



Model Of Human Occupation Screening Tool

- Erfaringer med undersøgelsesredskabet
i dansk ergoterapeutisk praksis

Bachelorprojekt Januar 2010

Udarbejdet af:

Britta Thomsen
Kaja Grube Barild
Marie-Louise Gravesen
Signe Frederiksen

Metodevejleder:

Merete Klindt Dekkers
Ergoterapeut, Lektor, cand.scient.san.

Antal anslag:

83.805

Dette bachelorprojekt er udarbejdet af studerende ved VIA University Collage, Ergoterapeutuddannelsen i Århus, som led i et uddannelsesforløb. Rapporten foreligger ukommenteret fra uddannelsens side, og er således et udtryk for forfatterens egne synspunkter.



Dette projekt – eller deler heraf – må kun offentliggøres med forfatterens tilladelse, jævnfør cirkulære af 16. juli 1973 og bekendtgørelse af lov om ophavsret af 11. marts 1997.

Resumé

Titel: MOHOST - erfaringer med undersøgelsesredskabet i dansk ergoterapeutisk praksis.

Formål: At undersøge hvordan ergoterapeuter, der har erfaring med undersøgelsesredskabet MOHOST oplever implementeringen og anvendelsen af dette redskab.

Materiale og metode: Projektet blev baseret på et kvalitativt forskningsdesign. Data blev indhentet via fire semistrukturerede interviews. Interviewene foregik efter interviewguide og som analysemetode blev Malteruds systematiske tekstkondensering anvendt.

Resultater: MOHOST blev valgt pga. muligheden for hurtigt vurdering af patienten. Informanterne oplevede implementeringsprocessen som tidskrævende, men havde forventninger til øget anvendelse i fremtiden. De anvendte varierende dataindsamlings tid og værdsatte den fleksible dataindsamlingsmetode samt redskabets evne til at måle aktivitetsdeltagelse. Dog var der enkelte uklarheder ift. scoring af området *omgivelser* og patienter, hvis aktivitetsdeltagelse hurtigt ændrede sig. Informanterne oplevede, at screeningsresultaterne guidede til yderligere undersøgelse og intervention, samt var anvendelige til dokumentation. Informanterne oplevede, at begreberne kunne anvendes i deres kommunikation og dokumentation, hvilket medførte øget forståelse fra andre faggrupper og højnede deres faglige sikkerhed.

Konklusion: Undersøgelsen viste, at informanterne generelt havde positive oplevelser med anvendelsen af MOHOST. Pga. projektets gyldighed vurderes det, at MOHOST synes anvendelig i dansk ergoterapeutisk praksis.

Søgeord: MOHOST, undersøgelsesredskab, aktivitetsdeltagelse, MOHO, ergoterapi

Abstract

Title: MOHOST – screening tool experiences in Danish Occupational Therapeutic practice.

Objective: To investigate how Occupational Therapists with knowledge of the screening tool MOHOST, experience the implementation and use of this tool.

Method: The project was based on a qualitative design. Data was collected via four semi-structured interviews. The interviews were conducted after an interviewguide. Malterud's systematic text condensation method was applied as analysis method.

Results: The ability to make a broad assessment was the main reasons to implement MOHOST. Although the implementation process was time consuming, the respondents expected to utilise it more in future. They used various time lines to collect data. They appreciated the flexibility of the method and the ability of the screening tool to measure occupational participation. Yet there were a few uncertainties in regards to calculating a score. The screening results could lead to further investigation and treatment and were useful in documentation. The concepts of MOHOST were applicable in communication and documentation in relation to other professions which gave a better understanding and increased their professional assurance.

Conclusion: The investigation showed that the respondents in general had positive experiences with using MOHOST. Due to the project's validity it is assessed that MOHOST is applicable in Danish Occupational Therapeutic practice.

Mesh terms: MOHOST, assessment tool, occupational participation, MOHO, occupational therapy.

Læsevejledning

Da vi vil berøre og anvende en række begreber, der ikke beskrives uddybende i projektet, har vi af hensyn til læsevenligheden valgt at lave denne læsevejledning

- **Aktivitet:** Alt det mennesket gør for at holde sig beskæftiget, dvs. daglige handlinger og opgaver
- **Arbejdsprocesmodel:** Model for interventionsprocessen i praksis
- **Evidens:** Viden baseret på videnskabelig velfunderet undersøgelse
- **Evidensbaseret praksis:** Integration af individuel klinisk erfaring med bedste tilgængelige kliniske evidens fra systematisk forskning ved beslutningstagen om sundhedsfaglige ydelser til en patient
- **Intervention:** Samlet betegnelse for undersøgelse vurdering, målsætning, behandling og evaluering
- **Kvalitetssikring:** Vurdering af den aktuelle kvalitet med efterfølgende kvalitetsforbedring og sikring af , at den ønskede kvalitet fastholdes
- **Resultatmåling:** Måling af udvikling i aktivitetsdeltagelse mellem fx to målinger. Svarer til det engelske begreb "outcome measure"

Gennemgående i projektet anvender vi de to betegnelser: '**patient**' og '**klient**' som en fælles betegnelse for patient/klient/borger/beboer.

Udvalgte titler skrives første gang i fuld længde, efterfulgt af parentes med den forkortelse, vi anvender efterfølgende. Fx: Model Of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). Vi benytter desuden forkortelser i overensstemmelse med Dansk Sprognævn.

God læselyst!

Britta Thomsen

Kaja Grube Barild

Marie-Louise Gravesen

Signe Frederiksen

Forfatteransvar

Afsnit	Ansvarlige
Resume	Britta Thomsen
Problembaggrund og Problemstilling	Kaja Grube Barild
Teorigennemgang	Kaja Grube Barild Signe Frederiksen Marie-Louise Gravesen
Design, materiale og metode	Kaja Grube Barild Signe Frederiksen
Resultater	Britta Thomsen Marie-Louise Gravesen
Diskussion	Kaja Grube Barild Marie-Louise Gravesen Signe Frederiksen
Konklusion	Britta Thomsen
Perspektivering	Marie-Louise Gravesen Signe Frederiksen

Indholdsfortegnelse

1 PROBLEMBAGGRUND	3
2 PROBLEMSTILLING	6
2.1 PROBLEMFORMULERING	6
2.2 BEGREBSAFKLARING	6
3 TEORIGENNEMGANG	7
3.1 MODEL FOR MENNESKELIG AKTIVITET	7
3.2 MODEL OF HUMAN OCCUPATIONAL SCREENING TOOL.....	8
3.3 UNDERSØGELSESREDSKABER.....	10
3.3.1 Klassificering af undersøgelsesredskaber	10
3.3.2 Krav til et godt undersøgelsesredskab.....	12
3.3.3 MOHOST set ud fra klassificering af og krav til undersøgelsesredskaber	13
4 DESIGN, MATERIALE OG METODE	14
4.1 DESIGN	14
4.2 MATERIALE	14
4.3 METODE.....	15
4.3.1 Videnskabsteoretisk grundlag	15
4.3.2 Dataindsamling.....	15
4.3.3 Databearbejdning	16
4.3.4 Etiske overvejelser.....	18
4.3.5 Litteratur	18
5 RESULTATER.....	20
5.1 IMPLEMENTERING AF MOHOST	21
5.1.1 Begrundelser for implementering af MOHOST.....	21
5.1.2 Oplevelser med implementering af MOHOST.....	22
5.1.3 Forventninger til anvendelsen af MOHOST i fremtiden.....	23
5.2 UDFØRELSE AF MOHOST I PRAKSIS	24

5.2.1 Dataindsamling.....	24
5.2.2 Scoring	26
5.2.3 Resultat af screening	26
5.2.4 Området omgivelser	27
5.3 ANVENDELSE AF RESULTATER	28
5.3.1 Dokumentation	28
5.3.2 Yderligere undersøgelser og intervention.....	29
5.4 SYNLIKGØRELSE AF ERGOTERAPI	30
5.5 GRAFISK FREMSTILLING AF RESULTATER.....	32
6 DISKUSSION	33
6.1 IMPLEMENTERING AF MOHOST	33
6.2 UDFØRELSE AF MOHOST I PRAKSIS	36
6.3 ANVENDELSE AF RESULTATER	39
6.4 SYNLIKGØRELSE AF ERGOTERAPI	40
6.5 DESIGN, MATERIALE OG METODE	42
6.5.1 Design	42
6.5.2 Materiale.....	42
6.5.3 Metode.....	43
6.5.4 Litteratur	44
6.5.5 Opsummering	44
7 KONKLUSION	45
8 PERSPEKTIVERING.....	47
9 REFERENCELISTE.....	49
10 BILAGSFORTEGNELSE	56

1 Problembaggrund

I dette afsnit vil vi belyse, hvordan faget ergoterapi har udviklet sig. Desuden vil vi redegøre for anvendelse af ergoterapeutiske undersøgelsesredskaber, og dennes indflydelse på dansk ergoterapeutisk praksis. Afslutningsvis vil vi beskrive undersøgelsesredskabet Model Of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) og argumentere for, hvorfor vi mener, at det vil være relevant at undersøge danske ergoterapeuters erfaringer med redskabet.

Faget ergoterapi har i Danmark udviklet sig en del siden sin oprindelse i 1930'erne. Udviklingen er sket glidende i takt med ændringer i samfundet (1). Ergoterapi i Danmark har gennemgået fire overordnede faser, hvor fokus er gået fra beskæftigelse til revalidering, forebyggelse og nu til kvalitetsudvikling og forskning (1).

Formålet med ergoterapi har tidligere været at adspredde, aflede og opmuntre igennem manuelle og håndværksmæssige aktiviteter (1). I dag har ergoterapi til formål at forbedre sundhed og livskvalitet ved at fokusere på menneskets betydningsfulde aktiviteter, samt deltagelse i hverdagen igennem en klientcentreret tilgang (2,3).

I lighed med andre sundhedsfaglige fag har der tidligere inden for ergoterapi kun i mindre grad været tradition for at basere undersøgelser og intervention på forskningsbaseret evidens. Man har i højere grad arbejdet erfaringsbaseret (4,5). På baggrund af stigende krav til dokumentation og kvalitetssikring fra det politiske system, sundhedssystemet, fra klienter og ergoterapeuter imellem er behovet for evidensbaseret praksis steget (6-12). Fx kræver de danske politikere dokumentation som grundlag for deres beslutninger om tildeling af ressourcer til velfærdsydelser. Det er ikke længere nok at basere faget på mange års erfaring. Ergoterapeuter skal være i stand til at dokumentere anvendte ressourcer, den ergoterapeutiske indsats, de ergoterapeutiske ydelser og effekten af den ergoterapeutiske behandling (7). I den forbindelse stiger kravet til valide og standardiserede undersøgelsesredskaber, som ergoterapeuter ikke tidligere i så høj en grad har anvendt på korrekt vis. Ergoterapeuter har mange redskaber til rådighed til at foretage deres undersøgelser, men det har været almindeligt at danne egne undersøgelsesredskaber ved at udplukke og sammensætte dele fra bl.a. valide redskaber (7,13-15). Disse nydannede redskaber lever ikke op til krav om reliabilitet, validitet og standardisering, og kvaliteten af dokumentationen forringes. Da behovet for evidens og dokumentation er steget, betyder det således, at der stilles større krav til de redskaber og metoder, ergoterapeuter anvender (10,16).

Dokumentation af ergoterapeutiske ydelser har da også været et fokusområde for Ergoterapeutforeningen fra 2004 til 2007, netop fordi det er med til at sikre en god kvalitet i

det ergoterapeutiske arbejde (17). For at kunne dokumentere effekten af dette arbejde, må ergoterapeuter således være i stand til at sammenligne klientens evne til at udføre betydningsfulde aktiviteter før og efter den ergoterapeutiske intervention. Dette kræver, at ergoterapeuter foretager valide undersøgelser (13,18).

Ordet *undersøgelse* dækker både over den metode, der anvendes til indsamling af data, og det redskab der anvendes hertil (3,13). For at ergoterapeuter kan være sikre på, at de redskaber, de anvender, giver korrekte oplysninger, skal redskaberne være reliable, valide og standardiserede (13,18). Ydermere er det vigtigt at være bevidst om hvilket taksonomisk aktivitetsniveau, der undersøges på, således at man anvender et relevant undersøgelsesredskab ift. til det, der ønskes undersøgt (om taksonomisk aktivitetsniveau se teorigennemgang) (13,19). Hvis redskaberne og anvendelsen heraf ikke lever op til bl.a. ovenstående krav, vil det være svært at honorere de krav, der stilles til dokumentation. Manglende mulighed for at dokumentere på gyldig vis hæmmer således ergoterapeuters muligheder for at argumentere for valg af yderligere undersøgelse og behandling.

For netop at kunne kvalificere sin undersøgelse er det relevant indledningsvist og forholdsvis hurtigt at kunne screene klienten systematisk i aktivitet. Dette for at ergoterapeuter kan kvalificere deres videre undersøgelse af klientens aktivitetsproblemer. Ergoterapeuter har ikke tidligere haft et sådant redskab, der muliggør en systematisk screening af klienten med fokus på mennesket i aktivitet. Der er dog kommet et sådant redskab; MOHOST, som er begyndt at blive implementeret i dansk ergoterapeutisk praksis.

Formålet med MOHOST er, ifølge forfatteren Sue Parkinson, at hjælpe ergoterapeuter til systematisk at identificere og dokumentere de områder, som ergoterapeuter bør undersøge nærmere for at identificere årsagerne til klientens aktivitetsproblemer (20). Redskabet støtter ergoterapeuter i at kunne evaluere og forbedre kvaliteten af det ergoterapeutiske arbejde (20,21). Den dokumentation, MOHOST frembringer, kan if. manualen hjælpe ergoterapeuter til at kommunikere deres resultater tydeligt til både klienten, pårørende og andre faggrupper. Dette styrker ergoterapeuter i det tværfaglige samarbejde (20,22).

MOHOST er udviklet i Storbritannien af ergoterapeuterne Sue Parkinson, Kirsty Forsyth og Gary Kielhofner i 2004 og revideret i 2006 (20).

MOHOST er et screeningsredskab baseret på Gary Kielhofners Model for Menneskelig Aktivitet (MOHO). Modellen anskueliggør det dynamiske samspil mellem omgivelserne, mennesket og opgaven (23). Med MOHOST anvendes teorien bag og begreberne fra

MOHO, hvilket gør det muligt for ergoterapeuter at danne sig et overblik over klientens aktivitetsmæssige funktion set ud fra det teoretiske grundlag i MOHO (22).

MOHOST undersøger klientens aktivitetsdeltagelse, som kan opdeles i egenomsorg, arbejde og fritid. MOHOST er beregnet til voksne og kan anvendes til klienter med psyko-sociale og/eller fysiske problemer (20,23).

Forskningsartikler fra Storbritannien, USA og Taiwan viser, at der er lavet undersøgelser af anvendeligheden, reliabiliteten og validiteten for MOHOST blandt forskellige klientgrupper; bl.a. klienter med akut psykiatriske, ortopædkirurgiske, neurologiske og kroniske sygdomme (21,24-27). Disse undersøgelser styrker formodningen om, at MOHOST kan anvendes til en meget bred målgruppe.

MOHOST er på nuværende tidspunkt oversat fra engelsk til arabisk, finsk, fransk, tysk, islandsk, kinesisk, persisk, portugisisk og i 2008 udkom screeningsredskabet på dansk (27-30).

I dansk ergoterapeutisk praksis er anvendelsen af MOHOST i sin spæde start. For at undersøge kendskabet til og udbredelsen af MOHOST, har vi kontaktet samtlige somatiske og psykiatriske universitetshospitaler i Danmark. Vi har derudover haft kontakt med andre hospitaler, rehabiliteringscentre, socialpsykiatriske og kommunale genoptræningssteder i hele Danmark. Ud af de 53 steder vi har kontaktet, har vi fået svar fra 41, og ud af disse er der blot seks steder, der har erfaring med anvendelsen af MOHOST. Disse seks steder fordeler sig på fire psykiatriske og to somatiske sygehuse, som geografisk er fordelt med to sygehuse i Region Nordjylland, tre i Region Midtjylland og et i Region Sydsjælland.

Efter kontakt med de syv ergoterapeutiske uddannelsesinstitutioner i Danmark, har vi fået bekræftet, at de seks er begyndt at undervise i MOHOST. Studerende er herefter begyndt at anvende redskabet i forbindelse med deres kliniske undervisning.

Desuden har vi erfaret, at der på nuværende tidspunkt ikke er foretaget undersøgelser om MOHOST i dansk ergoterapeutisk praksis. Der er skrevet én artikel omkring processen med oversættelsen til dansk og én omkring en enkelt ergoterapeuts oplevelse af anvendeligheden på et psykiatrisk sygehus (29,31).

I vores øjne ser MOHOST ud til at være et meget anvendeligt redskab i ergoterapeutisk praksis, fordi det påstår at kunne bidrage til den dokumentation, vi som ergoterapeuter skal kunne levere. Desuden lyder det interessant, at redskabet kan hjælpe med at styrke ergoterapeuter i deres kommunikation. Vi mener derfor, at det vil være relevant at undersøge, hvordan ergoterapeuter oplever implementeringen og anvendelsen af MOHOST i dansk ergoterapeutisk praksis.

2 Problemstilling

2.1 Problemformulering

Hvordan oplever danske ergoterapeuter, der har erfaring med undersøgelsesredskabet MOHOST, at implementeringen og anvendelsen af dette redskab påvirker deres ergoterapeutiske arbejdsproces?

2.2 Begrebsafklaring

Oplever: Individets egen subjektive vurdering og indtryk af, hvad man ser, hører, føler og tænker, samt erfaringer og refleksioner over det, der sker i praksis.

Danske ergoterapeuter: Personer, der har gennemført en mellemlang sundhedsuddannelse inden for ergoterapi i Danmark, og arbejder som autoriserede ergoterapeut.

Erfaring: At ergoterapeuten anvender eller har anvendt MOHOST i praksis.

MOHOST: Model Of Human Occupation Screening Tool, se teoriafsnit.

Implementering: Udførelse af teori og planer i praksis, at inkorporere tiltag i arbejdsprocessen

Anvendelse: Det at bruge noget, at tage noget til hjælp for at nå et mål.

Ergoterapeutisk arbejdsproces: Den arbejdsgang ergoterapeuten benytter sig af i mødet med klienten, pårørende og andre fagpersoner. Herunder overvejelser, beslutninger og handlinger, samt undersøgelse, intervention og evaluering.

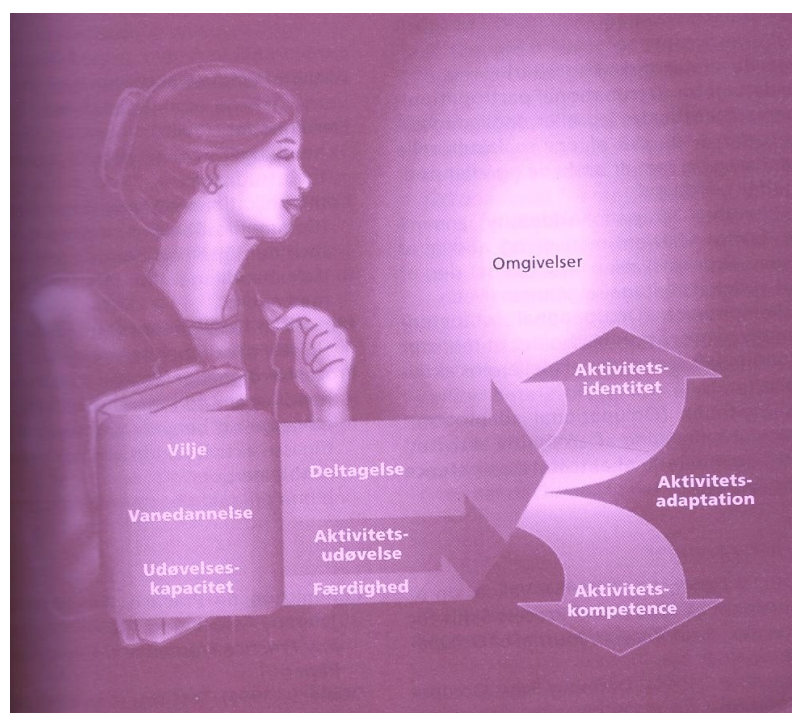
3 Teorigennemgang

I dette afsnit vil vi præsentere det teoretiske grundlag, som projektet bygger på. Vi redegør for MOHO, MOHOST og teori om undersøgelsesredskaber. Vi vil anvende teoriene om undersøgelsesredskaber og MOHOST til udarbejdelse af interviewguide, idet de er styrende for hvilke emner, vi ønsker belyst af vores informanter.

3.1 Model for menneskelig aktivitet

Herunder præsenteres MOHO med hovedvægt på *det menneskelige system*, *aktivitets-niveauer* og *adaptationsprocessen*. Forståelse for disse begreber og dele af teorien er væsentlige for at forstå, anvende og vurdere MOHOST, idet MOHO er det teoretiske grundlag bag redskabet.

Begrebsmodellen MOHO, udviklet af ergoterapeut og psykolog Gary Kielhofner, beskriver det dynamiske samspil mellem *det menneskelige system*, *omgivelser* og *opgaver* ud fra teoretiske begreber.



Figur 3.1 Forløbet for aktivitetsadaptation

Det menneskelige system

Det menneskelige system består af tre sammenhængende komponenter; *vilje*, *vanedannelse* og *udøvelseskapacitet*. Ifølge Kielhofner vil en ændring i en af disse komponenter medføre ubalance i det dynamiske samspil. Modellen ser mennesket som havende en medfødt trang til aktivitet og beskriver bl.a. hvordan motivation for aktivitet og aktivitetsmønstre opstår (32).

Aktivitetsniveauer

MOHO inddeler aktivitet i tre forskellige niveauer; *aktivitetsdeltagelse*, *aktivitetsudøvelse* og *aktivitetsfærdigheder*, som det ses på Figur 3.1.

Aktivitetsdeltagelse betegner engagement i aktiviteten inden for egenomsorg, arbejde og fritid, som er essentielt for menneskets trivsel. *Aktivitetsdeltagelse* påvirkes af komponenterne i *det menneskelige system* og af forhold i *omgivelserne*. *Omgivelserne* kan påvirke aktivitet ved at give muligheder og ressourcer og/eller stille krav og medføre begrænsninger. For at mestre *aktivitetsdeltagelse* kræver det, at mennesket mestrer udøvelsen af en række adskilte aktiviteter (aktivitetsudøvelse).

Det nederste niveau er aktivitetsfærdigheder, der er observerbare, målrettede og konkrete handlinger, som mennesket anvender under *aktivitetsudøvelse*. Man opdeler færdigheder i henholdsvis *motoriske*-, *procesmæssige*-, *kommunikations*- og *interaktionsfærdigheder* (32).

Aktivitetsadaptationsprocessen

Samspillet mellem *det menneskelige system*, *omgivelser*, og de tre niveauer for *aktivitet*, er af betydning for udviklingen af *aktivitetsidentitet* og *aktivitetskompetence*, som tilsammen over tid danner *aktivitetsadaptation* (20,32).

3.2 Model Of Human Occupational Screening Tool

I det følgende vil vi beskrive MOHOST, idet denne viden er grundlæggende for at kunne forstå ergoterapeuters oplevelser med redskabet.

MOHOST er udviklet i Storbritannien af ergoterapeuterne Parkinson, Forsyth og Kielhofner i 2004 og revideret i 2006. Udviklingen er sket i samarbejde med MOHO Clearinghouse¹. Den følgende beskrivelse af MOHOST er baseret på redskabets manual og på materiale

¹ The Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois at Chicago

fra MOHO Clearinghouse's hjemmeside (20,22). Derudover inddrages den danske oversættelse af redskabet for at sikre, at vi anvender de korrekte danske betegnelser for begreberne i MOHOST (28).

Formål

Ergoterapeutens formål med at anvende MOHOST er at få et overblik over og synliggøre klientens *aktivitetsdeltagelse*. Herefter har ergoterapeuten mulighed for at planlægge yderligere undersøgelse og behandling.

Målgruppe

MOHOST er beregnet til voksne med forskellige psykosociale og/eller fysiske problemer.

Anvendelse

Format og metode

Den dansk oversatte udgave af MOHOST består af et scoringsark, som ergoterapeuten udfylder efter en vurdering af klienten. Klientens *aktivitetsdeltagelse* beskrives ud fra 24 emner fordelt på seks områder; *Motivation for aktivitet*, *Aktivitetsmønster*, *Kommunikations- og interaktionsfærdigheder*, *Processuelle færdigheder*, *Motoriske færdigheder* og *Omgivelser*.

SAMLET VURDERING																							
Motivation for aktivitet				Aktivitetsmønster				Kommunikations & Interaktions færdigheder				Processuelle færdigheder				Motoriske færdigheder				Omgivelser			
Vurdering af formåen	Fovernting om succes	Interesse	Valg	Rutine	Adaptationsevne	Roller	Ansvar	Nonverbale færdigheder	Samtale færdigheder	Det sproglige udtryk	Relationelle færdigheder	Viden	Timing	Organisere	Problemløsning	Kropsholdning og mobilitet	Koordination	Styrke og bestræbelser	Energi	De fysiske omgivelser	Fysiske ressourcer	Sociale grupper	Aktivitetskrav
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H

Figur 3.2 Skema til vurdering af klientens aktivitetsdeltagelse

Ergoterapeuten scorer de 24 emner enkeltvis på en vurderingsskala alt efter om det *fremmer* (F), *muliggør* (M), *begrænser* (B) eller *hæmmer* (H) aktivitetsdeltagelsen, se figur 3.2. Dette gøres ud fra tilhørende scoringsnøgle. Ergoterapeuten skal derudover udfylde et felt til analyse af klientens ressourcer og begrænsninger. Desuden indeholder MOHOST

ark til at samle tre vurderinger og analyser. Yderligere dele af manualen er endnu ikke oversat til dansk.

For at indsamle data skal ergoterapeuten observere klienten i aktivitet, og hun kan indhente supplerende informationer fra klienten selv, det tværfaglige team, pårørende og evt. fra journaler. Der er ikke faste retningslinjer for hvor meget viden om klienten, ergoterapeuten skal indsamle, før scoring kan udføres, blot at denne viden er tilstrækkelig. Parkinson angiver, at det for en øvet terapeut tager 10-20 minutter at udføre scoringen.

Materiale og redskaber

Udførelse af MOHOST kræver ikke specielle materialer og redskaber, bortset fra scoringsark, manual og mulighed for at observere klienten i aktivitet. Det behøver ikke at være en meningsfuld aktivitet. Ergoterapeuten skal ikke være kalibreret for at anvende MOHOST, men det kræver, at hun har en god forståelse for MOHO.

Resultater

Forfatterne bag MOHOST hævder, at redskabet giver et objektivt mål for *aktivitetsdeltagelse*. De resultater man får ved at lave en MOHOST, kan anvendes til at dokumentere klientens aktivitetsdeltagelse, ressourcer og begrænsninger, samt ændringer af disse over tid. Ifølge forfatterne bag MOHOST kan resultaterne desuden anvendes til at forbedre kommunikationen omkring den ergoterapeutiske indsats til klienten, pårørende og andre faggrupper, idet de anvender klare og tydelige begreber.

3.3 Undersøgelsesredskaber

Vi vil her beskrive, hvordan man kan inddele undersøgelsesredskaber efter deres egenskaber og redegøre for krav til et godt undersøgelsesredskab. Vi vil herefter beskrive MOHOST med disse begreber for at få en dybere forståelse for redskabet og dets anvendelighed.

3.3.1 Klassificering af undersøgelsesredskaber

Overordnet metode

Et kvantitativt design giver kvantitative data, dvs. data som kan anvendes til statistik. Et kvalitativt design giver kvalitative data som fx beskrivelser af fænomener, holdninger, oplevelser og meninger, som ikke kan opgøres i tal og statistikker.

I et kvantitativt undersøgelsesdesign anvendes variabler med talmæssige måleværdier, der producerer kvantitative data, altså tal. Variabler, hvor der er lige stor afstand mellem måleenhederne, beskrives som kvantitative variabler, og måles på en interval- eller ratiointervalskala. Variabler, hvor der måles i en rangorden eller i bestemte kategorier, beskrives som kategoriske/kvalitative variabler, der måles på en ordinal- eller nominalskala (33,34).

Dataindsamlingsmetode

En anden måde at klassificere redskaber på er efter anvendt dataindsamlingsmetode. Metoden kan fx være baseret på observation, afprøvning, interview, samtale eller selvrapportering (7,23,35). Kielhofner inddeler fx sine undersøgelser efter, om de er observationsbaserede, interviewbaserede, selvrapporterende eller en kombination (23).

Formål

Desuden kan redskaber klassificeres efter deres formål, fx om de er *evaluerende*, *deskriptive*, *prædiktive* eller *diskriminerende* (13,35).

Fokus

Redskabets fokus er tilmed en egenskab, som undersøgelsesredskaber kan inddeles efter. Den canadiske model; Person-Environment-Occupation Model (P-E-O-modellen), kan anvendes til at illustrere, hvordan redskaber kan inddeles på baggrund af deres fokusområde. *Person*, *omgivelser* og *aktivitet & deltagelse* er tre komponenter, undersøgelsesredskaber kan være rettet mod. Områderne lapper over hinanden og det felt, hvori alle tre komponenter ligeligt er til stede, repræsenterer ifølge Law *aktivitetsudøvelse*, hvilket ud fra den canadiske tankegang er ergoterapiens kerneområde (7,36).

Taksonomisk niveau

Endnu en måde at inddele redskaberne på kunne være at klassificere dem efter hvilket kompleksitetsniveau på Taksonomisystemet for Ergoterapi: Taxonomical Code for Occupational Performance (TCOP-taksonomien), redskabet er rettet mod. TCOP-taksonomien består af fem kompleksitetsniveauer, som er hierarkisk opbygget. Hvert niveau er baseret på underliggende niveauers karaktertræk (19). For at kunne planlægge interventionen, må ergoterapeuten kunne undersøge på hvilket niveau, klientens aktivitetsproblemer opstår (19). Det vil derfor være relevant for ergoterapeuter at kende til de redskaber, som er anvendelige på det kompleksitetsniveau, hvor undersøgelse er nødvendig.

3.3.2 Krav til et godt undersøgelsesredskab

Reliabilitet handler om, hvorvidt en bestemt måling giver konsistente resultater, dvs. pålidelighed. Man skelner bl.a. mellem realibilitetsbegreberne; *test-retest*, *intertester-reliabilitet* (interrater reliability), *intratester-reliabilitet* (intrarater reliability) og *internal consistency* (3,13,14,37,38). Hvor høje krav der stilles til reliabilitet, afhænger af formålet med undersøgelsen. Typisk er krav til reliabilitet ved undersøgelser af fx menneskers oplevelser mindre end krav, der stilles ved fysiske målinger (3,39). Reliabilitet har betydning for, om et redskab er validt.

Valide undersøgelsesredskaber er redskaber, der i praksis måler det, som er tilsigtet med undersøgelsen. Validitet er derfor et udtryk for gyldighed af data forudsat, at redskabet anvendes på korrekt vis til den testede målgruppe (3,37).

Man skelner mellem, om redskabet måler det, det påstår at måle (intern validitet), og hvorvidt undersøgelsesresultaterne kan overføres til andre sammenhænge (ekstern validitet) (40). Der findes mange forskellige former og udtryk for validitet, såsom; *indholdsvaliditet* (content validity), *begrebsvaliditet* (construct validity), *følsomhed* og *klinisk anvendelighed* (3,7,13,18,37,39).

Standardiserede redskaber sikrer ensartethed i data. Standardisering forudsætter klart defineret formål, klarer procedurer for anvendelse af redskabet, herunder tolkning og scoring, samt stiller krav til, at redskabet har en god reliabilitet og validitet. Desuden at der har været gennemført studier herom (3,7,13,18,37).

Oversættelse af et redskab er en proces, der skal opfylde krav for at sikre opretholdelsen af standardiseringen. Der er dog ikke enighed om disse krav (3,7,41). For at meningen og ikke kun selve ordene bliver korrekt oversat er det særligt vigtigt med kendskab til den sammenhæng, hvori redskabet skal anvendes (41,42). Ergoterapeuter afprøver det oversatte redskab i praksis og oversættelsen rettes efterfølgende til for at sikre, at redskabet passer ind i den kultur, det skal anvendes i (*normativ validitet*). Kvaliteten af redskabet øges desuden ved *backtranslation* (3). For at opretholde reliabiliteten og validiteten ved det oversatte redskab, skal disse testes på ny (42).

3.3.3 MOHOST set ud fra klassificering af og krav til undersøgelsesredskaber

Ved anvendelse af MOHOST samles ergoterapeutens informationer til en scoring på vurderingsskalaen, som består af seks variabler med udførlig scoringsnøgle. Vurderingsskalaen kan defineres som en ordinalskala, da enhederne er rangordnede (34). Dette betyder, at man bl.a. kan anvende resultaterne fra MOHOST til at måle og dokumentere en ændring i klientens aktivitetsdeltagelse.

Ved klassifikation af MOHOST efter dataindsamlingsmetoden er redskabet *observations-baseret*. Det betyder, at det også er en metode, som er anvendelig til målgrupper, der har manglende verbale færdigheder og/eller sygdomsindsigt.

Formålet med screeningen er at identificere på hvilke områder, der er behov for yderligere undersøgelse (*diskriminerende*), at beskrive og dokumentere klientens aktivitetsdeltagelse (*deskriptivt*), samt at kunne vurdere ændring over tid (*evaluerende*).

Fem af de seks områder, som ergoterapeuten skal score i den samlede vurdering, er en del af *det menneskelige system*, og ét område er rettet mod *omgivelserne*. Denne fordeling af fokus afspejler MOHOs syn på aktivitetsdeltagelse. MOHOSTs fokus er netop aktivitetsdeltagelse, som det defineres i MOHO. Det betyder at set ift. P-E-O-modellen ligger fokus på *personen*, og er kun i mindre grad rettet mod *omgivelserne*.

Det kompleksitetsniveau, som man undersøger på, når man anvender MOHOST, svarer til *aktivitet* i TCOP-taksonomien, da klienten screenes i forbindelse med udførelse af en aktivitet bestående af et sæt opgaver med slutresultat.

Undersøgelser har påvist god reliabilitet (intertester-reliabilitet og internal consistency) og validitet ved MOHOST og den kinesiske oversættelse heraf (25-27,43). Undersøgelserne viste, at ergoterapeuter med minimal træning kunne anvende MOHOST konsekvent til at måle forandring i klientens *aktivitetsdeltagelse*, at de seks områder hver især påvirkede aktivitetsdeltagelsen unikt, at vurderingsskalaen i MOHOST fungerede som en valid og reliabel målemetode for *aktivitetsdeltagelse* og at redskabet er følsomt over for forandring i aktivitetsdeltagelse. Ud fra disse undersøgelser er det ikke påvist, hvorvidt redskabet er standardiseret.

MOHOST er oversat fra engelsk til dansk af tre ergoterapeuter. Ergoterapeuter i praksis har afprøvet det oversatte redskab for sikre korrekt oversættelse. Der har været fokus på, hvorvidt redskabet er oversat korrekt både mht. de begreber, der anvendes, den kontekst hvori begreber indgår, og om den oversatte udgave passer ind i de danske rammer. Desuden er der foretaget backtranslation (29). Reliabiliteten og validiteten af det danske redskab er endnu ikke undersøgt.

4 Design, materiale og metode

I dette afsnit vil vi redegøre for valg af design, materiale og metode med udgangspunkt i vores problemformulering.

4.1 Design

Projektet er baseret på et kvalitativt forskningsdesign, da formålet var at beskrive ergoterapeuternes oplevelser med implementeringen og anvendelsen af MOHOST. Data blev indhentet via fire individuelle semistrukturerede interviews med den hensigt at få en dybere og mere detaljeret beskrivelse af deres oplevelser (40).

4.2 Materiale

Der blev foretaget en hensigtsbestemt informantudvælgelse, således at alle ergoterapeuter, der havde praksiserfaring med anvendelsen af MOHOST, blev inkluderet (se flowdiagram bilag A) (44). Ved forundersøgelsen erfarede vi, at der var seks ergoterapeutiske arbejdspladser, hvor i alt 16 ergoterapeuter havde anvendt eller anvendte MOHOST i praksis. Derefter opstillede vi følgende øvrige kriterier for informanterne:

- Inklusion: Har lyst til at dele erfaringer
- Eksklusion: Repræsenterer samme afdeling

Eksklusionskriteriet blev udarbejdet med det formål at opnå maksimal variation i data, da vi ønskede at få et så bredt materiale som muligt (44). Ergoterapeuter fra forskellige arbejdsområder blev udvalgt, da informanterne skulle repræsentere både somatisk og psykiatrisk ergoterapi. Desuden blev ergoterapeuter med henholdsvis lidt og meget erfaring med anvendelse af MOHOST udvalgt (40). Af de fem resterende ergoterapeuter, deltog én i pilotinterview og fire som informanter. Vi vurderede, at fire informanter var acceptabelt for at opnå tilstrækkelig bredde i undersøgelsen – velvidende, at resultaterne ikke uden videre kunne overføres til en generel beskrivelse af danske ergoterapeuters oplevelser med anvendelsen af MOHOST (45). Desuden ville flere informanter medføre manglende mulighed for at gå i dybden med de individuelle interviews set i relation til rammerne for projektet (40,45,46).

4.3 Metode

Herunder vil vi redegøre for projektets videnskabsteoretiske grundlag, herunder vores forforståelse, metode til indsamling og bearbejdning af data, vores etiske overvejelser og litteraturudvælgelse.

4.3.1 Videnskabsteoretisk grundlag

Vores problemformulering var styrende for valg af metode og dermed videnskabsteoretisk tilgang. Da vi ønskede at forstå og beskrive ergoterapeuternes oplevelser, anvendte vi en fænomenologisk - hermeneutisk tilgang.

I *fænomenologien* rettes opmærksomheden mod forståelse af et menneskes livsverden (47). Denne tilgang blev anvendt, da vi ønskede at undersøge ergoterapeuternes subjektive oplevelser med anvendelsen af MOHOST. Vi anvendte ligeledes en *hermeneutisk* tilgang ved at være opmærksomme på vores fortolkning i løbet af processen. Inden vi gik i gang med projektet, gjorde vi os bevidste om vores forforståelse ved at nedskrive og diskutere vores individuelle tanker. Denne var præget af et meget optimistisk syn på, hvilke muligheder MOHOST indeholdte. Vi forventede, at danske og skandinaviske ergoterapeuter havde mange positive erfaringer med anvendelsen heraf. Efter at have læst mere om redskabet og praksiserfaringer hermed, fik vi et mere nuanceret indblik i MOHOSTs anvendelighed og muligheder. At være bevidst om vores forforståelse, samt dennes betydning for vores undersøgelse, var nødvendigt for, at vi kunne lade en ny forståelse udvikle sig i mødet med ergoterapeuterne. Vi stillede uddybende og afklarende spørgsmål under interviewet for at forstå deres oplevelser og dermed undgå uklarheder ift. denne nye forståelse (46,47).

4.3.2 Dataindsamling

Interviewguide

Data blev indsamlet via semistrukturerede interviews, da metoden er fleksibel og ideel til at indfange menneskers oplevelser og erfaringer (48). Semistrukturerede interviews giver mulighed for at få uddybet informanternes svar og at tilpasse spørgsmålene løbende, således at de hele tiden tager udgangspunkt i tidligere svar.

Interviewguiden blev bygget op omkring seks temaer med interviewspørgsmål og dertilhørende uddybende spørgsmål (se bilag B). Guiden startede med faktuelle interviewspørgsmål om informanten og hendes arbejdsplads. De efterfølgende interviewspørgsmål blev udformet, således at informanten kunne fortælle frit om konkrete oplevelser. Denne

rækkefølge blev valgt, så vi kunne stille uddybende spørgsmål til informantens oplevelser og derigennem fremme motivationen for at fortælle (40,46).

Projektets teoretiske baggrund blev anvendt til at udforme spørgsmål om redskabets anvendelighed. Teorien sikrede desuden, at guiden berørte de emner, vi på forhånd mente, ville være relevante for at kunne besvare vores problemformulering. For at højne kvaliteten, skabe klarhed og tilstræbe en hermeneutisk tilgang anvendte vi uddybende spørgsmål. Vi søgte at være neutrale og undgå ledende spørgsmål (46).

Pilotinterview

Pilotinterview blev udført med det formål at afprøve og blive fortrolig med interviewguiden, samt at sikre, at interviewet ikke varede mere end 45 min, da det kan være vanskeligt for informanten at koncentrere sig i længere tid (46,49). Desuden ønskede vi feedback fra piloten, ift. om guiden indeholdte relevante og fyldestgørende temaer og spørgsmål, samt om spørgsmålene var klart formulerede. Efterfølgende blev guiden rettet til de steder, hvor vi eller informanten oplevede, at der var mangler eller uklarheder.

Interview

Interviewene foregik på informanternes arbejdspladser, da vi ønskede at forstyrre deres arbejdsdag så lidt som muligt. Forinden havde de modtaget informationsbrev og samtykkeerklæring, se bilag C og D.

Interviewene blev foretaget af den samme interviewer med deltagelse af én co-interviewer. Rollen som co-interviewer blev delt imellem to projektdeltagere. Interviewerens opgave var at styre interviewet ud fra interviewguiden og ud fra informantens fortællinger. Co-intervieweren var ansvarlig for teknik og tidskontrol, samt at opsamle løse ender og uklarheder undervejs. For at sikre kvaliteten af interviewet havde begge deltagere ansvar for at fortolke og at få disse fortolkninger verificeret under interviewet (46). Vi anvendte forskertrianglering, idet to projektdeltagere deltog i dataindsamlingen. Interviewet blev indledt med en briefing og afsluttet med en debriefing (se bilag B). Vi optog interviewet på Mp3-afspillere, så lydfilerne kunne anvendes til transskription.

4.3.3 Databearbejdning

Transskription

Retningslinjer for transskriptionen blev udarbejdet inden, vi udførte interviewene for at sikre ensartethed i de fire transskriptioner (se bilag E) (46). Vi undlod at transskribere ord, gentagelser, bekræftende udtryk og andet, som ville virke forstyrrende for den samlede helhed.

Interviewene blev udskrevet i fuld længde med undtagelse af briefing. Transskriptionen blev udført af en af de projektdeltagere, som ikke var til stede under interviewet. Herefter blev det kontrolleret af interviewer. Vi valgte at gøre det på denne måde, da vi ikke ønskede, at transskriberingen skulle blive påvirket af den forforståelse, som interviewer og co-interviewer havde fået under interviewet. Denne metode bevirkede endvidere, at en af de projektdeltagere, der ikke var med til interviewet, fik et indgående kendskab til materialet. Vi anvendte dermed forskertriangulering i transskriptionsprocessen, idet flere deltagere var indblandet.

Dataanalyse og fortolkning

Til bearbejdning af data anvendte vi Malteruds systematiske tekstkondensering som analysemetode (40). Metoden bygger på Giorgis fænomenologiske analyse, og egner sig godt til at udvikle nye beskrivelser af fænomener, hvilket var formålet med vores undersøgelse (40). Analysemetoden består overordnet af fire trin.

I det første trin gennemlæste vi individuelt de fire transskriberede interviews for at danne os et helhedsbillede af dem. Vi så efter umiddelbare temaer, som belyste vores problemstilling. Vi var bevidste om vigtigheden i at være åbne for nye indtryk og om ikke at lade vores forforståelse styre, hvilke temaer vi fandt. Temaerne blev: *Implementering af MOHOST*, *Udførelse af MOHOST i praksis*, *Anvendelse af resultater* og *Synliggørelse af ergoterapi* (se bilag F).

I det andet trin identificerede og udplukkede vi de meningsbærende enheder ved systematisk at gennemgå transskriptionerne igen. Enhederne blev kodet ud fra de temaer, vi fandt under første trin. På baggrund af kodningen lavede vi en systematisk dekontekstualisering og organiserede materialet vha. en matrice (se bilag G). Matricen gav os et overblik over de meningsbærende enheder, ud fra hvilken informant de stammede fra, og hvilket tema de tilhørte.

I det tredje trin sorterede vi de meningsbærende enheder og inddelte derefter kodegrupperne i subgrupper (se bilag F). Vi omformulerede subgruppernes indhold til kunstige citater, som repræsenterede informantens udtalelser i kondenseret form hovedsageligt ud fra informanternes egne ord og begreber.

I fjerde og sidste trin sammenfattede vi vores fund og lavede beskrivelser af indholdet i de enkelte kodegrupper. Disse beskrivelser synliggjorde vores resultater som svar på, hvordan ergoterapeuterne oplevede implementeringen og anvendelsen af MOHOST. Efterfølgende udvalgte vi citater fra de meningsbærende enheder til at understøtte vores fund. Vi validerede vores fund ved at søge modsigelser mellem resultater og data, og ved at

rekontekstualisere resultaterne vha. systematisk krydslæsning. Sidstnævnte for at sikre, at resultaterne stemte overens med den sammenhæng, de oprindeligt var taget ud fra.

Vi anvendte forskertriangulering, idet alle fire projektdeltagere deltog i dataanalysen (44,50). Første trin af analysen foretog vi hver for sig for ikke at påvirke hinandens opfattelse af hvilke temaer, der dukkede op ved første gennemlæsning. Efterfølgende arbejde vi parvis eller som samlet gruppe, hvorved vi på forskellig vis kontrollerede hinandens arbejde. Ved uenigheder blev disse diskuteret indtil, vi opnåede enighed.

4.3.4 Etiske overvejelser

Projektet blev anmeldt til Datatilsynet, selvom det ikke indeholdte følsomme oplysninger om informanterne, der deltog i projektet (se bilag H). Data blev behandlet fortroligt og i henhold til Datatilsynets regler og Persondataloven §10, stk. 2-3 (51,52). Transskriptionerne vil blive destrueret ved projektets afslutning.

Vi så ingen umiddelbare risici for informanterne ved at deltage i projektet, og i overensstemmelse med Helsinki-deklarationens principper blev informanterne mundtligt og skriftligt informeret om projektets formål og deres rettigheder (se bilag C og D). Desuden blev skriftligt informeret samtykke indhentet inden udførelse af interview (51,53).

4.3.5 Litteratur

Vores litteratursøgning blev foretaget løbende i perioden oktober 2009 til januar 2010 for at holde os opdateret med den nyeste viden. Vi foretog systematiske søgninger på følgende danske og udenlandske sundhedsvidenskabelige og tværfaglige databaser: Medline, Cochrane Library, OTseeker, Cinahl, Artikelbasen og Google Scholar. Udover den danske Ergoterapeutforening søgte vi på nordiske og andre udenlandske ergoterapeutforeninger, samt i ergoterapeutiske fagblade og journaler, bl.a. den danske, skandinaviske, norske, svenske, amerikanske, canadiske, new zealandske, britiske og australske. Søgeord fremgår af bilag I. Generelt var der meget begrænset litteratur omhandlende MOHOST. I forhold til databaserne var Cinahl den mest brugbare, idet der her fx var fem brugbare hits på "Model Of Human Occupation Screening Tool". Flere af de udenlandske artikler var skrevet af personerne bag MOHOST.

Vi fandt relevant litteratur ud fra kriterier om *det nyeste*, *det bedste* og *det danske* (54). Vi har anvendt det nyeste publicerede materiale, så vidt det var muligt. Idet udenlandske undersøgelser ikke nødvendigvis kan overføres til danske forhold, samt at det ikke var

muligt at finde udenlandske artikler om danske erfaringer, så valgte vi at søge artikler i det danske fagblad Ergoterapeuten.

Litteratur om MOHO og undersøgelsesredskaber har vi primært fundet igennem hånd- og kædesøgning. Disse søgninger blev bl.a. foretaget ud fra den litteratur, vi i forvejen var bekendt med fra fx pensum. Hvor det var muligt blev de oprindelige kilder anvendt for at finde *det bedste*. Desuden har vi anvendt MOHO Clearinghouse's hjemmeside til at finde informationer om bl.a. MOHOST (se bilag I).

5 Resultater

I dette afsnit vil vi indledningsvist kort præsentere vores informanter, deres arbejdspladser og deres grad af erfaringer med anvendelsen af MOHOST. Fremover betegnes ergoterapeuterne; E1, E2, E3 og E4 og kilderne refererer til linjenumrene i transskriptionerne. Resultaterne præsenteres efterfølgende systematisk ud fra analysen, samt de temaer og subgrupper, vi fandt.

	Arbejdsområde	MOHOST relateret erfaring
E1 43 år Uddannet i 1995	Klinisk underviser Psykiatrisk sygehus Alle psykiatriske diagnosegrupper Valgfrihed ift. implementering af redskaber	Stort kendskab til MOHO Udført 3 MOHOST + på sidelinjen til de studerendes Fælles beslutning om at afprøve MOHOST blandt ergoterapeuter
E2 36 år Uddannet i 1999	Klinisk underviser + tværfagligt studieafsnit Somatisk sygehus Alle somatiske diagnosegrupper Som klinisk underviser frihed til at afprøve redskaber, men skal vedtages før de implementeres	Begrænset/overordnet kendskab til MOHO Udført 6-7 MOHOST + på sidelinjen til de studerendes Selvstændig beslutning om at afprøve og implementere MOHOST
E3 38 år Uddannet i 1996	Klinisk underviser Psykiatrisk sygehus Alle psykiatriske diagnosegrupper Valgfrihed ift. implementering af redskaber	Stort kendskab til MOHO Udført 1 MOHOST Selvstændig beslutning om at afprøve MOHOST
E4 50 år Uddannet i 2002	Psykiatrisk sygehus Alle psykiatriske diagnosegrupper Valgfrihed ift. implementering af redskaber, men i praksis vurderede de i teamet, hvilke de anvendte	Stort kendskab til MOHO Udført mange MOHOST - ca. 1 patient pr. uge gennem 3 år. Selvstændig beslutning om at afprøve og implementere MOHOST

Tabel 5.1 Præsentation af informanter

5.1 Implementering af MOHOST

5.1.1 Begrundelser for implementering af MOHOST

Flere af informanterne hørte om MOHOST ved et af Gary Kielhofners foredrag, og nogle deltog i oversættelses- og afprøvningsprocessen (E1 188) (E2 211-14) (E3 219) (E4 214, 244-45).

For informanterne ansat inden for psykiatrien var en vigtig begrundelse for implementering af MOHOST, at screeningen kunne give et hurtigt overblik og en bred vurdering af patienten, således at de på kort tid kunne komme hele vejen omkring patienten (E1 216) (E3 242, 629-33) (E4 217-18). Derudover fandt de det afgørende, at redskabet kunne anvendes tidligt i forløbet til patienter i akut psykiatrien, og at de kunne bruge observation og andre kilder til data, da interview ikke altid var muligt med disse patienter (E1 191-94) (E3 221-29, 642-45) (E4 629-32).

"Altså vores patienter er jo ikke parate til en COPM². Det er først når de næsten skal udskrives, at de overhovedet kan svare på den ... og så kunne man ikke bruge den på den rigtige måde alligevel ..." (E4 219-23)

De kliniske undervisere håbede, at anvendelsen af MOHOST kunne hjælpe de studerende til at skærpe deres faglige fokus og kommunikation (E1 179-82) (E2 221-29) (E3 538-40). E3 havde yderligere en forhåbning om, at MOHOST kunne hjælpe til at fremme hendes faglige tydelighed (E3 596-602).

"... svaghed som ergoterapeut det er, at vi tit bare går og gør nogle ting (grin). Og så på denne hér måde, så er det måske lidt mere at få sat ord på: Hvad er det vi helt konkret har vurderet eller set ved de patienter? Det er nogle gange det, vi har brug for at få på papir ..." (E3 243-46).

Redskabets reliabilitet og validitet havde ikke indflydelse på beslutningen om at implementere MOHOST (E1 195-98) (E2 256-58) (E3 231-33) (E4 209-14). E2 mente dog, at det var et klart plus, at redskabet var validt og reliabelt, da det var et krav, der blev stillet til undersøgelsesredskaber ved udarbejdelse af kliniske retningslinjer (E2 260-69).

² Canadian Occupational Performance Measure, interviewbaseret undersøgelsesredskab, udviklet af Elisabeth Townsend

5.1.2 Oplevelser med implementering af MOHOST

E3 udtalte, at implementeringen af MOHOST var en langsommelig proces og at det generelt tog lang tid at implementere nye tiltag i praksis (E3 517-20).

Flere informanter påpegede, at manglende tid og ressourcer var en væsentlig årsag til, at MOHOST ikke var implementeret bredere på deres arbejdspladser. Informanterne gav udtryk for, at de og deres kollegaer var engageret i så mange projekter, at der ikke var overskud til at få implementeret MOHOST (E2 522-27) (E3 517-24) (E4 162-79, 201-04).

"Jeg tænker, at en logisk forklaring på den langsomme udbredning også handler om, at "ting tager tid". Vi bliver desuden hele tiden bombarderet med nye tiltag og dokumenteringskrav, som er skal-opgaver, hvilket lader meget lidt tid tilbage, til de faglige initiativer, man kunne have interesse i." (E2 693-96)

Yderligere implementering var således også et spørgsmål om ledelsesopbakning, og E2 og E4 gav udtryk for, at det ikke var et spørgsmål om manglende lyst (E2 661-62, 684-85) (E4 177-80).

På flere af informanternes arbejdspladser var de i gang med at implementere OTIPM³ eller CPPF⁴ som arbejdsprocesmodel, hvilket betød, at mange af deres overvejelser gik på implementeringen af disse, samt hvordan og om MOHOST kunne integreres heri (E2 665-69) (E3 154-61, 755-63, 771-86) (E4 658-70). Desuden nævnte E2, at endnu en grund til at MOHOST ikke var implementeret bredere, kunne være, at hendes kollegaer fandt tryghed i at holde sig til kendte redskaber (E2 194-200).

Flere pointerede, at implementeringen af MOHOST blev besværliggjort af, at manualen ikke var oversat til dansk. Dette betød, at det var tidskrævende at læse manualen, og mente at det for andre kunne virke afskrækkende og som en hindring for at gå i gang (E2 552-55, 678-87) (E4 639-55).

Desuden gjorde E4 opmærksom på, at der kunne opstå problemer, hvis ergoterapeuter ikke oversatte begreberne ensartet og dermed fik forskellige forståelser af, hvad begreberne dækkede over (E4 646-51).

³ Occupational Therapy Intervention Process Model, arbejdsprocesmodel udviklet af Anne Fisher

⁴ The Canadian Practice Process Framework, arbejdsprocesmodel udviklet Helene Palotajko

E3 oplevede ikke, at sproget var nogen hindring, men at det var besværligt at være flere kollegaer om at sætte sig ind i manualen på samme tid. Det virkede bedre, da blot én satte sig ind i manualen, for derefter at gennemgå den i fællesskab (E3 295-314).

Både E3 og E4 oplevede, at manualen var logisk, grundig og let forståelig (E3 314-19).

"... hvis man læser manualen rigtigt godt igennem og bruger alle de ting, der står i den mht. de udvidede kriterier, så får man så meget forærende ift. det man skal lave." (E4 552-53).

E4 udtalte, at manglende kendskab til MOHO var af betydning for, at hendes kollegaer ikke anvendte MOHOST (E4 183-200).

5.1.3 Forventninger til anvendelsen af MOHOST i fremtiden

Alle informanterne var enige om, at MOHOST ville blive anvendt mere konsekvent i den ergoterapeutiske arbejdsproces, samt af flere ergoterapeuter på deres arbejdspladser i fremtiden (E1 424-31) (E2 519-34) (E3 520-21) (E4 664-65). Desuden var flere overbeviste om, at de studerende fremover ville anvende og få glæde af MOHOST (E2 502-04) (E3 538-42) (E4 652-53).

E2 og E3 oplevede, at særligt læger værdsatte, når de præsenterede konkrete skemaer med undersøgelsesresultater. De håbede derfor, at anvendelsen af et validt redskab som MOHOST kunne være med til at højne den faglige respekt blandt andre faggrupper (E2 564-79) (E3 556-85).

"De (lægerne, red.) kan godt lide, når man kommer med nogle skemaer, hvor der er noget helt konkret at forholde sig til. " (E3 560-61)

"Bare dét, at vi kan dokumentere lidt mere og sådan noget, det at vi bliver taget mere alvorligt. At de hører på os, og at de meget gerne vil høre vores vurderinger, og at de bruger tid på: Nå nu kommer ergoterapeuten, nu vil vi gerne lige høre, hvad hun har at sige." (E3 574-77)

E3 havde en forhåbning om, at hun på baggrund af MOHOST kunne udvikle en guide til statusbeskrivelser og vurderinger til kommunen, da den gav en bred vurdering. Hun håbede herved at kunne opnå mere ensartethed i ergoterapeutisk terminologi og praksis (E3 432-52, 488-94). Desuden håbede hun, at MOHOST kunne anvendes til at lave en hurtig vurdering af patienten, således at behov for yderligere undersøgelser blev afdækket og udvikling over tid kunne dokumenteres (E3 445-58, 477-81). Ifølge E4 kunne man yderligere, i forbindelse med indførelsen af Den Danske Kvalitetsmodel, med fordel anvende MOHOST som mål for patientens samlede udvikling og ikke blot for effekten af den ergoterapeutiske behandling (E4 570-75).

For at gøre MOHOST vurderingerne mere synlige ønskede E4 at kunne lægge scoringen ind i EPJ, så andre faggrupper kunne se den i fuld længde (E4 319-28). Endvidere mente hun, at det var væsentligt at oversætte skemaet fra manualen *Quick Guide To Treatment Planning*⁵, da begreberne var anvendelige til at planlægge og dokumentere intervention og målsætning (E4 557-67).

5.2 Udførelse af MOHOST i praksis

5.2.1 Dataindsamling

Der var stor forskel på, hvor lang tid informanterne anvendte til at indsamle data. Det spændte fra en enkelt samtale og observation i aktivitet til ca. 2 måneder (E1 243-49) (E2 355-57) (E3 356) (E4 352). E2 fremhævede, at indlæggelsestiden havde betydning for hvor lang tid, hun anvendte til at indsamle data (E2 355-57). E4 oplyste, at hun indsamlede data løbende og efterhånden vurderede, hvad hun manglede (E4 344-50).

Alle informanterne anvendte observationer fra opstillede aktiviteter eller observationer af patienterne i deres daglige miljø på afdelingen til deres dataindsamling. Desuden anvendte de informationer fra journaler, sygeplejerkardex og fra det øvrige personale (E1 239, 243-53) (E2 331-54) (E3 347-52) (E4 295-99). E2 og E4 oplevede desuden, at pårørende var en væsentlig kilde til information og fremhævede, at de også interviewede patienterne, når dette var muligt (E2 310-26, 341-43) (E4 96-99). For E4 var dette en metode til at fastholde sin klientcentrerede tilgang, som hun kendte den fra den canadiske tankegang. Hun

⁵ Kapitel 10 i MOHOST manualen, om hvordan MOHOST kan anvendes til at sætte mål og planlægge den ergoterapeutiske intervention (20)

fremhævede sit kendskab til COPM som en fordel ift. at tage udgangspunkt i patientens situation (E4 590-603).

"Når man har været vant til at bruge COPM og den canadiske tankegang med klientcentrering, så kan man godt studse og komme på bagben i og med at begynde at bruge et redskab, der fuldstændig udelukkende er baseret på observationer, og det kan blive meget lidt klientcentreret, hvis ikke man er virkelig opmærksom. Der er ofte stor forskel på, hvad patienten oplever og, hvad vi oplever." (E4 584-88)

Nogle informanter nævnte, at MOHOST var velegnet til at observere patientens ressourcer og begrænsninger, og de følte, derved at de kom godt omkring patienten i deres observationer (E1 463-64) (E3 385, 414-22). Flere oplevede, at anvendelsen af MOHOST hjalp dem til at blive opmærksomme på mulige problemer inden for andre områder end dem, som afdelingen var specialiseret i, hvilket sikrede en bredere tilgang til patienten (E2 471-81) (E3 414-22).

Informanterne fremhævede, at MOHOST var et godt redskab pga. flere mulige metoder til dataindsamling. MOHOST var meget anvendelig til patienter uden sygdomsindsigt og som var svage i kontakten, da den var observationsbaseret. Dette betød, at den kunne udføres tidligt i forløbet, og uden at det skadede relationen til patienten, da terapeut og patient ikke behøvede at sidde med redskabet mellem sig (E1 406-12, 465-70) (E3 630) (E4 232-36, 478-86).

"Det er fx det at det kan bruges på første dag, og uanset om de har selvindsigt. Det er en meget meget stor fordel for os" (E4 540-42)

E4 fremhævede, at det var en stor styrke ved MOHOST, at hun til forskel fra andre redskaber kunne udfylde den udelukkende ud fra observationer (E4 232-36). Flere af informanterne fremhævede det som en styrke, at de kunne indhente data på forskellig vis, fra forskellige kilder, og at ergoterapeuten ikke skulle være kalibreret (E2 443-45, 545-552) (E3 635-36). E1 og E4 udtalte, at anvendelsen af MOHOST havde gjort dem mere strukturerede i deres dataindsamling (E1 472) (E4 387-95, 485-86).

Informanterne pegede på vigtigheden i at indhente viden bredt og af at lære patienten at kende, inden de udførte scoringen, da de ellers risikerede at tegne et misvisende billede af patienternes aktivitetsdeltagelse (E1 329-47) (E2 623-29) (E3 367-69).

5.2.2 Scoring

Efter at have udført screeningen flere gang, oplevede de at kunne udfylde scoringen hurtigere end i starten og brugte fra 10 min. til ca. 45 min (E1 258-61) (E2 360-67) (E3 360) (E4 226-27). Efter at have lavet selve scoringen mange gange oplevede E4, at den var mindre omfattende end den umiddelbart virkede (E4 358-59) og ligesom E3 oplevede hun, at kendskabet til AMPS, ACIS⁶ og ESI⁷ hjalp dem i scoringen (E3 395-400) (E4 390-92). E4 fortalte, at hun ikke altid udfyldte scoringsarket, men i nogle tilfælde anvendte det som sin egen checkliste til at huske, hvad hun skulle omkring, og hvad hun manglede af informationer. Andre gange udfyldte hun scoringsarket fra ende til anden (E4 248-69). Hun oplevede, at det var vigtigt at tilføje forklaringer til scoringerne for at kunne anvende dem senere i sin dokumentation (E4 308-10, 623-31).

"Der skal altid ord til at forklare, hvad det er, man ser og eksempler og sådan nogle ting. Så på den måde, synes jeg, man skal også ligesom være opmærksom på dét, man ikke ser. " (E4 625-27)

E4 forholdte sig kritisk til, at MOHOST ikke nødvendigvis kunne rumme alle patienter fuldt ud, da fx diagnoser og symptomer ikke blev dækket af screeningen (E4 610-19). Desuden oplevede hun, at det var væsentligt for patienternes generelle aktivitetsdeltagelse, om de kunne definere egne interesser (E4 413-25).

5.2.3 Resultat af screening

Alle informanter oplevede, at MOHOST gav et godt og bredt billede af patientens ressourcer, begrænsninger og aktivitetsdeltagelse, da de kom godt omkring patienten i de seks områder (E1 463-64) (E2 539-43) (E3 385, 414-22) (E4 386-87, 542-51). Desuden fremhævede nogle, at MOHOST var et særligt godt redskab i begyndelsen af patientforløbet, da den gav et godt overblik og et hurtigt resultat. Dette var en årsag til, at de anså MOHOST som værende anvendelig både i akut somatisk og psykiatrisk regi,

⁶ Assessment of Communication and Interaction Skills, undersøgelsesredskab udviklet af Kirsty Forsyth

⁷ Evaluation of Social Interaction, undersøgelsesredskab udviklet af Anne Fisher

hvilket en informant oplevede, at andre redskaber ikke kunne bidrage med (E1 406-09) (E2 549-50) (E4 228-30). Informanterne oplevede, at resultatet fra screeningen dækkede bredt, men ikke i dybden ift. de enkelte områder og problematikker, hvilket dog ikke blev oplevet som et problem (E2 429-31, 540-41) (E3 629-35).

"Altså det jeg så er nået frem til, det er jo at det er en screening. Med den begrundelse at jeg er AMPS kalibreret og jeg kender til ESI, og det vil sige, at når jeg kommer ned i nogle af de områder, så kan jeg se at den er meget overfladisk." (E1 221-24)

Informanterne havde erfaret og var opmærksomme på, at resultatet var et øjebliksbillede, og at det for nogle patienter hurtigt kunne ændre sig. Dette betød, at de skulle passe på med at score, før de kendte patienten tilstrækkeligt (E1 263-68) (E2 602-11, 624-29).

"Det er måske specielt med nogle bestemte typer af vores patienter, der kan svinge enormt meget fra dag til dag. Det kunne måske være sådan lidt halv farligt ... eller man skal i hvert fald hele tiden have respekt for, at det er et øjebliksbillede, og at det kan se anderledes ud." (E2 608-11)

E1 og E2 gav begge forslag til, hvordan de ville kompensere for resultatet af en scoring med patienter, hvis aktivitetsdeltagelse hurtigt ændrede sig. De forsøgte at tegne et overordnet og generelt billede af patienten ud fra flere scoringer, og mente at det var vigtigt at argumentere herfor og tilføje uddybende forklaringer til resultatet (E1 291-304) (E2 614-23).

5.2.4 Området omgivelser

Informanterne og deres studerende oplevede, at området *omgivelser* medførte en del vanskeligheder pga. tvivl om, hvordan omgivelserne skulle scores og hvilke omgivelser, der var mest hensigtsmæssige at score ift., når patienten var indlagt (E1 374-75) (E2 370-71) (E3 684-89). E2 oplevede, at det var let nok at score de udvidede kriterier til *omgivelserne*; *fysiske omgivelser og fysiske ressourcer*. Hun fandt det derimod svært at score *sociale grupper* og *aktivitetskrav* på et somatisk sygehus, hvor patienterne kun var indlagt i meget korte perioder. Hun forsøgte at kompensere ved at danne sig et overordnet billede af

emnerne ift., når patienten skulle udskrives, hvilket betød, at hun således scorede ud fra to forskellige omgivelser i samme scoring (E2 369-416).

”Når jeg scorer på den, så går jeg egentligt ind og scorer på noget overordnet. Jeg scorer på den viden jeg har ift. min opfattelse af de sociale grupper relateret til patienten. Og det samme med aktivitetskravene – jamen er det aktivitetskravene her inde på sygehuset, eller er det de aktivitetskrav, som hun kommer til at møde, når hun kommer hjem?” (E2 393-97)

E2 oplevede på denne måde, at MOHOST var knap så velegnet til patienter, der befandt sig i midlertidige omgivelser og stillede spørgsmål ved, hvor vigtigt det var at forholde sig til de midlertidige omgivelser frem for patientens naturlige omgivelser (E2 632-53).

Flere informanter holdte sig konsekvent til at score ud fra de omgivelser, de observerede i på afdelingen og oplevede, at omgivelserne havde stor betydning for udfaldet af de andre områder, fx påvirkede det patientens motivation for aktivitet at være indlagt (E3 670-71) (E4 356-57). E3 fremhævede, at det derfor var vigtigt at observere i patientens nærmiljø, hvis hun skulle have det rigtige billede af patienten, men påpegede, at det ikke altid var muligt (E3 684-89).

5.3 Anvendelse af resultater

5.3.1 Dokumentation

Informanterne oplevede, at resultaterne fra MOHOST kunne anvendes som dokumentation og ramme for indholdet i deres formidling af patientens aktivitetsdeltagelse på tværfaglige konferencer (E1 292-95, 378-82) (E2 447-50) (E4 282-86).

Ifølge E1 og E4 var MOHOST velegnet til at blive gentaget flere gange i patientforløbet og dermed til at dokumentere patientens udvikling i aktivitetsdeltagelse over tid (E1 315-20, 462-63) (E4 238). Endvidere oplevede E4, at MOHOST var et rigtigt godt redskab at anvende, når patienterne skulle udskrives, fordi den kunne anvendes i forskellige omgivelser, fx ved hjemmebesøg og udredning af patienternes behov ved udskrivelse (E4 683-86).

Alle informanterne oplevede, at MOHOST gav dem nogle gode begreber, et resultat og en struktur, som med fordel kunne anvendes til skriftlige dokumentation, fx journal- og afslutningsnotater, funktionsbeskrivelser og genoptræningsplaner. Desuden kunne egne notater fra observationerne med fordel anvendes direkte i dokumentationen (E1 393-94, 465) (E2 450-54, 485-87) (E3 360, 376-79) (E4 307-16, 569-70).

"Da jeg skrev journalnotat på denne hér, da brugte jeg de overskrifter, der er hér med motivation for aktivitet, aktivitetsmønstre, kommunikation osv.. Jeg brugte de overskrifter, og så skrev jeg sammen – sammenskrev jeg de ting, der ligger underneden, altså de der 4 underpunkter der er under hver. Dem sammenskrev jeg i en vurdering, sådan så det blev begribeligt" (E3 613-17)

E3 påpegede, at det både var en styrke og en svaghed, at MOHOST var omfattende ift., hvor bredt den screenede. Det medførte, at hun skulle begrænse sig, når hun skrev journalnotat (E3 706-21). Ligeledes oplevede E2, at MOHOST var omfattende ift. det administrative arbejde, men at tiden var godt givet ud.

"... altså mængdemæssigt er det måske mere arbejde at lave en MOHOST, men man kan jo sige, du har jo så også et resultat, som du kan føre direkte ind i din genoptræningsplan." (E2 590-92)

5.3.2 Yderligere undersøgelser og intervention

Informanterne oplevede, at de med fordel kunne anvende MOHOST til at afklare behovet for yderligere undersøgelser. De erfarede, at MOHOST gav dem et hurtigt og overordnet billede af hvilke områder, der skulle undersøges nærmere og hvilke redskaber, der var egnede til de respektive områder (E1 220-29, 272-74) (E4 270-72).

"Det giver et godt overblik, et ret hurtigt overblik som man kan arbejde videre med og evt. sætte en AMPS i gang eller ESI." (E1 461-62)

"Du kommer jo ikke sådan helt i dybden. Men det er ikke nødvendigvis et problem, fordi det at du udfører den MOHOST, det kan jo så gøre, at du kan se; nå, men hvor er det så henne, jeg har brug for at komme lidt mere i dybden? - og hvilke redskaber kan jeg så bruge til det?" (E2 540-43)

Flere informanter udtalte, at de anvendte MOHOST i forbindelse med målsætning og behandlingsplanlægning og dermed til at igangsætte aktiviteter (E1 388-90) (E4 273-75, 563-65). E4 pointerede, at oversigten *Quick Guide to Treatment Planning* fra manualen var meget væsentlig at anvende til planlægning af intervention (E4 553-57). De præciserede, at MOHOST blev anvendt til at afklare hvilke aktiviteter, der var relevante for patienten at deltage i. MOHOST hjalp til hurtigt at afdække, hvad der virkede henholdsvis hæmmende og fremmende for patienten og til at komme omkring patientens interesser, styrker og ressourcer. Yderligere gav resultaterne et billede af, hvilken støtte patienten havde brug for, for at kunne udføre de aktiviteter, patienten var motiveret for (E1 235-38, 437-38) (E4 286-89).

"... bruge MOHOST til at finde ud af ... hvor deres styrker, ressourcer og interesser er. Hvis man scorer dem på et tidligt tidspunkt, kan man finde ud af hvilke aktiviteter skal man tilbyde dem." (E4 687-89)

E2 udtalte, at indenfor det somatiske område var patientforløbene så korte, at hun ikke havde mulighed for at anvende resultaterne til planlægning af intervention eller resultattmåling. Hun fortalte, at kommunerne ikke lavede opfølgende screeninger i det rehabiliterende forløb (E2 483-506).

5.4 Synliggørelse af ergoterapi

Generelt oplevede informanterne, at anvendelsen af MOHOST hjalp dem og deres studerende til at være mere sikre, tydelige, konkrete og nuancerede i deres kommunikation med andre faggrupper (E1 435-46) (E4 511-25).

"Altså, man bliver jo lidt mere konkret i sin måde at fremlægge tingene på." (E1 435)

"Og jeg oplever helt klart, at det har givet dem (studerende, red.) en eller anden form for sikkerhed ift. den næste tværfaglige konference ..." (E2 250-51)

Alle informanterne pointerede, at begreberne fra MOHOST med fordel kunne anvendes til at dokumentere og formidle deres resultater, og til at gøre deres arbejde mere forståeligt for andre faggrupper (E1 456) (E2 555-58, 582-88) (E3 613-22) (E4 516-19).

"... det (begreberne fra MOHOST, red.) har gjort mig mere klart, hvad det er jeg har fokus på, mere struktureret og meget mere nede i detaljerne i, hvad er det egentligt jeg snakker om..." (E4 529-31)

E1 udtalte, at undersøgelsesredskaber generelt skabte bedre forståelse fra andre faggrupper (E1 75-77), og E2 oplevede, at genoptræningsplaner var mere værd både for hende selv og for modtageren, når hun indsatte resultater fra en konkret undersøgelse (E2 594-99). E1 fremhævede, at anvendelsen havde påvirket hendes faglighed (E1 450).

E4 understregede, at det var godt, at MOHOST var udviklet specielt til ergoterapi og derfor havde et kernefagligt fokus på *aktivitetsdeltagelse* og patientens ressourcer, samt at redskabet hjalp til at koble ergoterapeutisk teori og praksis sammen (E4 452-56, 468-69, 545-51, 581-84).

5.5 Grafisk fremstilling af resultater

De fundne resultater er her fremstillet grafisk for at overskueliggøre essensen visuelt.



6 Diskussion

Diskussionen inddeles i samme overskrifter som resultatafsnittet: Implementering af MOHOST, Udførelse af MOHOST i praksis, Anvendelse af resultater og Synliggørelse af ergoterapi. Efterfølgende vil vi diskutere projektets design, materiale og metode, samt projektets pålidelighed, troværdighed, overførbarhed og den anvendte litteratur.

6.1 Implementering af MOHOST

Informanterne valgte at implementere MOHOST, da screeningen var observationsbaseret og bl.a. kunne give et hurtigt overblik, en bred vurdering, samt anvendes tidligt i forløbet.

Disse resultater underbygges af britiske ergoterapeuter, idet deres begrundelser for valg af MOHOST var meget lig informanternes (24). Muligheden for at udføre en hurtig undersøgelse af patienten, var ligeledes afgørende for danske ergoterapeuters valg af andre redskaber (12).

Redskabets reliabilitet og validitet var ikke vigtig for informanternes valg af implementeringen af MOHOST. Blot én af informanterne nævnte, at det var en fordel, at redskabet var reliabilitet og validt, da det derved levede op til krav udarbejdet i stedets kliniske retningslinjer. En sådan lav prioritering af et undersøgelsesredskabs reliabilitet og validitet synes dog ikke at være usædvanlig blandt ergoterapeuter. Flere har fremført, at ergoterapeuter baserer deres praksis på erfaringer og intuition frem for videnskabeligt dokumenterede metoder og undersøgelsesredskaber (4,55). I studier blev det ligeledes påvist, at ergoterapeuter anvendte klinisk erfaring frem for evidensbaseret praksis, og at ergoterapeuter ofte anvendte ikke-standardiserede redskaber (5,18,56-58). En dansk undersøgelse viste, at validitet kun var det femte højest prioriterede krav, som ergoterapeuter stillede til de redskaber, de anvendte. Det var vigtigere, at redskaberne let kunne anvendes tværfagligt, at de var hurtige at bruge, at de kunne være målsættende for interventionen, og at de passede ind i arbejdspladsens referenceramme (12).

Implementering af MOHOST var en krævende proces, hvilket kom til udtryk i resultaterne. Informanterne fremkom alle med begrundelser for, hvorfor redskabet ikke var implementeret bredere og mere konsekvent på deres arbejdspladser. De fremhævede manglende tid, ressourcer og prioritering som væsentligste årsager hertil.

Ifølge Parkinson var det et mål med udviklingen af MOHOST, at redskabet skulle være hurtigt for ergoterapeuten at lære at anvende (59). I manualen anføres det dog, at det er forventeligt, at det kan tage tid at integrere redskabet i praksis (20).

Som det fremgår af teori om kvalitetsudvikling, skal en sådan proces prioriteres af ledelsen og tildeles tilstrækkelig tid og ressourcer, hvilket kan forklare, hvorfor informanterne oplevede manglende tid og ressourcer som en hindring for processen (60). At ledelsen ikke var indblandet, kan if. teorien forklare, hvorfor implementeringen af MOHOST ikke blev højt prioriteret, og at informanterne stod alene med opgaven og ansvaret for at prioritere MOHOST. Dette kunne være en årsag til, at informanterne ikke fik stillet den nødvendige tid og ressourcer til rådighed, idet andre tiltag blev prioriteret højere. Både en dansk og en britisk undersøgelse vedrørende implementering af AMPS viste ligeledes, at succesfuld implementering var afhængig af tilstrækkelig tid og ressourcer, samt af opbakning fra ledelsen (61,62). Således kan manglende ledelsesopbakning forklares som en hindring for implementeringen af MOHOST.

Vores undersøgelse viste desuden, at informanterne oplevede forskellige hæmmende faktorer for, at MOHOST blev implementeret bredere på deres arbejdspladser: Det kunne være et problem med kollegaernes manglende kendskab til MOHO og tryghed ved at holde sig til kendte redskaber, at manualen var omfattende og ikke var oversat til dansk, samt usikkerhed om hvorvidt redskabet kunne integreres i de anvendte arbejdsprocesmodeller.

Disse hæmmende faktorer kan ifølge Everett Rogers *Diffusionsteori* beskrives ud fra fem forhold, som har indvirkning på, om et budskab bliver formidlet effektivt. Dette er nødvendigt for, at personer tager ny viden til sig og handler herpå. De fem karakteristika er: *Relativ gevinst, kompatibilitet, kompleksitet, afprøvelighed og synlighed* (63,64). Af disse fem synes de tre første at være af særlig betydning for implementeringen af MOHOST.

For at der er en *relativ gevinst* ved at implementere MOHOST, skal den subjektive oplevelse heraf have større værdi end oplevede alternativer, som fx at fastholde de nuværende arbejdsmetoder (63). At informanternes kollegaer ikke umiddelbart oplevede en relativ gevinst, kan således ud fra teorien forklares som en årsag til, at de var tilbageholdende. Fx oplevede en informant, at kollegaers manglende interesse i MOHOST skyldtes trygheden ved at anvende kendte redskaber. Denne følelse af tryghed kan ud fra Diffusionsteorien forklares som værende mere værdifuld, end de fordele kollegaerne potentielt kunne opnå ved at anvende MOHOST.

Et studie omhandlende implementering af OTIPM viste, at kollegaer med manglende entusiasme og opbakning til nye tiltag ofte fejlagtigt blev kritiseret for at være imod forandring og alt, hvad der var nyt. Det kunne i stedet være udtryk for andre faglige værdier og synspunkter, hvorfor man skal være forsigtig med at konkludere, at manglende entusiasme hos informanternes kollegaer, skyldes modstand mod forandring (65,66). Netop andre faglige værdier kan ifølge Diffusionsteorien være et udtryk for, at MOHOST

ikke var *kompatibel* for informanternes kollegaer. Kompatibilitet handler om, hvorvidt MOHOST som redskab var foreneligt med arbejdsforhold, værdier og erfaringer, og dermed hvorvidt det gav mening at anvende (63). På baggrund af teorien kan informanternes usikkerhed omkring muligheden for at integrere MOHOST i arbejdsprocessmodeller, såsom OTIPM og CPPF, ses som et udtryk for, at der er tvivl om, hvorvidt MOHOST er kompatibel med disse modeller. Således kan denne usikkerhed forklares som en hæmmende faktor implementeringsprocessen.

Ifølge Diffusionsteorien skal *kompleksiteten* ligeledes være passende for modtageren (63). Vores informanter oplevede, at kollegaernes manglende kendskab til MOHO, samt manualens sprog og omfang virkede som en barriere for, at kollegaerne implementerede redskabet. Derfor kunne det ifølge teorien tyde på, at manualen var for kompleks for nogle ergoterapeuter at sætte sig ind i.

På baggrund af ovenstående er det således relevant at forholde sig til de omtalte hæmmende faktorer, hvis MOHOST i fremtiden skal implementeres bredere, da de synes at besværliggøre implementeringsprocessen.

På trods af de oplevede hæmmende faktorer, var informanterne enige om, at MOHOST i fremtiden ville blive yderligere udbredt og anvendt mere konsekvent. En informant udtrykte i den forbindelse, at MOHOST med fordel kunne anvendes til at dokumentere hele patientens udvikling. I den sammenhæng skal man dog være opmærksom på, at MOHOST ikke kan undersøge og ej heller måle og dokumentere, andet end de dele af *aktivitetsdeltagelse*, redskabet er udviklet til og testet for. Validitet, herunder indholds- og begrebsvaliditet, sikrer, at redskabet undersøger det tilsigtede (13,39). Man må derfor anvende andre redskaber til at dokumentere andre aspekter af patientens udvikling.

Desuden synes det vigtigt, at det er ergoterapeuter, der udfører MOHOST, da det er nødvendigt, at det er personer med kendskab til MOHO, fordi det er disse forhold redskabet er valideret under (20). Det er således ikke nok blot at se på, hvorvidt redskabet er validt og reliabelt, men for at opretholde en god kvalitet skal redskabets anvisninger følges (13).

Opsummering

Informanterne valgte at anvende MOHOST, da den kunne give et hurtigt overblik, en tidlig og bred vurdering, samt at den var observationsbaseret. Set på baggrund af diskussionen synes det ikke ualmindeligt, at redskabets reliabilitet og validitet ikke var afgørende for informanterne. Manglende tid og ressourcer kan ud fra teori om kvalitetsudvikling forklares som en barriere for implementeringsprocessen. Set ud fra Diffusionsteorien kan det forklares, hvorfor manglende entusiasme blandt kollegaer, manglende kendskab til MOHO,

manualens omfang og sprog, samt usikkerhed omkring MOHOSTs forenelighed med arbejdsprocesmodeller blev oplevet som hæmmende faktorer for implementeringsprocessen.

6.2 Udførelse af MOHOST i praksis

Resultaterne viste, at informanterne generelt oplevede, at MOHOST hurtigt kunne udføres og derfor var anvendelig både på et akut somatisk og psykiatrisk sygehus. De anvendte fra én enkelt dag og op til to måneder på at indsamle data. Ifølge manualen, er der ingen konkrete retningslinjer for, hvor lang tid der skal anvendes hertil. Det vigtige er derimod, at ergoterapeuten lærer patienten at kende og at patientens aktivitetsdeltagelse ikke ændrer sig væsentligt i den periode, hvor data indsamles (20). Parkinson peger på, at fire seancer er passende, og at ergoterapeuten risikerer at få et fejlagtigt billede af patientens aktivitetsdeltagelse, hvis screeningen udfyldes på baggrund af ét enkelt møde (20,24,67). Den meget korte dataindsamlingsperiode kan således være en forklaring på, hvorfor nogle informanter oplevede, at resultatet var et øjebliksbillede.

På den anden side harmonerer en dataindsamlingsperiode på to måneder ikke med, at MOHOST er et screeningsredskab. Ifølge Parkinson er hensigten med redskabet netop, at det anvendes som en screening og derfor skal være ligetil og hurtigt at anvende (20,59). Informanten, der anvendte to måneder til dataindsamling, brugte denne tid ved sin første screening. En mulig forklaring på den lange anvendelse kan derfor være manglende erfaring. Der synes altså at være en uoverensstemmelse mellem retningslinjerne for redskabet og informanternes såvel meget korte som lange dataindsamlingsperiode. På baggrund af ovenstående vil hverken en meget kort eller lang dataindsamlingsperiode vil være hensigtsmæssig.

Informanterne anvendte forskellige metoder til dataindsamling i tråd med manualens forskrifter (20). De fremhævede vigtigheden i at indhente viden bredt og oplevede en fordel ved at kunne kombinere observationer af patienten i aktivitet med udtalelser fra det øvrige personale og pårørende. Det at udførelsen af MOHOST ikke krævede interview med patienterne, blev fremhævet som en styrke, da det gav mulighed for at lave vurderinger af patienter med selv begrænset sygdomsindsigt og kommunikationsevne. Dette blev desuden oplevet af to britiske ergoterapeuter i akut psykiatrien, hvor MOHOST via dens observationsbaserede tilgang muliggjorde en hurtig indsamling af den nødvendige viden om patienterne (21). Manualen fremhæver netop MOHOST som værende ideel til sådanne patienter, da de ikke er i stand til at deltage i længerevarende interviews (20). Således

synes det som en væsentlig fordel ved MOHOST, at ergoterapeuten kan anvende forskellige dataindsamlingsmetoder, herunder særligt observation.

Blot to af informanterne nævnte, at de inddrog patienterne i dataindsamlingen, når dette var muligt. En informant påpegede, at dette var en metode til at fastholde en klientcentreret tilgang, da der ofte var stor forskel på patientens og terapeutens oplevelser.

En klientcentreret tilgang indebærer if. både MOHO og det canadiske materiale, at interventionen bl.a. sker i et aktivt og respektfuldt samarbejde mellem klient og terapeut. Hvis patienten ikke er i stand til at være aktiv i dette samarbejde, er det ifølge teorierne terapeutens opgave at være særligt opmærksom på at respektere klientens ønsker, behov og værdier (19,32). Kielhofner påpeger, at dette bl.a. kan gøres igennem særligt fokus på observation af klientens viljemæssige system (32). Observationer af området *Motivation for aktivitet* i MOHOST giver et billede af patientens vilje, som det kommer til udtryk i dennes handlinger, hvorved en klientcentreret tilgang muliggøres. Dog pointerer Parkinson i manualen, at patienten skal inddrages aktivt i interventionen, så snart dette er muligt. Dette kan gøres igennem andre dataindsamlingsmetoder, fx ved interview eller ved at anvende andre redskaber. Desuden fremhæver hun, at klientcentrering ikke alene ligger i redskabet, men i den terapeutiske tilgang (20).

MOHOST synes således at kunne anvendes i en klientcentreret praksis. Det kræver dog, at ergoterapeuten er opmærksom på klientcentreringen i tilgangen til patienten og i anvendelsen af redskabet, herunder hvilke metoder hun anvender til at indsamle data.

Nogle informanter udviste usikkerhed og uenighed om, hvordan de skulle håndtere scoringen af en patient med svingende aktivitetsdeltagelse. De problematiserede, at screeningen tegnede et øjebliksbillede, da patientens aktivitetsdeltagelse kunne ændres meget hurtigt. De forsøgte i stedet at give et generelt og overordnet billede ved at sammenkrive flere scoringer og ved at tilføje kommentarer om patienternes tilstand i den pågældende scoring. Der findes ingen klare retningslinjer for, hvorledes en sådan situation skal håndteres, og det fremgår af manualen, at det kan være vanskeligt at anvende MOHOST, hvis aktivitetsdeltagelsen svinger meget. Den lægger op til, at ergoterapeuten må vurdere, hvordan det mest dækkende billede tegnes i hver situation (20).

Efter korrespondance med Gary Kielhofner og Sue Parkinson (se bilag J og K) tydeliggøres det, at der mellem disse også er uenighed om, hvorledes dette dilemma skal håndteres i praksis. Parkinson anbefaler, at udføre to separate screeninger; en retrospektiv for den initiale aktivitetsdeltagelse og en screening visende den aktuelle deltagelse. Alternativt anbefaler hun, at ergoterapeuten danner sig et generelt overblik og scorer på det lavest observerede niveau. Hertil skal tilføjes kommentarer, der så vidt muligt forklarer graden af

udsving, samt plausible årsager hertil. Kielhofner tilsluttede sig Parkinsons anbefalinger om tilføjelse af forklaringer, men anbefaler derimod at score på det højeste niveau af observeret aktivitetsdeltagelse. Han fremhæver endvidere manualens anbefaling om, at ergoterapeuten skal vurdere den enkelte situation og på baggrund heraf træffe valg om scoringsprocedure.

Scoring af *omgivelser* var et andet område, hvor samtlige informanter og deres studerende oplevede vanskeligheder. Manualen angiver, at ergoterapeuten kan udføre scoringen baseret på patientens handlinger, som de fremstår i hospitalssammenhænge. Såfremt der er store forskelle mellem en scoring foretaget på hospitalet og på de informationer, ergoterapeuten har om patientens naturlige omgivelser, så anbefales det, at terapeuten foretager en scoring ud fra et hjemmebesøg. Vores informanter påpegede netop betydningen af hjemmebesøg, men mente, at det var vanskeligt at udføre i praksis pga. manglende ressourcer. Denne uoverensstemmelse kan således påvirke den *kliniske anvendelighed* af MOHOST.

Ligesom informanterne har to udenlandske undersøgelser fremhævet usikkerhed vedr. scoring af området *omgivelser* (25,43). Kielhofner udtaler i vores korrespondance vedr. denne problematik, at hvis ergoterapeuten ikke har tilstrækkelige informationer om et emne under området, kan scoring af dette emne undlades (se bilag K). Der er således flere meninger og ikke entydige retningslinjer for de to ovennævnte vanskeligheder i forbindelse med scoringen. Dette kan være en forklaring på, hvorfor informanterne scorede på forskellig vis. Intertester-reliabiliteten ved MOHOST, som ellers var påvist til at være god (25), svækkes, såfremt ergoterapeuter ikke scorer efter ensartede retningslinjer. Dette skyldes, at forskellige måder at score på medfører, at der vil fremkomme forskellige og dermed upålidelige resultater (13,37).

Anvendelsen af MOHOST havde givet informanterne mere struktur i deres dataindsamling, og de oplevede, at de kom bredt omkring patientens aktivitetsdeltagelse igennem de seks områder. Denne erfaring deltes af ergoterapeuter fra Storbritannien, som yderligere oplevede, at MOHOST hjalp dem til at arbejde holistisk med klienterne (24).

De seks områder som undersøges i MOHOST udgør netop aktivitetsdeltagelse, som den beskrives i MOHO (20,26). Såfremt man undlader at score omgivelserne, hvis de krævede informationer ikke er tilgængelige, vil screeningen ikke give et fyldestgørende billede af aktivitetsdeltagelse. Som beskrevet i teorigennemgangen arbejder Kielhofner med både begrebet *aktivitetsudøvelse* og *aktivitetsdeltagelse*, hvor sidstnævnte ses som ergoterapiens kernefokus (32). Det canadiske materiale, og herunder P-E-O-modellen, arbejder med begrebet *aktivitetsudøvelse*, som de mener, afspejler det ergoterapeutiske

kerneområde (68). Det skal her pointeres, at disse to forskellige begreber for ergoterapiens kernefokus dækker over forskellige definitioner, hvilket medfører et forskelligt fokus i den ergoterapeutiske intervention. Parkinson beskriver, at fokus for MOHOST netop er at tegne et bredt billede af aktivitetsdeltagelse uafhængigt af bl.a. symptomer og diagnoser (20,59). En informant påpegede, at MOHOST ikke tager hensyn til fx patientens diagnose, hvilket hun oplevede som en mangel. Ved udførelse af MOHOST er det således vigtigt at være opmærksom på, at forhold, der ikke er en del af MOHOs definition på aktivitetsdeltagelse, således ikke screenes ved udførelse af MOHOST (27,43).

Opsummering

Der var meget stor forskel på den tidsperiode informanterne anvendte til at indsamle data, men hverken en meget kort eller en meget lang tidsperiode er hensigtsmæssig. Det synes muligt at anvende MOHOST i en klientcentreret praksis, så længe terapeuten inddrager klienten, når det er muligt, og respekterer denne. I forbindelse med scoring af en patient med svingende aktivitetsdeltagelse og området *omgivelser*, opstod der usikkerhed, idet der ikke findes klare retningslinjer herfor. Dette kan have svækket redskabets intertester-reliabilitet og dermed pålideligheden af undersøgelsens resultat. MOHOST giver et godt billede af patientens aktivitetsdeltagelse, som denne defineres i MOHO, og screener således ikke aspekter, der falder uden for denne definition.

6.3 Anvendelse af resultater

Informanterne oplevede, at resultaterne fra MOHOST var velegnet til dokumentation, herunder resultatmåling. Manualen anfører, at MOHOST er velegnet til systematisk at kunne dokumentere terapeutens observationer af klientens aktivitetsdeltagelse og ændringer heraf (20). Netop redskabets anvendelighed som resultatmål blev særlig værdsat af ergoterapeuter i en britisk undersøgelse (24). Endvidere har andre undersøgelser vist, at anvendelsen af redskaber som COPM, AMPS og Screening Assessment Form havde positiv indvirkning på ergoterapeuters oplevelse af at dokumentere og kvaliteten af deres dokumentation (62,69,70).

Netop det at kunne dokumentere er et krav, som ergoterapeuter i stigende grad mødes af, jf. problembaggrunden. En dansk undersøgelse har derudover vist, at ergoterapeuter dokumenterede meget forskelligt i journaler, og en canadisk artikel har beskrevet manglen på praktiske retningslinjer for dokumentation (69,71,72).

Ovenstående tyder på at MOHOST er anvendeligt til at imødekomme krav til dokumentation. Dog må vi henføre til tidligere diskussion om intertester-reliabiliteten, hvor der stilles

spørgsmålstegn ved, hvorledes MOHOST på en valid måde kan anvendes som resultatmål. Upålidelige resultater som følge af manglende intertester-reliabilitet betyder, at resultaterne mister gyldigheden og derved ikke på korrekt vis kan anvendes til dokumentation. En informant udtalte, at hun til tider blot anvendte MOHOST som tjekliste uden at udføre selve scoringen. Det må her pointeres, at MOHOST udelukkende kan anvendes til gyldig dokumentation, såfremt den er udført efter forskrifterne.

Informanterne fremhævede det som en styrke, at de kunne anvende MOHOST til at afklare behovet for yderligere undersøgelser og hvilke redskaber, der kunne anvendes hertil. Da MOHOST er udviklet som et screeningsredskab og undersøger på niveauet *aktivitet* i TCOP-taksonomien er formålet netop at kunne undersøge på, hvilke områder aktivitetsproblemer opstår, og dermed hvor der er behov for yderligere undersøgelser. Manualen indeholder desuden en guide med relevante MOHO redskaber til at undersøge de enkelte områder (20). Endvidere udtalte flere informanter, at de anvendte MOHOST i forbindelse med målsætning og behandlingsplanlægning. Manualen indeholder en guide hertil (20), og undersøgelser har ligeledes vist, at det er en afgørende egenskab ved undersøgelsesredskaber, at resultaterne kan konverteres til målsætninger og anden planlægning af intervention (12,24). Det tyder således på, at MOHOST er egnet ift. at afdække behovet for og guider til yderligere undersøgelser, opstille mål samt planlægge den videre behandling.

Opsummering

Informanterne oplevede, at resultaterne fra MOHOST var anvendelig til dokumentation, at planlægge den videre intervention, herunder afdække behov for yderligere undersøgelser. For at kunne anvende resultaterne til dette, kræver det dog, at resultaterne er pålidelige.

6.4 Synliggørelse af ergoterapi

Informanterne oplevede, at anvendelsen af MOHOST påvirkede deres, og de studerendes, faglighed gennem øget sikkerhed og tydelighed i kommunikation med andre faggrupper, idet de var blevet mere konkrete og nuancerede i deres formidling. Muligheden for at kunne dokumentere på en systematisk måde, og derigennem styrke det ergoterapeutiske arbejde i det tværfaglige team, er ifølge manualen også et vigtigt formål med redskabet (20). Britiske ergoterapeuter oplevede lignende ved anvendelsen af MOHOST, da de værdsatte MOHOST som et brugbart format til udarbejdelse af rapporter og i kommunikationen med det tværfaglige team. Anvendelsen højnede ergoterapeuternes faglige profil og den ergoterapeutiske berettigelse, idet andre faggrupper fik en bedre forståelse for deres rolle

(24). Det fremgik af to canadiske undersøgelser, og pointeres i flere artikler fra Ergoterapeuten, at anvendelsen af relevante redskaber og metoder giver mulighed for at dokumentere det ergoterapeutiske arbejde og for at arbejde evidensbaseret. Dette fremhæves som vigtige faktorer for at kunne synliggøre ergoterapi og for ergoterapeuters følelse af faglig tilfredshed (69,73-76). Desuden pointeres det i en dansk artikel, at ergoterapeuter via evidens kan fremhæve professionens styrker, herunder hvordan ergoterapeuter kan supplere andre fag. Det er vigtigt at styrke ergoterapeuters relationer til andre faggrupper og derved holde fast i kernefagligheden og det ergoterapeutiske speciale (4). Set ud fra ovennævnte erfaringer synes det således ikke overraskende, at anvendelsen af MOHOST, og derigennem muligheden for at kunne dokumentere på en systematisk måde, styrker følelsen af faglighed.

Informanterne oplevede, at anvendelse af begreberne fra MOHOST i dokumentation og formidling generelt, gav en øget forståelse fra andre faggrupper. Manualen fremhæver da også, hvorledes begreberne i MOHOST kan anvendes til at definere og videreformidle kernen i det ergoterapeutiske arbejde på en klar og effektiv måde (20). Britiske ergoterapeuter har ligeledes positive erfaringer med anvendelsen af begreberne fra MOHOST i tværfagligt samarbejde, idet MOHOST anvender en simpel og letforståelig ergoterapeutisk terminologi (21,24). Desuden har en amerikansk undersøgelse vist, at ergoterapeuter oplevede, at anvendelsen af MOHO-modellen, og hertil hørende redskaber, gav mere indflydelse og respekt fra andre faggrupper, idet ergoterapeuterne bedre var i stand til at formidle betydningen af ergoterapeutisk intervention (15). Svenske undersøgelser har desuden vist, at det er vigtigt, at ergoterapeuter anvender en let forståelig terminologi, der afspejler professionens aktivitetsfokus (10,77). Det tyder således på, at anvendelsen af en letforståelig faglig terminologi har positiv effekt på ergoterapeuters position i det tværfaglige team og deres evne til at formidle ergoterapis betydning. Dette syntes MOHOST at kunne bidrage med.

Vores resultater viste desuden, at informanterne oplevede MOHOST som velegnet til at lære MOHO teorien at kende, samt til at sammenkoble teori og praksis. Det blev fremhævet som en fordel, at MOHOST havde et ergoterapeutisk kernefagligt fokus. Lignende erfaringer blev fundet i en undersøgelse af ergoterapeuters erfaringer med MOHOST i Storbritannien (24). En høj grad af fokus på aktivitet opleves ligeledes som en stor fordel af nogle danske ergoterapeuter, der har erfaring med anvendelse af OTIPM (78). Det tyder således på, at det er en fordel, at MOHOST er udsprunget af en teori med fokus på aktivitet.

Opsummering

Informanterne oplevede, at MOHOST havde givet dem en ramme for systematisk dokumentation, samt nogle gode begreber til tydelig og nuanceret kommunikation med fokus på aktivitet. Dette synes, ud fra andre erfaringer, at have positiv betydning for ergoterapeuters synlighed, faglige profil og for respekten i det tværfaglige team.

6.5 Design, materiale og metode

6.5.1 Design

Det kvalitative forskningsdesign var velegnet til at komme i dybden med ergoterapeuternes subjektive oplevelser (45), som det var formålet med vores undersøgelse. Der var ikke tidligere lavet undersøgelser af danske ergoterapeuters erfaringer med MOHOST. Flere har efterspurgt disse erfaringer, hvorfor undersøgelsen har vist sig at være yderst relevant for praksis.

6.5.2 Materiale

Med udgangspunkt i hensigtsbestemt kildeudvælgelse blev alle ergoterapeuter, der havde erfaring med MOHOST, i første omgang inkluderet som mulige informanter. Herefter blev de endelige informanter udvalgt efter maksimal variation, hvilket gav os et nuanceret billede. Det lykkedes dog ikke at finde informanter fra kommunalt regi.

Da der kun var få ergoterapeuter i Danmark med kendskab til MOHOST, blev de med størst viden om emnet, valgt som informanter. Dette betød, at det ikke var muligt at anvende en faglig vejleder med yderligere viden om MOHOST. For dog at få besvaret problemstillinger, som ikke var beskrevet uddybende i MOHOST-manualen, korresponderede vi med Sue Parkinson og Gary Kielhofner via e-mail. Derfor var vi opmærksomme på risikoen for manglende objektivitet fra deres side. Denne bias søgte vi således at minimere ved at få besvaret de samme spørgsmål af begge parter.

Vi foretog ét pilotinterview og fire interviews, hvilket betød, at vi igennem hele forløbet fortsatte med at indhente nye oplevelser. Dermed opnåede vi ikke datamætning (45). Det var dog tydeligt, at flere emner gik igen i interviewene.

6.5.3 Metode

Pålidelighed – reliabilitet

Projektets pålidelighed blev sikret på forskellig vis. Pilotinterview blev foretaget for at afprøve interviewguiden, og for at opnå fortrolighed med denne (44,46). For at sikre ensartethed i interviewene blev disse foretaget af den samme projektdeltager og med udgangspunkt i interviewguiden. Transskriptionerne blev udført ud fra på forhånd udarbejdede retningslinjer af en projektdeltager, der ikke havde deltaget i interviewet. Herefter blev de kontrolleret af interviewer, for at minimere sandsynligheden for bl.a. misforståelser. Dermed blev pålideligheden højnet pga. forskertriangulering (40,46).

Troværdighed – intern validitet

For at sikre interviewguidens egnethed til at undersøge det ønskede, og at gøre spørgsmålene mere konkrete og forståelige, blev guiden rettet til efter pilotinterviewet (46).

Informationsbias blev minimeret ved at spørge grundigt og uddybende ind til både positive og negative erfaringer (79). Ud fra Kvaless tolkningsniveau *selvforståelse* søgte vi at validere vores resultater ved at stille uddybende spørgsmål under interviewet. Dette for at mindske risikoen for fejlfortolkninger (44,46), hvilket dog, på baggrund af vores forforståelse, kan have medført ledende spørgsmål, selvom hensigten var at undgå dette. I analysen tolkede vi på fortolkningsniveauet *common sense* for at få informantens rette mening frem (46). Troværdigheden af disse fortolkninger blev opretholdt igennem den systematiske analysemetode og forskertriangulering.

Til analysen af data blev Malteruds metode til systematisk tekstkondensering anvendt som beskrevet i metodeafsnittet. Den systematiske metode sikrede gennemsigthed og øgede troværdigheden af vores fund, bl.a. da vi søgte modsigelser mellem fund og data, som blev diskuteret, samt idet vi foretog systematisk krydslæsning (40).

Troværdigheden blev endvidere højnet, da vi anvendte forskertriangulering under interviewet, idet skriftende co-interviewere deltog sammen med interviewer. Forskertriangulering blev desuden anvendt, da flere dele af analysen blev udarbejdet af deltagerne individuelt eller i par, hvorefter uoverensstemmelser blev diskuteret, til vi opnåede enighed. Således blev alle aspekter af data belyst fra flere sider (40,44).

Overførbarehed – ekstern validitet

Da projektets formål var at belyse fire informanternes subjektive oplevelser, kan resultaterne ikke umiddelbart generaliseres (40). På baggrund af hensigtsbestemt informantudvælgelse og mange ligheder i informanternes oplevelser, synes resultaterne dog at have en vis overførbarehed ift. danske ergoterapeuter, som implementerer og anvender MOHOST i

regionalt regi. Til trods for at der ikke er opnået datamætning, repræsenterer de fire informanter en stor del af de danske ergoterapeuter med erfaring i MOHOST, da den totale population kun var på 16 ergoterapeuter. Da informanterne desuden repræsenterede både det psykiatriske og somatiske arbejdsområde, samt ergoterapeuter med en meget forskellig grad af erfaring, vurderes det, at resultaterne har høj overførelsesværdi.

6.5.4 Litteratur

Det har igennem hele projektet været tydeligt, at litteraturen omhandlende MOHOST var meget sparsom. En stor del af undersøgelserne omhandlende MOHOST var udført af forfatterne bag selve redskabet, hvorfor vi var opmærksomme på sandsynligheden for nedsat objektivitet i undersøgelserne. Dette kan have svækket reliabiliteten og validiteten af vores resultater pga. manglende mulighed for at understøtte vores fund med uvildige undersøgelser. Kielhofner står ligeledes bag MOHO Clearinghouse's hjemmeside, herunder List Serve, som vi anvendte. Dette er en nonprofit organisation under Afdeling for Ergoterapi ved University of Illinois i Chicago med forpligtelse til at udføre praksisforskning.

Hovedparten af de anvendte danske artikler bygger på mindre undersøgelser eller ekspertudtalelser, hvilket ligger på et lavt evidensniveau (54,80). Vi fandt det nødvendigt at anvende sådanne artikler fra Ergoterapeuten for at inddrage danske ergoterapeuters praksiserfaringer. Hovedparten af de udenlandske artikler og undersøgelser har vi fundet på den sundhedsvidenskabelige database Cinahl, som var anvendelig ift. at indhente viden om ergoterapeuters erfaringer.

6.5.5 Opsummering

Pålideligheden, troværdigheden og overførbareheden ved undersøgelsen synes at være god. Muligheden for at få understøttet vores fund har dog været begrænset, hvilket har betydning for gyldigheden af projektets samlede resultat. Det vurderes dog, ud fra denne diskussion, at vores fund er gyldige, selvom datamætning ikke blev opnået og på trods af, at litteraturen var sparsom og ensidig.

7 Konklusion

Projektets formål var at undersøge, hvordan danske ergoterapeuter, der har erfaring med undersøgelsesredskabet MOHOST, oplever at implementeringen og anvendelsen af dette redskab påvirker deres ergoterapeutiske arbejdsproces. Undersøgelsen viste, at informanterne generelt havde positive oplevelser med anvendelsen af MOHOST og forventede, at redskabet i fremtiden ville blive anvendt mere af dem selv og deres kollegaer. Dette til trods for at de oplevede vanskeligheder i implementeringsprocessen og ved dele af scoringen.

Informanterne valgte at implementere MOHOST, da de håbede, at redskabet kunne anvendes til at lave en vurdering tidligt i patientforløbet og give informanterne et hurtigt overblik over patientens aktivitetsdeltagelse. Desuden fandt informanterne det væsentligt, at vurderingen kunne laves på baggrund af observation. At redskabet ikke blev valgt ud fra et ønske om at anvende et validt og reliabelt undersøgelsesredskab, synes ikke at være ualmindeligt blandt ergoterapeuter. Informanterne oplevede, at implementeringsprocessen var tids- og ressourcekrævende, hvilket blev forklaret ud fra teori om kvalitetsudvikling og andre undersøgelser. Desuden oplevede informanterne, at processen blev kompliceret af følgende hæmmende faktorer: Manglende entusiasme blandt kollegaer, manglende kendskab til MOHO, manualens omfang og sprog, samt usikkerhed om hvorvidt MOHOST kan integreres i arbejdsprocesmodeller. Dette blev diskuteret og forklaret ud fra Rogers Diffusionsteori.

Undersøgelsen viste, at der var stor forskel på den tidsperiode, informanterne anvendte til at indsamle data. Umiddelbart var der ingen klare retningslinjer for dataindsamlingsperioden, og hverken en meget kort eller en meget lang tidsperiode viste sig at være hensigtsmæssig. Informanterne oplevede det som en stor fordel, at MOHOST var fleksibel i sin dataindsamlingsmetode. Særligt muligheden for at indhente data via observation, fandt de meget anvendelig. Der blev dog samtidig stillet spørgsmålstegn ved risikoen for at glemme klientcentreringen, hvilket blev diskuteret ud fra bl.a. MOHO og den canadiske tilgang. MOHOST synes at kunne anvendes i en klientcentreret praksis, men det kræver, at terapeuten er bevidst om de metoder, hun anvender til dataindsamling. Informanterne oplevede usikkerhed vedr. scoring af patienter, hvor aktivitetsdeltagelsen hurtigt ændrede sig, samt vedr. scoring af området *omgivelser*. Dette medførte forskellige måder at gribe scoringen an på. Uklarhederne blev diskuteret ud fra manualens mangel på klare retningslinjer herfor og teori om krav til undersøgelsesredskaber. En konsekvens heraf kan være, at redskabet mister sin reliabilitet og dermed ikke frembringer valide resultater. Informanterne oplevede, at MOHOST gav et godt billede af aktivitetsdeltagelse. Ud fra

diskussionen synes det vigtigt at være opmærksom på, at MOHOST kun screener på aspekter, som er en del af MOHOs definition på aktivitetsdeltagelse.

Udover fordelene ved at kunne anvende MOHOST til at planlægge yderligere undersøgelser og intervention, oplevede informanterne, at resultaterne var anvendelige til dokumentation. Disse resultater blev understøttet af danske og udenlandske undersøgelser. Anvendeligheden af resultaterne fra MOHOST til dokumentation, blev dog diskuteret ud fra redskabets reliabilitet. Informanternes forskellige måder at score på synes således at kunne påvirke gyldigheden af dokumentationen. Informanternes positive oplevelser af at MOHOST påvirkede deres faglighed og kommunikation, blev understøttet af andre ergoterapeuters erfaringer.

Projektets gyldighed blev diskuteret og fundet god trods manglende datamætning og ensidig litteratur. Dette betyder, at vi på baggrund af informanternes oplevelser kan konkludere, at danske ergoterapeuter med erfaring i MOHOST har oplevet, at deres ergoterapeutiske arbejdsproces blev påvirket på positiv vis af implementeringen og anvendelsen af MOHOST, trods udfordringer. Informanternes oplevelse synes således at være, at MOHOST er anvendelig i dansk ergoterapeutisk praksis.

8 Perspektivering

På nuværende tidspunkt underviser seks ud af syv danske ergoterapeutskoler i MOHOST, og flere synes at begynde at tage dette nyoversatte redskab til sig, hvorfor vi fandt det forpligtende at undersøge redskabet og erfaringer hermed. Det har ligeledes vist sig, at vores resultater er efterspurgt i en tid, hvor ergoterapeuter, som beskrevet i problembaggrunden, mødes med stigende krav til dokumentation og evidensbaseret. Erfaringerne synes at være særligt efterspurgt af ergoterapeuter, der anvender eller har intention om at anvende MOHOST i fremtiden, da disse forholdsvis nye danske erfaringer med redskabet hidtil ikke har været indsamlet og videregivet.

Ved at formidle vores resultater, håber vi at kunne øge interessen for MOHOST samt sætte fokus på, hvilke krav ergoterapeuter skal stille til undersøgelsesredskaber og anvendelsen heraf. For at synliggøre resultaterne vil vi bl.a. publicere en artikel i Ergoterapeuten, samt gøre projektet offentlig tilgængelig på Ergoterapeutforeningens hjemmeside. Vores informanter samt ergoterapeuter, der overvejer at implementere MOHOST, har efterspurgt vores fund, og vil derfor modtage projektet. Yderligere vil vi videregive vores resultater til offentliggørelse på MOHO Clearinghouses hjemmeside på opfordring af Sue Parkinson, og fordi vi selv oplevede manglende erfaringsudveksling landene imellem.

Med vores undersøgelse håber vi at kunne skabe inspiration til yderligere forskning omkring MOHOST, da der er en tydelig mangel på både danske og udenlandske undersøgelser. Desuden har vores diskussion af redskabet ud fra teorien og ud fra de få eksisterende undersøgelser af MOHOSTs reliabilitet og validitet vist, at der i høj grad er behov for denne forskning. Ikke mindst fordi vores undersøgelse har vist, at der synes at være problemer på flere områder ift. at leve op til de krav, ergoterapeuter bør stille til gode undersøgelsesredskaber. Derfor mener vi, at det er særdeles afgørende og yderst aktuelt at undersøge den danske oversættelse af MOHOST nærmere. Dette for at påvise hvorvidt det danske redskab er reliabelt og validt, således at resultaterne kan anvendes til at imødekomme de stigende krav om dokumentation.

Desuden mener vi, at det vil være relevant at undersøge hvorvidt det er muligt at integrere MOHOST i etablerede arbejdsprocesmodeller, som fx CPPF og OTIPM, da det synes at have betydning for den yderligere implementering af MOHOST.

En anden faktor, vi forestiller os, der kan have betydning for den fremtidige anvendelse af MOHOST er struktureringen af patientforløbene i det danske sundhedssystem. Den tid der synes at være passende for dataindsamlingen til en MOHOST, finder vi i konflikt med tendensen til at forkorte indlæggelsestider. Denne uoverensstemmelse er vigtig at forholde sig til og undersøge nærmere. I kommunalt regi er forløbet med patienterne derimod af

længere varighed, men til gengæld befinder de sig i en anden fase i rehabiliteringen. Vi tænker, at behovet for et observationsbaseret undersøgelsesredskab kan være mindre i denne sammenhæng, hvorfor det vil være relevant at se nærmere på MOHOSTs anvendelighed i denne kontekst.

I vores undersøgelse havde vi fokus på ergoterapeuternes oplevelser, men yderligere vil det være relevant at undersøge, hvorledes indførslen af MOHOST har påvirket patienterne og de pårørendes oplevelser af den ergoterapeutiske intervention. Ligeledes vil det være betydningsfuldt at afdække andre faggruppers oplevelser af, hvilken betydning MOHOST har for det tværfaglige samarbejde. I og med at anvendelsen af MOHOST er i sin spæde start vil dette dog først være oplagt at undersøge på et senere tidspunkt. Andre undersøgelser, der vil være relevante at udføre på et senere tidspunkt, er kvantitative undersøgelser af ergoterapeuters anvendelse af MOHOST. Sådanne undersøgelser vil give mulighed for at udtale sig mere generelt om dette.

Afslutningsvis synes vi, det vil være oplagt på et endnu senere tidspunkt at se på, hvilke konsekvenser anvendelsen af MOHOST har medført. Vil det betyde, at vi som faggruppe må give køb på andre redskaber som fx AMPS og COPM pga. ressourcemangel? Eller vil MOHOST som tilsigtet være et ressourceoptimerende supplement til andre redskaber?

9 Referenceliste

- (1) Kristensen A, Pedersen EF. Ergoterapifagets og ergoterapeutuddannelsens historie i Danmark. In: Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ, editor. Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 2.th ed. København: Munksgaard Danmark; 2007. p. 786-809.
- (2) Borg T, Brandt Å, Madsen A, Runge U, Tjørnov J. Introduktion til ergoterapi. In: Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ, editors. Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 2.th ed. København: Munksgaard Danmark; 2007. p. 18-25.
- (3) Wæhrens E. Ergoterapeutiske redskaber - undersøgelse og evaluering. København: Munksgaard Danmark; 2008.
- (4) Helle T. Ergoterapi og evidens-baseret praksis. Ergoterapeuten 2006;67(3):16-18.
- (5) Wæhrens E. Evidensmonstret kan tæmmes. Ergoterapeuten 2005;66(10):18-21.
- (6) Ergoterapeutforeningen. Evidensbaseret ergoterapi. Available at: <http://www.etf.dk/2267/>. Accessed 10/20/2009.
- (7) Brandt Å, Legarth K H, Wæhrens E. Undersøgelse og evaluering - med aktivitet og deltagelse i fokus. In: Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ, editor. Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 2.th ed. København: Munksgaard Danmark; 2007. p. 239-265.
- (8) Borg T, Runge U. Et sundhedsvæsen under forandring. In: Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ, editor. Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 2.th ed. København: Munksgaard Danmark; 2007. p. 26-65.
- (9) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Strukturkommissionens betænkning, nr. 1434, januar 2004. 2004.
- (10) Wikeby M, Pierre BL, Archenholtz B. Occupational therapists' reflection on practice within psychiatric care: A Delphi study. Scand J Occup Ther 2006;13:151-159.
- (11) Cederfeldt M, Pierre BL, Sadlo G. Occupational Status as Dokumented in Records for Stroke Inpatients in Sweden. Scand J Occup Ther 2003;10:81-87.

- (12) Holsbæk J. Mangel på diskussion om brugen af ergoterapeutiske undersøgelsesredskaber. *Ergoterapeuten* 2009;70(4):23-27.
- (13) Dekkers M. Ergoterapeutisk undersøgelse: undersøgelse af somatiske patienter. 2.th ed. København: Munksgaard Danmark; 2008.
- (14) Beyer N, Magnusson P. Målemetoder i fysioterapi. København: Munksgaard Danmark; 2003.
- (15) Lee SW, Kielhofner G, Taylor R, Fisher G. Theory Use in Practice: A National Survey of Therapists Who Use the Model of Human Occupation. 2008; Available at: http://findarticles.com/p/articles/mi_hb5914/is_200801/ai_n32259090/. Accessed 1/8/2010.
- (16) Hartvig B, Hjortbak E, Kristensen H. Kvalitetsudvikling i relation til ergoterapi. In: Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen AJ, editor. *Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 2.th ed. København: Munksgaard Danmark; 2007. p. 681-716.
- (17) Ergoterapeutforeningen. Registrering og dokumentation. 2007; Available at: <http://www.etf.dk/dokumentation/>. Accessed 10/20/2009.
- (18) Brown T. Important aspects of occupational therapy assessment. *Ergoterapeuten* (no.) 2009;52(1):20-27.
- (19) Townsend E, Polatajko HJ. Menneskelig aktivitet II: en ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter. København: Munksgaard Danmark; 2008.
- (20) Parkinson S, Forsyth K, Kielhofner G. A User's Manual for the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). Version 2.0, revised 2006 ed. Chicago: University of Illinois; 2004.
- (21) Mitchell R, Neish J. The Use of a Ward-Based Art Group to Assess the Occupational Participation of Adult Acute Mental Health Clients. *Br J Occup Ther* 2009;70(5):215-217.
- (22) MOHO Clearinghouse. The Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). Available at: <http://www.moho.uic.edu/assess/mohost.html>. Accessed 10/21/2009.
- (23) Kielhofner G. Model of human occupation: theory and application. 4.th ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2008.
- (24) Parkinson S, Chester A, Cratchley S, Rowbottom J. Application of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST Assessment) in

- an Acute Psychiatric Setting. *Occup Ther Health Care* 2008;22(2-3):63-75.
- (25) Kramer J, Kielhofner G, Lee SW, Ashpole E, Castle L. Utility of the Model of Human Occupation Screening Tool for Detecting Client Change. *Occup Ther Ment Health* 2009;25(2):181-191.
- (26) Kielhofner G, Fogg L, Braveman B, Forsyth K, Kramer J, Duncan E. A Factor Analytic Study of the Model of Human Occupation Screening Tool of Hypothesized Variables. *Occup Ther Ment Health* 2009;25(2):127-137.
- (27) Chai-Wei Fan. The Study of Psychometric Properties of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). Taiwan: School of Occupational Therapy, College of Medicine, National Taiwan University; 2008.
- (28) MOHO Clearinghouse. MOHO Related Resources. Danish. Available at: <http://www.moho.uic.edu/mohorelatedsrcs.html#Danish>. Accessed 10/21/2009.
- (29) Petersen K. Undersøgelsesredskaber klar til praksis. *Ergoterapeuten* 2008;60(2):22-25.
- (30) MOHO Clearinghouse. MOHO Related Resources. Translated MOHO Assessments. Available at: <http://www.moho.uic.edu/mohorelatedsrcs.html#TranslatedMOHOAssessments>. Accessed 10/21/2009.
- (31) Swiatecki S, Bertelsen L. Et redskab der er til at gå til. *Ergoterapeuten* 2008;60(2):13-15.
- (32) Kielhofner G. MOHO-modellen: modellen for menneskelig aktivitet. København: FADL's Forlag; 2006.
- (33) Göteborg Universitet. Variabler. 2002; Available at: <http://infovoice.se/fou/>. Accessed 11/10/2009.
- (34) Lund H, Røgind H. Statistik i ord. København: Munksgaard Danmark; 2004.
- (35) Fawcett A L. Assessment. In: Turner A, Foster M, Johnson SE, editors. *Occupational therapy and physical dysfunction: principles, skills and practice*. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002. p. 107-144.
- (36) Law MC, Baum C, Dunn W. Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy. Thorofare, NJ: Slack; 2001.

- (37) Asher IE. Occupational therapy assessment tools: an annotated index. 2nd ed. Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association; 1996.
- (38) Göteborg Universitet. Validitet och reliabilitet. 2002; Available at: <http://infovoice.se/fou/>. Accessed 11/10/2009.
- (39) Benson J, Clark F. A guide for instrument development and validation within an occupational therapy context. Am J Occup Ther 1982 12;36(12):789-800.
- (40) Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 2.th ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- (41) Petersen K, Bente H. A process for translating and validating Model of Human Occupation assessments in the Danish context. Occup Ther Health Care 2008 06;22(2-3):139-149.
- (42) Van Kuyk-Minis M, Liu L. Issues related to the translation of measurement scales: a comparison of versions of the Arthritis Impact Measurement Scale. Occup Ther J Res 1998;18(4):143-156.
- (43) Forsyth K, Parkinson S, Kielhofner G, Keller, Summerfield Mann, Duncan. Generating Evidence for Practice - The measurement properties of the Model of Human Occupation Screening Tool. 2006; Available at: <http://www.moho.uic.edu/generatingevidence.html>. Accessed 11/2/2009.
- (44) Dehlholm-Lambertsen B, Maunsbach M. Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning, - fem artikler fra Nordisk medicin 1997. Århus: Forskningsenheden for Almen Medicin; 1998.
- (45) Maunsbach Margareta, Lunde Inga Marie. Udvælgelse i kvalitativ forskning. In: Lunde IM, Ramhøj P, editors. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab: kvalitative metoder København: Akademisk Forlag; 1996. p. 142-153.
- (46) Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. 2.th ed. København: Hans Reitzel; 2009.
- (47) Birkler J. Videnskabsteori: en grundbog. København: Munksgaard Danmark; 2005.
- (48) Dyhr Lise SL. Interviewet som forskningsmetode. In: Lunde IM, Ramhøj P, editors. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab: kvalitative metoder København: Akademisk Forlag; 1996. p. 154-168.
- (49) Andersen I. Dataindsamling og spørgeteknikker. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2006.

- (50) Holstein B. Triangulering - metoderedskab og validitetsinstrument. In: Lunde IM, Ramhøj P, editors. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab: kvalitative metoder. København: Akademisk Forlag; 1996. p. 329-338.
- (51) Kyvik K. Udvalgte love og regler for forskning med mennesker. In: Koch L, Vallgård S, editors. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 3.th ed. København: Munksgaard Danmark; 2007. p. 279-292.
- (52) Datatilsynet. Datatilsynet: Private forsknings- og statistikprojekter. 2008; Available at: <http://www.datatilsynet.dk/blanketter/vejledninger/private-forskningsprojekter/>. Accessed 10/31/2009.
- (53) Verdenslægeforeningen. Helsinki-deklarationen. 2000; Available at: http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/LAEGER_DK/LAE_GEFAGLIGT/RET_OG_ETIK/ETIK/WMA_DEKLARATIONER/HELSEI_NKI_DEKLARATIONEN. Accessed 10/22/2009.
- (54) Lindahl M, Juhl C. Den sundhedsvidenskabelige opgave: vejledning og værkstøjskasse. København: FADL; 2007.
- (55) Josman N, Birnholm S. Measuring Kitchen Performance: What Assessment Should we Choose? Scand J Occup Ther 2001;8:193-202.
- (56) Bennet S, Tooth L, McKenna K, Rodger S, Strong J, Ziviani J, et al. Preceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. Aust J Occup Ther 2003;50:13-22.
- (57) Dysart A, Tomlin G. Factors related to evidence-based practice among US occupational therapy clinicians. Am J Occup Ther 2002;56(3):275-84.
- (58) Madsen B, Nielsen HH, Lauersen KB, Terkelsen BS. Evidensbasering i ergoterapeutisk praksis. Århus: VIA University Collage Ergoterapeut uddannelsen; 2005.
- (59) Parkinson S. Engaging in participatory action research to create a new screening tool. Mental Health occupational therapy 2008;13(1):32-34.
- (60) Kristensen F B, Kjærgaard J. Implementering og kvalitetsudvikling. In: Kjærgaard J, editor. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: en lærebog. København: Munksgaard Danmark; 2001. p. 234-248.
- (61) Chard G. Implementing the Assessment og Motor and Process Skills (AMPS) in the workplace: a comparison of the experiences og occupational therapists and new graduates. Br J Occup Ther 2004;67(2):54-64.

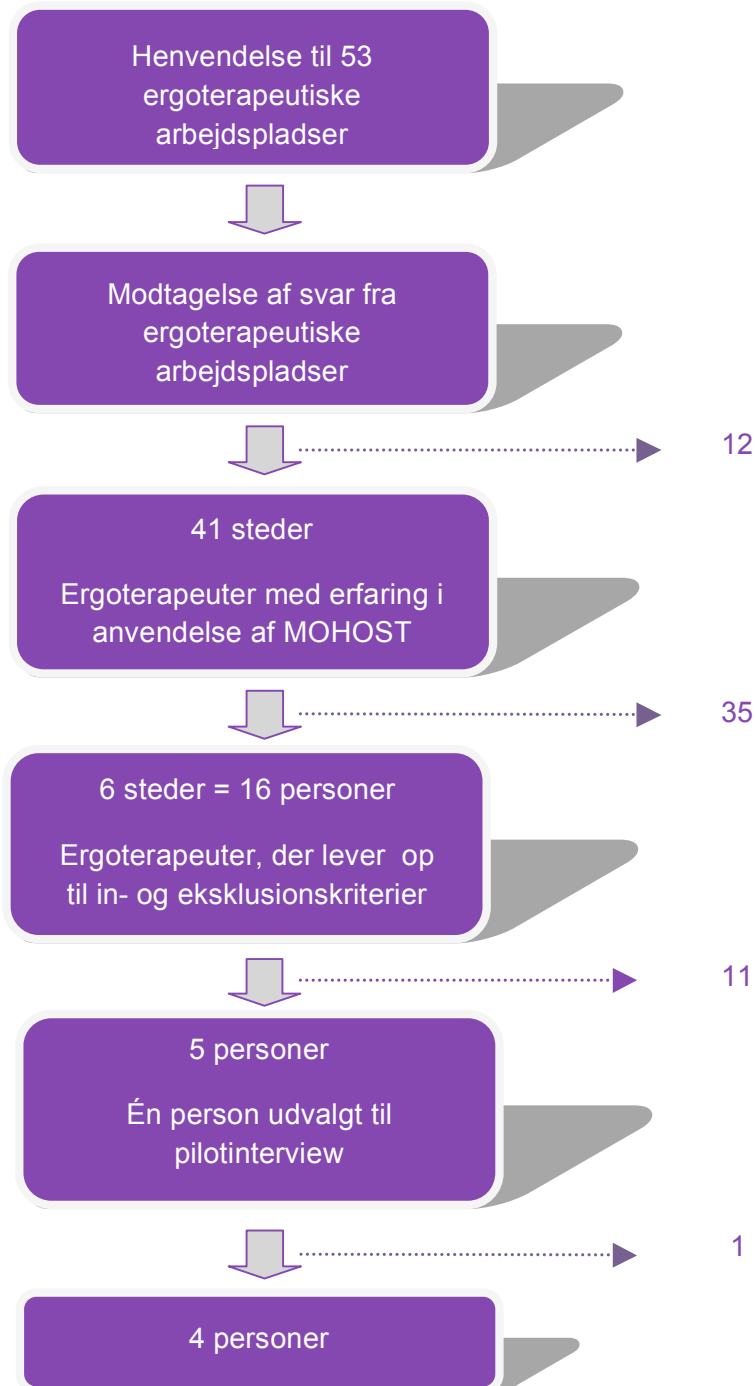
- (62) Retspsykiatrisk Afdeling. Betydningen af AMPS testens anvendelse på en retspsykiatrisk afdeling. Nykøbing Sjælland: Psykiatrihospitalet; 2003.
- (63) Lund AB. Sundhedsformidling. In: Kamper-Jørgensen F, Almind G, editors. Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder. 4.th ed. København: Munksgaard Danmark; 2007. p. 263-278.
- (64) Rogers EM. Diffusion of innovations. 5.th ed. New York: Free Press; 2003.
- (65) Weiss K. En lærerig proces. Ergoterapeuten 2008;60(9):6-9.
- (66) Weiss K, Hein HH. Vi er nødt til at diskutere fag - ikke smag. Ergoterapeuten 2008;60(9):10-13.
- (67) Parkinson S. Archived List Serv Discussions - MOHOST in Short-Term Setting. Available at: http://www.moho.uic.edu/archived_list_serv.html. Accessed 1/4/2010.
- (68) Townsend E. Fremme af menneskelig aktivitet: ergoterapi i et canadisk perspektiv. København: Munksgaard Danmark; 2002.
- (69) Kyle T, Wright S. Reflecting the Model of Human Occupation in occupational therapy documentation. Can J Occup Ther 1996;63(3):192-196.
- (70) Kofoed-Toft A, Larsen A, Mørch L, Aagaard N. OPPM : kan modellen forbedre den ergoterapeutiske intervention Odense: Ergoterapeutuddannelsen CVSU-Fyn; 2003.
- (71) Gjerløv A, Buhrklø BD, Jørgensen MB, Persson L. Ergoterapeuter skriver forskelligt i journalen. Ergoterapeuten 2006;67(8):33-35.
- (72) Anja Gerløv Christensen, Lasse Persson, Bjarke Dam Buhrklø, Maria Bleiback Jørgensen. Ergoterapeuters dokumentation i journalen - en kvantitativ undersøgelse af hvad ergoterapeuter, der arbejder med neurologiske sygdomme, skriver i journalen. København: Ergoterapeutuddannelsen København, CVU Øresund; 2006.
- (73) Kjærgaard K. Evidens styrker både praksis og faglig selvtillid. Ergoterapeuten 2009;70(5):10-13.
- (74) Kjærgaard K. Mere fokus på markedsføring af ergoterapeuter. Ergoterapeuten 2008;69(11):16-17.

- (75) Wæhrens E. AMPS til effektmåling i klinisk praksis. *Ergoterapeuten* 2009;70(9):31-34.
- (76) Pepin G, Guérette F, Lefebvre B, Jacques P. Generating Evidence for Practice - Canadian Therapists' Experiences While Implementing the Model of Human Occupation Remotivation Process. 2008; Available at: <http://www.moho.uic.edu/generatingevidence.html>. Accessed 01/03/2010.
- (77) Pierre BL. Occupational Therapy as Dokumented in Patients' records - Part III. Valued but not Documented. *Underground Practice in the Context og Professional Written Communication*. *Scand J Occup Ther* 2001;8:174-183.
- (78) Thorøe CN, Zabava JL, Becher Jensen L, Berner LDF. OTIPM fastholder klientcentreret perspektiv. *Ergoterapeuten* 2009;70(7):26-29.
- (79) Jørgensen T, Mainz J, Willaing I. Epidemiologiske mål, design og analyser. In: Kjærgaard J, editor. *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: en lærebog*. København: Munksgaard Danmark; 2001. p. 62-79.
- (80) Centre for Evidence based Medicin. CEBM Tools - Levels of Evidence. 2010; Available at: <http://www.cebm.net/?o=1025>. Accessed 1/4/2010.

10 Bilagsfortegnelse

Bilag A:	Flowdiagram
Bilag B:	Interviewguide
Bilag C:	Informationsbrev
Bilag D:	Samtykkeerklæring
Bilag E:	Retningslinjer for transskribering
Bilag F:	Dannelse, opdeling og indhold af temaer og subgrupper
Bilag G:	Matrice
Bilag H:	Godkendelse fra Datatilsynet
Bilag I:	Søgestrategi
Bilag J:	Korrespondance med Sue Parkinson via e-mail
Bilag K:	Korrespondance med Gary Kielhofner via e-mail

Bilag A: Flowdiagram over informantudvælgelse



Bilag B: Interviewguide

Briefing

Præsentation:

- Hvem vi er: Bachelorstuderende ved Ergoterapeutuddannelsen i Århus.
- Fordeling af roller: Jeg vil interviewe og XX vil fungere som med-interviewer
- Formålet: At undersøge, hvordan ergoterapeuter med erfaring i brugen af undersøgelsesredskabet MOHOST oplever at implementeringen og anvendelsen af dette redskab påvirker deres ergoterapeutiske arbejdsproces?
- Interviewet vil omhandle dine erfaringer fra praksis

Praktiske oplysninger:

- Optaget + tage noter
- Anonymiseret og lydfil slettes efter databehandling, senest midt januar
- Ved at skrive under på samtykkeerklæring giver du tilladelse til at det transskriberede interview må anvendes i vores bachelorprojekt. Ikke offentligt tilgængeligt – kun vejleder og censor ser dets i fuld længde.
- Du har ret til at undlade at svare på spørgsmål eller afbryde interview
- Varighed ca. 45 min

Eventuelle spørgsmål inden vi går i gang?

Temaer	Interviewspørgsmål	Uddybende spørgsmål
1. Om ergoterapeuten	Hvor gammel er du? Hvornår blev du uddannet? Hvilke arbejdsområder har du arbejdet inden for?	- Hvor længe?
2. Om arbejdspladsen	Hvem er målgruppen på din arbejdsplads? Hvem arbejder du sammen med? Har du samarbejde med klientens pårørende? Hvordan? Hvad skal I dokumentere ved jeres arbejde?	- Alder, diagnose, hvor i forløbet, kontakt tid - Andre faggrupper, ergo´er, - Hvor mange ergo´er? - Hvordan bruger I hinanden? - Til hvem og hvordan gør I?

	Hvilke undersøgelsesredskaber anvender I på stedet?	Har I som ergoterapeuter valgfrihed ift. undersøgelses redskaber? - mellem implementerede / mellem alle? Hvem bestemmer, hvilke I skal anvende? - anvender alle ergoterapeuterne de samme us.redskaber?
3. Anvendelse af MOHOST på arbejdspladsen	Hvor mange af dine kollegaer anvender MOHOST? (- Eller har anvendt?) Hvorfor har du/I valgt MOHOST?	Kan du uddybe det... ? (andre ikke bruger: Kan du fortælle lidt om hvorfor du mener de ikke anvender det?) Kender du til redskabets reliabilitet og validitet? Har dette haft indflydelse på valget?
4. Ergoterapeutens erfaringer	Prøv at fortælle om dit kendskab til MOHO inden du begyndte at anvende MOHOST?	Hvad er din erfaring med andre MOHO redskaber? (ACIS, AMPS, OSA, tjeklister mv.) - Hvordan/Hvorfor?

	Kan du fortælle lidt om hvorfor/hvordan du stiftede bekendtskab med MOHOST? Hvad er dit kendskab til MOHOST?	- Umiddelbart indtryk? - Antal screeninger? - Hvornår var det? - På hvilke patienter? - Over hvor lang en periode?
	Jeg vil bede dig tænke på en situation, hvor du lavede en MOHOST screening – prøv at fortælle konkret om situationen	Hvad kommer du til at tænke på? Klientgruppe? Type af scoring? Hvad gjorde du? Hvordan <u>indsamlede</u> du din viden om patienten som du skulle bruge for at lave screeningen? (observation/samtale/andet/baggrundsviden) Hvor lang tid har det taget dig at indsamle data? Aktivitet – tid? Scoring: - Hvor lang tid tog det? - Hvor mange har du lavet på hver patient?

		Beskriv dine overvejelser i løbet af processen? Oplevede du nogle vanskeligheder? Hvordan var denne MOHOST screening sammenlignet end andre? På hvilke punkter? - Ift. de 6 områder omhandlende: Motivation, vaner, færdigheder, omgivelser? - Hvad fylder mest for dig? - Hvad får du mest ud af ift dit arbejde? - Begrund – hvorfor/hvorfor ikke? - Hvad skyldes det? - Til yderligere undersøgelse (supplering m andre us?) - Til planlægning af intervention (handleplan/mål) – Hvordan?
	Hvad synes du er mest væsentligt ved screeningen? Oplever du, at screeningen giver et godt billede af patientens aktivitetsdeltagelse? Hvordan har du brugt resultaterne fra screeningen?	

	Fortæl om dine erfaringer med at dokumentere ud fra scoringsresultaterne	- Til hvem, hvordan? - Letter det det administrative arbejde/endnu en byrde? - Status eller lign.?
	Har anvendelsen af MOHOST påvirket dit arbejde? - Hvordan? Hvordan forestiller du dig at det kunne påvirke dit arbejde i fremtiden?	- Struktur i arbejdsgange - Planlægning af undersøgelse - Intervention - Sammenhæng mellem teori og praksis
	Ud fra dine erfaringer, i hvilket omfang tror du så, at MOHOST vil blive anvendt her på længere sigt?	Planer om at flere/færre skal anvende det? Planer om større/mindre målgruppe? Ift. studerende?
5. Samarbejdsrelationer	Har anvendelsen af MOHOST haft nogen betydning for dine samarbejdsrelationer? Hvordan?	Andre ergoterapeuter? - Hvordan har deres reaktioner været? Andre faggrupper/ tværfagligt team?

		Tydelighed? Kernefaglighed? Sprog/kommunikation?
6. Styrker og svagheder ved MOHOST	Kan du opsummerende fortælle, hvad du oplever som styrker ved anvendelsen af MOHOST Kan du opsummerende fortælle, hvad du oplever som svagheder ved anvendelsen MOHOST? Hvis du kunne ændre noget ved MOHOST, så det blev mere anvendeligt for dig, hvad skulle så ændres?	På hvilken måde oplever du som en styrke? På hvilken måde kommer det til udtryk? På hvilken måde oplever du som en svaghed? På hvilken måde kommer det til udtryk?
Debriefing Opsummering af temaerne • Yderligere <u>tilføjelser</u> eller andet vi skal runde? Mange tak for din deltagelse		

Bilag C: Informationsbrev

Skejby d. 6.11.09

Kære

Tak fordi, at du vil deltage i vores interviewundersøgelse i forbindelse med vores bachelorprojekt.

Vi bekræfter hermed vores aftale om afholdelse af interview d..... kl..... på..... Vi sætter stor pris på, at du vil stå for at finde et uforstyrret lokale til interviewet.

Vi sender hermed informationer om undersøgelsen og dine rettigheder i denne forbindelse.

Vedlagt finder du en samtykkeerklæring, som du bedes læse inden interviewet. Vi vil medbringe en udskrift til underskrivelse, når vi mødes.

Formålet med vores projekt er at undersøge, hvordan ergoterapeuter med erfaring i brugen af undersøgelsesredskabet MOHOST oplever anvendelsen af dette redskab. I den forbindelse vil det være en stor hjælp, hvis du på forhånd har tænkt over dine erfaringer, gode som dårlige og store som små. Desuden vil vi meget gerne høre om dine erfaringer i konkrete situationer med anvendelse af MOHOST og om/hvilken betydning, det har haft for dit arbejde.

Interviewet vil vare ca. 45 min, og tilstede vil være en interviewer og en co-interviewer til at supplere. Som aftalt vil vi optage interviewet og minder om, at alle informationer vil blive behandlet efter Datatilsynets regler.

Hvis du har spørgsmål omkring interviewet, er du meget velkommen til at kontakte interviewer Kaja Barild på tlf; 51500100 eller e-mail; kaja@grubebairild.dk

På forhånd tak for din deltagelse - vi ser frem til at møde dig.

Med venlig hilsen

Britta Thomsen, Kaja Grube Barild, Marie-Louise Gravesen og Signe Frederiksen.

VIA University College,
Ergoterapeutuddannelsen i Århus
Skejbyvej 15, 8240 Risskov

Bilag D: Samtykkeerklæring

Formålet med vores bachelorprojekt er at undersøge, hvordan ergoterapeuter med erfaring i brugen af undersøgelsesredskabet MOHOST oplever anvendelsen af dette redskab. Projektet bygger på individuelle interviews.

Jeg bekræfter hermed

- at have modtaget mundtlig og skriftlig information om projektets formål
- at give samtykke til, at deltage som informant
- at give tilladelse til, at interviewet optages på Mp3-afspiller og at data må anvendes og bearbejdes til projektet af ergoterapeutstuderende Britta Thomsen, Kaja Grube Barild, Marie-Louise Gravesen og Signe Frederiksen på ergoterapeutuddannelsen i Århus.
- at alle data behandles og opbevares i henhold til Datatilsynets regler om krav til anonymisering af personoplysninger, samt at data slettes efter projektaflevering d. 15-01-2010.
- at jeg er indforstået med, at jeg deltager frivilligt, og at jeg til enhver tid kan trække min deltagelse tilbage

Jeg er bekendt med ovenstående informationer.

Dato den / 2009

Navn. _____

Underskrift. _____

Bilag E: Retningslinjer for transskribering

- En af projektdeltagerne, som ikke var med til at udføre interviewet, laver transskriberingen, hvorefter intervieweren, kontrollerer og godkender. Ved uoverensstemmelse søges enighed før godkendelse.
- Interviewene nummereres kronologisk efter hvornår, de er optaget
- Skrifttype: Arial str. 10,5
- 1,15 linje afstand
- Linjenummer indsættes fortløbende
- Sidetal i sidefod
- Personer
 - I = Interviewer
 - C = Co-interviewer
 - E = Den informerende ergoterapeut (E1, E2, E3 og E4)
- Navne på personer og steder anonymiseres og refereres fx som x-by, x-afdeling.
- Ufuldendte sætninger markeres med (-)
- Ufuldendte ord skrives færdige
- Pauser over 4 sekunder markeres med (...)
- Passager der ikke kan høres markeres med (???)
- Utydelig tale markeres med (utydelig)
- Eftertryk på ord understeges eftertryk
- Tydelige ironi eller grin markeres (grin)
- Øhh, uhm og lignende undlades, for at lette læsevenligheden
- Anerkendende ord og lyde fra interviewer undlades, for ikke at forstyrre helheden.
- Ord eller korte sætninger, der gentages, såsom "det var fordi at, det var fordi at..." skrives kun én gang, for at lette læsevenligheden
- Briefing undlades og debriefing medtages

Bilag F: Dannelse, opdeling og indhold af temaer og subgrupper

Tema Subgruppe	Implementering af MOHOST	Udførelse af MOHOST i praksis	Anvendelse af resultater	Synliggørelse af ergoterapi
Begrundelser for valg af MOHOST	Baggrund for valg Umiddelbare indtryk			
Oplevelser med implementering af MOHOST	Graden af implementering Antal udførte screeninger			
Forventninger til anvendelsen af MOHOST i fremtiden	Forhåbninger til anvendelsen i fremtiden Ønsker til tilpasninger af redskabet i fremtiden			
Dataindsamling		Hvilke kilder der anvendes Over hvor lang tid foretages dataindsamlingen Hvilke patient-grupper den opleves som velegnet til		
Scoring		Hvor lang tid scoringen tager Hvordan der scores Områder man skal være opmærksom på ift. scoring		
Resultat af screening		Kendetegn ved resultater Bredde og dybde i resultater Svingende patienter – hvordan sikres retvisende resultater		

Området Omgivelser		Hvilke omgivelser skal scores på Hvordan scores omgivelser i overensstemmelse med scoringen på de andre fem områder		
Dokumentation			Hvordan anvendes resultaterne i den skriftlige dokumentation Fremlæggelse af resultater på konferencer eller teammøder	
Yderligere undersøgelser og intervention			Anvendelse af resultaterne til at planlægge yderligere undersøgelser Anvendelse af resultaterne ift. at planlægge interventionen	
Synliggørelse af ergoterapi				Påvirkning af faglighed, faglig respekt og anerkendelse Kommunikationen i det tværfaglige team Anvendelse af faglige begreber og kobling mellem teori og praksis Formidling af det ergoterapeutiske fokus/vurderinger

Bilag G: Matrice

Tema	E1	E2	E3	E4
Implementering af MOHOST	179-182 188 191-198 216 424-431 661-662	194-200 211-214 221-229 256-269 295-314 502-504 519-534 552-555 564-579 652-655 661-669 678-696	154-161 219-233 242-246 295-319 432-458 477-494 517-524 538-585 596-602 629-645 755-786	161-204 209-214 217-223 244-245 319-328 551-575 638-670
Udførelse af MOHOST i praksis	221-224 239 243-263 258-268 291-304 329-347 374-375 406-412 462-472 476-481	229-231 247-249 271-296 310-326 331-422 429-431 439-445 471-481 539-552 602-629 632-653	295-299 347-360 367-369 385 395-400 414-422 629-636 670-671 684-689	96-99 226-236 248-286 295-299 308-310 344-359 386-395 413-425 478-486 540-551 584-603 610-631
Anvendelse af resultater	220-238 272-274 292-295 315-320 378-394 437-438 461-465	447-450 450-459 483-506 485-487 488-492 539-543	360-361 376-379 613-617 706-721	238-239 270-275 282-289 307-316 553-570 683-691
Synliggørelse af ergoterapi	75-77 435-446 450 456	250-251 450 555-558 582-588 594-599	613-622	452-456 468-469 511-531 545-551 581-584

Bilag H: Godkendelse fra Datatilsynet



Signe Boller Frederiksen
Vorregårdsalle 107, st.tv.
8200 Århus N

Sendt til: siv84@hotmail.com

17. november 2009

Vedrørende anmeldelse af MOHOST – Erfaringer med anvendelse af undersøgelsesredskaber i dansk ergoterapeutisk praksis

*Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K*

CVR-nr. 11-88-37-29

*Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218*

*E-post
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk*

*J.nr.
Sagsbehandler
Suzanne Stenkvist
Direkte 3319 3256*

Ovennævnte projekt er den 3. november 2009 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens¹ § 48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.

Det fremgår af anmeldelsen, at der ikke vil blive behandlet følsomme oplysninger om de personer, der deltager i projektet.

Datatilsynet finder derfor, at projektet ikke er omfattet af anmeldelsespligten i persondatalovens § 48.

Anmeldelsen betragtes herefter som bortfaldet.

Datatilsynet skal dog for god ordens skyld gøre opmærksom på, at projektet alligevel er omfattet af persondatalovens almindelige regler, hvilket medfører, at projektoplysningerne ikke må benyttes til andre formål eller videregives til andre uden forudgående tilladelse fra Datatilsynet, jf. persondatalovens § 10, stk. 2-3.

Med venlig hilsen

Suzanne Stenkvist

¹ Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger

Bilag I: Søgestrategi

Søgeord	Kombinationer
• MOHOST • Model Of Human Occupation Screening Tool • Occupational therapy • Assessment • Screening tool • Gary Kielhofner • Sue Parkinson • Kirsty Forsyth • Riitta Keponen • MOHO • Model of human occupation • Functional assessment • Clinical assessment • Model of practice • Evidence-based practice • Clinical experience • Validity • Implementation • Interventions • AMPS	• Occupational therapy AND assessment • MOHO AND screening tool • MOHO AND assessment • MOHOST AND Parkinson • Evidence-based AND occupational therapy AND clinical experience (Hits: 5) • Evidence-based AND occupational therapy AND assessment (Hits: 38) • Evidence-based AND occupational therapy AND validity (Hits: 10) • Occupational therapy AND assessment AND validity (Begrænsning: 2005-2009. Hits: 37) • Occupational therapy AND choice of AND assessment (Hits: 3) • Occupational therapy AND implementation AND interventions (Hits: 8) • AMPS AND clinical assessment (Hits: 15) • Occupational therapy AND implementation AND AMPS (Hits: 2)

Hjemmesider

Databaser:

www.web.ebscohost.com

www.otseeker.com

www.cochrane.dk

www.deff.dk

www.bibliotek.dk

<http://scholar.google.com/>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Andre hjemmesider:

www.google.com

www.etf.dk

www.fsa.akademikerhuset.se

www.netf.no

www.cot.co.uk

<http://www.aota.org/Pubs.aspx>

www.caot.ca

Øvrige hjemmesider, vi har anvendt mindre systematisk

MOHO Clearinghouse: www.moho.uic.edu

Sundhedsstyrelsen: www.sundhedsstyrelsen.dk

Bilag J: Korrespondance med Sue Parkinson via e-mail

Sendt d. 16/12/2009

Dear Sue Parkinson

We are writing to You because we have some questions regarding the use of MOHOST.

We are a group of Danish OT students that are doing a bachelor assignment about the experiences of using MOHOST in Danish occupational therapy practise.

We haven't been able to find information about certain topics, and we hope that You might help us by providing some information on these subjects:

Initially we would like to know if MOHOST is a standardized assessment? Can You recommend any litterateur regarding precisely this subject?

Secondly we would like to know Your thoughts about the use of MOHOST if one uses OTIPM or CPPF as practise process model. Does it fit together and/or are there any areas of concern in this regard?

We have seen Your e-mail regarding MOHOST litterateur and we have some trouble finding some of the articles. We would like to know if You could help us as to how we can find following articles: Hatton S. (June 2005), Implementing the right tools. OT News p 26 and Forsyth K, Parkinson S, Kielhofner G, Keller J, Summerfield Mann L, Duncan E (in press) The measurement properties of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). British Journal of Occupational Therapy

Do You know of any articles regarding the use of MOHOST in Danish settings?

Do You know of any studies about the experience of using MOHOST in other countries? The only one we have found about this is the one You mention "Application of the Model of Human Occupation Screening Tool"

Our studies of the experiences of the Danish practitioners using MOHOST has shown that they experience difficulties when scoring the environment, especially when the patients are emitted a very short period of time. They find it hard to decide which environment, hospitals settings or the patients home environment, they should focus on when scoring "Social groups" and "Occupational demands". Can You please tell us your thoughts and recommendations on this dilemma?

Also our studies has shown that our informers shows some uncertainty when it comes to collecting data and scoring patients with a rapidly changing level of occupational participation. Some therapists conduct one screening and some conduct two screenings and merge these together. What is Your recommendations regarding this discrepancy in scoring?

We thank You very much for your consultancy and hope to hear from You soon since the assignment is due very soon.

Best regards,

OT Students, Via University College, Occupational Therapy, Aarhus, Denmark

K. Barild, S. Frederiksen, M. Gravesen & B. Thomsen.

Modtaget d. 17/12/2009

Dear Kaya,

I'll see what I can do to answer your questions.

1. Is the MOHOST standardised? This is an interesting question. Psychologists tend to associate standardisation with conducting a test in a standardised way and yet the data-gathering process for the MOHOST is highly flexible. By this definition, the AMPS is the only MOHO tool that is standardised. Yet the MOHOST has been researched for inter-rater reliability and item-fit, as well as being researched to see if the ratings scale provides evidence of progress. Some people therefore describe the rating scale as being standardised. I like the term that the MOHOST is 'evidence-based' - this takes into account the research that has taken place as well as all the clinical trials and the fact that it is based on the most researched occupational model of practice internationally.

2. I'm not familiar with OTIPM or CPPF so can't give a comprehensive answer. In general, because I have clinical background, I am very much influenced by clinical utility and will use a range of models and tools as befits the circumstances. I'm not averse to using COPM with certain clients, but I haven't found a model that fits as wide a range of situations and has such a wide range of tools to enable client-centred practice as the MOHO. I therefore choose to encourage staff to use MOHO as their preferred option in order to support the use of a shared occupational language to increase efficiency and also to increase our visibility as a profession. I must also confess to be disappointed that OTIPM has come from AMPS and that AMPS training does not seem to acknowledge its MOHO background. For me, AMPS fits perfectly with MOHO.

3. I'm afraid that I don't have a copy of Sara Hatton's article and the other article is still unpublished, but I'm attaching the evidence brief for it, as published on the MOHO website. (Kirsty is currently thinking of submitting it to another journal in order to try and speed the process up.)

4. Also, I'm not aware of any research in Danish settings. - Do let me know if you find any!

5. Lots of the articles relate to the experience of using the MOHOST in the UK, but the studies on the recently released MOHOST CD give examples of its use in the US. It's such a shame that there aren't more studies out there. The MOHOST has been translated into many different languages and over the years I've heard of people using it in Japan,

Finland, Israel + many other countries, but have yet to hear of any published articles from these countries. But there again, my Danish, Japanese, Finnish and Hebrew are all non-existent!)

6. My advice if the client's occupational participation is changeable, even over a 2 week period is: first ask yourself whether it is different in different environments, in which case, produce 2 MOHOSTs showing the differences. Secondly ask whether their participation is improving, in which case you could complete a retrospective MOHOST showing their initial participation and another showing their current participation. Otherwise, I would usually give the lowest rating but indicate in the comments section that participation can be better at times and see if I can link this to any plausible explanation, e.g., medication, diurnal variation etc.

With very best wishes, and hoping that you can understand my English.

Sue

Sent d. 06/12/2009

Dear Sue

Thank You for your help.

We found Your answers very interesting and relevant in respect to our assignment. Therefore we would like to ask for Your permission to incorporate Your answers in the discussion of our findings.

Best regards

OT Students, Via University College, Occupational Therapy, Aarhus, Denmark

K. Barild, S. Frederiksen, M. Gravesen & B. Thomsen.

Modtaget d. 07/01/2009

That's fine.

Sue

Bilag K: Korrespondance med Gary Kielhofner via e-mail

Modtaget d. 17/12/2009

See my responses below in CAPS

At 06:13 AM 12/16/2009, you wrote:

Dear Gary Kielhofner

We are writing to You because we have some questions regarding the use of MOHOST.

We are a group of Danish OT students that are doing a bachelor assignment about the experiences of using MOHOST in Danish occupational therapy practise.

We haven,t been able to find information about certain topics, and we hope that You might help us by providing some information on these subjects:

1. Initially we would like to know if MOHOST is a standardized assessment? Can You recommend any litterateur regarding precisely this subject?

STANDARDIZATION IS A POORLY UNDERSTOOD TERM. STRICTLY SPEAKING IT MEANS THAST THERE IS A FIXED ADMINISTRATION PROCEDURE AND IN THIS REGARD, STANDARDIZATION IS ONLY APPROPRIATE FOR CERTAIN KINDS OF MEASURES SUCH AS INTELLIGENCE TESTS OR TESTS OF SPECIFIC CAPACITIES. SO THE IDEA IS NOT EXACTLY RELEVANT TO THIS ASSESSMENT AT ALL. MORE LOOSELY DEFINED, STANDARDIZATION IS TAKEN TO MEAN THAT THE ASSESSMENT HAS BEEN FORMALLY DEVELOPED WITH PROCEDURES FOR ADMINISTRATION GENERALLY DEFINED, AS WELL AS PROCEDURES FOR INTERPRETATION. IN THIS REGARD, YES, THE INSTRUMENT IS STANDARDIZED. BUT MORE IMPORTANT THAT STANDARDIZATION IS THAT THE ASSESSMENT IS PSYCHOMETRICALLY VALIDATED--THAT THERE HAVE BEEN STUDIES OF ITS RELIABILITY AND VALIDITY AND THESE STUDIES HAVE BOTH BEEN UNDERTAKEN AND MORE ARE IN PROCESS

2. Secondly we would like to know Your thoughts about the use of MOHOST if one uses OTIPM or CPPF as practise process model. Does it fit together and/or are there any areas of concern in this regard?

NO, THERE IS NO NEED FOR THESE. MOHO INCLUDES A PROCESS WHICH IS OUTLINED IN THE BOOK. THESE TWO IDEAS ARE REALLY SUPERFLUOUS AND ONLY REFLECT NEW PEOPLE TRYING TO MAKE THEIR OWN NAMES FOR CREATING MODELS. I RECOMMEND STRONGLY YOU FORGET ABOUT THEM

3. We have seen Your e-mail regarding MOHOST litterateur and we have some trouble finding some of the articles. We would like to know if You could help us as to how we can find following articles: Hatton S. (June 2005), Implementing the right tools. OT News p 26

and Forsyth K, Parkinson S, Kielhofner G, Keller J, Summerfield Mann L, Duncan E (in press) The measurement properties of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST). British Journal of Occupational Therapy

THE FIRST PAPER I DO NOT HAVE ACCESS TO. I HAVE ATTACHED THE SECOND

4. Do You know of any articles regarding the use of MOHOST in Danish settings?

SORRY I DON'T, BUT YOU SHOULD ASK ON THE LIST SERV

5. Do You know of any studies about the experience of using MOHOST in other countries? The only one we have found about this is the one You mention „Application of the Model of Human Occupation Screening Tool“

THE MOHOST WAS DEVELOPED IN ENGLAND AND STUDIED BOTH THERE AND IN THE US. IT HAS ALSO BEEN STUDIED IN TAIWAN. DO YOU HAVE THIS ARTICLE? THERE IS A RESEARCH STUDY OF IT THERE. ALSO IF YOU CHECK ON THE MOHO WEBSITE YOU CAN FIND WHAT LANGUAGES IT HAS BEEN TRANSLATED TO AND CONTACT THE TRANSLATORS FOR ADDITIONAL INFORMATION

6. Our studies of the experiences of the Danish practitioners using MOHOST has shown that they experience difficulties when scoring the environment, especially when the patients are emitted a very short period of time. They find it hard to decide which environment, hospitals settings or the patients home environment, they should focus on when scoring „Social groups“ and „Occupational demands“. Can You please tell us your thoughts and recommendations on this dilemma?

IF THE INFORMATION IS NOT AVAILABLE, THEN THE ITEMS DO NOT HAVE TO BE SCORED. YOU CAN GET SUBSCALE SCORES AND IF A SUBSCALE SUCH AS THE ENVIRONMENT IS NOT ASSESSED THAT IS FINE. WITH EARLY USE EVERYONE FEELS A BIT 'UNCONFIDENT' WITH THE RATINGS, BUT WITH TIME THIS BECOMES EASIER.

7. Also our studies has shown that our informers shows some uncertainty when it comes to collecting data and scoring patients with a rapidly changing level of occupational participation. Some therapists conduct one screening and some conduct two screenings and merge these together. What are Your recommendations regarding this discrepancy in scoring?

DEPENDS WHAT YOU WANT TO LEARN AND DOCUMENT ABOUT THE CASE. IF THE CLIENT IS CHANGING, YOU CAN DO REPEATED MEASURES AS OFTEN AS YOU WISH AND DOCUMENT THE CHANGE THAT SHOWS IN THE ITEMS. ANOTHER ALTERNATIVE IS AS YOU NOTED ABOVE AND THEN THE THERAPIST SHOULD INDICATE, IN MY VIEW, THE HIGHER SCORE AND NOTE THAT THE CLIENT IS CHANGING. BUT KEEP IN MIND, THAT THIS INSTRUMENT IS A "TOOL" FOR PRACTICE AND THAT THE THERAPIST NEEDS TO EXERCISE JUDGEMENT IN HOW TO BEST USE THE TOOL.

We thank You very much for your consultancy and hope to hear from You soon since the assignment is due very soon.

Best regards,

OT Students, Via University College, Occupational Therapy, Aarhus, Denmark

K. Barild, S. Frederiksen, M. Gravesen & B. Thomsen.

Sendt d. 06/12/2009

Dear Gary

Thank You for your help.

We found Your answers very interesting and relevant in respect to our assignment.
Therefore we would like to ask for Your permission to incorporate Your answers in the
discussion of our findings.

Best regards

OT Students, Via University College, Occupational Therapy, Aarhus, Denmark

K. Barild, S. Frederiksen, M. Gravesen & B. Thomsen.

Modtaget d. 06/12/2009

yes you may.