latter og suk skrives ned i parenteser. Pauser skal skrives på følgende måde inde i teksten: (Kort pause), (Lang pause) alt efter pausens længde. Betoning skrives som: (suk) (dyb vejrtrækning) og lignende. Hvis respondenterne ligger tryk på et ord, skrives dette ord med **fed**. Ord der siges med hævet stemme skrives med STORE BOGSTAVER og med **FED** hvis der er tryk på ordet samtidig. I tilfælde af at der er dele af interviewet, det ikke kan lade sig gøre at nedskrive, f.eks. hvis interviewer og respondent taler samtidig, eller der tales lavt, så skrives dette ligeledes i parentes: (der snakkes ind over hinanden) eller (det følgende kan ikke tydes)

Bilag 14 Oversigt over temaer til meningskategorisering

Temaer til meningskategorisering

- Uddannelsesmæssig baggrund
- Generel målgruppe
- Beskrivelse af intervention og overvejelser i forbindelse hermed
- Børsteterapi
 - o Kendskab til børsteterapi
 - o Børste vejledning
 - o Anvendelse af børsteterapi
 - Program trofasthed
 - Effekt
 - Anvendelse hos hvem
 - Alder
 - Hvem anvendes det ikke hos
 - o Baggrund for tilvælgelsen eller fravælgelsen af børsteterapi
 - o Bud på hvorfor nogen fravælger eller tilvælger børsteterapi
- Anvendt teori

Bilag 15 Nominel og operationel definitioner af sensorisk skyhed

Sensorisk skyhed:

Operationel: Hypersensitivitet overfor berøring med omgivelserne eller eventuelt kroppen (1)

Nominel:

Sensorisk: Som vedrører sanserne (2)

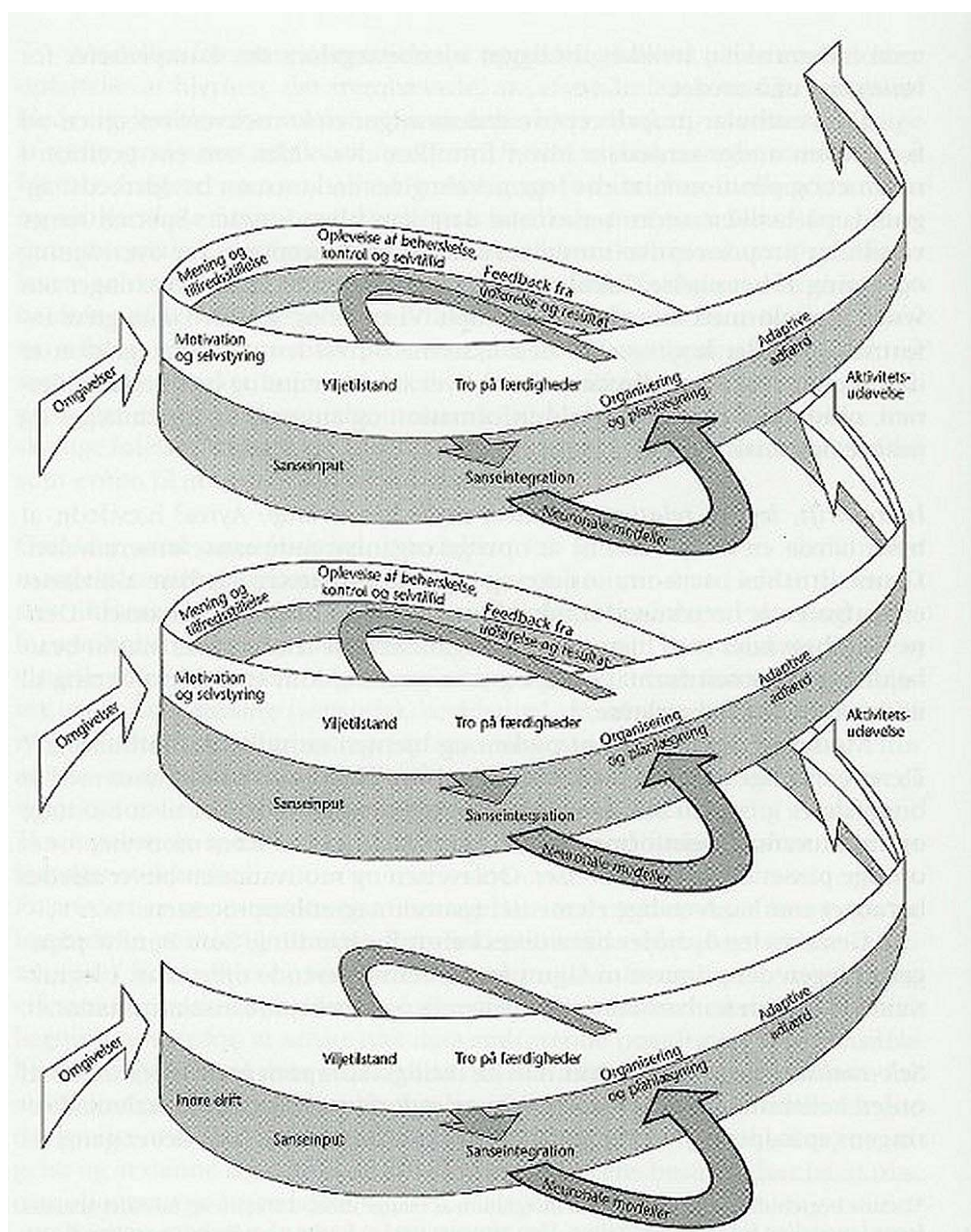
Sky: Sky ng(t) prøve at undgå nogen el. noget pga. modvilje (3)

(1) Kielhofner, G., 2004, s. 209

(2) Dansk-dansk ordbøger, 1999

(3) Dansk-dansk ordbøger, 1999

Bilag 16 Selvrealiseringens spiralproces



(4) Kielhofner, G., 2002, s. 278