

EVIDENSBASERET

ERGOTERAPI

DEL 1

Projekt

Anette Jäger Laursen

Anette Skjold Sørensen

Ergoterapiafdelingen, OUH

Vejleder

Hanne Kaae Kristensen

August 2004

Forord

Projektskriverne vil gerne takke ergoterapeut Dorrie Jones og projektleder Lisa Korsbek, OUH, for god og professionel hjælp ved oversættelser i vores materiale. Desuden vil vi takke vejleder for sit engagement og gode råd undervejs.

Projektet kan anvendes af kolleger til brug ved evidenssøgning, ligesom andre ergoterapeuter, efter vores opfattelse, ligeledes kan finde inspiration til dette arbejde.

God læselyst.

Anette Skjold Sørensen og Anette Jäger Laursen
August 2004.

Indholdsfortegnelse

Del 1

Indledning	side 1
Problembaggrund	side 2
Definition og vurdering af evidensbaseret praksis	side 2
Ergoterapi i sygehusverdenen	side 9
Litteratur	side 12
Problemformulering	side 14
Metoder	side 15
1. Litteraturstudier	side 15
2. Fokusgruppeinterview og interviews af enkeltpersoner	side 16
Undersøgerens forforståelse	side 17
Udvælgelseskriterier	side 18
Interviewguide	side 18
3. Analyseskemaer	side 19
Databearbejdning af interviews	side 19
Analyse af data	side 21
Temaer	side 22
Diskussion af resultater	side 26
Figur 1	side 29
Diskussion af metoder	side 32
Konklusion/Perspektivering	side 33

Del 2

Arbejdsprocessen	side 37
1. At opstille det kliniske spørgsmål	side 37
2. Litteratursøgning	side 38
3. Kritisk læsning	side 38
4. Implementering af ny viden	side 39
 Patient-case	 side 39
 Den ergoterapeutiske refleksion	 side 41
 Figur 2	 side 42
 Evidenssøgning ud fra et klinisk spørgsmål	 side 43
 Konklusion på søgningen	 side 45

Litteraturliste

Bilagsliste

Bilag 1	CMOP
Bilag 2	OPPM
Bilag 3	Interviewguides
Bilag 4a	Analyseskema, kvalitativt
4b	Analyseskema, kvantitativt
Bilag 5	Relevante databaser
Bilag 6	Evidensbasering - på et enkelt spørgsmål
Bilag 7	Evidensbasering - oversigt over afdelingens evidenssøgning
Bilag 8	Udfyldte analyseskemaer

Evidens i ergoterapeutisk praksis

Indledning

Dette projekt er kommet i værk efter at ergoterapiafdelingen søgte ETF Forskningsfonden om midler tilbage i 2002. Selve arbejdet startede i foråret 2004, hvor de projektansvarlige indvilligede i at skrive om evidensbaseret praksis i ergoterapeutisk behandling.

Formålet med projektet er således, at den ergoterapeutiske indsats, i et relevant omfang, tager udgangspunkt i evidensbaseret praksis, EBP, så der skabes videnskabeligt grundlag for det daglige arbejde. Ved at tage udgangspunkt i EBP medvirker afdelingen til at kvalitetsudvikle den ergoterapeutiske praksis og fastholde de ergoterapeutiske kerneydelser.

Målgruppen er vore kolleger internt i afdelingen og i første omgang er det meningen, at udviklingsterapeuter skal bruge materialet i forbindelse med evidensopgaver. Det er imidlertid vigtigt, at projektet også kan læses af andre professionelle, og at de kan drage nytte af viden om ergoterapi.

Der er gået meget tid med at studere videnskabelig litteratur om EBP og forskellige sundhedsprofessionelles syn på dette begreb. EBP beskrives bl.a. i projektets første del, hvor der også anbefales en ergoterapeutisk praksismodel ved inddragelse af OPPM samt ergoterapeutens refleksion og tanker om bl.a. patientinddragelse. At læse en videnskabelig artikel kan være en vanskelig opgave, det kan dels være svært at forstå indholdsmæssigt, dels kan det vise sig at være vanskeligt at bedømme kvaliteten af en artikel.

Til at løse denne opgave har vi i projektets anden del fundet frem til og opstillet analyseskemaer samt afprøvet materialet på en klinisk problemstilling vedrørende en patient med en Colles fraktur.

Resultatet er blevet et materiale, som er klar til at blive afprøvet af vore kolleger, men det kan bruges af alle ergoterapeuter som inspiration til at komme i gang med evidenssøgning.

Problembaggrund

I godt ti år har struktureret kvalitetsudvikling været på den sundhedspolitiske dagsorden. Evidensbaseret behandling og akkreditering er blevet en del af hverdagen for sundhedsarbejderen. I første omgang har udgangspunktet for kvalitetsarbejdet været styret af de medicinske specialer, men efterhånden er de små sundhedsfaggrupper, bl.a. ergoterapeuter, også kommet med. Målet med at implementere viden fra forskning er at gøre behandlingen bedre, give patienterne bedre information om deres sygdomme og reducere antallet af fejl. Evidensbaseret praksis er en praksis der integrerer tre faktorer, klinisk ekspertise, forskningsevidens og patientpræferencer i de kliniske beslutninger. Klinisk ekspertise omfatter viden, erfaring og præferencer. Forskningsevidens er viden underbygget af forskning. Patientpræferencer er at inddrage patienten i behandlingen (DSI Institut for sundhedsvæsen, 1998).

Selve begrebet evidensbaseret praksis stammer fra et arbejde af den britiske epidemiolog Archie Cochrane 1972, (www.cochrane.dk), hvori han beskrev ideen om at samle forskning indenfor et bestemt område, sammenfatte det og gøre det tilgængeligt, så det kunne guide klinisk praksis. Begrundelsen var, at den uendelige mængde af forskning, der blev produceret ikke blev brugt til patientens bedste. Senere blev Cochranes ideer fulgt op af dels The Evidence-Based Working Group, Canada, dels af den britiske professor Sackett og hans kolleger. Disse to grupper har ført an indenfor EBP.

Definition og vurdering af evidensbaseret praksis

Evidensbaseret medicin anvendes stadig som begreb, men begrebet er udvidet og udviklet og betegnes ligeså ofte i dag som evidensbaseret praksis.

Ifølge Sackett et al. (1996), defineres evidensbaseret medicin som “the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients.”

(Taylor 2000)

Oversat til dansk:

”Samvittighedsfuld, tydelig og velovervejet brug af den bedst tilgængelige evidens til brug ved beslutning om den individuelle behandling af patienter”.

(AS, AJL 2004).

Andre som f.eks. Downie & Macnaughton (Clinical judgment. Evidence in Practice, 2000) pointerer, at der er mange vigtige modifikationer indenfor den videnskabelig evidensbase der kan indpasses i klinisk praksis. De ser klinisk vurdering som en sammensmeltning af videnskabelig og humanistisk beslutning, og den sammenslutning er ”evidens i praksis”.

Sackett et al.’s afgrænsning er umiddelbart dækkende, men tilgodeser dog ikke patientens rettigheder og præferencer i tilstrækkelig grad i forhold til de samlede sundhedsydelser. Downie & Macnaughton og nedenstående gruppe anerkender i deres definitioner både betydningen af en bredere form for evidens, kompleksiteten i at integrere evidens som grundlag for en beslutning, det problematiske i at anvende populationsbaserede data til at træffe beslutninger i forhold til individer og ikke mindst en anerkendelse af den individuelle patients omstændigheder og præferencer, (Hørder 2001 og www.ouh.dk, MTV-portalen). The McMaster University Evidence Based Medicine Group (1996) definerer evidensbaseret praksis som:

“..The collection, interpretation, and integration of valid, important and applicable patient-reported, clinician-observed, and research-driven evidence. The best available evidence, moderated by patient circumstances and preferences, is applied to improve the quality of clinical judgements and facilitate cost-effective health care”

Oversat til dansk:

”Indsamling, fortolkning og integrering af valid, vigtig og anvendelig patient-rapporteret, klinisk observeret og forskningsstyret evidens. Den bedst tilgængelige evidens, modereret af patientens situation og præferencer anvendes for at fremme kvaliteten af kliniske beslutninger for at fremme et rentabelt sundhedsvæsen.”

(AS, AJL 2004).

Odense Universitetshospital (OUH) har besluttet at definere EBP som *”den bedst mulige tilgængelige viden integreret med klinikerens ekspertise og patienternes præferencer”*. Sygehus Fyn opererer indenfor samme retningslinjer.

Evidens betyder vished, at der er belæg for det arbejde, der udføres. En evidensbaseret praksis er i sin yderste konsekvens, en praksis, der bygger på, hvad man veldokumenteret ved om netop denne praksis (www.ouh.dk, MTV portalen).

I den Medicinske Teknologivurdering (MTV) spiller evidensen en betydelig rolle. MTV afdækker evidensen på fire MTV-områder (teknologien, patienten, organisationen og

økonomien), men dog specielt i relation til teknologidelen. EBP skal ses i sammenhæng med udviklingen i sundhedsvæsenets vidensgrundlag, hvor der forskes meget i sygdomsbehandling, undersøgelse og forebyggelse, og konstant dukker der nye metoder op, som kræver omorganisering, specialisering, kompetenceudvikling og videreuddannelse. Samtidig er vidensstrømmen via internettet først og fremmest enorm, hvilket bl.a. betyder, at brugerne af sundhedsvæsenet har adgang til en viden, der igen skærper kravet til de sundhedsfaglige områder (www.ouh.dk/ MTV portalen). De krav der her tales om til os som sundhedspersonale drejer sig om krav til et højt informations- og udviklingsniveau og krav om løbende afdækninger af den gældende litteratur inden for de givne specialer. Dette stiller igen krav til viden om litteratursøgning i relevante nationale og internationale sundhedsvidenskabelige databaser, ligesom det er nødvendigt med et kendskab til, hvordan store mængder af informationsmateriale gennemgås og evidensvurderes (www.ouh.dk). At evidensvurdere vil sige at vurdere kvaliteten af den fundne litteratur på et område med henblik på at lave en samlet redegørelse for de gældende studiers metoder og resultater. Redegørelsen og konklusionen på evidensvurderingen er herefter en del af den samlede litteraturredigering i et evidens- eller et MTV-projekt. En sådan rapport rummer også søgeprotokol, samt oversigt over kildetyper og kildedata (www.ouh.dk).

Til at rangordne evidensniveauer i forhold til kvantitative litteraturstudier findes nedenstående tabel:

Tabellen viser hierarkiet bestående af 4 niveauer

Publikationstype	Evidens	Styrke
Metaanalyse eller systematisk oversigt over randomiserede forsøg	Ia	A
Randomiseret klinisk forsøg	Ib	
Kontrolleret, ikke-randomiseret forsøg	IIa	B
Kohorteundersøgelse	IIb	
Case- kontrolundersøgelse	III	C
Diagnostisk test (indirekte nosografisk metode)		
Beslutningsanalyse		
Deskriptiv undersøgelse		
Mindre serie	IV	D
Traditionel oversigtsartikel		
Ekspertvurdering		
Ledende artikel		

(Pedersen m.fl. 2000)

Når det gælder bedømmelse af kvalitative studier har bl.a. ergoterapeuter på Akademiske Sjukhuset i Uppsala, Sverige (2003) anbefalet Taylor's (2000) "Key aspects and strategies of trustworthiness to use when evaluating qualitative research.", som et alternativ til ovenstående 4 niveauer. Nedenstående tabel er ment som redskab til, når man læser kvalitative artikler og til at kunne bedømme den bedste tilgængelige evidens i forhold til ens kliniske problemstilling. Det er således ikke målet at de to former for bedømmelse skal stemme overens, men derimod supplere hinanden!

Aspekter	Strategier
Troværdighed (valid)	- Længerevarende og varieret feltarbejde. - Refleksion og feltdagbog - Triangulering - Kontrol af deltagere
Overførelsesværdi	- Udvalgelse af deltagere - Sammenligning af deltagere med demografiske data (befolkningsgrupper) - Detaljeret beskrivelse af forskningsrammer
Pålidelighed (reliable)	- Audit - Triangulering - Kollegial sparring og erfaringsudveksling
Forskerens forholden sig til egen forforståelse	- Audit - Triangulering - Refleksion

(oversat af AS, AJL 2004 fra Taylor 2000)

At arbejde evidensbaseret kan også tolkes som, at vi skal lære af andre ved at finde ud af, hvad der allerede er forsket i inden for et område og dernæst, hvad resultatet blev. Herved undgås, at vi gentager de fejl andre har lavet, (Bernspång 2002). Ergoterapeuter skal kunne redegøre overfor patienterne, hvad der er størst belæg for at gøre i den givne behandlingssituation. I mange tilfælde vil ergoterapeuter med megen erfaring have stor fordel af at arbejde sammen med en nyuddannet, der er undervist i videnskabelige metode, og vise

verca. Denne kombination af kundskab er hensigtsmæssig, når det kliniske spørgsmål skal formuleres og viden senere implementeres i praksis, (Eriksson 2002). Nedenstående definition er udgivet af den canadiske fagforening og står yderligere beskrevet i Taylors bog (2000).

Evidensbaseret ergoterapi.

En definition af evidensbaseret ergoterapi er ”Evidence based occupational therapy is the client-centeret enablement of occupation, based on client information and a critical review of relevant research, expert consensus and past experience (Taylor 2000).

Oversat til dansk:

Evidensbaseret ergoterapi er klientcentreret fremme af aktivitet, baseret på klientinformation og kritisk vurdering af relevant forskning, ekspertkonsensus og tidligere erfaringer.

Med det stigende behov for, at ergoterapeuter skaffer evidens til praksis, er der stadig stor usikkerhed omkring, hvilke strategier den enkelte ergoterapeut skal anvende for at integrere forskning i en klient-centreret praksis (Craik & Rappolt 2003). Hertil kommer at ydre omstændigheder, som opbakning fra ledelsen og tid afsat til fordybelse, er afgørende for processen.

Men holdningen, til at beskæftige sig med evidens, hos den enkelte ergoterapeut, skal ifølge Taylor (2000) ofte ændres, såfremt ergoterapeuter skal blive ”research sensitive” Taylor nævner i den forbindelse fire vigtige faktorer:

- At vide hvordan man finder evidens og udvikle evnerne til at gøre det
- At vide hvordan evidens kan bruges i klinisk ræsonnering.
- At have professionelt medansvar for udviklingen af EBP.
- At vide hvilke strategier som kan bruges i denne professionelle udvikling.

Når der tales om evidens i ergoterapi siger Birgitta Bernspång (2003), at der er to vigtige begreber: evidensbaseret medicin og evidensbaseret praksis. Anvendelsen af **evidensbaseret medicin** indebærer at integrere individuel klinisk ekspertise med det bedst tilgængelige eksterne kliniske bevis fra en systematisk forskning. **Evidensbaseret praksis** indebærer, at ergoterapeuter medtager den seneste relevante forskning men også tager hensyn til vores egen formåen som kliniker og hvad klienten fortæller og forventer, og dermed får det

klientcentrerede perspektiv med i vurderingerne (Dansk selskab for ergoterapeutisk forskning, (DSEF-Nyhedsbrev dec. 2003). Samme Bernspång siger angående de 4 niveauer, som er nævnt tidligere på side 3-4, at der endnu ikke findes særlig mange kvantitative studier i de højere bevisniveauer indenfor ergoterapi. Dvs. studier hvor det gøres klart, at en specifik ergoterapeutisk indsats bevirker at så og så mange personer klarer sig med så og så meget mindre støtte i hjemmet, med så og så meget mindre anstrengelse, så og så meget mere effektivitet eller, at det er så og så meget mere sikkert set i forhold til en kontrolgruppe (Bernspång 2003).

Ergoterapeutforeningen har iværksat projekt, DEPU (2004), for at definere fagets kerneværdier og på sigt finde nogle fælles kvalitetsindikatorer og evidensbasere dem. Det er vigtigt med en fortløbende diskussion blandt ergoterapeuter omkring disse kernespørgsmål, idet det danner grundlag for, hvad ergoterapeuter, der forsker, skal fordybe sig i. Men viden om evidens er ikke kun vigtig for de ergoterapeuter med interesse for forskning i faget. Viden om evidens er lige så vigtigt, hvis ikke vigtigere for alle praktikere (DSEF, festskrift 2004). Hvor evidens er et produkt af forskning, er praktikere forbrugere af produktet. Dermed er evidens det, som kan skabe et fælles interessefelt for forskere og praktikere. Spørgeskemaundersøgelsen iværksat via DEPU omhandlende ergoterapeuters syn på værdier er for ganske nylig færdig og ligger i dag på foreningens hjemmeside (www.etf.dk). Her kan bl.a. læses at 94,3 procent mener, at det har stor eller større betydning at ergoterapeuter følger med i fagets udvikling, men kun 43,5 procent er helt enig i at de gør det. 36,5 procent mener ikke, at ergoterapeuter evidensbaserer deres praksis, 86,7 procent finder, at evidensbaseret er vigtig.

Udviklingen indenfor ergoterapi er også med til at skabe et behov for en diskussion af fagets kerneværdier. Som der tegner sig et billede nu, er der i dag stor forskel på den viden nyuddannede bachelorer har og på den uddannelse man fik for 10-20 år siden. En væsentlig forskel er, at en meget stor gruppe er uddannet uden et specifikt ergoterapeutisk teoretisk grundlag, men disse ergoterapeuter har til gengæld en masse praksiserfaring. Faget er blevet akademiseret, hvilket bl.a. betyder, at ergoterapeuter i dag har et meget forskelligt grundlag i forhold til f.eks. at gå i gang med udviklingsarbejde, som en evidenssøgningsproces er. DEPU arbejdsgruppen foreslår derfor, at der er brug for en fælles udviklingsproces for hele faggruppen, for at skabe en ny praksis sammen (Ergoterapeuten nr.2, 2004). DSEF's bestyrelse pointerer, at der ikke skal blive for stor forskel på dem, der forsker og dem der ikke

gør. Derfor vil DSEF støtte det daglige udviklingsarbejde rundt omkring ved at støtte deltagelse i f.eks. konferencer eller hjælpe med at skabe kontakt til kolleger (Ergoterapeuten nr. 4 2004). En ny ergoterapeutisk praksis skal indarbejde både de nye teorier og krav, som arbejdsmarkedet stiller os og den praksisviden, håndværksstenen, som meget erfarne ergoterapeuter kan bidrage med. ”Peddigrørenes tid er nok forbi, men de kan ikke erstattes udelukkende af akademiske diskussioner” (Ergoterapeuten nr.4, 2004). Omdrejningspunktet er ergoterapeuternes motivation for at ville diskutere fagets værdier og forandringsarbejde. Dette selvstændige og kollegiale arbejde bliver der allerede talt og arbejdet meget med i ergoterapiafdelingen på OUH.

Motiver til at beskæftige sig med evidensbaseret ergoterapi kan være:

- at patienterne kræver at indsatsen er effektiv og i overensstemmelse med deres behov og ønsker.
- at en profession har ansvar for at garantere at den kliniske praksis er så god som mulig.
- at ansvaret for økonomien i den kliniske afdeling kræver at vi anvender de mest effektive metoder til at garantere de bedst mulige resultater til mindste pris. (Law & Baum,1998)

Klinisk ræsonnering er det primære mål for forandring som led i evidensbaseret praksis (Cusick & McCluskey) og har siden midten af 1980'erne vakt stor interesse i ergoterapikredse, hvorfor bl.a. amerikanske ergoterapeuter har forsket i denne forståelsesramme.

Bogen ”Clinical Reasoning” blev udgivet på dansk i 1994, Mattingly (antropolog) og Flemming (ergoterapeut). Mattingly mener, at de traditionelle opfattelser af teori anvendt i praksis, som man bl.a. møder indenfor den medicinske verden, indbefatter, at klinisk ræsonnering er en bestemt form for videnskabelig tankegang. Det vil sige, at klinisk ræsonnering er en struktureret anvendelse af viden, som personen er nået frem til gennem forskning i at løse praktiske problemer. Denne synsvinkel forudsætter, at den rationelle professionelle bruger den samme formelle logik, som karakteriserer positivistisk videnskab, når hun anvender teori til praktisk problemløsning, (H.K.Kristensen 1995)

Mattingly mener ikke, at det er repræsentativt for ergoterapeuters praksis. Derimod skriver hun i projektet, at ergoterapeuter anvender to former for klinisk ræsonnering (den positivistiske og den fænomenologiske) som nogle gange er lette og andre gange er vanskelige at forene. Ergoterapeuter og andre sundhedsprofessionelle baserer alle deres praksis på forskellige former for videnskab, den humanistiske, den

samfundsvidenskabelig/kritiske teori og den naturvidenskabelige viden, i deres arbejde mod at fremme sundhed, hvor målet ideelt set bør være patienten med den bedst bevarede livskvalitet. Disse videnskaber er baseret på såvel kvalitative som kvantitative forskningsmetoder og vi må løbende gennemføre flere systematiske studier, hvor vi kombinerer kvantitative og kvalitative metoder, før vi med større sikkerhed kan sige, at vi udøver evidensbaseret ergoterapi (Bernspång 2002).

Ergoterapi i sygehusverdenen

Ergoterapeuter oplever dilemmaer ved at bevæge sig indenfor både den biomedicinske og humanistiske forståelsesrammer. Ikke mindst i hospitalsverdenen, hvor de forskellige faggrupper kan have vanskeligt ved at finde fælles værdisæt og mål for deres samarbejde med patienterne. Her står ergoterapeuterne med vanskelige beslutninger om, hvilken forståelsesramme de skal lade dominere deres egen indsats (Hanne K. Kristensen 2004). Tove Borg (2003) giver udtryk for, at ergoterapeutisk arbejde drejer sig om at gribe forandrende ind i hverdagsliv sammen med de mennesker, der har behov for ændringer i hverdagens sammensætninger af aktivitet, for forandringer i betingelserne for aktivitet og for ændringer i den betydning, aktivitet har eller gives.

Fortællingens, narrativernes, betydning i sundhedsprofessionerne er indlysende (Lunde 2003). Den anvendes som et klinisk redskab i det daglige arbejde med patienterne og har speciel betydning for anamnese og behandlingsforløb med udgangspunkt i patientens livsforløb og livssammenhæng, altså en tænkemåde der er rettet mod at forstå menneskelig erfaring gennem at forstå patientens motiver.

Den kliniske ræsonnering i ergoterapi er både rettet mod den menneskelige verden af motiver, værdier og overbevisninger og mod den biologiske sygdomsverden. Ergoterapeutens fundamentale opgave er at behandle, hvad medicinske antropologer kalder sygdomsoplevelsen. Sygdomsoplevelsen henviser til den betydning, som en sygdom eller funktionsnedsættelse har for den enkelte patient. Det vil sige, hvordan sygdommen eller funktionsnedsættelsen optræder i personens fænomenologiske verden (H. K. Kristensen 1995).

Kvalitativ forskning har indtil for nylig haft ringe betydning i evidens baseret praksis (Taylor 2002). Kvalitative studier anses ofte for at være af lavere værdi, idet det ikke lader sig gøre at måle og veje disse deskriptive data på samme måde som kvantitative data. Kvalitativ forskning er en videnskabelig erkendelsesproces, som ikke leder frem mod en endegyldig sandhed, men mere mod en form for klarhed om det undersøgte i en større menneskelig

sammenhæng, (Lunde 2003). Størstedelen af den videnskabelige dokumentation, som er produceret indenfor det sundhedsvidenskabelige område, kommer fra kvantitative metoder, hvor spillereglerne for forskningsprocessen er mere eksakte og velbeskrevne, (Lunde s.257). Kvalitative studier kan bruges til at forstå meninger, erfaringer og de fænomener som optræder i omgivelserne. Et perspektiv er det fænomenologiske, hvilket ikke lader sig generalisere, idet det beskriver individets egen oplevelse og erfaringer. Den indsigt, som bl.a. ergoterapeuter får via arbejdet med patienten, kan bruges som redskab til at reflektere og evaluere deres praksis. I fremtidig forskning bør der i langt højere grad, ifølge Lunde 2003, lægges vægt på at udnytte og inddrage både kvalitative og kvantitative metoder i projekter. Begge metoder er nødvendige, hvis man ønsker en fyldestgørende og nuanceret beskrivelse af problemstillinger, (Lunde 2003). Sundhedsprofessionerne må selv tage del i den humanistisk orienterede forskning, fordi de konkret har brug for indsigt i den menneskelige sygdomsvirkelighed, siger Lunde (2003). Forskere med forskellig faglig baggrund kan udvide perspektiverne i den samlede sundhedsvidenskab, hvilket gerne skal betyde en bedre behandling for patienterne, (Lunde 2003).

Der er ved at ske et paradigmeskifte i lægeverdenen, der igen påvirker de små sundhedsprofessioner, som har bevirket, at det nu er videnskabeligt acceptabelt at belyse de individuelle, værdimæssige og eksistentielle sider af det kliniske arbejde, (Lunde 2003). Hun påpeger ligeledes, at vi i den fremtidige forskning i langt højere grad bør lægge vægt på at udnytte og inddrage både kvalitative og kvantitative metoder i konkrete projekter. Dette skyldes at begge metoder er nødvendige, hvis man ønsker en fyldestgørende og nuanceret beskrivelse af ens problemstilling.

På vores arbejdsplads, arbejdes der med udarbejdelse af praksisbeskrivelser, som led i at beskrive vore indsatsområder i patientforløbsprogrammer. Praksisbeskrivelserne skal ses som hjælp til nyansatte og studerende og skal sammenholdes med patienternes ønsker og behov. Afsættet for praksisbeskrivelserne er taget i det canadiske materiale, begrebsmodellen CMOP (Bilag 1).

I Canada oplevede ergoterapeuter i løbet af 80'erne og 90'erne et stigende behov for at formulere de centrale begreber i ergoterapi samt en måde til at dokumentere praksis, (Fremme af menneskelig aktivitet, 2002). De udviklede en Canadisk Model af Aktivitetsudøvelse (CMOP), der formulerer en dynamisk forståelse for ergoterapi. Den beskriver et ergoterapeutisk syn på samspillet mellem menneske, aktivitet og omgivelser, der resulterer i aktivitet. Det canadiske materiale indeholder en model for praksis, den førnævnte OPPM,

som beskriver en klientcentreret arbejdsproces i 7 trin (Bilag 2). Modellen giver retningslinier for, hvordan man på disse 7 trin kan søge dokumentation for indsatsen.

Et eksempel fra praksis; Stage 5 i OPPM (Bilag 2). Ergoterapeuten taler med patienten om, hvad han vil kunne igen efter at have brækket håndleddet, og han ønsker snarest at kunne starte som tømrer. Ergoterapeuten noterer sig, at det er nødvendigt at opfylde delmål, idet videnskabelige undersøgelser og erfaring peger i retning af, at der vil gå 8 uger (kvantitativ undersøgelse) inden han vil føle sig i stand til at honorere arbejdsbelastninger. Patienten bliver orienteret, som også har mulighed for at fortælle om, hvad han evt. har søgt viden om. Dette praksiseksempel motiverer i bedste fald ergoterapeuten til at anvende den bedst tilgængelige evidens indenfor området samtidig med at klientperspektivet inddrages og kobles med ergoterapeutens praksis erfaring, den kliniske ræsonnering.

Derudover indeholder det canadiske materiale et undersøgelsesredskab, The Canadian Occupational Performance Measure (COPM), der registrerer klientens oplevelser af ændringer i aktivitetsudøvelse over tid. COPM er et validt, reliabelt og standardiseret undersøgelsesredskab. (Canadian Occupational Performance Measure 2000)). Bag tankegangen i det canadiske materiale ligger et humanistisk menneskesyn, aspekter fra den samfundsvidenskabelige/kritiske teori, men også at ergoterapeuten til enhver tid skal tilstræbe bevis indenfor behandlingsområdet. Den fænomenologiske og hermeneutiske tankegang (grænserne imellem de to er flydende) fokuserer på at komme til en forståelse af det menneske, her patienten, som opfattes som en person på linie med en selv. I vores praksis prøver vi, i samarbejde med patienten, at finde frem til de grundvilkår som muliggør aktivitet i patientens livsverden. Livsverdenen kan ifølge fænomenologien ses som hverdagslivets struktur, en tavs viden, der handler om, at vi har en bestemt måde at være i verden på/at opleve verden (Fink m. fl., 1993). Ifølge filosofen Gadamer er det vigtigt at handle ud fra en forforståelse og stræbe efter at forstå den anden som anderledes end en selv, og ikke kun på ens egne betingelser. Dette er i overensstemmelse med ergoterapeuten der arbejder ud fra at fremme menneskelig aktivitet og det lykkes kun ved at ønske indsigt i en persons livsførelse, hvilket vil sige, at indsigten primært søges i den enkelte persons eget perspektiv (Borg 2003).

Litteratur

Søgning via databaser på evidensbaseret praksis/medicin giver rigtig mange henvisninger og for at relatere det til min profession er der søgt på bl.a. Cinahl, PubMed og den forholdsvis

nye database for ergoterapeuter OT seeker (2003). Udenlandske fagblade såvel som Ergoterapeuten er blevet nøjere studeret, for der at finde relevante artikler i forhold til emnet, ligesom der er læst i nye bøger om evidens for de små sundhedsprofessioner, f. eks Claire Taylors bog om ergoterapi og evidens (2000).

Mary Egans (1998) tanker om evidens og hendes anvendelse af praksismodellen OPPM har betydet, af vi tror at have fundet en model, som netop er praksisegnet. Hun mener, at det ansporer ergoterapeuter til anvendelse af både objektiv evidens (videnskabelige undersøgelser) og brug af subjektiv evidens, som kun kan ”indfanges” via klienten (1998). Teorierne bag evidens og vores praksiserfaring kan bruges og sættes i system med Egans ideer, og dermed hjælpe ergoterapeuter med at få lyst til og komme i gang med at søge videnskabeligt belæg for noget af det vi går og praktiserer.

Endvidere er vores interesse omkring klientperspektivet blevet skærpet, idet vi i dag ser mere kritisk på vores fags inddragelse af patienterne i behandlingen, hvilket bl.a. også praksismodeller skal tage højde for.

Ergoterapeut Karen W. Hammel (2001) ser netop kritisk på, at ergoterapeuter påberåber sig at arbejde klientcentreret uden at de måske er klar over, om patienterne ser det sådan. I dette spændingsfelt ser Hammel dels på hvordan kvalitative studier kan belyse evidensbaseret, klientcentreret praksis og på hvordan, der kan opnås overensstemmelse mellem forskning, teori og filosofi/etik. En af hendes pointer er, at kvalitative metoder kan udstyre os med værktøjer til at udforske klienters fortolkning af meningen med det, der har betydning i livet, men at kvalitative studier ikke per definition er klientcentreret, de giver mulighed for det (Hammel 2001).

Med denne viden er vi senere i projektprocessen stødt på en artikel, hvor Egans model kombineres med Knott og Wildavsky's (Craik & Rappolt 2003) læringsmodel, som uddyber de læringsstrategier eller kognitive processer der kræves for at integrere evidens i praksis. Forfatterne Craik og Rappolt (2003) mener, at man ved hjælp af model, figur 1, (s.29) hvori OPPM indgår, lægger op til at reflektere over praksis og herudfra kritisk afgøre hvilken evidens der er anvendelig. I artiklen (Craik og Rappolt 2003) fremgår følgende: ergoterapeutens kliniske erfaring er ikke kun kilden til evidens; den kliniske erfaring er essentiel og påvirker hvordan og i hvilken grad evidens integreres i praksis. Artiklen (2003) hævder, at ergoterapeutens evne til at integrere evidens afhænger af hendes engagement, at hun jævnligt reflekterer, at hun overfører viden til praksis og at hun rådfører sig blandt kolleger.

I forhold til Mary Egan's ide fra 1998 udvider figur 1 denne ved at skematisere vigtigheden af hele refleksionsprocessen og det gavnlige i at undervisning og samtaler med kolleger om emnet fremmer implementeringsprocessen.

Udviklingen af ergoterapifagets begrebsmæssige grundlag sker i dag gennem skriftlige arbejder, praksis, undervisning, diskussion, teoridannelse, undersøgelser og historiefortælling, som tilsammen udgør en kompleks og sammenvævet proces. Denne diskurs skaber grundlag for, at ergoterapeuter kan nå frem til fælles meninger og finde frem til, hvordan den faglige praksis bør være (Hanne K. Kristensen 2003). På trods af det forømtalte paradigmeskift i sygehusverdenen er der stadig risiko for at gabet mellem fagets teoretiske paradigme og grundlæggende begrebsmodeller på den ene side og den praktiske virkelighed på den anden side bliver for stor, og det vil fortløbende være aktuelt at deltage i bestræbelserne på at beskrive egen indsats dels for fagets skyld dels fordi der også altid vil være krav fra omgivelserne om at effektivisere, samtidig med at vi skal sikre mulighed for faglig udvikling.

Formålet med projektet er primært at efterforske litteratur om evidens og dets anvendelse i praksis og at høste andre ergoterapeuters tanker og holdninger til bl.a. Mary Egans ide om at indsamle evidens ud fra OPPM. Med udgangspunkt i litteraturen og de empiriske data vil vi ligeledes efterforske metoder til at evaluere kvalitative og kvantitative studier, som kan kombineres med Mary Egans tanker (Egan 1998). Det er ligeledes hensigten i dette projekt, at ideen/modellen afprøves på en klinisk problemstilling fra det håndergoterapeutiske speciale. Materialet er primært tænkt til brug for udviklingsterapeuterne i ergoterapiafdelingen.

Krav til materialet:

- Sammensætningen af materialet skal leve op til de krav der er til den brede definition af EBP, som defineret i projektet, og andre steder i litteraturen. Dermed skal man kunne analysere det samlede resultat ud fra klientens perspektiv, undersøgerens praksiserfaring og anvendelse af den bedst tilgængelige videnskabelige litteratur.
- Materialet skal være foreneligt med de krav der stilles til kvalitetsudvikling/evidensbaseret på OUH.

Problemformulering

- 1.) Hvilke praksismodeller er anvendelige i Ergoterapiafdelingen til implementering af evidensbaseret ergoterapi?**
- 2) Hvilke overvejelser gør ergoterapeuter sig om at anvende OPPM i forhold til en evidensbaseret ergoterapeutisk praksis?**
- 3) Hvilke analyseskemaer er anvendelige til vurdering af kvalitative og kvantitative studier?**

Definitioner.

Vi vil kort definere de grundlæggende begreber i vores problemformulering.

Praksismodeller:

Modeller som idegrundlag til at indsamle evidens.

Ergoterapeuter:

Interviewede ergoterapeuter samt ergoterapeuter fra den læste litteratur.

OPPM:

Se bilag 2.

Evidensbaseret ergoterapeutisk praksis:

Evidensbaseret ergoterapi er klientcentreret fremme af aktivitet, baseret på klientinformation og kritisk vurdering af relevant forskning, ekspertkonsensus og tidligere erfaringer.

Analyseskemaer:

Skemaer til at vurdere en videnskabelig artikel.

Anvendelige:

Skal kunne forstås og bruges primært af udviklingsterapeuter ansat i ergoterapiafdelingen.

Ergoterapiafdelingen:

En somatisk ergoterapiafdeling med tre store grupper under ledelse af ledende ergoterapeut, hver deres afdelingsterapeut samt fire udviklingsergoterapeuter.

Implementere:

Her menes det arbejde der ligger i at få materialet indlagt i primært udviklingsterapeuternes arbejdsfunktioner.

Metoder

1. Litteraturstudier.

For at få en større forståelse af emnet og kunne udvikle dette har det været nødvendigt at opsøge en større teoretisk forståelse af de fænomener, der skal undersøges, for at skabe grundlag for tilførsel og integration af ny viden, (Kvale 2002). Det er vigtigt at have merviden for at kunne stille betydningsfulde spørgsmål i et interview, (Kvale 2002), idet man ikke bliver fortrolig med indholdet alene via teoretiske studier. De teoretiske og kliniske erfaringer, der kommer ud af denne fordybelse i et emne skal altså i dette tilfælde bruges til at give en samlet forståelse for anvendelse af forskning i den ergoterapeutiske praksis.

Grunden til, at vi i dette projekt vælger at bruge praksismodeller er, at vi finder dem anvendelige til at eksemplificere og skabe et overblik over den proces, der bør foregå når ergoterapeuter arbejder systematisk med at inddrage evidens i de kliniske beslutninger (Craik & Rappolt 2003).

I forbindelse med dette projekt blev vi i første omgang opmærksomme på en artikel skrevet af en canadisk ergoterapeut Mary Egan (1998). Egan mener, at ergoterapeuter skal evidensbasere deres praksis, men siger også, at mange har svært ved at komme i gang. Ergoterapeuter forfægter ofte, at de kan bruge f.eks. randomiserede undersøgelser, idet disse ikke inddrager patientperspektivet. Det er hendes pointe, at ergoterapeuter med OPPM har et skelet til at strukturere og integrere videnskabelige undersøgelser fra såvel klientundersøgelser som f.eks. de ovennævnte randomiserede undersøgelser. Når ergoterapeuter benytter den med evidensbrillerne på, kan de integrere viden og erfaring fra såvel patienter som fra deres behandlere. Det er således hendes pointe, at ergoterapeuter med

OPPM har et skelet til at strukturere og integrere videnskabelige undersøgelser fra såvel klientundersøgelser som randomiserede analyser. I dette projekt indgår Egans ideer således som et muligt arbejdsredskab til ergoterapeuter i forhold til at skulle arbejde med implementering af evidensbaseret ergoterapi i praksis.

Som svar på spørgsmål via e-mail, april 2004, siger Egan, at hun er sikker på, at ideen er brugbar når hensigten er forskning, idet den kan vise os, hvor vi kan få evidens til at supplere vores indsats, og ikke mindst, hvor der mangler evidens! Dog siger Egan, kan det i praksis skabe problemer, idet meget af det vi gør nu er langt fra det, teorien og den videnskabelige litteratur gerne vil have os til at mene er vigtigt og effektivt!! Dette dilemma arbejder Egan og kolleger videre med, forlyder det i samme e-mailsvar (2004).

2. Fokusgruppeinterview og interviews af enkeltpersoner

Vi har valgt at anvende en kvalitativ metode til belysning af vores problemstilling, da vi søger mod at opnå en dybere forståelse af bl.a., hvordan ergoterapeuter tænker evidensbaseret ind i deres daglige arbejde. Det er en forskningsmetode som er relevant til beskrivelse, analyse og forståelse af alle slags fænomener og er velegnet, hvis man vil undersøge et ukendt felt.

Vi anvender i vores undersøgelse deduktive og induktive fremgangsmåder. Den deduktive tilgang til et emne er vurderende/afprøvende, hvor begreberne er opstillet på forhånd og fungerer som relativt præcise antagelser, der så i analysen skal afprøves og vurderes (Lunde 2003). Der er tale om en induktiv tilgang, når undersøgeren/forskeren er relativt åben over for afdækning af nye forståelsesmuligheder, som vi har nævnt vores rolle er i interviewene. Dvs. at vægten bliver lagt på den umiddelbare tolkning og ikke mindst på udviklingen af begreber i selve analysen (Lunde s. 319, 2003). Begge former for kvalitativ analyse kan forekomme i samme undersøgelse.

Den erfaringsbaserede viden (empiri), der fremkommer via interviewdelen, er relateret til den fænomenologiske/hermeneutiske videnskabsteori, idet vi i en del af projektet ligger op til at beskrive, forstå og forklare ergoterapeuters erfaringer og holdninger set ud fra deres virkelighed.

Interviewet har karakter af at være eksplorativt, dvs. åbent og kun lidt struktureret, hvor vi som undersøgere forfølger svar og søger ny information om og nye vinkler på et mindre kendt fænomen indenfor dansk ergoterapi (Kvale 2002).

Vi ønsker, at undersøge og opnå en forståelse af om og hvordan evidensbaseret praksis kan implementeres i ergoterapeuternes daglige arbejde.

De data som fremkommer via interviewene vil blive fortolket på et beskrivende niveau, hvor vi vil sammenfatte deltagernes udsagn og forståelse af de udvalgte temaer.

1) I forhold til dataindsamlingen er det hensigten at interviewe en gruppe udviklingsterapeuter og ledelsen i et fokusgruppeinterview, hvor de skal diskutere brugen af OPPM i forhold til at søge dokumentation for den ergoterapeutiske indsats.

2) Efterfølgende er det hensigten at interviewe to enkeltpersoner, en underviser fra ergoterapeutuddannelsen og en person ansat i forsknings- og udviklingsafdelingen på OUH.

Undersøgernes forforståelse

Fokusgruppeinterviewet foregår i ergoterapiafdelingen og i og med, at de er kolleger til os, kan der være risiko for, at samtalen bliver for indforstået. Yderligere er vi opmærksomme på, at vi som uøvede ud i interviewkunsten skal være godt forberedt på de spørgsmål vi har stillet og vide hvad vi vil med dem bagefter. Det gælder om at være lydhør over for de udtrykte betydningsnuancer og de forskellige kontekster, meningerne kan indgå i (Kvale 2002). Data, som bliver optaget på minidisk, skal efterfølgende transskriberes og fortolkes af de to projektskrivere. I tolkningen af datamateriale anvender vi den hermeneutiske cirkel (Kvale 2002), hvor forståelsen af en tekst sker gennem en proces, hvori betydningen af de enkelte dele bestemmes af teksten som helhed. Det er i princippet en uendelig proces som ender, når vi finder et fornuftigt svar på vores spørgsmål, og hvor det kan medføre, at den oprindelige betydning påvirkes i andre retninger end først antaget.

I forhold til de to planlagte enkelt interview vil vi lægge ud med at forklare den kontekst som vores projekt indgår, bl.a. dokumentationsarbejdet med baggrund i det canadiske materiale. Men i øvrigt er det her vigtigt for os, at få deres syn på vores hensigt med at leve op til krav om evidens i den ergoterapeutiske behandling. Det kunne ligeledes være interessant at høre, om de har bud på hvordan vi kan udføre dette arbejde!!

Udvælgelseskriterier

I forhold til valg af nøglepersoner er det vigtigt, at de har erfaring med brugen af det canadiske materiale, og det har alle ergoterapeuterne, idet de har været med til og er ansvarlige for udarbejdelse af praksisbeskrivelser ud fra OPPM, som tidligere skrevet. Ideelt

set bør der interviewes ergoterapeuter indtil kausalfeltet (Wackerhausen 1998) er mættet og dvs., når der ikke dukker væsentlige nye kvalitative data op blandt de interviewede i forhold til problemformuleringen.

Da vi går ud fra, at vi får svar på mere end der spørges om, kan det ideelt set være brug for et efterfølgende interview, men der planlægges et interview i denne omgang.

Til det sidste interview forudsættes det ikke, at deltager er bekendt med det canadiske materiale, da det ikke vil være en ergoterapeut. Fokus vil her være at diskutere holdninger til evidensbaseret i forhold til ergoterapi og de krav OUH har opstillet til udviklingsarbejde (www.ouh.dk.MTV portalen).

Interviewguide

Når det gælder udarbejdelse af interviewguiden til fokusgruppeinterviewet og til enkeltinterview af underviser, er den udarbejdet på baggrund af litteratur om evidens, det canadiske materiale samt vores kendskab til ergoterapeuternes daglige arbejde.

Interviewguiden er semistruktureret ligesom nøglepersonerne gøres opmærksomme på, at det ikke er meningen med dette interview, at folk skal blive enige, men at vi tilstræber at høre mange tanker om og holdninger til emnet (Kvale 2002).

I forhold til interviewet af den ene person, der ikke er ergoterapeut, men som er ansat i forsknings- og MTV-afdelingen, drejer det sig for os om, at få andre udefra kommende vinkler på vores fag og fagets bestræbelser på at profilere sig på OUH, og i det hele taget! Det vil derfor være nødvendigt at tilpasse interviewguiden i forhold til den person vi interviewer (bilag 3), ligesom der dukker nye spørgsmål op undervejs, som vi vil have belyst.

Ideelt set ville det være en god ide at afprøve interviewguiden på en ergoterapeut, men det har vi ikke kunnet nå. I stedet planlægger vi lidt tid inden interviewet går i gang til at afdække evt. forståelsesproblemer i interviewguiden. Dette for at sikre at spørgsmålene opfattes rigtigt og dermed øge kvaliteten af interviewet. Vi har til alle interview lavet mundtlige aftaler, efterfulgt af et skriftligt oplæg, så at informanterne får tid til at blive fortrolige med spørgsmålene. Det vil øge kvaliteten af besvarelsene, idet informanterne får mulighed for at overveje deres svar.

3. Analysekemaer

Eksistensen af analysekemaer fandt vi frem til via www.ouh.dk og derfra videre til MTV-portal, ligesom gennemlæsning af referencelister i de forskellige læste artikler henviste til The McMaster University Evidence-based Medicine Group (1996). Materialet er på engelsk, men fra Akademiske Sjukhuset i Uppsala, se nedenstående, har vi modtaget en svensk oversættelse, skrevet af canadiske ergoterapeuter (Law et al., 1998, McMaster University). Det er vigtigt for os at finde frem til valide og anvendelige arbejdsredskaber, som kan afprøves i en given periode i ergoterapiafdelingen. Der vil blive fastsat en dato for evaluering og eventuel revision.

Vi har således valgt at opstille følgende kriterier til analysekemaer:

- De skal give mulighed for en kritisk gennemgang af kvalitative og kvantitative studier.
- Skemaerne skal være rimelig overskuelige og være nemme at gå til.
- Det har stor betydning, at andre ergoterapeuter anvender skemaerne og evt. har erfaring med at bruge det.

Ovenstående kriterier er fremsat med vores nuværende viden indenfor området, hvorfor vi selv afprøver materialet i dette projekt ved at stille et klinisk spørgsmål indenfor det håndkirurgiske speciale, hvor begge undersøgere har praksiserfaring.

Det materiale som bedst modsvarer de behov vi har, og som ser ud til at være veldokumenteret, henter vi fra ergoterapeuter i Sverige. Disse ergoterapeuter på Akademiska Sjukhuset i Uppsala har for nylig under ledelse af Gunilla Eriksson udgivet en rapport (Evidensbasering av arbetsterapi 2003), der beskriver kriterier til udvælgelse af kvalitative og kvantitative studier i forhold til at arbejde med EBP. De er igen inspireret af amerikanske og canadiske ergoterapeuter med interesse for forskning, bl.a. Tickle-Degnen og føromtalt bog af Taylor, "Evidence-based practice for Occupational Therapist" (2000) samt Mary Law. Svenskerne har oversat en del materiale, hvilket vi vælger at afprøve under danske forhold.

Databearbejdning af interviews

Til *klargøring* af data fra interviewene går vi ud fra Launsøs (Launsø 2001:151) fire trin til gennemgang af det indsamlede materiale, som omfatter at afdække fejlkilder; at tage stilling

til, hvilke af de allerede opstillede problemformuleringer materialet kan belyse, at være åben overfor nye problemstillinger i materialet og at transskribere, herunder at tage stilling til, hvorvidt de bånd (minidisk) vi har brugt skal skrives ud.

Dette er for at skabe en nødvendig struktur og for senere at have mulighed for at kunne danne sig et helhedsindtryk af materialet og det væsentlige i materialet.

En gennemarbejdet og veldokumenteret analyse er det som adskiller den videnskabelige gennemgang fra en mere overfladisk gennemgang (Malterud 2003). Analysen skal bygge bro mellem rådata og resultater ved at det organiserede datamateriale bliver fortolket og sammenfattet. Vi skal afklare betydningen af vores forforståelse og de teoretiske referencerammer i forhold til vores fund og drøfte resultaterne op imod eksisterende teorier, (Malterud 2003:93).

Transskribering

Transskribering er en fortolkningsproces i sig selv og giver et dekontekstualiseret billede af interviewene. Som uerfarne interviewere er vi klar over, at det kan være svært at have og bevare en gennemført fænomenologisk tilgang til data/interview, da vi har haft vores formål for øje og måske ikke har kunnet se bort fra vores forforståelse. Vi tager således forbehold for fejlkilder transskriberinger og interviews.

To interviews er transskriberet af os selv. Personer og materialet er anonymiseret for at være loyale i håndteringen af teksterne. Optagelsen af fokusgruppeinterviewet forløb ikke som planlagt, hvilket betyder, at vi har et referat af ringere kvalitet. Efter interviewet har alle deltagere gennemlæst referatet og haft mulighed for at kommentere. Imidlertid vil vi inddrage sekvenser fra dette interview, fordi det har stor betydning for projektets senere anvendelse i praksis.

Al nærkontakt med materialet indebærer, at vi sætter spor i materialet, der på forskellig vis kan påvirke meningen i teksten, idet transskribering ikke er en passiv og teknisk handling (Malterud 2003). Ved at gøre transskriberingen selv (dog kun den ene af os) øger vi chancerne for at opdage mulige svagheder i materialet.

Vi har i fortolkningsprocessen imidlertid begge bidraget med vores refleksioner, hvilket øger kvaliteten (Kvale 2002).

Analyse af data

Vi har struktureret litteraturstudierne og de transskriberede interviews ud fra en række klassifikationer.

Klassifikationerne er fremtrædende og gennemgående **temaer**, der er hentet ud af vores datamateriale og som er relevante for besvarelse af vores problemformuleringer. På denne måde strukturerer vi datamaterialet ud fra meningskondensering (Kvale 2002).

Meningskondensering medfører at lange interviewtekster reduceres til korte og mere præcise formuleringer og kan ifølge Kvale (2002) foregå i 5 trin:

På første trin læses hele interviewet igennem, så vi får et helhedsbillede.

Andet trin indebærer, at vi bestemmer de naturlige betydningsenheder, hvilket er passager og citater fra transskribitionerne, som de udtrykkes af de interviewede.

På tredje trin udtrykkes det tema, der dominerer en naturlig betydningsenhed, så enkelt som muligt. Vi forsøger herefter at læse personernes svar fordomsfrit og tematisere udsagnene ud fra personens synspunkt, sådan som vi forstår det.

Fjerde trin består i at stille spørgsmål til betydningsenhederne ud fra vores problemformulering, f.eks. hvad siger dette udsagn om ergoterapeuters behov for at evidensbasere praksis.

På femte trin kondenserer vi de væsentlige temaer i mere essentielle betydninger til en helhed. Det vil indgå i vores diskussion.

Efterfølgende anvendes meningsfortolkning (Kvale 2002), som går videre end en strukturering til en dybere forståelse af teksten. I modsætning til meningskondensering, hvor teksten bliver reduceret, rekontekstualiserer fortolkningen udsagnene inden for bredere referencer, hvilket fører til en tekstudvidelse (Kvale 2002:191).

Ifølge Kvale kan datamaterialet analyseres ud fra tre fortolkningskontekster;

Den interviewedes selvforståelse; forskerens kritiske common sense forståelse og forskerens teoretiske forståelse. De tre fortolkningskontekster udspringer af forskellige forskerperspektiver og fører til forskellige fortolkninger. Konteksterne kan være yderligere differentierede, og de kan gå over i hinanden (Kvale 2002:210).

Vi vælger at analysere ud fra dels vores teoretiske kritiske common sense forståelse dels ud fra interviewpersonernes selvforståelse.

Citater anvendes med det formål, at tydeliggøre personernes egne perspektiver.

Citater fra interview med underviser markeres med (UV).

Citater fra interview med personen fra Forsknings- og MTV-afdelingen vil fremstå som (AB) for Ane Bendix, idet hun ønsker at fremstå tydeligt i projektet. Ane Friis Bendix er uddannet fysioterapeut, læge og leder af Forsknings- og MTV-afdelingen på OUH.

I forhold til fokusgruppeinterviewet gengives sekvenser i referatform (ref. fokus.)

I mellem disse udsagn har vi kondenseret sekvenser fra de respektive interviews, som tidligere nævnt.

Temaer.

De temaer som vi vælger at belyse er:

- 1. EVIDENS/ERGOTERAPI, 2. OPPM, 3. PATIENTPERSPEKTIV, 4. PROFILERING**
- 5. TID/RESSOURCER**

1. EVIDENS/ERGOTERAPI

Præsentationen af resultater indledes med udsagn omkring personernes opfattelser af evidensbegrebet, samt hvordan disse ses anvendt i praksis - for de flestes vedkommende i ergoterapi.

Samtlige deltagere giver udtryk for, at emnet evidens er svært stof at gå til, men at det er vigtigt for faget og samarbejdet med andre faggrupper, at ergoterapeuter evidensbaserer egen praksis. Ligesom andre faggrupper har ergoterapeuter også det problem, at ikke alt lader sig evidensbasere.

Evidens er vigtig i forhold til at blive bevidst om de kilder vi henviser til og hvor vi har nuværende materiale fra. Ligeledes er det vigtigt at være bevidst om valg af undersøgelser, behandlingskoncepter og hvem der har udarbejdet disse, samt hvad de står for. Det er vigtigt, at vi løbende beskriver, hvad vi gør i form af praksisbeskrivelser (ref. fokus.).

Der er flere facetter i evidensbaseret praksis, hvoraf evidensbaseret medicin og den videnskabelige dokumentation længe har vejet tungt. EBP defineres på OUH ud fra en trebenet model, hvoraf evidens baseret medicin er det ene ben, klinikerens erfaring det næste og patientpræferencer det tredje ben.

"Hvordan vi får den humanistiske kvalitative vinkel ind, det er noget af det vi arbejder på, vi prøver at skaffe nogle redskaber til at kunne arbejde med de kvalitative ting også, fordi det er vigtigt. Det er vigtigt i jeres profession, i sygeplejerskernes, fysioterapeuternes ... Og det er selvfølgelig også der vi må slå de største slag, fordi lægerne er selvfølgelig mere ovre i den naturvidenskabelige tankegang." (AB)

2. OPPM.

Ideen med at anvende OPPM i dagligdagen volder ingen af ergoterapeuterne de store problemer, derfor blev der bygget videre på denne erfaring, og alle forstår Egans forslag om at anvende OPPM, som skelet til evidenssøgning.

"Jeg vil tro at det er en god måde at tænke på, og så at det ikke kun bliver i forhold til behandlingsprocessen, at man kommer til at tænke evidens." "Jeg synes sagtens du kan bruge den, da det jo lidt er den samme tankegang som i en evidensproces, her (red. OPPM) kan du gå ind i alle stadier i den ergoterapeutiske proces."(UV)

Der stilles spørgsmålstegn ved, om OPPM rummer mulighed for at inddrage terapeutens praksiserfaring, den kliniske ræsonnering, og hvordan disse vidensområder evidensbaseres. I forbindelse med tankegangen i OPPM falder snakken på det klientcentrerede aspekt i forhold til den naturvidenskabelige verden, som Ergoterapiafdelingen er en del af.

Det er godt, at den (OPPM'en, red.) har fokus på det klientcentrerede og måden den er stillet op på er overskuelig, struktureret og til at forstå. Det er svært at hamle op med den naturvidenskabelige tankegang, hvordan skal ergoterapeuter leve op til det?

Vi mangler et ordentligt og validt arbejdsredskab til evaluering af kvalitative undersøgelser. (ref. fokus.)

3. KLIENTPERSPEKTIV.

Nogle af de interviewede ergoterapeuter giver udtryk for, at det kan være svært at bevare den klientcentrerede praksis i og med, at rammerne og økonomien kan være hindringer for ergoterapeutens indsats. I forhold til den enkelte patient kan man via OPPM blive bragt på sporet af, hvad den enkelte patient synes, der er vigtigt, hvorefter ergoterapeuten kan tage

hensyn til det i hendes planlægning og kombinere denne viden med hendes praksiserfaring og viden fra litterære studier.

Etikken er essentiel, når vi siger, at vi arbejder klientcentreret. OPPM skærper opmærksomheden på, hvad der betyder mest for den enkelte patient. På et hjemmebesøg kommer det etiske grundlag på prøve, idet man skal tilgodese patientens udtrykte ønsker og afdelingens og stedets ressourcer og økonomi. (ref. fokus.)

I Forskning og MTV-afdelingen diskuteres ligeledes patientperspektivet. Der er nedsat en styregruppe, der består af læger, sygeplejerske og en fysioterapeut, hvor alle er enige om vigtigheden af patientperspektivet, men hvor ikke alle har samme opfattelse af, hvor meget klientperspektivet skal fylde i evidensbaseret praksis

"Det er her dilemmaet har været for nogle af dem, og hvor man nok må sige at, pleje- og terapeutgruppen inddrager patientgruppen mere, end lægegruppen gør det. Det undrer mig ikke, fordi at der ikke er tvivl om, at I har en tættere kontakt til patienterne sådan rent menneskeligt, hvor lægegruppen ikke ser patienterne så meget. Men hvor lægegruppen, i patienternes øjne, har en vis status. Men på en eller anden måde, synes jeg, at vi skal arbejde hen imod, at tværfagligheden bliver mere ligeværdig og større." (AB)

4. PROFILERING.

Den udviklingsproces, som er i gang i ergoterapiafdelingen, er vigtig i en stadig profileringsproces. Der er i blandt udviklingsterapeuterne i afdelingen et stort ønske om opgradering af viden i forhold til at kunne evidenssøge, læse og forstå videnskabelige artikler. Oppefra bakkes dette ønske op, idet der flere steder i "huset" er udviklingsprojekter i gang. Der er stor forståelse for, at det bliver en udvikling og opgradering af personale, som vil forløbe over en årrække.

"Det er vigtigt for os at få inddraget jer tværfagligt i et tværsektorielt arbejde. Jeg tror, at det bedste er, at I arbejder på to plan: at I arbejder indenfor jeres egen organisation/afdeling og der udvælger fokusområder, som I vil kigge evidensen ud på, men at I så også kommer med tværfagligt ude i de afdelinger, hvor I er. Jeg har jer i mit baghoved." (FM)

Profileringen har stor betydning for vores troværdighed ud ad til. Det fremhæves, at det, at uddannelsen er blevet akademiseret, er med til at hjælpe denne udvikling på vej, og vi bør nøje overveje for hvis skyld vi vil evidenssøge m.m.

”Er det for at overleve i hospitalsverdenen? Så er det det kvantitative det tæller. Hvis I vil ind og bevise, at behandlingen gør opholdet kortere, så er det de kvantitative undersøgelser I skal bruge. Hvis I vil profilere Jer som faggruppe er det måske bedre at gøre det kvalitativt, fordi det er der ikke så mange andre der gør, og det er måske det der adskiller os fra nogle andre faggrupper, og specielt det klientcentrerede perspektiv.” Det kan godt være, at I ikke finder så meget, men bare det, at vi leder efter det er godt.” (UV)

5. TID/RESSOURCER.

Alle interviewede efterspørger tid til fordybelse og oplæring i at søge evidens og viden om, hvordan man går til litterære tekster, såvel kvalitative- som kvantitative studier. Der efterspørges diverse vejledninger og oplysningsmateriale over, hvor man kan få hvilke oplysninger. Denne holdning er der forståelse for i Forskning- og MTV-afdelingen som pointerer, at mange fremover, vil få brug for et basalt litteratursøgningskursus.

”Der ligger et stort arbejde foran os, og hvis OUH vil leve op til at være et af tre førende centre indenfor det her, er det også nødvendigt med disse uddannelser, fordi det er vejen frem at arbejde evidensbaseret og generere mere og mere evidens selv.” (AB)

I ergoterapiafdelingen udtrykkes helt konkrete ønsker til, hvad man kunne tænke sig at gå i gang med, såfremt den fornødne tid og ressourcerne er til stede.

Indenfor det neurologiske område, vil man gerne have tid til at efterforske de nuværende behandlingskoncepter, som f.eks. ABC, og undersøge det ergoterapeutiske i dette og eventuelt ajourføre praksis. Inden for børneområdet har de arbejdet med at forbedre og efterforske behandlingskoncepterne omhandlende mundstimulering med henblik på at rydde op i eksisterende materiale og blive mere bevidst om, hvor de enkelte stimulationsøvelser kommer fra. Dette er ligeledes vigtigt for at ”ensarte” praksis på området. Håndkirurger

opfordrer håndterapeuterne til at dokumentere deres indsats, og gerne indenfor det naturvidenskabelige område. (ref. fokus)

I undervisningsregi efterspørges samme tid til fordybelse, der vil man også skulle prioritere tid, selvom kravene til inddragelse af så vidt muligt nyeste forskning er et krav fra undervisningsministeriet.

”Hvis vi skal tænke på undervisningen og indholdet, vil jeg sige, at vi måske er mere styret af praksis end af evidens. Vi er lidt afhængige af og nødt til at undervise i det, der foregår i praksis, ellers vil de kliniske undervisere spidse ører, hvis vi siger, at vi f.eks. holder op med at undervise i ABC-konceptet, fordi der ingen evidens er for det.” (UV)

Diskussion af resultater

I det følgende vil vi diskutere resultaterne fra interviews og fra litteraturstudierne med henblik på at besvare projektets tre problemformuleringer. Diskussionen skal således føre til, at vi får svar på, hvilke praksismodeller ergoterapiafdelingen kan bruge til implementering af evidens ud fra de overvejelser kolleger og andre ergoterapeuter har. Som led i dette arbejde diskuteres OPPM's anvendelse til evidensformål som en del af Figur 1, og ligeledes om de analyseskemaer, vi har fundet frem til, er relevante.

Det faktum, at det er vanskeligt at forholde sig til evidens, og selv generere den, er ikke ensbetydende med, at ergoterapeuter kan undsige sig at anvende evidens i praksis. Selvom ergoterapeuter har en autorisationsordning i Danmark, der giver mulighed for at praktisere ”evigt” uden kvalitetskontrol, så kræver en etisk forsvarlig praksis, at ergoterapeuter ajourfører viden løbende – herunder at vi evidensbaserer vores praksis, pointerer Eva Wæhrens (2004) i et indlæg i Dansk Selskab for Ergoterapeutisk Forskning.

I interviewene fremgår det, at der er en stor interesse for at komme i gang med det videnskabelige arbejde, men at det indtil videre har været svært at prioritere i forhold til andre arbejdsopgaver.

Ergoterapiafdelingen vil ikke kunne evidensbasere al ergoterapi, bl.a. fordi der altid vil være den menneskelige faktor, der bevirker, at den generelle videnskabelige viden ikke altid er relevant for det enkelte individ. Udover den menneskelige faktor er alle faggrupper underlagt begrænsninger i form af prioriteringer. Hverken læger eller terapeuter skal således fremover

forvente at have mange midler til dette arbejde, idet dokumentation også tager tid og ressourcer.

Ergoterapeuter har i flere år debatteret og defineret klientcentreret praksis. Herunder vigtigheden af at indarbejde patienternes perspektiv, kun få ergoterapeuter har forsket i, hvordan den klientcentrerede praksis opleves af den enkelte patient. Det kan forekomme paradoksalt, når undersøgelser påpeger, at der til tider er et gab mellem klienternes forventninger til udkommet af deres behandling på den ene side og klinikerens perspektiver på den anden side, (bl.a. Hammel 2001)

I to artikler skrevet af ergoterapeuter (Wressle, Samuelsen 2004 og Palmadottir 2003) fremhæves, at ergoterapeuter skal være mere opmærksomme på patienternes aktivitetsbehov og ligeledes involvere dem mere i målsætningen i forhold til indsatsen. Ifølge artiklerne har ergoterapeuter for megen fokus på udførelseskomponenter i stedet for at se på betydningen af patienternes aktivitet og deltagelse i deres omgivelser.

Det hævdes, at ergoterapeuter bør få mere viden om patienternes syn på klientcentreret praksis, være mere villig til at afgive magt til patienterne og turde tage chancer, når patient og terapeut måtte have forskellige mål med rehabiliteringen.

Ergoterapeuter skal ikke kun søge efter de artikler m.m som understøtter vores antagelser fremhæver ergoterapeut L. Tickle-Degnen (2000), men som det ses af ovenstående kan man lære meget af kritik af den ergoterapeutiske indsats og derfra beskrive områder vi ikke gør så godt og lære af det. Definitionen af EBP udgivet af McMaster University (1996), oplyser ikke om, hvilke strategier man skal anvende til beskrivelse af, hvordan patienternes behov, rettigheder og præferencer kan blive integreret i en evidensbaseret klinisk praksis.

OPPM, giver ergoterapeuter mulighed for at kunne blive mere bevidst om vigtigheden af at inddrage evidens (se Figur 1 side 29), og i modsætning til andre faggruppers modeller lægger den op til at integrere forskningsbaseret viden i en klientcentreret kontekst. Mary Egan pointerer (2003), at ergoterapeuter har brug for praksismodeller, idet modeller er afgørende i evidensbaseret praksis.

Praksismodeller er nødvendige, når vi skal informere, forklare og guide praksis men også i forhold til at kunne evaluere denne. Man kan også have gavn af modeller til at illustrere og uddybe de processer, der leder en til at kunne anvende forskning i praksis. Teori, isoleret set, indfanger kun dele af praksis og kan derfor ikke alene være handlingsanvisende for praksis. Teori kan aldrig give en dækkende beskrivelse, men den kan bruges til at afdække og forstå

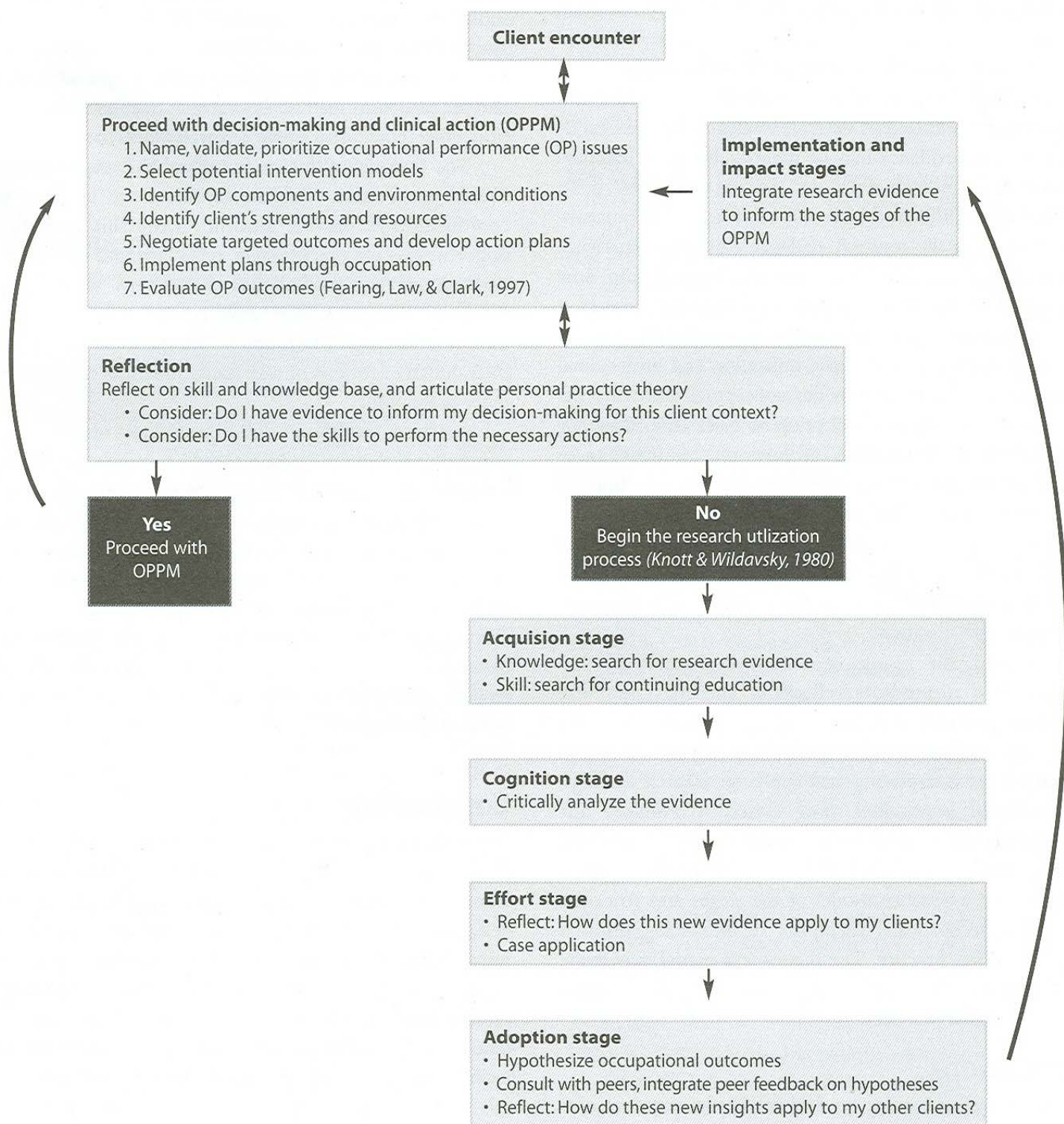
det komplicerede rum, hvor handlinger finder sted. Vi skal således være i stand til at handle i praksis på grundlag af både teoretiske og praktiske kundskaber. OPPM er en velegnet ramme for dette arbejde.

Til dette formål demonstrerer Craik og Susan Rappolt (2003) i deres model, se figur 1, vigtigheden af refleksion i forbindelse med anvendelse af evidens, og hvordan OPPM leverer et godt skelet, som underbygger vigtigheden af dette. Samme forfattere har kombineret Egans ide med en læringsstrategi af Knott og Wildavsky (Craik & Rappolt 2003), der i fire stadier giver indsigt i de kognitive læringsprocesser, der fordres, når evidens skal integreres i praksis. Craik og Rappolt (2003) vil med deres model opstille de strategier og processer (fremgangsmåder), som ergoterapeuter bruger til at integrere evidens i deres kliniske beslutningstagen. Dermed opstiller de en teorimodel, som danner baggrund for ergoterapeuters anvendelse af evidens.

De antagelser (Craik, Rappolt 2003), som ligger til grund for denne teori er:

- (1) Ergoterapeuten ønsker og er motiveret for løbende at eftersøge den bedst tilgængelige litteratur for at kunne informere praksis.
- (2) Ergoterapeuten har evnerne til kritisk at analysere hendes indsats og patientens udbytte af behandlingen.
- (3) Ergoterapeuten værdsætter klinisk erfaring og viden højt. Terapeuten opfatter klinisk erfaring som fundamentet til at kunne forøge sin viden og færdigheder med den hensigt at forøge patientens resultat, levere en effektiv og tilstrækkelig omsorg og udvise klinisk kompetence.

FIGURE 1
Model of research utilization in occupational therapy.



(fra artiklen "Theory of research utilization enhancement: A model for occupational therapy",
af Craik & Rappolt 2003)

En del af den erfaringsbaserede viden kan ikke verbaliseres, og benævnes, som bekendt, tavs viden. En sygeplejerske, M. Kirkevold (Møller Jørgensen 2000), fremhæver forskningen som et redskab til at sprogliggøre og synliggøre dele af den viden, der indeholdes i den tavse viden. På denne vis, siger Kirkevold, vil forskningen afdække fagets egenværdier og dermed også fagets eget fagsprog.

Det er således oplagt at bruge OPPM som ramme for søgning af evidens. Interviewene af kolleger, understøtter, at ergoterapeuters kliniske ræsonnering og den kliniske erfaring skal være indeholdt. Klinisk ræsonnering skal i den forbindelse bl.a. bruges til at afgøre, om evidensen matcher de behov, patienter udtrykker.

Derudover er evnen til at reflektere over klinisk praksis en vigtig evidenskilde og nødvendig, når anvendelse af evidens i praksis skal fremmes. Refleksion over den kliniske erfaring er ligeledes vigtig for at kunne indhente relevant viden og til at forbedre det grundlag, hvorpå de kliniske beslutninger træffes. Ved at reflektere over klinisk erfaring og nuværende teoretisk ståsted, har man mulighed for kritisk at undersøge evidensen af et givent emne og overveje, om det er anvendeligt i praksis. På denne måde vil det være muligt at koble eksisterende teori og praksis med ny viden fra forskning for at udfordre eksisterende opfattelser.

Kommunikation med ens kolleger fremmer anvendelse af evidens, idet dét at formulere sig overfor andre er med til at klarlægge, om man selv har forstået tingene rigtigt, og om den nye viden i sidste ende har det potentiale, der skal til, for at blive integreret i praksis. Langt de fleste terapeuter har glæde af at reflektere over et enkelt tidligere patientforløb (case analysis), når de overvejer, om nye tiltag skal integreres i praksis. Derved kommer abstrakte sekvenser fra den videnskabelige litteratur ind i et konkret eksempel, hvilket hjælper forståelsen og vurderingen.

M. Kirkevold fremhæver, at de erfaringsbaserede kundskaber kan formidles med forbilledlige historier. Disse cases kan medvirke til at tydeliggøre almene aspekter ved særegne patienthistorier fra praksis. Fortællingerne vil igen kunne give praktikerens indsigt på et mere overordnet plan og være en forudsætning for, at man har den fornødne menneskelige forståelse og indsigt. Resultater fra forskning er ikke, som bl.a. Hammel (2001) beskriver det, anvendelig i praksis, såfremt den ikke involverer patienter og deres udsagn i forbindelse med den ergoterapeutiske indsats. Vi skal informere patienterne om og støtte dem i at forstå den

nyeste forskning, således at de selv bliver i stand til at træffe meningsfulde beslutninger. Dette er essentielt i opfattelsen og udøvelsen af en klientcentreret praksis.

Kvalitativ forskning lægger vægt på anerkendelsen af klientens perspektiv, og den giver mulighed for at være klientcentreret. Inden for sundhedsvæsenet kan den kvalitative forskning spille en afgørende rolle i at få patienternes præferencer beskrevet. Kvalitative spørgsmål kan samtidig danne basis for en efterfølgende relevant kvantitativ analyse, fremgår det fra bl.a. Hammel (2001). Forskellige fænomener skal dokumenteres på forskellig måde, og ikke alle fænomener lader sig lige godt beskrive via tal. Man kan også dokumentere med beskrivelser, sammenfatninger samt historier, og ofte er en kombination af kvalitative og kvantitative begreber at foretrække.

Ergoterapi er et komplekst fag, hvor flere kundskabsformer er aktuelle i forhold til indsatsen overfor patienterne. Faget er først og fremmest udsprunget af praksis, hvor de mellemmenneskelige værdier tydeligt bør fremgå i omgangen med patienterne. For at kunne bevare ”sjælen” i ergoterapi skal ergoterapeuter, i følge A. Cusick fra Australien (2001), derfor prioritere den kvalitative forskning til at profilere ergoterapi og dermed evidensbasere kerneværdierne i faget. Ergoterapeuter skal sikre sig, at de forandringer, der kommer med indførelsen af EBP, er i overensstemmelse med fagets fokus på meningsfuld aktivitet og deltagelse i patienternes dagligdag.

Det fremgår tydeligt af såvel interviews som litteraturen, at ergoterapeuter mangler tid til fordybelse i evidensarbejde. De fleste ergoterapeuter mangler tillige kundskaber til at kunne levere denne ”vare”. Der er således flere grunde til ikke at komme i gang. En del ergoterapeuter er stadig usikre på, hvad evidensbaseret praksis står for. Mange er klar over, at det kræver ændring af deres praksis på nogle punkter, men at de ikke ved hvor, og hvordan de skal starte. Som det også fremgår af interviewene finder de fleste, at de mangler de fornødne færdigheder for at kunne søge i databaser, forstå og vurdere videnskabelig litteratur samt implementere ny teoretisk viden i praksis. Ergoterapeuter står ikke alene med disse oplevelser. Andre faggrupper har samme problemer med tilgangen til videnskabelig litteratur. Ifølge Ane Bendix mangler flere af de læger, vi samarbejder med disse kundskaber, først og fremmest de læger, som ikke har holdt sig ajour med begrebet evidens. Ane Bendix vurderer, at nyuddannede læger i dag har den videnskabelige uddannelse, der skal til at påtage sig evidensbasering.

Ergoterapeut Anne Cusick(2001) vurderer, at faren ved ikke at vide noget om evidensen kan være, at ergoterapeuter forholder sig mere til den lærdom, man fik på grunduddannelsen som til nyudgivet videnskabelig viden, siger ergoterapeut Anne Cusick (2001). Det kan vi fremover forsøge at forhindre, ved at uddanne personer i afdelingen i forbindelse med evidensprojekter og lignende arbejde, så alle i afdelingen med tiden får mulighed for at sætte sig ind i begreberne.

Diskussion af metoder

I det følgende vil vi forholde os kritisk til de anvendte metoder og vurdere kvaliteten af den anvendte litteratur samt de indsamlede empiriske data.

I problemformuleringen spørges bl.a. til ergoterapeuternes overvejelser, hvilket lægger op til en forstående forskningsmetode, idet det her er relevant at forstå og fortolke meningsfulde fænomener til at afdække erfaringer, holdninger og viden. Med den forstående forskningstype er vi opmærksomme på, at det ikke er muligt at generalisere ud fra undersøgelsesresultaterne. Vi mener imidlertid, at undersøgelsesresultaterne har en analytisk generaliserbarhed, der betyder, at resultaterne kan overføres til lignende sammenhænge, f.eks. til kolleger på andre sygehuse og med andre patientgrupper.

Fokusgruppeinterview giver gode rammer til at belyse deltagernes forskellige erfaringer og holdninger. De to enkelte semistrukturerede interview forløb efter planen, mens det på grund af tekniske vanskeligheder ikke var muligt at transkribere data fra fokusgruppeinterviewet. Interviewet blev i stedet forsøgt refereret og herefter sendt ud til deltagerne for, at disse fik mulighed for at kommentere referatet. Referatet blev efterfølgende korrigeret. Man kunne igen, af hensyn til troværdigheden, have sendt materialet ud, hvilket vi imidlertid valgte ikke at gøre.

Som uerfarne interviewere har det været svært at holde sig fuldstændig til en fænomenologisk tilgang til emnet, idet man kan miste overblik under interviewet, ligesom vores forforståelse kan have spillet ind.

Der kan i dette projekt være en vis fare for indforståethed og ønske om konsensus på grund af fælles faglighed. Fordelen ved det kan ifølge Tjørnov (1995) være, at man lettere kan følge

hinandens ræsonnering og derved komme dybere ned i refleksionerne. Tjørnov ser dog en fare i fortolkningen, hvor der kan være risiko for blot at få bekræftet sin forforståelse. Denne indforståethed fremstod dog ikke som det store problem under interviewene. Folk havde mange spørgsmål til vores oplæg, ligesom de påpegede mangler. Dette betød, at søgningen efter yderligere forståelse af ergoterapeuters anvendelse af evidens, fortsatte, og den først antagne ide blev udvidet, da søgningen bragte os på sporet af bl.a. Figur 1 af Craik & Rappolt (2003).

I forhold til litteraturstudierne har det været vanskeligt at få overblik over hvilke artikler, der var relevante for dette projekt. Den manglende erfaring i søgning på databaser har forsinket arbejdet, ligesom der må formodes, at der findes relevante artikler som ikke er inddraget i arbejdet.

Vi kunne i den forbindelse have gjort mere brug af videnscentret, som står til rådighed med hjælp og vejledning. Megen litteratur var blevet læst inden interviewene, hvilket betyder, at teorien har været styrende og data muligvis er overset eller bagatelliseret, da de ikke har ”passet ind” i de valgte temaer.

MTV-portalen via OUH's internetside har givet gode links til analyseskemaer til brug i forbindelse med EBP. Vi har købt et projekt udarbejdet af Gunilla Eriksson fra Akademiska Sjukhuset i Sverige (2003), hvorfra analyseskemaer er oversat til brug i afdelingen. Der har været god og professionel hjælp til oversættelser, hvorfor materialet er klar til afprøvning. Kravene til materialet er umiddelbart indfriet. Projektmedarbejderne har selv afprøvet det og må konkludere, at skemaerne er til at forstå, men erfaring og rutine vil lette processen. Man bør, som G. Eriksson vurderer, prioritere dette udviklingsarbejde.

I Ergoterapiafdelingen kan vi blive meget bedre til at evidensbasere vores faglige arbejde og det vil være hensigtsmæssigt, fra en start af, at lade ergoterapeuter med lyst til evidensarbejde få denne mulighed. Dette kræver, at de får stillet tid og uddannelse til rådighed, ligesom ledelsen, i følge Cusick (2001), bør stå frem som rollemodeller og opmuntre og støtte personale med interesse for evidens.

Konklusion/Perspektivering

Indtil for ganske nylig har professionelle indenfor rehabilitering produceret meget lidt forskning, hvorfor patienter bl.a. har været afhængig af den enkelte ergoterapeuts praksiserfaring og viden. Dette står i kontrast til, hvad patienter forventer, siger bl.a. Hammel (2001). Undersøgelser viser, at evidensbaseret praksis er med til at forøge udkommet optimalt,

skaffer kontinuitet, nedsætter udgifterne og øger ansvarligheden hos den enkelte ergoterapeut. Hammel og andre udtaler, at ergoterapeuter dog bør prioritere at højne kvaliteten af indsatsen, snarere end at efterstræbe den billigst mulige behandling.

OUH's definition af evidens ud fra tre ben, hvor det ene består af den videnskabelige dokumentation, det andet ben klinikerens erfaring og sidst patientens præferencer, har stor værdi for Ergoterapiafdelingens nuværende og fremtidige bestræbelser på at kvalitetsudvikle den ergoterapeutiske indsats. Der vil blive nogle slag at slå, ifølge Ane Bendix, i og med at den lægelige vinkel, ofte vil hælde til den traditionelle naturvidenskabelige måde at dokumentere på. Men i det tværfaglige setting må ergoterapeuter selv tage ordet og stå frem med de forskellige vidensformer, som ergoterapi repræsenterer. Det drejer sig således ikke kun om, at andre skal overbevises om ergoterapifagets berettigelse, men at ergoterapeutens indsats beskrives og dokumenteres, dels for at formidle håndværket i ergoterapifaget, dels for at belyse vigtigheden af en klientcentreret tilgang, der beror på tillid og ligeværdighed. Dette partnerskab/samarbejde med patienten er essentiel i forbindelse med den ergoterapeutiske indsats, og ved at formidle dette, vil ergoterapeuter kunne leve op til etikken i faget, som bl.a. Wæhrens taler for (2004).

I bestræbelserne på at evidensbasere dele af vores fag er det vigtigt at være bevidst om hvilket sprog der anvendes i formidlingen. Cusick (2001) mener, at ergoterapeuter skal gøre meget ud af at formidle således at, ergoterapeuter bliver ”opdaget”, omtalt og citeret af mange, der har brug for at vide, hvilke erfaringer vi har med udøvelsen af vores fag. Ergoterapeuter har brug for at overbevise sig selv og andre om vigtigheden af aktivitet og ergoterapi i sundhedsvæsenet. Uden denne kunnen har vi, ifølge Cusick, ikke en fremtid som fag i sundhedssystemet.

Derfor er det essentielt, at der skrives i et sprog, som modtagerne kan forstå samtidig med, at vi matcher de kommunikationstermer, der bruges rundt omkring i verden, f.eks. i forhold til definitionerne i WHO, hvor medicinske og sociale termer har nærmet sig hinanden.

Vi har prøvet at anskue forskning i vores praksis, hvor det, ifølge Uffe Juul Jensen 1996, drejer sig om at ændre og udvikle professionelles måde at udøve deres professionelle virksomhed på og at skabe nye institutionelle rammer for denne virksomhed. Dette er endvidere forsøgt illustreret i Craik og Rappolt's praksismodel, hvor ergoterapeutens handlings- og refleksionstankegange beskrives overordnet.

Ud fra de opstillede spørgsmål i vores problemformulering, mener vi, at det er lykkedes os at få belyst emnet, teoretisk såvel som ved udbytterige interviews med kolleger og Ane Bendix, der har kunnet se tingene mere overordnet og udefra. Ifølge Craik og Rappolt (2003) er deres ideer til praksismodellen endnu ikke afprøvet i praksis, på det tidspunkt, hvor de skrev deres artikel. Vi har en klar forventning om, at nogle ergoterapeuter i vores afdeling har mod på at afprøve det skrevne materiale med den fornødne tid og ressourcer stillet til rådighed.

Forslag til at komme i gang:

- Evidenssøgning afprøves på skift af udviklingsterapeuterne.
- Arbejde sammen to og to om den samme kliniske problemstilling indenfor et speciale.
- Videreformidle til kolleger.
- Efteruddannelsestilbud i litteratursøgning, OUH.
- Undertegnede projektskrivere kan bistå med rådgivning, ikke vejledning.

EVIDENSBASERET

ERGOTERAPI

DEL 2

Projekt
Anette Skjold Sørensen
Anette Jäger Laursen
Ergoterapiafdelingen, OUH

Vejleder
Hanne Kaae Kristensen

August 2004

Evidensbaseret ergoterapi

Del 2

I del 2 beskrives arbejdsprocessen ved en evidensbaseret.

Ud fra en patient-case beskrives desuden et behandlingsforløb med OPPM som grundlæggende arbejdsmodel (se figur 1, s. 29). Der opstilles forslag til relevante emner at søge evidens for.

Der er søgt evidens på et enkelt spørgsmål fra ergoterapeutisk praksis inden for håndkirurgisk speciale.

Til vurdering af enkelte artikler er de relevante analyseskemaer afprøvet (bilag 4a og 4b)

Til brug i den daglige praksis er foruden analyseskemaer udarbejdet flg., som er vedlagt som bilag:

- liste over relevante databaser, (bilag 5)
- skema til brug ved evidenssøgning af et enkelt spørgsmål, (bilag 6)
- skema, hvor alle i afdelingen løbende kan anføre, hvilke spørgsmål, der er søgt evidens for, (bilag 7)

Arbejdsprocessen

Arbejdsprocessen består af flg. trin (Gunilla Eriksson, 2002):

1. Formulere et tydeligt klinisk spørgsmål ud fra patientens problem.
2. Søgning i litteraturen efter relevante artikler, som kan besvare spørgsmålet.
3. Vurdering af den litteratur, som er fundet, og bestemmelse af hvad der er den bedste evidens i forhold til at give svar på spørgsmålet.
4. Indføring af nye tilpassede arbejdsmetoder, der er fundet evidens for, i den kliniske praksis.

1. At opstille det kliniske spørgsmål

Gunilla Eriksson (2002) opstiller 3 typer af kliniske spørgsmål at søge evidens for:

- a) spørgsmål om aktivitet og aktivitetsudførelse
- b) om anvendte undersøgelsesredskaber er reliable og valide
- c) om effekten af intervention for en specifik patientgruppe

Iflg. Birgitta Bernspång (2003) skal spørgsmålet indeholde flg.:

- patient, gruppe af patienter eller det problem spørgsmålet handler om
- behandlingen eller ydelsen man vil vide noget om
- resultatet man er interesseret i
- evt. sammenlignende ydelser eller behandling.

2. Litteratursøgning

Artikler søges via databaser, som er tilgængelige via Videnscentret OUH eller direkte via Internettet.

På Cochrane findes litteraturoversigter og metaanalyser.

På databaser som PubMed, Cinahl, Pedro, AMED, OTseeker kan man finde litteratur om ergoterapi og rehabilitering.

Liste over databaser, se bilag. 5.

3. Kritisk læsning

En vurdering af evidensen er en vurdering af hver enkelt artikels videnskabelige kvalitet, og skal foregå ud fra ensartede kriterier, som er fastsat på forhånd.

En umiddelbar og foreløbig evidensvurdering kan man i nogen grad foretage alene på grundlag af de enkelte artiklers studiedesign.

Inden for den primære litteratur betragtes randomiserede kontrollerede undersøgelser af forskere og klinikere som regel som rangerende højst med bedste evidens, mens ukontrollerede undersøgelser altid rangerer lavere.

Sekundær litteratur er litteratur der systematisk og analytisk behandler tidligere skrevet litteratur om samme emne. En sådan publikationstype, f.eks. reviews og metaanalyser skal ligeledes underkastes en grundig kvalifikationstest. (www.OUH.dk - MTV-portalén).

Ved kritisk læsning vurderes undersøgelserne ud fra om de giver svar på spørgsmålet og om resultaterne er relevante i brug i den videre udvikling af den kliniske praksis.

De kvantitative undersøgelser vurderes efter skala 1-4 (se s. 4).

Til vurdering af de kvalitative undersøgelser findes ikke nogen tilsvarende skala. Artiklerne må vurderes ud fra bl.a. forskningsdesign og dataanalyse, som kan ses i analyseskema til kvalitativ undersøgelse (Bilag 4a).

I god kvalitativ forskning må der gøres tydeligt rede for forskerens forforståelse og metoden skal være tilpasset formålet og problemet (Karen Winding, 2003). Man taler om validitet – om måleinstrumentet er godt nok til at give svar på det man vil undersøge - og om undersøgelsen er troværdig. Det er desuden vigtigt, at man i analysefasen benytter sig af eksplicitte og systematiske analysemetoder og kritisk refleksion.

Ved kvalitative metoder skal man kunne genkende interaktionen mellem forsker og respondent.

4. Implementering af ny viden

Hvis man beslutter sig for at indføre ny viden må det diskuteres både på ledelsesniveau og i medarbejdergruppen. Det kan kræve ændring/tilførsel af ressourcer, tid til indlæring, f.eks. ved indførsel af nye undersøgelsesmetoder, tid til supervision og refleksion.

Endelig er det vigtigt at evaluere de nye arbejdsmetoder.

I det følgende vil et patienteksempel på en håndkirurgisk patient danne udgangspunkt for forslag til opstilling af områder, der kunne søges evidens for. På et af spørgsmålene gennemføres litteratursøgning og vurdering.

Patient-case

39-årig mand, gift og har barn på 1½ år. Patienten er højrehåndet.

Pådrager sig i februar måned ved fald på skøjter venstresidig comminut distal radiusfraktur.

Behandles konservativt, men frakturen skrider.

Patienten opereres 8 dage efter. Der isættes 2 K-tråde og anlægges gipsbandage.

Patienten henvender sig i bandageringsperioden med ødem og snurren i fingrene.

K-tråde fjernes efter ca. 5 uger, gipsskinne anvendes yderligere 8 dage.

Pt. Henvises til ergoterapi forbindelse med seponering af gipsen. Henvises til holdtræning.

Efter gennemført holdtræning (2 gange) visiteres patienten til fortsat individuel træning.

Pt. Arbejder som kontrollør, hvilket indebærer en del bilkørsel og fysiske opgaver.

Bor på nedlagt landbrug, har få dyr men meget skovarbejde.

Bruger fritiden på mange håndværksmæssige opgaver. Dyrker badminton, løber, fisker.

Behandlingsforløb

Patientens behandlingsforløb er skitseret med OPPM som grundlæggende arbejdsmodel.

I trin 1 anvendes COPM til afklaring af aktivitetsproblemer.

Patientens egne opstillede aktivitetsproblemer er ved henvisningstidspunktet indenfor personlig omsorg, at cykle, handle ind, bære tunge ting, løfte barnevogne ind og ud af bil, støvsuge, fylde/tømme opvaskemaskine, at spille computer m.m. Som de 5 største aktivitetsproblemer har patienten opstillet: at vaske og tørre sig i forbindelse med bad, fysisk arbejde hjemme, fysisk arbejde på jobbet, fysisk leg med søn, køre bil.

Senere i forløbet er tillige brug af motorsav, at løbe en tur og finmotoriske opgaver opstillet

I trin 2 vælges CMOP (Canadian Model of Occupational Performance, som er teorien bag OPPM (se bilag 1).

I trin 3 undersøges bl.a. ledbevægelighed, ødem, kraft. Graden af paræstesier og smerte angives.

Ud fra samtale med patienten (trin 4) fremgår det, at hans egne ressourcer er motivation til at blive bedre, et højt aktivitetsniveau, støtte fra familien.

I trin 5 fastsættes målene for den ergoterapeutiske indsats. Han vil gerne kunne passe alle funktioner i sit job, klare de fysiske opgaver i hjemmet (bl.a. tumble-lege med barn), kunne bruge motorsav ved skovarbejde, og kunne bruge værktøj ved f.eks. ombygning af hus).

Handleplan opstilles i samråd med patienten.

Behandlingen iværksættes i trin 6. Patientens træning har bestået af ADL-afprøvning, to-håndsaktiviteter, manuelle aktiviteter og brug af værktøj.

Der er trænet ledbevægelighed, aktiv og senere i forløbet passiv. Patienten instrueres i hjemmeprogram, der udlånes træningsredskaber.

Pt. forsynes sidst i forløbet med en aflastende håndledsskinne til brug ved hårdt fysisk arbejde.

Patienten afsluttes efter ca. 2 måneder.

Ved evaluering (trin 7) er revurdering af COPM og de objektive målinger diskuteret med patienten. Han har ikke fuldt ud opnået de opstillede mål, men kan selv træne videre og dermed med tiden blive bedre til at udføre de daglige funktioner.

Den ergoterapeutiske refleksion

Ergoterapeuten må løbende gennem hele behandlingsforløbet reflektere over, om hun har kendskab og erfaring nok til at kunne arbejde mod de opstillede mål og handleplan.

Refleksionsprocessen foregår i princippet inden for hvert trin i OPPM-modellen, og overvejelser kan dreje sig om hvad ergoterapeuten kender af forskningsresultater, hvad hun ved af egen erfaring, fra kollegaer eller ekspertudtalelser.

Hvis hun vurderer, at hun på nogle stadier ikke har nok kendskab eller erfaring må der søges efter evidens på det givne spørgsmål. Det kan dreje sig om usikkerhed i anvendelse af de rigtige undersøgelsesredskaber, patienters forhold til ergoterapeutisk behandling, om der er sammenhæng mellem fremgang i øget ledbevægelighed, kraft m.m. og fremgang i aktivitetsudførelse. Ligeledes om effekt af specifikke behandlingstiltag, f.eks. ødembehandling, passiv ledbevægelighedstræning af håndled ved brug af Kinetec, anvendelse af håndledsskinner til aflastning m.m.

Ved beslutning om at søge evidens følges processen som er illustreret på fig.1, s. 29. Den tager udgangspunkt i Knott og Wildavsky's 4-trins model (Craik 2003). Processen kan til en vis grad sammenlignes med arbejdsprocessen beskrevet ovenfor af Gunilla Eriksson, men med den enkelte patient og selve refleksionsprocessen som omdrejningspunkt.

Den fundne evidens formidles til patienten med henblik på at træffe de for patienten rigtige beslutninger. Hvis den ny viden er relevant, reflekteres der videre over om den også er relevant i forhold til andre patienter, ligesom der blandt kolleger kan diskuteres, om der generelt skal ændres i behandlingstilbud eller arbejdsprocedurer.

I nedenstående skema (figur 2) er opstillet forslag til emner, der kunne søges evidens for, dels i forhold til den enkelte patient i ovenstående case, dels generelt i forhold til den ergoterapeutiske indsats overfor håndkirurgiske patienter. Som det beskrives i del 1 tages udgangspunkt i OPPM som praksismodel og inspirationskilde til at kunne opstille spørgsmål indenfor alle stadier og facetter af den ergoterapeutiske indsats.

Figur 2

Inspireret af Mary Egan (Egan m.fl., 1998)

Stadier i processen	Forslag til evidenssøgning, klientbaseret	Forslag til evidenssøgning, generelt
Trin 1 Formulere, vurdere og	- Vigtige personlige aktiviteter - Hvad mener håndkirurgiske	- Hvilken betydning tilskrives meningsfulde aktiviteter

prioritere aktivitetsproblematikker	patienter om at bruge COPM	- Hvordan opleves det at miste værdifulde aktiviteter
Trin 2 Vælge teoretisk grundlag	- Patientens foretrukne metode til problemløsning og mestringsstrategier	- Teorier bag ergoterapeutisk begrebsmæssig ramme, anvendelighed
Trin 3. Identificere komponenter i aktivitetsudførelsen og i omgivelserne	- Subjektiv vurdering af vanskeligheder - Undersøgelsesredskaber til håndkirurgiske patienter, måling af ødem, ledbevægelighed, kraft, vurdering af smerte, paræstesier	- Forventet aktivitetsudførelse i forhold til nuværende udførelseskomponenter - Hvilke undersøgelser anbefales i tilgængelig ergoterapeutisk litteratur - Er anvendte undersøgelsesredskaber valide, reliable
Trin 4 Identificere stærke sider og ressourcer	- Kendte stærke sider og ressourcer	- Hvilke ressourcer kan understøtte aktivitetsudførelse trods nuværende problemer. - Hvordan mobiliseres disse
Trin 5 Forhandle mål for indsatsen og udvikle handleplan	- Patientens personlige mål	- Hvilke mål og i hvor høj grad kan de generelt forventes at blive opfyldt for denne patientgruppe. - Vil en patient med kompliceret håndledsbrud kunne klare et fysisk krævende job. - Hvad mener patienterne om at være medinddraget ved opstilling af mål for den ergoterapeutiske indsats
Trin 6 Implementere handleplan ved hjælp af aktivitet	- Foretrukne aktiviteter i behandlingen. - Er der forskel på ergoterapeuters og håndkirurgiske patienters opfattelse af valg af meningsfulde aktiviteter	- Generelt niveau for støtte/vejledning for denne patientgruppe - Hvad mener patienterne om ergoterapeutisk behandling i forhold til at kunne genoptage deres

		daglige aktiviteter - Hjælper ADL-træning til patienter med håndledsfraktur - Hvornår er det passende at afslutte patienten - Hvad er effekten af brug af MULE til optræning af håndledsskade - Hvad er effekten af brug af passiv mobilisering (Kinetec) til optræning af håndledsskade - Hvilken effekt har brug af håndledsskinne til patienter med håndledssmerter
Trin 7 Evaluere resultater og aktivitetsudøvelsen	- Er de personlige mål opnået - Håndkirurgiske patienters udtalelse om deres mål er nået	- Metoder til evaluering af opnåede mål, er de valide, reliable.

Evidenssøgning ud fra et klinisk spørgsmål

Med henblik på at afprøve evidenssøgnings-processen er der søgt på et specifikt spørgsmål fra håndkirurgisk praksis.

De relevante analyseskemaer vil blive anvendt

Med udgangspunkt i ovenstående patient-case vil det være af værdi for ergoterapeuten at vide hvad patienterne mener om at gå til ergoterapeutisk behandling efter et håndledsbrud. F.eks. hvordan oplever de træningen, føler de sig medinddraget, synes de den ergoterapeutiske indsats er medvirkende årsag til fremgang i aktivitetsudførelsen.

Der er derfor opstillet flg. spørgsmål:

I hvor høj grad synes patienter med Colles fraktur at de genvinder deres daglige aktivitetsniveau ved at være i ergoterapeutisk behandling?

Litteratursøgning.

Der er opstillet flg. søgeord:

Occupational Therapy – Colles' fracture – Activity of Daily Living – Rehabilitation – Qualitative Research.

Søgeordene er brugt i forskellige kombinationer.

Der er søgt i flg. databaser:

Pub Med – Cochrane – Cinahl - Otseeker – AMED – SweMed+ - Pedro.

Desuden via Internettet på flere håndkirurgiske fagtidsskrifters hjemmesider.

I de fundne artikler er referencelister gennemgået.

Ved gennemgang af de enkelte artiklers titel, abstract og konklusion er 11 artikler udvalgt, som kunne formodes at bidrage til besvarelse af spørgsmålet. Disse er læst igennem.

Spørgsmålet lægger op til patientudtalelser og en kvalitativ forskningsmetode. Der er kun 2 artikler, hvor dette er tilfældet. Disse 2 artikler (se nedenfor) er nærlæst og vurderet iflg. analyseskema til kvalitative undersøgelser (se bilag 8).

Artikel 1: Bialocerkowski, Andrea E: **Difficulties associated with wrist disorders – a qualitative Study.** Clinical Rehabilitation, 2002; 16.

Interview af 42 ptt. om hvordan et dårligt håndled påvirker evnen til at udføre daglige aktiviteter.

Artikel 2: Helm T, Dickerson AE: **The effect of hand Therapy on a patient with a Colles' fracture: a phenomenological Study.** Occupational Therapy in Health Care, jan. 1995; 9(4).

Interview af én patient med henblik på at forstå følger af handicap efter Colles' fraktur og ergoterapeutens rolle i generhvervelsen af funktioner.

1 artikel er udvalgt (se nedenfor) til kritisk vurdering iflg. analyseskema til kvantitative undersøgelser, (se bilag 8)

Vel vidende at artiklen ikke giver svar på det kliniske spørgsmål, har vi valgt at afprøve skemaet.

Ved at have prøvet processen kan vi bidrage med supplerende sidemandsoplæring overfor kolleger i ergoterapiafdelingen ved den videre implementering af evidens.

Artikel 3: Grønlund B, Harreby M, Kofoed R: **The importance of early exercise Therapy in the Treatment of Colles' fracture**. Ugeskrift for læger 1990 vol.152, nr. 35.

Undersøgelsen er randomiseret klinisk kontrolleret. 40 patienter deltog. Kan således iflg. evidensskalaen s. 4 henføres til niveau Ib.

Der er signifikant bedre håndfunktion ved 5 ugers kontrol hos den gruppe af patienter, som har fået instruktioner ved ergoterapeut i immobiliseringsperioden. Forskellen er dog ikke til stede ved 13 ugers kontrol. Patienterne angiver desuden stor tilfredshed med instruktion i rolige omgivelser i ergoterapiafdelingen i forhold til instruktion givet på skadestuen.

Konklusion på søgningen

Der er fundet 1 artikel (artikel 2), som i nogen grad giver svar på spørgsmålet.

Der er her beskrevet data om én patients mening om ergoterapeutisk behandling i forhold til at genoptage de daglige aktiviteter.

Pt. angiver, at det måske var den ergoterapeutiske indsats, måske var det tiden og hendes egen indsats hjemme der gjorde, at hun blev bedre til at udføre de daglige funktioner.

Patienten angiver desuden, at hun ikke altid kunne se formålet med træningen, og ikke følte sig tilstrækkelig inddraget. Det fremhæves, hvor vigtigt det er, at målsætning foregår sammen med patienten.

Der er således kun fundet sparsomt materiale til at give svar på spørgsmålet.

Men denne ene patients udtalelser giver anledning til yderligere forskning i, hvorvidt vi som ergoterapeuter arbejder klientcentreret. I vores arbejde med dette projekt, er vi via flere andre artikler, hvori netop klientcentrering diskuteres, blevet bekendt med at patienterne ikke altid føler sig tilstrækkelig medinddraget ved målsætning og i behandling. Det kunne efterfølgende være interessant at udforske dette nærmere.

LITTERATURLISTE

Andersen m. fl. Sundhedsvidenskabelig forskning. En introduktion. 5. udgave 1999. København: FADL's forlag.

Bendixen, Hans Jørgen 2001. At fremme menneskelig aktivitet. København: Ergoterapeutforeningen.

Fink m. fl.. Menneske, samfund, natur – indføring i filosofi. København. Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S

Hansen, Torben (oversætter). Fremme af menneskelig Aktivitet, Ergoterapi i et Canadisk perspektiv, (2002). København: FADL's forlag.

Kvale, Steiner. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. 8. oplag 2002. København: Hans Reitzels Forlag.

Launsø, Laila og Rieper, Olaf. 1.udgave, 1. oplag 2000. Forskning om og med mennesker. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.

Law, Mary. Evidence-based Rehabilitation. A Guide to Practice. Slack Incorporated. (2002)

Lunde, Inga Marie og Ramshøj Pia. Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab. 1. udgave, 3. oplag 2003. København: Akademiske Forlag.

Malterud, Kirsti. Kvalitative metoder i medicinsk forskning. 2.udgave 2003. København: Universitetsforlaget.

Taylor, Claire M. Evidence-Based Practice for Occupational Therapists. Blackwell Science Ltd. 2000.

ARTIKLER

Ballinger, Claire & Wiles, Rose. A Critical Look at Evidence-Based Practice. (2001) British Journal of Occupational Therapy, may, 253-255.

Bernspång, Birgitta. Evidensbaserad medicin finns det evidens inom arbetsterapi. Tidsskriften Arbetsterapeuten nr. 6, s. 10-11, (2002)

Bernspång, Birgitta. evidens – behövs det? Tidsskriften Arbetsterapeuten nr. 4 s. 8-11,(2003).

Bialocerkowski, Andrea E (2002). Difficulties associated with wrist disorders – a qualitative study. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16: 429-440.

Borg, Tove m.fl. Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 1. udgave, 1. oplag. Munksgaard Danmark, København 2003.

Corring, Deborah & Cook, Joanne. Client-centred care means that I am a valued human being. (1999). *Canadian Journal of Occupational Therapy*. volume 66, 66-79.

Craik, Janet & Rappolt, Susan. Theory of research utilization enhancement: A model for occupational therapy. (2003). *Canadian Journal of Occupational Therapy*, volume 70, 266-275

Cusick, Anne. OZ OT EBP 21C: Australian occupational therapy, evidence-based practice and the 21st century. (2001). *Australian Occupational Therapy Journal* 48, 102-117.

Cusick, Anne & McClusky, Annie. Becoming an evidence-based practitioner through professional development. (2000). *Australian Occupational Therapy Journal* 47, 159-170.

Downie RS, Macnaughton J. Clinical judgment. Evidence in Practice. Oxford: Oxford University Press, (2000).

DSEF, dansk selskab for ergoterapeutisk forsknings 10 års jubilæum. (2004)

DSEF, nyhedsbrev nr. 4, dec.(003).

DEPU, www.etf.dk ,(2004)

DSI, Institut for Sundhedsvæsen. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Egan, Mary m. fl. The Client-centred evidence-based practice of occupational Therapy. 1998. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, volume 65, 136-140.

Egan, Mary. Models and evidence-based practice. You can't have one without the other. (2003) *Canadian Journal of Occupational Therapy*, volume 70, nr. 5, 261-265.

Ergoterapeuten nr. 4, 2004. Sundhedsvæsenet sendt til måling. Som man råber i skoven. Af Mette Breinholt.

Eriksson, Gunilla og Wallgren, Birgitta. Evidensbasering av arbetsterapi- hur kan man göra? Akademiska Sjukhuset. Landstinget i Uppsala. (2002)

Eriksson, Gunilla. Evidensbasering av arbetsterapi – hur kan man gøre? Tidsskriften arbejds-terapeuten, nr. 7 (2002).

Hammel, Karen Whalley. Using Qualitative Research to inform the Client-Centred Evidence-Based Practice of Occupational Therapy, (2001) *British Journal of Occupational Therapy*, may, 228-234

Helm, Tammy & Dickerens, Anne. The Effect of Hand Therapy on a Patient with a Colles's Fracture: A Phenomenological Study. (1995), Occupational Therapy in Health Care.

Holm, M.B. (2000). Our mandate for the new millennium: evidence-based practice. American Journal of Occupational Therapy, nov/dec.

Jørgensen Mølle, Kim. Kan sygeplejefaget udvikles til en videnskabelig disciplin? Klinisk Sygepleje nr. 5 oktober, (2000).

Kristensen, Hanne Kaae. På sporet af ergoterapeutisk refleksion. juni 1995. Videreuddannelsen for Ergoterapeuter og Fysioterapeuter.

Kristensen, Hanne Kaae. Samtaler om aktiviteter, Danske ergoterapeuters anvendelse af aktiviteter indenfor neurorehabilitering. februar 2004. Medinska Fakulteten, Lunds Universitet.

Palmadottir, Gudrun. Client Perspectives on Occupational Therapy in Rehabilitation Services. Scandinavian Journal of Occupational Therapy (2003) 10:157-166

Pedersen m. fl. Hvad er evidensbaseret medicin? Videnskab og praksis. Ugeskrift for læger 2. juli (2001).

Reberiro, Karen L. (2000). Client perspectives on occupational therapy practice: Are we truly client-centred? Canadian Journal of Occupational Therapy, volume 67, 7-14.

Tickle-Degnen, L. (1999). Organizing, evaluating and using evidence in occupational therapy practice. American Journal of Occupational Therapy, sept/oct (53) 5, 537-539.

Tickle-Degnen, L. (2000) Gathering current research evidence to enhance clinical reasoning. American Journal of Occupational Therapy, jan/feb /54) 1, 102-105.

Tickle-Degnen, L. (2000) Communicating with clients, family members and colleagues about research evidence. American Journal of Occupational Therapy, may/june (54) 3, 341-343.

Wackerhausen, Steen (1996) Kausal-felt metoden. En metode til udvælgelse af personer i kvalitative undersøgelser.

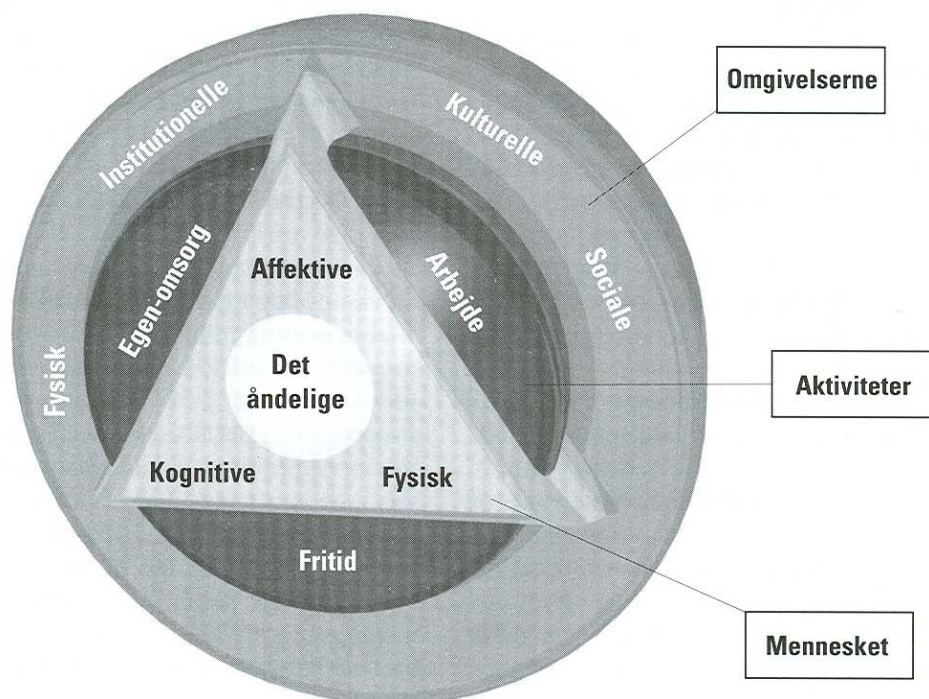
Winding, Karen. DSEF Nyhedsbrev nr. 26. maj (2003).

Wressle, Ewa & Samuelsson, Kersti. Barriers and Bridges to Client-centred Occupational Therapy in Sweden. Scandinavian Journal of occupational Therapy (2004) 11:12-16.

www.etf.dk

www.cochrane.dk

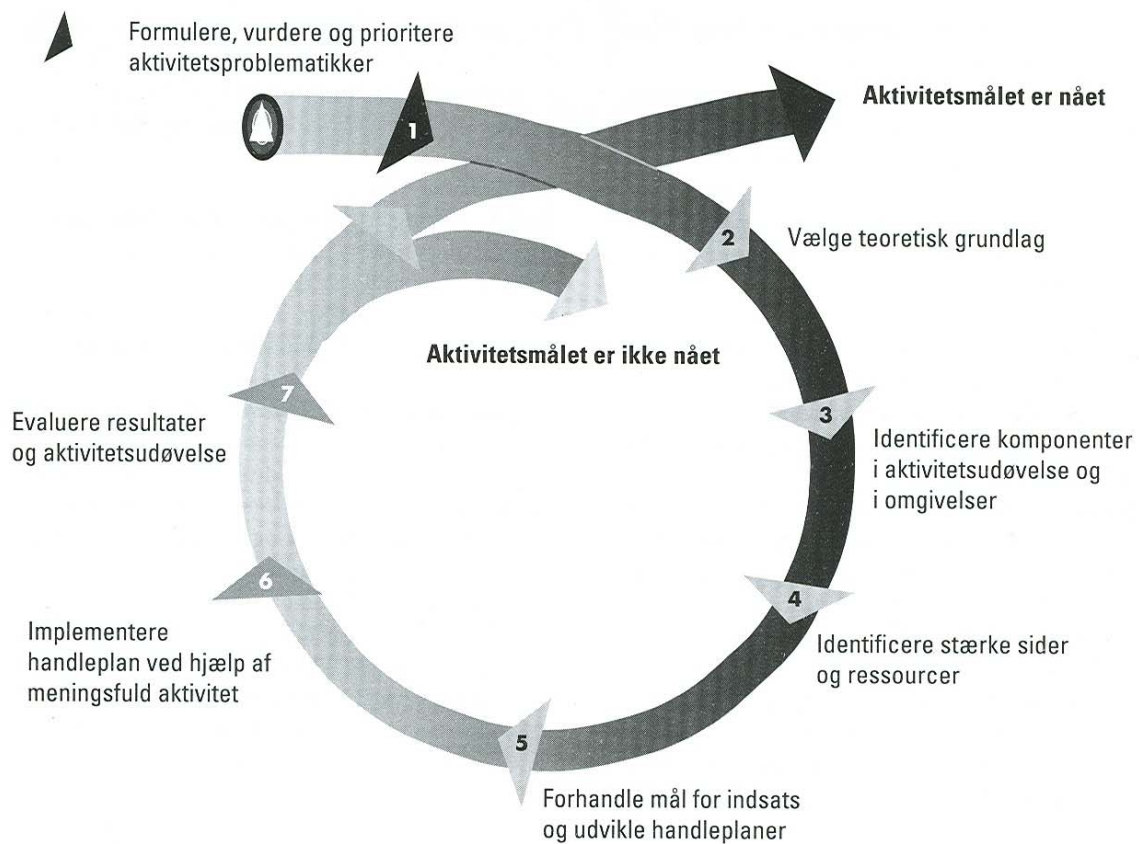
www.ouh.dk-MTV-portalen.



Reproduced from Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective, © CAOT 1997

CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE, CMOP (Canadisk Model af Aktivitetsudøvelse)

- oversat fra Fig. 1 i "Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective"



THE OCCUPATIONAL PERFORMANCE PROCESS MODEL, OPPM

Model for Ergoterapeutisk Indsats

- oversat fra Fig. 3 i "Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective", gengivet fra Fearing, Law & Clark, (1997), *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 64, p. 11

Interviewguide til fokusgruppeinterview:

- 1) Hvordan ser Du evidensbaserings i din praksis?
 - I hvilke sammenhænge synes Du, at det er vigtigt at implementere evidens?
- 2) Ud fra artiklen og Tabel 2, hvad synes Du om OPPM som arbejdsredskab i forhold til at integrere evidens i ergoterapiafdelingen?
- 3) Kan Du se mulighed for at implementere evidens i forhold til grupper af patienter og individuelle forløb?
- 4) På hvilken måde ser Du klientperspektivet inddraget?
- 5) Har Du andre bud på måder at evidensbasere ergoterapi, og hvilke tanker gør Du dig?

Interviewet vil blive optaget på minidisk, der vil være placeret midt på bordet. I denne forbindelse vil jeg opfordre Jer til ikke at medbringe madpakker eller kaffekander, men gerne en kop med noget i. Dette er for at undgå unødigt støj på optagelsen, da det skal transskriberes.

Venlig hilsen og på gensyn

Anette Skjold Sørensen og Anette Jäger Laursen

Interviewguide til interview med underviser (ergoterapeut fra cvsu-fyn):

- 1) Hvordan ser Du evidensbasering i din praksis? (som underviser og praksisergoterapeut) ?
 - I hvilke sammenhænge synes Du, at det er relevant at implementere evidens?
- 2) Ud fra artiklen og Tabel 2, hvad synes Du om OPPM som arbejdsredskab i forhold til at integrere evidens i dit arbejde?
 - Hvad er godt og hvorfor?
 - Hvilke kritikpunkter har Du til anvendelsen?
- 3) På hvilken måde kan Du se mulighed for at implementere evidens i forhold til grupper af patienter og individuelle forløb?
- 4) På hvilken måde ser Du klientperspektivet inddraget?
- 5) Hvordan ser Du dilemmaet i at bedømme af kvalitative studier altid vil rangere lavest i hierarkiet opstillet af bl.a. Sackett et al.? Er der noget alternativ efter din mening?

Vi har afsat ca. en time og optager interviewet på bånd, hvilket vi håber på, at Du synes er i orden.

Venlig hilsen

Anette Skjold Sørensen og Anette Jäger Laursen

Interviewguide til interview med Ane Bendix:

- 1) Hvilke overvejelser gør Du dig i for hold til evidensbegrebet, og herunder evidensbaseret medicin?
- 2) Hvordan ser Du sammenhænge mellem de krav OUH får udefra, f.eks. akkreditering, og de krav OUH sætter til sine ansatte m.h.p. udviklingsarbejde, der i blandt evidenssøgning?
- 3) Hvordan ser Du dilemmaet i at bedømmelse af kvalitative studier altid vil rangere lavest i evidenshierarkiet opstillet af bl.a. Sackett et al. ? Findes der et ordentligt alternativ?
- 4) På hvilken måde ser Du mulighed for at inddrage klientperspektivet?
- 5) Har Du gode ideer til, hvordan vi som lille sundhedsprofession bedst arbejder med evidensbegrebet op OUH?

Vi optager interviewet på minidisk, hvilket vi ikke håber, at Du har noget imod.

Venlig hilsen

Anette Skjold Sørensen og Anette Jäger Laursen

Analyseskema til kritisk vurdering af kvalitative undersøgelser

Udarbejdet af Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch og Westmorland, 1998,
McMasterUniversity.

Oversat af Anette Jäger og Anette Sørensen, Odense Universitetshospital, 2004.

Til brug ved analyse af primær litteratur (modsat sekundær litteratur, se www.OUH.dk -
MTV-portalen → evidensvurdering → officielle danske checklister).

Forfattere, artiklens navn, hvor og hvornår den er publiceret.

	Kommentarer
Undersøgelsens formål Var formålet tydeligt formuleret? - Ja - Nej	Hvad var undersøgelsens formål?
Litteratur Blev relevant baggrundslitteratur gennemgået? - Ja - Nej Hvilke områder indenfor ergoterapi blev undersøgt? - egenomsorg - arbejde - fritid - aktivitetsudførelseskomponenter - faktorer i omgivelser - aktivitetsudførelse	Beskriv begrundelsen for behovet for denne undersøgelse Hvordan passer undersøgelsen til ergoterapi og til dit spørgsmål?
Undersøgelsens design Hvilket design havde undersøgelsen: - etnografisk - grounded theory - aktiv deltagende forskning - fænomenologisk - andet	Hvilket design havde undersøgelsen? Var designet relevant for undersøgelsens spørgsmål? (f.eks. ud fra kundskabsniveau indenfor området, etiske spørgsmål).
Var der et teoretiske perspektiv identificeret? Ja	Beskriv undersøgelsens teoretiske perspektiv.

• Nej	
Anvendte metoder: • deltagende observation • interviews • historisk perspektiv • fokusgrupper • andet	Beskriv metoderne som anvendtes til at besvare forskningsspørgsmålet.
Undersøgellesgruppe Antal Blev processen med systematisk udvælgelse beskrevet? • Ja • Nej Fortsatte man med at inkludere personer til der var opnået mæthed i data? • Ja • Nej • Ikke beskrevet Havde deltagerne givet informeret samtykke? • Ja • Nej • Ikke beskrevet	Beskriv hvilke metoder som anvendtes til udvælgelse af undersøgelsesgruppen. Var der fleksibilitet i udvælgelsesprocessen Beskriv den etiske procedure.
Dataindsamling Klarhed i beskrivelsen Er der tydelig og fuldstændig beskrivelse af: Sted/miljø? • Ja • Nej Deltagere? • Ja • Nej Forskerens kvalifikationer? • Ja • Nej Forskerens rolle og forhold til deltagerne? • Ja • Nej Identificering af forskerens forforståelse? • Ja • Nej Proceduremæssig grundighed Var man konsekvent i forhold til	Beskriv undersøgelsens kontekst/miljø. Var det tilstrækkeligt beskrevet for forståelsen af helheden? Beskriv hvordan forskellige elementer i undersøgelsen blev dokumenteret. Manglede noget? Beskriv dataindsamlingsmetoder. Hvordan var data repræsentative for helheden?

indsamlings-strategier: • Ja • Nej • Ikke beskrevet	Beskriv evt. fleksibilitet i design og dataindsamlingsmetoder
Data-analyse Analytisk præcision Data-analysen var induktiv? • Ja • Nej • Ikke beskrevet Resultaterne var i overensstemmelse med og afspejlede data? • Ja • Nej Tilgængelighed for undersøgelse Processer og regler for beslutningsprocessen blev beskrevet? • Ja • Nej • Ikke beskrevet Transformation af data i temaer/koder blev beskrevet? • Ja • Nej • Ikke beskrevet Teoretisk tilknytning Fremkom et meningsfyldt billede af det fænomen som man undersøgte? • Ja • Nej	Beskriv metoder ved data-analysen. Var metoderne relevante? Hvilke alternative tolkninger af data blev udforsket. Beskriv forskerens beslutning i processen at transformere data i temaer/koder. Beskriv de logiske grunde som man brugte til udvikling af temaer. Hvordan blev begreber tydeliggjort og uddybet? Blev evt. sammenhænge tydeliggjort? Beskriv de begrebsmæssige konstruktioner som fremkom.
Troværdighed Blev triangulering beskrevet for: Kilder/data? • Ja • Nej Metoder? • Ja • Nej Forskere? • Ja • Nej Teorier? • Ja • Nej Anvendtes kontrol med deltagere for at verificere resultater?	Beskriv de strategier man anvendte for at sikre troværdigheden af resultaterne

• Ja • Nej • Ikke beskrevet	
Konklusion og implikation (inddragelse) Svarede konklusionerne til undersøgelsens resultater? • Ja • Nej Bidrog resultaterne til teoriudvikling og fremtidig ergoterapeutisk praksis/forskning? • Ja • Nej	Hvad konkluderede undersøgelsen? Hvad kan vi inddrage fra resultaterne i ergoterapi (praksis og forskning)? Hvad var undersøgelsens største begrænsninger?

Analyseskema til kritisk vurdering af kvantitative undersøgelser

Udarbejdet af Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch og Westmorland, 1998,
McMasterUniversity.

Oversat af Anette Jäger og Anette Sørensen, Odense Universitetshospital, 2004.

Til brug ved analyse af primær litteratur (modsat sekundær litteratur, se www.OUH.dk -
MTV-portalen → evidensvurdering → officielle danske checklister).

Forfattere, artiklens navn, hvor og hvornår den er publiceret.

	Kommentarer
Undersøgelsens formål Var formålet tydeligt formuleret? • Ja • Nej	Hvad var undersøgelsens formål. Hvordan passer undersøgelsen til ergoterapi og/eller til dit undersøgelsesspørgsmål?
Litteratur Blev relevant baggrundslitteratur gennemgået? • Ja • Nej	Beskriv begrundelsen for behovet for denne undersøgelse
Design Hvilket design havde undersøgelsen: • Randomiseret (RCT) • Kohorte • Single case design • Før og efter måling • Case-control • Cross-sektional • Case beskrivelse	Beskriv undersøgelsens design. Var designet relevant for undersøgelsens spørgsmål (f.eks. ud fra kundskabsniveau indenfor området, resultater, etiske spørgsmål m.m.). Specificer hvis der fandtes nogle bias, og på hvilken måde de påvirkede resultaterne.
Undersøgelsesgruppe Antal Blev undersøgelsesgruppen beskrevet i detaljer? • Ja • Nej Blev undersøgelsesgruppens størrelse begrundet? • Ja	Udvælgelse (hvem, karakteristikker, hvor mange, hvordan blev de udvalgt?) Hvis mere end en gruppe: var der ligheder mellem grupperne? Beskriv etiske procedurer. Havde deltagerne givet

• Nej • Ikke relevant	informeret samtykke?	
Resultater Var måleparametre troværdige? • Ja • Nej • Ikke beskrevet Var undersøgelsesmetoder/-redskaber valide? • Ja • Nej • Ikke beskrevet	Angiv hvornår og hvor ofte deltagerne blev undersøgt (f.eks. før, efter, opfølgning) Områder som undersøges (f.eks. egen-omsorg, måleinstrumenter/ arbejde, fritid). Anvendte -redskaber	
Intervention Blev interventionen detaljeret beskrevet? • Ja • Nej • Ikke beskrevet Undgik man sammenblanding af undersøgelsespersoner? • Ja • Nej • Ikke beskrevet • Ikke relevant Undgik man samtidig intervention? • Ja • Nej • Ikke beskrevet • Ikke relevant	Giv en kort beskrivelse af interventionen (fokus, hvem gennemførte den, hvor ofte, hvor). Kunne interventionen gentages i ergoterapeutisk praksis?	
Resultater Blev resultaterne rapporteret i form af statistisk signifikans? • Ja • Nej • Ikke relevant • Ikke beskrevet Var analysemetoder relevante? • Ja • Nej • Ikke beskrevet Blev den kliniske betydning beskrevet? • Ja	Hvad var resultaterne? Var de statistisk signifikante ($p < 0.05$). Hvis ikke der er statistisk signifikans, var materialet stort nok til at vise en vigtig forskel, hvis den findes. Hvis der var mange resultater, hvilke blev statistisk analyseret? Hvilken klinisk betydning havde resultaterne. Var forskellene (hvis de var anvendelige) mellem grupperne klinisk meningsfulde?	

• Nej • Ikke beskrevet	
Blev frafald beskrevet? • Ja • Nej	Var der frafald i undersøgelsen. Hvorfor? (Blev årsagen til frafald angivet og blev frafaldet håndteret og analyseret?)
Konklusion og kliniske implikationer (inddragelser) Svarede konklusionerne til undersøgelsens metoder og resultater? • Ja • Nej	Hvad konkluderede man i undersøgelsen? Hvad kan vi inddrage fra resultaterne i ergoterapeutisk praksis. Hvad var undersøgelsens største begrænsninger og bias?

Databaser

Databaser, som kan findes via Videncentret, OUH eller internetadresse.

Database	Forekomst	Bemærkninger
Videncentret, OUH	www.sdu.dk/videncentret/databaser	
Medline	Via Videnscentret	Medline og PubMed har fokus på lægevidenskaben, tandlæge, international sygepleje, m.m. Over 4600 tidsskrifter. Indeholder ikke mange tidsskrifter om rehabilitering
PubMed	www.pub.med.com	Gratis
Cochrane	www.Cochrane.dk	Oversigtsartikler, meta-analyser,
Cinahl	Kun licens via Videncentret, WinSpirs.	Fortrinsvis sygeplejevidenskab, men også referencer relevant for erg.t., fys.t., diætister, radiografer. Referencer om rehabilitering
AMED Allied and Complementary Medicine		Referencer relevant for erg.t., fys.t., alternativ medicin, om rehabilitering. 400 tidsskrifter, incl. Ergoterapeut-tidsskrifter, (se Taylor, 2000)
OT Evidensbaseret ergoterapeutisk database, Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence.	www.OTseeker.com	Ny (2003), australsk. Fortrinsvis ergoterapeutisk litteratur Oversigtsartikler og RCT, (randomiserede, klinisk kontrollerede forsøg)
PEDro Evidensbaseret fysioterapeutisk database	www.pedro.fhs.usyd.edu.au/	Fortrinsvis fysioterapeutisk litteratur
SveMed+ Svensk sundhedsvidenskabelig database		
Danske biblioteker	www.bibliotek.dk	

OUH
Ergoterapiafdelingen.
2004

Evidensbasering - af et enkelt spørgsmål

Til dokumentation af evidensbasering.
Skemaet er tilgængeligt på Fællesdrevet.
Er frit oversat fra materiale fra Akademiska Sjukhuset.

Hvem er ansvarlig for søgningen	
I hvilken periode er søgningen foretaget	
Hvilket spørgsmål er stillet	
Hvilke søgeord og kombinationer er anvendt	
Hvor er der søgt (databaser) og resultat af søgningen (antal)	
Hvilke artikler (forfattere, titel, tidsskrift, år) blev valgt ud og hvorfor	
Hvad beskriver de artikler, som blev valgt ud	
Hvilket resultat/evidens kan konkluderes ud fra artiklerne	
Hvordan kan resultatet sammenfattes som helhed	
Hvilke fremtids tanker ses	

OUH
Ergoterapiafdelingen
2004

Evidensbasering

Øversigt over ergoterapiafdelingens evidenssøgning

Oversigt over spørgsmål, der er søgt evidens for.
Skemaet er tilgængeligt på Fællesdrevet

[illegible]

Analyseskema til kritisk vurdering af kvalitative undersøgelser

Udarbejdet af Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch og Westmorland, 1998, McMaster University.

Oversat af Anette Jäger og Anette Sørensen, Odense Universitetshospital, 2004.

Til brug ved undersøgelse af primær litteratur (modsat sekundær litteratur, se www.OUH.dk - MTV-portalen → evidensvurdering → officielle danske checklister)

Forfattere, artiklens navn, hvor og hvornår den er publiceret.

Bialocerkowski, Andrea E:
Difficulties associated with wrist disorders – a qualitative study
Clinical Rehabilitation 2002; 16

	Kommentarer
Undersøgelsens formål Var formålet tydeligt formuleret? • <u>Ja</u> • Nej	Hvad var undersøgelsens formål? <i>Undersøge ptt. 's funktionelle problemer og kompensatoriske mekanismer</i> <i>At sørge for basis til at udvikle et pt.-fokuseret resultat-instrument</i>
Litteratur Blev relevant baggrundslitteratur gennemgået? • <u>Ja</u> • Nej Hvilke områder indenfor ergoterapi blev undersøgt? • <u>egenomsorg</u> • <u>arbejde</u> • <u>fritid</u> • aktivitetsudførelses-komponenter • faktorer i omgivelser • <u>aktivitetsudførelse</u>	Beskriv begrundelsen for behovet for denne undersøgelse <i>Få undersøgelsesinstrumenter reflekterer over alle aktivitetsproblemer.</i> <i>Blandt de instrumenter, der målte aktiviteter, var der ikke evidens for at de valgte aktiviteter var af vigtighed for pt.</i> <i>Kun 4 ud af 32 instrumenter opfyldte 60% af kvalitets-kriterie.</i> Hvordan passer undersøgelsen til ergoterapi og til dit spørgsmål? <i>Pt.-oplevelser i forhold til dgl. funktioner. Ikke i forhold til erg.t. beh.</i>
Undersøgelsens design Hvilket design havde undersøgelsen: • etnografisk • grounded theory • aktiv deltagende forskning • <u>fænomenologisk</u> • andet	Hvilket design havde undersøgelsen? Var designet relevant for undersøgelsens spørgsmål? (f.eks. ud fra kundskabsniveau indenfor området, etiske spørgsmål). <i>Beskrivende.</i>

Var der et teoretiske perspektiv identificeret? • Ja • <u>Nej</u>	Beskriv undersøgelsens teoretiske perspektiv.
Anvendte metoder: • deltagende observation • <u>interviews</u> • historisk perspektiv • fokusgrupper • andet	Beskriv metoderne som anvendtes til at besvare forskningsspørgsmålet. <i>Semistruktureret interview</i>
Undersøgellesgruppe Antal = 42 Blev processen med systematisk udvælgelse beskrevet? • <u>Ja</u> • Nej Fortsatte man med at inkludere personer til der var opnået mæthed i data? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet Havde deltagerne givet informeret samtykke? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet	Beskriv hvilke metoder som anvendtes til udvælgelse af undersøgelsesgruppen. Var der fleksibilitet i udvælgelsesprocessen <i>Ptt. med håndledsproblemer af forskellige årsager fra et givent geografisk område</i> <i>Fortsat inklusion til en vis mætning af data</i> Beskriv den etiske procedure. <i>Ptt. blev” inviteret” til at deltage</i> <i>Tilladelse er givet af Etisk Komité</i>
Dataindsamling Klarhed i beskrivelsen Er der tydelig og fuldstændig beskrivelse af: Sted/miljø? • Ja • <u>Nej</u> Deltagere? • <u>Ja</u> • Nej Forskerens kvalifikationer? • Ja • <u>Nej</u> Forskerens rolle og forhold til deltagerne? • Ja • <u>Nej</u> Identificering af forskerens forforståelse? • Ja • <u>Nej</u>?	Beskriv undersøgelsens kontekst/miljø. Var det tilstrækkeligt beskrevet for forståelsen af helheden? Beskriv hvordan forskellige elementer i undersøgelsen blev dokumenteret. Manglede noget? <i>Aktiviteter er på forhånd kategoriseret ud fra tidligere pilot-studier</i>

Proceduremæssig grundighed Var man konsekvent i forhold til indsamlings-strategier: • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet	Beskriv dataindsamlingsmetoder. Hvordan var data repræsentative for helheden? Beskriv evt. fleksibilitet i design og dataindsamlingsmetoder <i>Interview optaget på bånd. Et interview-skema,, opdelt i temaer, følges med mulighed for uddybende afklarende spørgsmål.</i>
Data-analyse Analytisk præcision Data-analysen var induktiv? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet Resultaterne var i overensstemmelse med og afspejlede data? • <u>Ja</u> • Nej Tilgængelighed for undersøgelse Processer og regler for beslutningsprocessen blev beskrevet? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet Transformation af data i temaer/koder blev beskrevet? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet Teoretisk tilknytning Fremkom et meningsfyldt billede af det fænomen som man undersøgte? • <u>Ja</u> • Nej	Beskriv metoder ved data-analysen. Var metoderne relevante? Hvilke alternative tolkninger af data blev udforsket. <i>Interview transkriberet og sammenfattet af interviewer Kodning i temaer Opgørelser over de hyppigste aktivitetsproblemer</i> Beskriv forskerens beslutning i processen at transformere data i temaer/koder. Beskriv de logiske grunde som man brugte til udvikling af temaer. Hvordan blev begreber tydeliggjort og uddybet? Blev evt. sammenhænge tydeliggjort? Beskriv de begrebsmæssige konstruktioner som fremkom.
Troværdighed Blev triangulering beskrevet for: Kilder/data? • <u>Ja</u> • Nej Metoder? • Ja • <u>Nej</u> Forskere? • Ja • <u>Nej</u>	Beskriv de strategier man anvendte for at sikre troværdigheden af resultaterne <i>Eksterne personer har gennemført kodning til sammenligning med interviewere Opgørelse af aktivitetsproblemer sammenlignes med andre publicerede undersøgelsesredskaber</i>

Teorier? • Ja • <u>Nej</u> Anvendtes kontrol med deltagere for at verificere resultater? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet	
Konklusion og implikation (inddragelse) Svarede konklusionerne til undersøgelsens resultater? • <u>Ja</u> • Nej Bidrog resultaterne til teoriudvikling og fremtidig ergoterapeutisk praksis/forskning? • <u>Ja</u> • Nej	Hvad konkluderede undersøgelsen? Hvad kan vi inddrage fra resultaterne i ergoterapi (praksis og forskning)? Hvad var undersøgelsens største begrænsninger? <i>Nuværende håndleds-måleinstrumenter fortæller ikke om aktivitetsproblemer, hvorfor der stilles spørgsmålstejn ved disse</i> <i>Der er basis for at udvikle relevant "følsomt" patientfokuseret instrument.</i> <i>Ptt. kompenserer ved udførelse af daglige aktiviteter.</i> <i>Bidrag til praksisudvikling.</i> <i>Angiver hvilke aktivitetsproblemer ptt. har.</i> <i>Ptt. angiver desuden at smerter, nedsat kraft og stivhed er generende</i>

Analyseskema til kritisk vurdering af kvalitative undersøgelser

Udarbejdet af Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch og Westmorland, 1998, McMasterUniversity.

Oversat af Anette Jäger og Anette Sørensen, Odense Universitetshospital, 2004.

Til brug ved analyse af primær litteratur (modsat sekundær litteratur, se www.OUH.dk - MTV-portalen → evidensvurdering → officielle danske checklister).

Forfattere, artiklens navn, hvor og hvornår den er publiceret.

Helm, Tammy; Dickerson, Anne E.
The Effect of Hand Therapy on a patient with Colles' Fracture: a Phenomenological Study.
Occupational Therapy in Health Care, vol. 9 (4), 1995

	Kommentarer
Undersøgelsens formål Var formålet tydeligt formuleret? • <u>Ja</u> • Nej	Hvad var undersøgelsens formål? <i>Forstå følger af handicap efter Colles fraktur Forstå patientens erfaring med ergoterapi og ergoterapiens rolle for patientens generhvervelse af funktioner</i>
Litteratur Blev relevant baggrundslitteratur gennemgået? • <u>Ja</u> • Nej Hvilke områder indenfor ergoterapi blev undersøgt? • <u>egenomsorg</u> • <u>arbejde</u> • <u>fritid</u> • aktivitetsudførelses-komponenter • faktorer i omgivelser • <u>aktivitetsudførelse</u>	Beskriv begrundelsen for behovet for denne undersøgelse <i>Udtalelser om at specialisering, især inden for håndterapi, gør at håndterapeuter ikke ser det hele menneske. At der er for meget fokus på biomekanik og objektive målinger af fysiske tilstande. At grundlæggende viden er overtaget af viden om specielle teknikker.</i> Hvordan passer undersøgelsen til ergoterapi og til dit spørgsmål? <i>Godt. Patientudtalelser om ergoterapeutisk behandling og om aktivitetsudførelse</i>
Undersøgelsens design Hvilket design havde undersøgelsen: • etnografisk • grounded theory • aktiv deltagende forskning • <u>fænomenologisk</u> • andet	Hvilket design havde undersøgelsen? Var designet relevant for undersøgelsens spørgsmål? (f.eks. ud fra kundskabsniveau indenfor området, etiske spørgsmål). <i>Forstående</i>

Var der et teoretiske perspektiv identificeret? • Ja • <u>Nej</u>	Beskriv undersøgelsens teoretiske perspektiv.
Anvendte metoder: • deltagende observation • <u>interviews</u> • historisk perspektiv • fokusgrupper • andet	Beskriv metoderne som anvendtes til at besvare forskningsspørgsmålet. <i>Interview og videooptagelse af 1 patient</i> <i>Interview 3 gange: 6 uger postoperativt, 4 uger efter fjernelse af extern fixation og 8 uger efter 2. interview.</i>
Undersøgelsesgruppe Antal = 1 Blev processen med systematisk udvælgelse beskrevet? • Ja • <u>Nej</u> Fortsatte man med at inkludere personer til der var opnået mæthed i data? • Ja • <u>Nej</u> • Ikke beskrevet Havde deltagerne givet informeret samtykke? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet	Beskriv hvilke metoder som anvendtes til udvælgelse af undersøgelsesgruppen. Var der fleksibilitet i udvælgelsesprocessen? <i>Ikke angivet hvorfor denne patient er valgt.</i> Beskriv den etiske procedure.
Dataindsamling Klarhed i beskrivelsen Er der tydelig og fuldstændig beskrivelse af: Sted/miljø? • <u>Ja</u> • Nej Deltagere? • <u>Ja</u> • Nej Forskerens kvalifikationer? • Ja • <u>Nej</u> Forskerens rolle og forhold til deltagerne? • Ja • <u>Nej</u> Identificering af forskerens forforståelse? • <u>Ja</u>	Beskriv undersøgelsens kontekst/miljø. Var det tilstrækkeligt beskrevet for forståelsen af helheden? <i>Interviewene gennemføres på patientens arbejde (bibliotek)</i> Beskriv hvordan forskellige elementer i undersøgelsen blev dokumenteret. Manglede noget? <i>Håndterapeuter arbejder ikke holistisk</i> <i>Medinddrager ikke patienten</i> <i>Specialisering er på bekostning af at terapeuterne ikke</i>

• Nej Proceduremæssig grundighed Var man konsekvent i forhold til indsamlings-strategier: • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet	<i>ser det hele menneske.</i> Beskriv dataindsamlingsmetoder. Hvordan var data repræsentative for helheden? Beskriv evt. fleksibilitet i design og dataindsamlingsmetoder <i>Nye emner blev uddybet efterhånden i det enkelte interview</i> <i>Temaer som udsprang af patients udtalelser kunne være grundlaget for næste interview.</i>
Data-analyse Analytisk præcision Data-analysen var induktiv? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet Resultaterne var i overensstemmelse med og afspejlede data? • <u>Ja</u> • Nej Tilgængelighed for undersøgelse Processer og regler for beslutningsprocessen blev beskrevet? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet Transformation af data i temaer/koder blev beskrevet? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet Teoretisk tilknytning Fremkom et meningsfyldt billede af det fænomen som man undersøgte? • <u>Ja</u> • Nej	Beskriv metoder ved data-analysen. Var metoderne relevante? Hvilke alternative tolkninger af data blev udforsket. <i>Åben overfor nye emner</i> <i>Videoptagelse til hjælp til fortolkning af patientens udtalelser.</i> <i>Data samlet i temaer</i> Beskriv forskerens beslutning i processen at transformere data i temaer/koder. Beskriv de logiske grunde som man brugte til udvikling af temaer. <i>Temaer fra selve interviewet samt tanker og kropssprog</i> <i>1) relateret til skaden</i> <i>2) relateret til hånd-ergoterapi</i> Hvordan blev begreber tydeliggjort og uddybet? Blev evt. sammenhænge tydeliggjort? Beskriv de begrebsmæssige konstruktioner som fremkom.
Troværdighed Blev triangulering beskrevet for: Kilder/data? • Ja • <u>Nej</u> Metoder? • Ja • <u>Nej</u> Forskere? • Ja • <u>Nej</u>	Beskriv de strategier man anvendte for at sikre troværdigheden af resultaterne

Teorier? • Ja • <u>Nej</u> Anvendtes kontrol med deltagere for at verificere resultater? • Ja • <u>Nej</u> • Ikke beskrevet	
Konklusion og implikation (inddragelse) Svarede konklusionerne til undersøgelsens resultater? • <u>Ja</u> • Nej Bidrog resultaterne til teoriudvikling og fremtidig ergoterapeutisk praksis/forskning? • <u>Ja</u> • Nej	Hvad konkluderede undersøgelsen? Hvad kan vi inddrage fra resultaterne i ergoterapi (praksis og forskning)? Hvad var undersøgelsens største begrænsninger? <i>Patienten havde mange frustrationer over ikke at kunne udføre daglige aktiviteter</i> <i>Gav udtryk for at programmet var et standardprogram, var desuden for omfattende</i> <i>Patienten havde i nogen grad svært ved at se formål med behandlingen og var ikke involveret i opsætning af mål</i> <i>for behandlingen</i> <i>Begrænsning: kun 1 patient</i> <i>Refleksion over ergoterapeuters rolle, specialisering og klientcentreret arbejde</i>

Analyseskema til kritisk vurdering af kvantitative undersøgelser

Udarbejdet af Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch og Westmorland, 1998, McMasterUniversity.

Oversat af Anette Jäger og Anette Sørensen, Odense Universitetshospital, 2004.

Til brug ved analyse af primær litteratur (modsat sekundær litteratur, se www.OUH.dk - MTV-portalen → evidensvurdering → officielle danske checklister).

Forfattere, artiklens navn, hvor og hvornår den er publiceret.

Grønlund Bo, Harreby Mette S., Kofoed Ruth, Rasmussen Lissa:
Betydningen af tidlig ergoterapi ved behandling af Colles Fraktur.
Ugeskrift for Læger aug. 1990, 152/35.

	Kommentarer
Undersøgelsens formål Var formålet tydeligt formuleret? • <u>Ja</u> • Nej	Hvad var undersøgelsens formål. Hvordan passer undersøgelsen til ergoterapi og/eller til dit undersøgelsesspørgsmål? <i>Undersøge om tidlig ergoterapeutisk indsats (instruktion i immobiliseringsperioden) forkorter rehabiliteringsforløbet og bedrer det blivende funktionelle resultat.</i>
Litteratur Blev relevant baggrundslitteratur gennemgået? • Ja • <u>Nej</u>	Beskriv begrundelsen for behovet for denne undersøgelse <i>Meget kort om litteratur. Resultatet ofte ringe for denne patientgruppe. Blivende nedsat håndfunktion, langvarig genoptræningsforløb.</i>
Design Hvilket design havde undersøgelsen: • <u>Randomiseret (RCT)</u> • Kohorte • Single case design • Før og efter måling • Case-control • Cross-sektional • Case beskrivelse	Beskriv undersøgelsens design. Var designet relevant for undersøgelsens spørgsmål (f.eks. ud fra kundskabsniveau indenfor området, resultater, etiske spørgsmål m.m.). <i>Klinisk kontrolleret, randomiseret</i> Specificer hvis der fandtes nogle bias, og på hvilken måde de påvirkede resultaterne.
Undersøgelsesgruppe Antal = 40 Blev undersøgelsesgruppen beskrevet i detaljer? • <u>Ja</u>	Udvælgelse (hvem, karakteristikker, hvor mange, hvordan blev de udvalgt?) Hvis mere end en gruppe: var der ligheder mellem grupperne? <i>Akut tilskadekomne patienter i en given periode. De to grupper ens i alder, kønsfordeling, frakturtype,</i>

• Nej Blev undersøgelsesgruppens størrelse begrundet? • Ja • <u>Nej</u> • Ikke relevant	<i>side af fraktur.</i> <i>Gr. 1, 17 patienter, tidlig ergoterapi</i> <i>Gr. 2, 23 patienter, ingen tidlig ergoterapi.</i> Beskriv etiske procedurer. Havde deltagerne givet informeret samtykke? <i>Der er givet informeret samtykke.</i> <i>Der er anmeldt og registreret i den lokale Etiske Komité.</i>				
Resultater Var måleparametre troværdige? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet Var undersøgelsesmetoder/-redskaber valide? • <u>Ja</u> • <u>Nej</u> Dynamometer ? • Ikke beskrevet	Angiv hvornår og hvor ofte deltagerne blev undersøgt (f.eks. før, efter, opfølgning) <i>5,9 og 13 uger efter skade</i> <table border="1"> <tr> <td>Områder som undersøges (f.eks. egen-omsorg, måleinstrumenter/ arbejde, fritid).</td> <td>Anvendte -redskaber</td> </tr> <tr> <td> <i>Subj.: bevægeindskrænkning smerte funktionsindskrænkning</i> <i>Obj.: Ledbevægelighed styrke</i> </td> <td> <i>scoringsark</i> <i>Goniometer</i> <i>Dynamometer</i> </td> </tr> </table>	Områder som undersøges (f.eks. egen-omsorg, måleinstrumenter/ arbejde, fritid).	Anvendte -redskaber	<i>Subj.: bevægeindskrænkning smerte funktionsindskrænkning</i> <i>Obj.: Ledbevægelighed styrke</i>	<i>scoringsark</i> <i>Goniometer</i> <i>Dynamometer</i>
Områder som undersøges (f.eks. egen-omsorg, måleinstrumenter/ arbejde, fritid).	Anvendte -redskaber				
<i>Subj.: bevægeindskrænkning smerte funktionsindskrænkning</i> <i>Obj.: Ledbevægelighed styrke</i>	<i>scoringsark</i> <i>Goniometer</i> <i>Dynamometer</i>				
Intervention Blev interventionen detaljeret beskrevet? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet Undgik man sammenblanding af undersøgelsespersoner? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet • Ikke relevant Undgik man samtidig intervention? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet • Ikke relevant	Giv en kort beskrivelse af interventionen (fokus, hvem gennemførte den, hvor ofte, hvor). Kunne interventionen gentages i ergoterapeutisk praksis? <i>Gr. 1: ergoterapeutisk instruktion på 1.-3.dagen, derefter sædvanlig regi. Ved instruktion desuden vurdering af behov for hjælpemidler og hjemmehjælp.</i> <i>Gr. 2: sædvanlig regi: ergoterapi ved behov</i>				
Resultater Blev resultaterne rapporteret i form af statistisk signifikans? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke relevant	Hvad var resultaterne? Var de statistisk signifikante (p <0.05). Hvis ikke der er statistisk signifikans, var materialet stort nok til at vise en vigtig forskel, hvis den findes. Hvis der var mange resultater, hvilke blev statistisk				

• Ikke beskrevet Var analysemetoder relevante? • Ja ? Ved ikke • Nej • Ikke beskrevet Blev den kliniske betydning beskrevet? • <u>Ja</u> • Nej • Ikke beskrevet	analyseret? <i>Forskel i håndfunktion signifikant bedre ved 5 uger Ikke signifikant forskel i ledbevægelighed ved 5 uger. Ingen forskel ved 13 uger</i> Hvilken klinisk betydning havde resultaterne. Var forskellene (hvis de var anvendelige) mellem grupperne klinisk meningsfulde? <i>Bedre håndfunktion ved 5 uger i gr. Behov for hjælpemidler og hjemmehjælp i gr. 1 9 ud af 17 patienter havde ikke opfattet indhold i instruktion på skadestuen gipsgener hos 4 patienter Patienterne var tilfreds med instruktion i rolige omgivelser ved ergoterapeut</i>
Blev frafald beskrevet? • Ja • <u>Nej</u>	Var der frafald i undersøgelsen. Hvorfor? (Blev årsagen til frafald angivet og blev frafaldet håndteret og analyseret?)
Konklusion og kliniske implikationer (inddragelser) Svarede konklusionerne til undersøgelsens metoder og resultater? • <u>Ja</u> • Nej	Hvad konkluderede man i undersøgelsen? Hvad kan vi inddrage fra resultaterne i ergoterapeutisk praksis. Hvad var undersøgelsens største begrænsninger og bias? <i>Instruktion ved ergoterapeut i immobiliseringsperioden giver bedre håndfunktion og forkorter behandlingsforløbet Behov for hjælpemidler og hjemmehjælp og korrektion af gips blev opdaget. Patienterne var tilfreds med instruktion i rolige omgivelser (bløde værdier), mange havde ikke opfattet instruktionen givet i skadestuen.</i>

