



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper

Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

Aktivitetsproblemer hos borgere som udelukkende er henvist til fysisk ambulant genoptræning

Författare: Ulla Andersen

Handledare: Lena-Karin Erlandsson og
Stinne Glasdam

21. marts 2014

Kandidatuppsats

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för Hälsovetenskaper
Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap

21. marts 2014

Aktivitetsproblemer hos borgere, som udelukkende er henvist til fysisk ambulant genoptræning.

Författarnamn: Ulla Andersen

Baggrund: Der er sammenhæng mellem ældre menneskers deltagelse i forskelligartede aktiviteter og sundhed, dog indeholder henvisninger til kommunal genoptræning hovedsageligt beskrivelser af fysiske vanskeligheder.

Formål: At kortlægge hvorvidt den ældre borger, henvist til fysisk ambulant genoptræning, oplever aktivitetsproblemer og i så fald hvilke, samt hvordan de prioriteres.

Metode: Studiet var kvalitativt i sin ansats og forankret i forfatterens kliniske praksis. Informanterne var > 60 år (n=11) og henvist til genoptræning i den kommune, hvor de boede. Gennem to uger blev der foretaget tværfaglige vurderinger, informanterne blev interviewet af en ergoterapeut ved anvendelse af instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM), et reliabelt og responsivt instrument. De indsamlede data blev bearbejdet gennem inspiration af en kvalitativ indholdsanalyse; først en manifest og derefter en latent analyse.

Resultat: Studiet fandt, at borgerne oplevede aktivitetsproblemer relateret til stort set alle temaer indenfor COPM *egenomsorg, arbejde og fritid*.

Konklusion: Studiet indikerer behov for fast procedure for ergoterapeutisk vurdering, hvor et standardiseret instrument til fremme af klientcentreret praksis anvendes COPM. Grundet populationens størrelse kan der ikke konkludere på sammenhæng mellem borgeres oplevelse af aktivitetsproblemer og henvisningsbeskrivelserne. Der er behov for yderligere studier.

Nyckelord: Aktivitetsbalans, arbejds terapeutiske interventioner, stress, utmattningssyndrom

Adress: Institutionen för Hälsovetenskaper, Arbetsterapi och aktivitetsvetenskap, Box 157, S-221 00 Lund



LUND UNIVERSITY
Faculty of Medicine

21. Marts 2014

Occupational problems experience by citizens referred to physical outpatient training

Ulla Andersen

Background: There is a correlation between older people and participation in activities of various nature and health. Referrals of older however, often one sided include descriptions of physical problems.

Purpose: This study aims to examine whether older people referred to physical outpatient training, experience occupational problems, what kind of problems and how they are prioritized.

Methods: This was a qualitative study based in the practice of the author. Participants included > 60 years (n=11), living in the municipality and have all been referred to rehabilitation. Over a period of two weeks interdisciplinary assessments were made and the participants were interviewed by an occupational therapist using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM), a reliable and responsive tool. The collected data was analyzed using content analysis, first manifest, then in a latent analysis.

Results: This study concludes that the participants experienced occupational problems related to nearly all aspects of COPM *self-care, productivity and leisure*.

Conclusion: This indicates a need for a procedure for occupational assessments using an standardized tool facilitating client-centered practice such as COPM. Due the relatively small sample it was not possible to perform any statistical analysis determining any relationships between the perceived everyday occupational problems and the descriptions in the referrals. Thus there is a need for further studies.

Keywords: Older, community dwelling, community based rehabilitation, COPM, Occupational problems.

Bachelor thesis

Department of Health Sciences, Occupational Therapy and Occupational Science, Box 157,

Indholdsfortegnelse

Introduktion	4
Baggrund	5
Et aktivitetsperspektiv	5
Kommunal genoptræning i Danmark	5
Formål.....	6
Metode.....	7
Design	7
Deltagere	7
Dataindsamling.....	7
Procedure	8
Dataanalyse	9
Etiske overvejelser.....	10
Resultater	11
Deltagere karakteristika	11
Rapporterede aktivitetsproblemer i hverdagen:	11
Rapporterede Prioriterede aktivitetsproblemer	12
Informanternes beskrivelse af aktivitetsproblemer i hverdagen.....	13
Diskussion.....	15
Metodediskussion	18
Konklusion	20
Referenceliste.....	21
Bilagsoversigt.....	23
Bilag 1: Kopi af COPM skema.....	24
Bilag 2: Samtykkeerklæring	25
Bilag 3: Interviewguide	26
Bilag 4: Skabelon til ergo start status	27

Introduktion

World Health Organization (WHO) beskriver, at populationen af ældre over 60 år er stigende i næsten alle lande, som et resultat af øget sundhed og faldende fødselstal (WHO, 2013).

Befolkningsprognoser i Danmark (Danmarks Statistik, 2013) viser, at antallet af ældre over 60 år er stigende. I 2013 er >1.300.000 over 60 år, hvilket forventes at stige til >1.800.000 personer i år 2050. Ifølge flere studier er der mange faktorer, der afgør, hvordan mennesker ældes, eksempelvis biologisk disponering, levevilkår, socialøkonomisk status, kost, motion og rygning (McIntyre, 2013, Nandi, Glymour, Subramanian, 2014). "Active ageing" er et politisk begreb, der refererer til evnen at fastholde deltagelse i sociale, økonomiske, spirituelle og civile formål for at sikre ældres sundhed og en god livskvalitet efter tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet (WHO, 2013).

De aldersrelaterede funktionstab har betydning for et menneskes behov for hjælp til Almindelig Daglig Levevis (ADL). Det er vist, at for ældre med øget alder ses en sammenhæng med omgivelsesmæssig tilpasning, kaldet person-omgivelses fit, i relation til behovet for hjælp ved ADL (Werngren-Elgström M., Carlsson G., Iwarsson S., 2007). Nilsson m.fl. (2007) har i et studie undersøgt sammenhæng mellem deltagelse i aktivitet og livstilfredshed for de ældste ældre i Sverige, hvor de finder sammenhæng mellem livstilfredshed og deltagelse i både hobby og dagligdags- relaterede aktiviteter for ældre over 85 år (Nilsson et al, 2007).

Et review af Stav og kollegaer (2012) viser en sammenhæng mellem ældres deltagelse i forskelligartede aktiviteter og sundhed. Arbejde herunder frivillighed, fysisk aktivitet, hobby, sociale og religiøse aktiviteter har en positiv påvirkning på sundhed og livskvalitet for ældre. Det påpeges endvidere, at ergoterapi og kundskab om aktiviteterets betydning for helbred kan have en større rolle i den kommunale service til den ældre borger, når de demografiske udfordringer med flere ældre borgere skal mødes (Stav et al, 2012). I relation til helbred har WHO udviklet en anerkendt model, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dette er en model med formålet at skabe et tværprofessionelt sprog (WHO 2003). ICF modellen er et godt udgangspunkt for ældre menneskers rehabilitering, når fagpersoner skal samarbejde, og der er behov for fælles referenceramme til at beskrive borgerens helbredstilstand som et dynamisk samspil mellem krop, aktivitet og deltagelse der endvidere påvirkes af personlige og omgivelsesmæssige faktorer (WHO, 2003).

Viden om sammenhæng mellem meningsfulde og forskelligartede aktiviteter og sundhed, fremhæves til at indeholde mere end en medicinsk forståelse af årsagen til aktivitetsproblemer. Det fremhæves, at aktiviteter er påvirket af mere end kropslige funktioner og en overbevisning om, at ergoterapeutisk forståelse af aktivitet er unik hvor kombinationen af det mennesker gør ses i en sammenhæng med hvem -, hvor - og hvordan de gøres, er skabende og afgørende for hvem man bliver som menneske (Wilcock, 1999). Den aktuelle forskning støtter antagelserne om, at ældre bør vurderes i relation til muligheder for deltagelse i betydningsfulde aktiviteter

Baggrund

Et aktivitetsperspektiv

Den Canadiske Model for Aktivitetsudøvelse og – Engagement (CMOP-E) er en dynamisk interaktionsmodel der illustrerer relation mellem person, aktivitet og omgivelser, der fører til aktivitetsudførelse og engagement (Townsend & Polatajko, 2008). Det er en ergoterapeutisk forforståelse, at mennesker der beskrives med funktionstab og henvises til almen fysik træning, også formodes at have vanskeligheder relateret til balancen af aktivitet og deltagelse i dagligdagen (Backman, 2010; Christiansen & Townsend, 2010). Et ergoterapeutisk interview redskab, Canadian Occupational Performance Measure (COPM) udreder, hvorvidt personen oplever aktivitetsproblematikker i dagligdagen og hvorvidt disse ønskes muliggjort. Law og medforfattere (2007).

Kommunal genoptræning i Danmark

Den ældre medicinske patient (+65) udgør, ifølge Sundhedsstyrelsen, cirka halvdelen af alle somatiske patienter i sygehusvæsnet (Sundhedsstyrelsen, 2011). Opgørelser viser endvidere, at indlæggelser, hvor den ældre medicinske borger er blevet indlagt og udskrevet samme dag, har været stigende igennem de seneste år i Danmark (Kommunernes Landsforening, 2012). Kommunernes Landsforening (KL) har for at imødekomme udfordringerne med den voksende sundhedsopgave med stigende sygehusudgifter, udformet et udspil om det ”nære sundhedsvæsen” (KL, 2012). Oplægget er, at kommunerne på tværs af afdelinger og professioner skal sikre, at borgere med sygdom hurtigt kommer tilbage til familie og arbejdsliv, og samtidigt forebygge indlæggelser for den ældre borger (KL, 2012). For at sikre at borgerne tilbydes en både faglig og økonomisk genoptræning, er der udviklet en stratificeringsmodel (KL, 2013). Modellen beskriver, at den ældre medicinske patient ofte

behøver et tværfagligt tilbud og intern koordinering i kommunalt regi. Geriatrik rehabilitering i Danmark er i høj grad blevet defineret som en medicinsk problemstilling med en tværfaglig tilgang til sygdom og svækkelse. Det har været et løbende projekt at skabe anerkendelse af de psykiske og sociale forholds betydning for sygdom og helbred (Thuesen, 2013). Thuesen beskriver, hvordan disciplinære kampe og spændinger mellem aktivitetsteori og tilbagetrækningsteoretisk forståelse af aldringsprocesserne, har afspejlet i forståelser og praksisser inden for dette rehabiliteringsområde.

På genoptræningscentret, hvor dette studie tager sit udgangspunkt, er mange af de henvisninger, der modtages, (Servicelov § 86 eller Sundhedsloven § 140) beskrivelser af fysiske vanskeligheder hos borgerne, der indikerer behov for fysioterapeutisk vurdering og genoptræningsforløb. Henvisningerne, udformet enten på hospital eller i kommunen, er via standardiserede skemaer, der sikrer dokumentationsgrundlaget. Et narrativt studie har vist, at brugen af denne standardiserede fremgangsmåde for visitering kan fratage borgerens hverdagserfaringer (Thuesen, 2013). Umiddelbart ser det ud til, at de aktivitetsmæssige vanskeligheder ikke beskrives i henvisningen og derfor kan overses i den nuværende organisering af genoptræningstilbuddet.

Det er relevant at afklare målgruppen for rehabilitering, samt om borgerne henvist til genoptræning af fysiske kropslige funktioner også oplever aktivitetsproblemer. Dette er vigtigt at afklare, hvis målet er at sikre borgeren en så hurtig tilbagevenden, som mulig, til en hverdag med aktivitetsbalance og trivsel (Christiansen & Townsend, 2010). Det er fortsat nødvendigt, at borgernes fysiske formåen vurderes af en fysioterapeut, men det er ikke kendt i hvilken grad, det kan være nødvendigt også at udrede borgerne i relation til nedsat aktivitetsformåen (WHO, 2003). WHO's intention er, at sikre god fysisk genoptræning til dem, der har behov for det, men også at sikre borgere med komplekse problemstillinger et rehabiliteringstilbud, hvor interventionen rettes bredere mod alle aspekter af borgerens helbredstilstand (WHO, 2003).

Formål

At kortlægge hvorvidt den ældre borger, henvist til fysisk ambulat genoptræning, oplever aktivitetsproblemer og i så fald hvilke. Yderligere formålet er at kortlægge hvilke aktivitetsproblemer der prioriteres af den ældre borger.

Metode

Design

Dette bachelorprojekt var et klinisk studie, som var forankret i den praksis, hvor forfatteren arbejdede. En kvalitativ metode (DePoy & Gitlin, 1999) har været anvendt for at opnå beskrivelser af hvordan aktivitetsproblemerne oplevedes. Via et kvalitativt studie var det muligt, at få beskrevet hvilken vanskeligheder der oplevedes i relation til aktivitetsproblemet og hvilken betydning det havde for informanterne.

Deltagere

Ældre over 60 år, der på baggrund af Sundhedsloven § 140 eller Serviceloven § 86,1 blev henvist til vurdering på et kommunalt Genoptræningscenter. Et alders kriterium over 60 år blev sat på baggrund af aldersgrænsen i review af Stav og kollegaer (2012). Kommunen indgik i et flere-kommunalt samarbejde. De ældre, hvor der blev tilbudt forløb i samarbejde med de to andre kommuner, blev ekskluderet fra studiet af praktiske grunde. Dette betød, at ældre henvist til træning med hoftealloplastik, knæalloplastik samt rygtræningsforløb blev ekskluderet af studiet. Ældre, som deltog i andre forsknings- og udviklingsprojekter i forbindelse med deres rehabiliteringsforløb, blev også ekskluderet, herunder Hjerneskaderehabilitering og Kræftrehabilitering. Samlet blev 15 borgere tilbudt deltagelse i studiet. Fire borgerer meldte fra, 11 borgere gav samtykke til at indgå og deltog i studiet.

Dataindsamling

Dataindsamlingen foregik ved anvendelse af interview instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al, 2007). COPM er reliabelt og responsivt og tager udgangspunkt i relevante temaer omhandlende oplevelse af aktivitetsproblemer i hverdagen (Law et al 2007). Under interviewet blev der samtidig indhentet data om køn, alder, sociale status og tidligere livsførelse. Borgerne henvist via Sundhedsloven § 140 er henvist direkte fra sygehus efter akut sygdom og blev vurderet senest 10 dage efter henvisningsdato. Borgerne henvist via Servicelov § 86,1 er henvist af kommunens egen træningsvisitation grundet funktionsfald, dette kan være sket over en længere tidsperiode.

Under COPM interviewet blev det identificeret, hvilke problemer informanterne oplevede i forbindelse med udførelsen af for dem betydningsfulde daglige aktiviteter.

Aktivitetsproblemerne blev på COPM skemaet påført under de fortrykte temaer *egenomsorg*,

arbejde og fritid, hvert tema havde endvidere tre underoverskrifter (bilag 1). Informanterne vurderede de identificerede aktivitetsproblemer i relation til betydningen for dem på en skala fra 1-10

- Betydning: 1=slet ikke vigtigt; 10=yderst vigtigt.

Informanterne prioriterede efterfølgende op til fem aktivitetsproblemer, der ønskedes at arbejde med. Efter prioritering af aktivitetsproblemer, blev oplevelse af udførelsen og tilfredshed omhandlende disse problemer vurderet på en skala fra 1-10.

- Udførelse: 1=kan selv ikke udføre; 10=kan udføre overordentlig godt
- Tilfredshed: 1=slet ikke tilfreds; 10=yderst tilfreds.

Procedure

Henvisninger til ambulans genoptræning blev modtaget elektronisk. Informanterne inkluderet i herværende studie blev i perioden uge 43 – 44, 2013 tilbudt vurdering hos både ergoterapeut og fysioterapeut, hvor denne indkaldelse foregik via brev. Den ergoterapeutiske vurderingssamtale foregik i de to uger ved fire ergoterapeuter med erfaring i brugen af COPM, hvoraf den ene var forfatteren til dette kandidatprojekt. Inden interviewet blev informanten af ergoterapeuten orienteret om studiet, samt at deltagelse ikke ville have en betydning for genoptræningsforløbet. Såfremt informanten ønskede at deltage i studiet blev en samtykkeerklæring underskrevet (Kvale, 2006), (bilag 2). Den fysioterapeutiske undersøgelse foregik som vanligt efter gældende procedurer med brug af Senior Fitness Test (Rikli & Jones, 2004).

Interviewets første fase er beskrevet af Kvale (2006) som afgørende for at skabe en god kontakt, eksempelvis ved fri tale og aktiv lytten. COPM interviewenes indledning havde fokus på at skabe en god kontakt, hvor informanten blev opfordret til at fortælle om sig selv før sygdom, oplevelsen af forudgået forløb og årsagen til kontakten til Genoptræningscenter. Efter den indledende samtale var hovedformålet med interviewet at få forståelse for oplevelsen af udfordringer i hverdagen og identificere de aktiviteter, informanten havde brug for eller ønskede at kunne i dagligdagen, men ikke aktuelt kunne på en tilfredsstillende måde (Law et al, 2007). I slutningen af interviewet blev temaerne *egenomsorg, arbejde og fritid* blev alle gennemgået for at sikre, at informanten inden prioriteringen af aktivitetsproblemerne havde haft mulighed for at fortælle om alle sine aktivitetsproblemer.

De fire ergoterapeuter havde inden dataindsamlingsperioden drøftet struktur og rammer for

interviewene, og i perioden for dataindsamlingen mødtes de en gang om ugen, for at drøfte hvordan interviewene havde forløbet samt at afklare opstået spørgsmål. Der blev udformet en interviewguide for samtalsstrukturelle opbygning. (bilag 3). Inden hvert interview blev samtalskontekst præsenteret, hvilket betød at informanten blev orienteret om formålet med samtalen, samt den efterfølgende vurdering hos fysioterapeut, inden en plan for intervention blev fastlagt. Den fælles forståelse af hvad der skulle ske under interviewet sikrede, at samtalen kunne foregå ud fra klientcentrede principper, med en klient-professional relation beskrevet i The Canadian Model of Client-Centred Enablement (Townsend & Polatajko, 2008).

Interviewene blev gennemført uden brug af båndoptager, udsagnene blev skrevet ned undervejs på COPM skemaet (bilag 1) (Kvale, 2006). Information relateret til aktivitetsudførelse blev skrevet ind i COPM skemaet, øvrige oplysninger som eksempelvis ægteskabelig status, blev skrevet på bagsiden af COPM skemaet. Ved interviewenes afslutning blev datamaterialet valideret, hvilket foregik ved at gennemgå de nedskrevne stikord på COPM skemaet med informanten. Gennemgang af materialet gjorde det muligt at korrigere det, interviewer havde skrevet under COPM skemaets ni emneområder med informantens egen oplevelse af aktivitetsproblemerne (Kvale & Brinkmann, 2009). Efter hvert interview sammenskrev ergoterapeuten hovedaspekterne af interviewet i et journalnotat ud fra en standardiseret skabelon samt scannede COPM skemaet ind i journalen (bilag 4). I journalnotatet blev der beskrevet, hvordan kontakten blev oplevet af interviewer, eksempelvis stemning og de fysiske omgivelser for samtalen, da netop stemningen er betydningsfulde for validiteten (Kvale & Brinkmann, 2009). Det anslås hvert interview tog en time, og det efterfølgende administrative arbejde tog 45 minutter.

Dataanalyse

Dataanalysen blev indledt ved at udforme en deskriptiv tabel, der præsenterede informanterne. Analysen blev foretaget med baggrund i oplysningerne om henvisningsårsag, alder og social status. Efterfølgende blev de indsamlede data fra COPM interviewene (Law et al, 2007) bearbejdet efter en kvalitativ indholdsanalyse (Danielson, 2012, Kvale & Brinkmann, 2009). Analysen var teoristyret, idet emneområderne fra COPM skemaet (Law et al 2007) blev anvendt som koder i matrisen, hvor datamaterialet blev organiseret i meningsbærende enheder (Malterud, 2006; Schreier, 2012).

Da datamaterialet var inddelt i matrisens ni meningsbærende enheder i relation til underoverskrifter fra COPM skemaet (bilag 1), blev der foretaget en så kaldt manifest indholdsanalyse (Danielson 2012; Schreier, 2012). Alle identificerede og rapporterede aktivitetsproblemer blev opgjort, hvorefter antallet af rapporterede prioriterede aktivitetsproblemer blev opgjort.

Næste skridt indebar en latent indholdsanalyse (Danielson 2012; Schreier, 2012).

Datamaterialet blev gennemlæst i relation til de ni meningsbærende enheder, blev fortolket og herefter blev datamaterialet opdelt yderligere i subkategorier. Eksempelvis blev *personlig omsorg* opdelt yderligere i bad, påklædning og støttestrømper. Indholdet af de meningsbærende enheder blev kondenseret, og datamaterialet blev tolket ud fra en faglig forforståelse af aktivitetsperspektivet. Under hver meningsbærende enhed blev der udformet notater indeholdende kvalitativ beskrivelse af informanternes oplevelse af aktivitetsproblemer i hverdagen (Danielson 2012; Schreier, 2012), samt angivelse af antallet af tilkendegivelser i relation til subkategorien, disse notater blev i sidste analysetrin sammenskrevet (Schreier, 2012).

Etiske overvejelser

Informanterne blev informeret og har underskrevet samtykkeerklæring (Bilag 1) om at ville indgå i studiet, samtykkeerklæringen er udformet på baggrund af Kvaales anbefalinger (Kvale, 2006). I dette samtykke blev der givet tilladelse til, at oplysninger fra COPM interviewet måtte bruges i anonymiseret form. Informanterne blev oplyst om, at deltagelse var absolut frivilligt, og de til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage, uden det ville få betydning for deres genoptræning eller rehabiliteringsforløb.

Den Nationale Videnskabelige Komite beskriver, at kvalitetsudviklingsprojekter ikke skal anmeldes til komitésystemet (Den Nationale Videnskabsetiske Komite, 2013).

Ergoterapeutisk vurdering med brug af eksempelvis COPM interview og aktivitetsbaseret intervention foregår indenfor andre serviceområder i kommunens drift over for lignende borgere. Dette udviklingsprojekt handlede om at afdække om en målgruppe for ergoterapi nuværende arbejds gange overses.

Resultater

Deltagere karakteristika

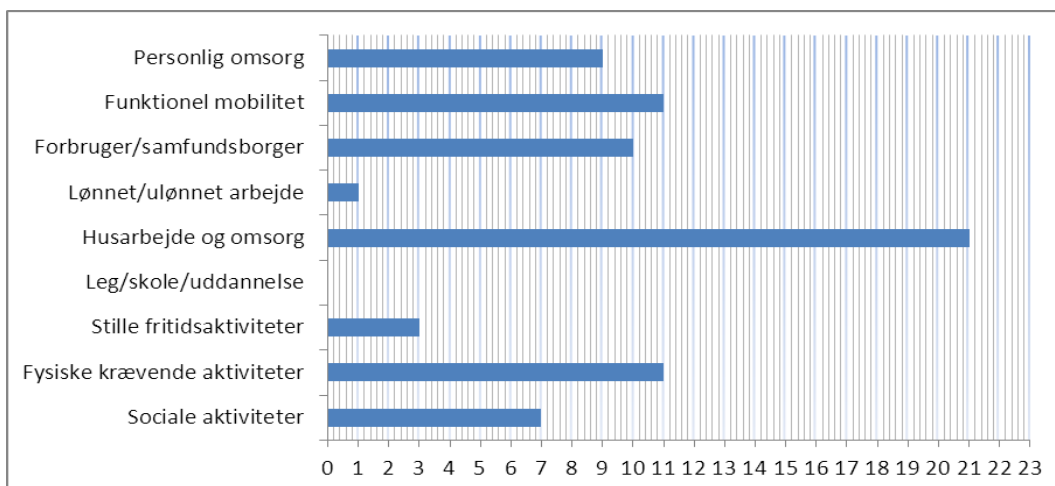
Resultaterne er på baggrund af COPM interview med 11 informanter, aldersspredning samt gennemsnitlig alder, henvisningsårsag og oplysning om informanten boede alene er angivet i tabel 1. Lidt over gennemsnittet af informanterne boede ufrivilligt alene; for størstedelen var ægtefællen død indenfor de seneste år. Den hyppigste henvisningsårsag var relateret til fald og balance; en informant var henvist med beskrivelse relateret til respirationsinsufficiens og parkinson.

Tabel 1. Deltager karakteristika, herunder alder og henvisningsbeskrivelse

		Antal (n=11)	Gennemsnit	Spredning
Alder (år)			79,5	66-91
Mænd/kvinder		7/4		
Ufrivilligt boede alene		6		
Henvist via sundhedslov		6		
Henvist via servicelov		5		
Henvisningstyper	Relateret til fald/balance	4		
	Relateret til funktionstab	2		
	Relateret til KOL	2		
	Relateret til skulder	2		
	Relateret til parkinson, respirationsinsufficiens	1		

Rapporterede aktivitetsproblemer i hverdagen:

I figur 1 illustreres antallet af de aktivitetsproblemer de 11 informanter oplevede i deres hverdag indenfor hver kode i matrisen. Vanskelighederne fordelte sig således, at de 11 informanter havde tilkendegivet 30 oplevede aktivitetsproblemer indenfor *egenomsorg*, 22 oplevede vanskeligheder indenfor *arbejde* og 21 oplevede vanskeligheder indenfor *fritid*. *Husarbejde og omsorg* under kategorien arbejde var der særligt mange rapporterede aktivitetsproblemer.

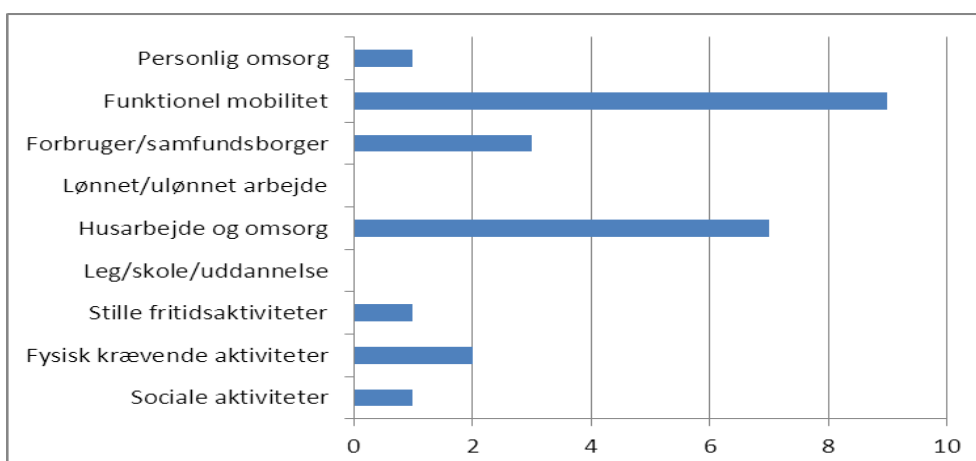


Figur 1. Antallet af rapporterede aktivitetsproblemer i hverdagen (n=11). (Note: Samme informant kan rapportere flere aktivitetsproblemer)

Rapporterede Prioriterede aktivitetsproblemer

På baggrund af alle identificerede aktivitetsproblemer (figur 1) prioriterede informanterne, hvilke aktiviteter de indledningsvis ønskede at muliggøre. I figur 2 illustreres fordelingen af de prioriterede aktivitetsproblemer, som informanterne på baggrund af alle de rapporterede aktivitetsproblemer i hverdagen prioriterede at kunne mestre igen.

De prioriterede aktivitetsproblemer i de 11 COPM interview fordelte sig således: 13 indenfor *egenomsorg*, syv indenfor *arbejde* og fire indenfor *fritid*. Det var specielt aktiviteter indenfor *Funktionel mobilitet* samt *Husarbejde og omsorg*, hvor der var ønske om at kunne mestre aktiviteter bedre efter en rehabiliteringsperiode.



Figur 2. Antallet af rapporterede prioriterede aktivitetsproblemer (n=11). (Note: Samme informant kan rapportere flere aktivitetsproblemer)

Informanternes beskrivelse af aktivitetsproblemer i hverdagen

Egenomsorg

Informanterne beskrev usikkerhed ved personlig omsorg og funktionel mobilitet, det var oplevelser af at udføre aktiviteten med nervøsitet, øget anstrengelse og tidsforbrug.

Informanterne beskrev ikke at kunne mestre indkøb, dette var for mange en betydningsfuld aktivitet. Nedsat formåen ved indkøb og udendørs færden resulterede i oplevelser af isolation og ensomhed.

Personlig omsorg: Tre informanter tilkendegav ønske om at kunne mestre badet bedre, eksempelvis uden at skulle støtte sig til væggen, i et hurtigere tempo eller komme lettere op af badekarret. Fem informanter oplevede anstrengelse eller besvær med påklædning, specielt oplevelser af øget tidsforbrug samt besvær ved at få tøjet på og miste balancen under nedre påklædning. En borger beskrev behov for hjælp til at tage støttestrømper på.

Funktionel mobilitet: Fire informanter beskrev behov for møbelstøtte eller afhængighed af en stok ved indendørs gang, dette med en oplevelse af risiko for fald og en beskrev smerter. Seks tilkendegav et ønske om bedre formåen i relation til udendørs gang; fire ønskede at kunne gå mere sikkert eller uden ganghjælpemiddel, to tilkendegav et ønske om at kunne genoptage gåture udendørs i nærområdet og en ønskede at kunne genoptage gåture i skoven. Informanterne beskrev i relation til udendørsfærden oplevelser af at være blevet inaktiv men også oplevelser af ikke længere at møde andre mennesker på gaden og deraf en følelse af ensomhed. En beskrev en beslutsomhed om at fortsætte gåturene udendørs trods nervøsitet for at falde, dette primært for at bryde isolation og fortsat kunne møde andre mennesker.

Forbruger/samfundsborger: Syv informanter beskrev begrænsninger i relation til at foretage indkøb. Fire beskrev, ikke at kunne udføre aktiviteten på nuværende tidspunkt men et ønske om at genoptage aktiviteten. De resterende tre oplevede indkøbet som usikkert eller fik hjælp fra familie til at kunne komme på indkøb. Informanterne beskrev indkøbet som betydningsfuldt da de ønskede selv at vælge sine varer, men også som en aktivitet med stor social betydning. Indkøb er af informanterne beskrevet som den naturlige mulighed for at møde andre mennesker. En foretog indkøb med datteren men oplevede usikkerhed om, hvorvidt dette fremover kunne være muligt.

To informanter oplevede begrænsning ved ikke at kunne køre bil længere. Bilkørsel blev beskrevet som en forudsætning for at møde andre mennesker, tage på tur, foretage indkøb mm. En informant, der tidligere har kørt bil, havde ikke mod på at tage offentlig transport

grundet brug af ganghjælpemiddel, og at det umiddelbart oplevedes som en for uoverskueligt.

Arbejde

Informanterne beskrev havearbejde, aktiviteter i relation til madlavning, rengøring og andre huslige gøremål som meget betydningsfulde. Nogle informanter havde opgivet at udføre aktiviteterne andre beskrev at de udføres med anstrengelse, øget tidsforbrug eller usikkerhed. Oplevelsen af ikke at kunne mestre aktiviteterne, beskrev informanterne resulterede i irritation eller tristhed og manglende identitet i hjemmet.

Lønnet/ulønnet arbejde: En informant beskrev behovet for pauser og hjælp fra kollegaer ved tungere løft i forbindelse med lønnet arbejde. Arbejdet blev beskrevet med en stor social betydning, og at weekenderne opleves ensomme da kollegaerne var hans tætteste relation efter hustrus død.

Husarbejde og omsorg: Havearbejde blev oplevet af fem som en meningsfuld aktivitet, det var specielt for denne aktivitet, at det var mændene der tilskrev aktiviteten betydning og i relation til oplevelse af identitet. To beskrev oplevelsen af manglende kræfter eller frygt for at falde ved havearbejde, tre havde helt opgivet at udføre aktiviteten. Oplevelser af irritation eller tristhed over ikke at kunne mestre havearbejde som tidligere blev beskrevet, tab af aktiviteten blev beskrevet som en medvirkende årsag til inaktivitet.

Seks informanter beskrev vanskeligheder ved at udføre opgaver i forbindelse med madlavning. To tilkendegav vanskeligheder i relation til at løfte gryder eller åbne konserver, to beskrev usikkerhed eller anstrengelse ved udførelse stående arbejde i køkkenet samt et øget behov for pauser. En beskrev, at det tog lang tid at lave mad, og at maden ikke længere smagte så godt som før.

Tre informanter beskrev usikkerhed ved tøjvask, specielt det at hænge vasketøj op blev beskrevet med frygt for at falde. En beskrev nervøsitet for at falde ved skift af sengetøj og tømme postkasse. Fire oplevede begrænsninger i muligheden for at deltage i rengøringsaktiviteter, en heraf oplevede ikke rengøringshjælpen som tilstrækkelig og ville gerne bidrage lidt, eksempelvis gå/stå frit og tørre støv af eller støvsuge med håndstøvsuger. Informanterne beskrev en taknemmelighed over at få hjælp til aktiviteter indenfor husarbejde og omsorg, men de havde samtidig et ønske om selv at kunne udføre små opgaver i relation til husarbejde. Et eksempel på dette kunne være at kunne varme mad, plante en blomst, luge lidt ukrudt i haven, tørre støv af eller støvsuge et enkelt rum.

Fritid

Fritidsaktiviteter blev af informanterne beskrevet med entusiasme og som indholdsgivende aktiviteter med stor betydning. Oplevelsen af nedsat formåen har vanskeliggjort deltagelse, nogle informanter havde helt opgivet at deltage i fritidsaktivitet, dette både *stille, fysisk krævende* og *sociale aktiviteter*. Beskrivelser relaterede også til, manglende initiativ, ikke længere at kunne komme ud og opleve verden, tabet af at kunne indgå i sociale sammenhæng, oplevelse af ensomhed og påvirket humør.

Stille fritidsaktiviteter: En informant beskrev vanskeligheder ved at skrive i hånden; en anden oplevede ikke at kunne læse på grund af nedsat syn. En oplevede nattesøvnen forstyrret hver 1½ time grundet åndedrætsbesvær, det var nødvendigt at skifte stilling for at blive i stand til at falde i søvn igen. Informanten fortalte, at den generelle formåen var nedsat de dage, hvor søvnen var meget forstyrret.

Fysisk krævende aktiviteter: To informanter oplevede ikke at kunne spille golf længere, enkelte havde opgivet dans, tennis eller at cykle. To informanter havde et ønske om at træne i fitness maskiner, og de beskrev, at det var svært at tage initiativet til træning i motionscenter selv efter tidligere genoptræningsforløb. To informanter udtrykte et ønske om at kunne rejse, men de kunne ikke overskue, hvordan dette kunne lade sig gøre med nedsat fysiske formåen. To andre informanter udtrykte ønske om at kunne tage på udflugt, men mente ikke, at dette kunne lade sig gøre heller ikke i forbindelse med arrangementer på aktivitetscenter.

Sociale aktiviteter: Fire informanter beskrev oplevelsen af dagligdagen og weekender som ensomme. De beskrev, at de ikke så mange mennesker, da de havde opgivet at deltage i de aktiviteter, der tidligere sikrede, at de mødte andre mennesker. Det var fx indkøb men også sociale arrangementer så som bridgespil eller koncerter, som ikke længere kunne overskues. Informanterne beskrev, at humøret også var blevet trist, da der har været tab af ægtefælle, eller at længere tids svækkelse havde påvirket formåen i dagligdagen.

Diskussion

Formålet med dette studie var at kortlægge om borgerne henvist til genoptræning oplevede aktivitetsproblemer. Studiet viste at borgerne havde aktivitetsproblemer. I næsten alle COPM interviews, beskrev og prioriterede informanterne aktivitetsproblemer i hverdagen relateret til *egenomsorg, arbejde og fritid*, som de ønskede at muliggøre. Kun en informant var ikke i

stand til at prioritere et aktivitetsproblem. Søvn var medtaget i studiet som en aktivitet, da informantens beskrivelse relaterede sig til indtagelse af skiftende stillinger (Christiansen & Townsend, 2010). Beskrivelserne af aktivitetsproblemerne relaterede sig til oplevelse af inaktivitet, nedsat livstilfredshed, tristhed, ensomhed, nervøsitet, øget energi- og tidsforbrug.

Nilsson og kollegaer (2007) indikerede, at et højere niveau for opgaveudførelse i forbindelse med ADL var relateret til højere livstilfredshed, samt at fritid havde en stærk faktor for livstilfredshed. Tværnsnittstudiet var en del af Umeå +85 studiet af de ældste ældre i det nordlige Sverige og støtter antagelsen af, at succesfuld aldring er sammenhængende med aktiv livsstil (Nilsson et al, 2007). Studier af hvad mennesker gør, påpeger at de daglige aktiviteter skaber en identitet i form af aktivitetsmæssige roller og balance i dagligdagen, der er sammenhæng mellem livstilfredshed og engagement i aktiviteter, der er valgt af den enkelte selv (Harvey & Pentland, 2010; Wilcock, 1999). De daglige aktiviteter foregår ofte i en relation til andre mennesker, de skaber hvem vi er som mennesker i form af roller, identitet og relationer (Harvey & Pentland, 2010; Wilcock, 1999). Informanterne i dette studie har oplevet tab eller nedsat formåen i de daglige aktiviteter, de beskrevne oplevelser underbygges af ovennævnte studier og tydeliggør behovet for at indføre procedurer der gøre meningsfulde aktiviteter mulige.

Ved sammenligning af de to figurer i resultatafsnittet, kan det umiddelbart undre at borgerne jævnfør figur 1 oplever aktivitetsproblemer indenfor de fleste temaer i COPM, men at borgerne jævnfør figur 2 primært vælger at prioritere funktionel mobilitet og dernæst husarbejde. Det er uvist, hvad der gør, at borgerne prioriterer funktionel mobilitet. Om dette er den mest betydningsfulde aktivitet for den enkelte, eller om det er fordi interviewene forgik på et genoptræningscenter, hvor konteksten indikerede fysisk genoptræning. Thuesen (2013) beskriver mødet med kommunale terapeuter som et møde, hvor borgeren hovedsageligt "*kan identificere sig som udviklingsaktør; som (kommende) træningsdeltager*" (s. 230). Den terapeutiske samtale på genoptræningscenteret beskrives, som det er borgernes svækkelse, der skal forandres og sjældent fortællingen om, hvordan livet kan leves med funktionsnedsættelser, hvor omgivelsernes krav modificeres; den kompenserende intervention indenfor rehabilitering. Inden borgerens første møde med den kommunale terapeut har der været forudgående drøftelser af, hvilke tilbud der kan være relevante for borgeren. Thuesen (2013) beskriver et dilemma ved borgerinddragelse i forbindelse med konsultation på hospitalet og visitationsmøderne i kommunen. Borgeren inddrages, men kun i forhold til

standardiserede henvisningsskabeloner og kommunale standardydelse, hvor borgerne forventes at kunne deltage som træningsmodtager og/eller hjemmehjælpsmodtager (2013).

Over halvdelen af informanterne boede ufrivilligt alene og størstedelen af dem havde mistet en ægtefælle og flere beskrev en følelse af ensomhed. Et review viser, at social isolation og ensomhed for ældre mænd og kvinder er associeret med flere kroniske sygdomme og dermed stærk sammenhæng til øget dødelighed (Steptoe et al, 2013). I dette studie, beskrev de ældre borgere oplevelsen af ikke at kunne mestre aktiviteter, der understøttede muligheden for at deltage i samfundslivet, eksempelvis udendørs færden, indkøb og udflugter. Studier har fundet, at ergoterapeutiske programmer rettet mod træning af disse færdigheder har effekt (Orellano et al, 2012). Muligheden for at kunne bevæge sig rundt i samfundet og opretholde sociale relationer som ældre, kaldet life-space, er ofte sammenhængende med god livskvalitet, uanset helbredssituation (Rantakokko, Potegijs, Viljanen, Iwarsson & Rantanen, 2013).

Informanterne beskriver, at humøret påvirkes, når lang tids sygdom har påvirket deres formåen i de daglige gøremål; de får oplevelsen af ikke at mestre aktiviteter, der synes meningsfulde for dem. Backman kalder dette for aktivitetsmæssig ubalance, der er opstået som følge af ændrede livsomstændigheder eller en ubalance mellem kropslig formåen og ønskede aktivitetsformåen (2010). Et review af Orellano, Colón og Arbesman (2012) har fundet evidens for ergoterapeutiske interventioner rettet mod Instrumental ADL (IADL), dette kan eksempelvis være aktiviteter som madlavning, indkøb osv. For ældre borgere med risiko for tab af selvstændighed, har flere studier vist (Clark et al., 1997, Clark et al, 2012), at metoden Lifestyle Redesign (Jackson et al., 1998), kan fremme ændringer i forhold til social formåen, fysisk og mental helbred og livstilfredshed. Lifestyle Redesign bygger på programmet fra The Well Elderly Study (Clark et al., 1997) og er både individuelle og gruppebaseret, hvor ergoterapeuten fremmer borgernes forståelse af aktivitet. Målet er, at borgeren bliver i stand til at foretage en analyse af egne aktiviteter og ændre disse, så de bliver mulige. Programmet er inddelt i otte temaer, og metoden veksler mellem oplæg, erfaringsudveksling, udforskning i gruppe og personligt (Jackson, Carlsson, Zemke & Clark, 1998). Den ældre vil udskyde funktionstab ved at fysiske aktiviteter er en naturlig del af hverdagen, eller at personen efter sygdom selv bliver i stand til at genoptage en aktiv hverdag (Clark et al, 2012).

Klient-centreret ergoterapeutisk praksis sikrer borgernes motivation overfor terapeutiske

anbefalinger samt forbedrer eller fastholder deres IADL udførelse (Nilsson et al, 2007; Orellano et al, 2012; Sumsion & Law 2006). Disse studier underbygger, at vurderingerne af den geriatriske borger bør bygge på en klient-centreret tilgang, hvor borgernes ønsker og håb til fremtiden er udgangspunktet for rehabiliteringen. Borgere, der henvises til kommunal genoptræning, bør tilbydes en ergoterapeutisk vurdering, hvor et standardiseret instrument anvendes til at fremme en klient-centreret praksis (Law et al, 2007), ligesom der i den eksisterende organisering er en standard for fysioterapeutisk vurdering. En indførelse af en sådan procedure vil også følge stratificeringsmodellen for genoptræning efter Sundhedsloven (KL, 2013) samt visionen om det ”nære sundhedsvæsen” (KL, 2012), hvor den kommunale indsats sikres op til en eventuel indlæggelse men også umiddelbart efter.

Metodediskussion

Deltagerne i studiet blev rekrutteret i to tilfældige uger, i denne periode blev alle inkluderede borgere tilbudt at deltage i studiet. I dataindsamlingsperioden har det således været tilfældigt, hvilke borgere der var henvist og dette styrker den interne validitet.

Det kvalitative forskningsinterview beskrives som en social praksis (Glasdam, 2012) interviewer og informanten er i kontakt og denne relation påvirker de indhentede data. Dette er forsøgt minimeret ved, at benytte et COPM som er et standardiseret instrument og en interviewguide. Det er endvidere positivt for studiets validitet og reliabilitet, at det standardiserede instrument har været benyttet af ergoterapeuter med erfaring i brugen af dette. Et klinisk litteratur review af Carswell og kollegaer (2004) har fundet at COPM er valid, reliabelt og klinisk brugbar både for praktikere og forskere. Det beskrives endvidere, at der med COPM kan foretages valid og reliabel revurdering efter intervention (Carswell et al., 2004). Brugen af flere interviewere og et standardiseret instrument sikrede, at datamaterialet ikke kun var påvirket af en persons spørgeteknik og oplevelse af målgruppen, datamaterialet er dermed også i højere grad uafhængig af forfatterens forforståelse af studiet (Glasdam, 2012). Ved at bruge flere interviewere kan det imidlertid være svært at afgøre, om den sociale faktor har haft en u hensigtsmæssig påvirkning af datamaterialet og om alle interview har været udført efter principperne for et forskningsinterview frem for en terapeutisk samtale. (Glasdam, 2012).

Interviewene har fundet sted uden brug af båndoptager men ved notering undervejs og interviewerens hukommelse. Dette faktum gør det svært for forfatteren at sikre, at data ikke er

gået tabt eller fejlfortolket, specielt der hvor andre ergoterapeuter har udført interviewet. Det er en styrke, at der efter hvert interview er udformet et notat, herunder beskrivelse af stemningen under interviewet. Afholdelse af ugentlige møder hvor ergoterapeuterne har præsenteret og gennemgået interviewene, har sikret validiteten idet forfatteren har haft mulighed for uddybning og afklaring af hvert enkelt COPM interview. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver fordele og ulemper ved, at interviewene registreres ved brug af notater og hukommelse, de beskriver at interviewets frie form kan afbrydes ved notering, samt at de præcise formuleringer kan gå tabt. De beskriver endvidere, at interviewerens aktive rolle kan ses som et filter i forhold til at fastholde atmosfære og betydningsfulde udsagn, dette risikeres at gå tabt ved lydoptagelse (Kvale & Brinkmann, 2009). I dette studie har interviewerne ikke oplevet det som en ulempe, at der blev noteret undervejs. Styrken ved dette metodevalg var, at det var muligt at validere data undervejs, eksempelvis inden prioritering af aktivitetsproblemer. Alle interviews foregik på Genoptræningscenteret og er beskrevet med en god atmosfære, dog kan et de fysiske rammer har påvirket informanternes prioritering af aktivitetsproblemer. Havde interviewene været i borgernes egne hjem eller træningsneutrale omgivelser, kunne dette eventuelt have påvirket borgernes prioritering af aktivitetsproblemer anderledes.

Ved at benytte COPM som redskab og efterfølgende en manifest og latent indholdsanalyse, har det været muligt, systematisk at opgøre antallet af angivne aktivitetsproblemer samt sammenskrive borgernes oplevelse af vanskeligheder i dagligdagen. Datamaterialet har belyst formålet med studiet, men fravalget af båndoptager og transskribering samt teoristyret koder i dataanalysen, kan betyde at udsagn og detaljer i interviewet er gået tabt og ikke fremgår i resultatafsnittet.

Formålet med dette studie har været at afdække de aktivitetsproblemer borgerne oplevede. Derfor indeholder dette studie ikke de ressourcer, den hjemmeboende ældre borger besidder. Dette kunne være relevant at undersøge sammenhæng mellem sådanne ressourcer, og hvordan borgerne klarer dagligdagen. Studiet er baseret på 11 deltagere og majoriteten er mænd. Grundet studiets lille population kunne det være relevant at foretage et studie med en længere dataindsamlingsperiode og dermed en større population. Et kvantitativ studie ved brug af standardiserede spørgeskemaer og en større population ville gøre det muligt at sammenligne henvisningsbeskrivelser med indhentede data om oplevelsen af aktivitetsproblematikker (Poulsen, 2012). Der er udviklet et standardiseret spørgeskema på baggrund af ADL-

taksonomien, hvor deltagerne indenfor 47 ADL opgaver angiver, hvordan de oplever udførelsen, og efterfølgende kan der rapporteres i en fire point ordinal skala (Wæhrens, 2012). Man kunne med et kvantitativt studie med større nøjagtighed beskrive, hvilke henvisninger der skal have en ergoterapeutisk vurdering som indledning til genoptræning eller rehabilitering i kommunal regi.

Konklusion

I dette studie er dataindsamlingsperioden fastsat til to uger, det har gjort det muligt at indhente data fra 11 informanter. Analyserne har vist, at borgerne oplever aktivitetsproblemer, der ikke var afklaret i henvisningsbeskrivelsen, relateret til næsten alle temaer i COPM. Der blev særlig rapporteret om aktivitetsproblemer indenfor temaet husarbejde og omsorg, men borgerne prioriterede efterfølgende aktivitetsproblemer indenfor funktionel mobilitet højest og dernæst husarbejde og omsorg. Resultatet kan indikere et behov for indførelse af en fast procedure for tværfaglige vurderinger, herunder ergoterapeutisk vurdering, hvor COPM anvendes som standardiseret redskab til fremme af klientcentreret praksis. Dette er det første indledende studie, det er nødvendigt med flere og større studier for at bekræfte fundene i dette studie. Fremtidige studier vil også kunne have det sigte, at kunne konkludere på en sammenhæng mellem borgernes oplevelse af aktivitetsproblemer i hverdagslivet og beskrivelserne i henvisningen af kropslige faktorer. Det er nødvendigt at foretage yderligere forskning på dette område.

Referenceliste

Backman, C.L. (2010). Occupational Balance and Well-being. Christiansen CH & Townsend EA. (Red). *Introduction to Occupation, the art and science of living*. (Second Edition, s. 231-249). New Jersey: Pearson

Carswell, A., McColl, M.A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71 (4), 210-222

Christiansen, C.H. & Townsend, E.A. (2010). An Introduction to Occupation. Christiansen. C.H. & Townsend, E.A. (Red). *Introduction to Occupation, the art and science of living*. (Second Edition, s. 1-34). New Jersey: Pearson

Clark, F., Azen, S.P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., et al. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 1321-6.

Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C.P., Cherry, B.J., Jordan-Marsh, M., Knight, B.G., Mandel, D., Blanchard, J., Granger, D.A., Wilcox, R.R., Lai, M.Y., White, B., Hay, J., Lam, C., Marterella, A., Azen, S.P. (2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial *Journal of Epidemiological Community Health*, 66, 782-790

Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys: Henricson, M. (Red) *Vetenskaplig teori och Metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (Upplaga 1:1, s. 329-342) Studentlitteratur AB

Danmarks Statistik. (2013). *Befolkningsfremskrivning*. Lokaliseret d. 26. oktober 2013 på: <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/befolkningsfremskrivning.aspx>

Den nationale videnskabetiske komite. (2013). *Hvad skal anmeldes?* Lokaliseret d. 6. november 2013 på: http://www.cvk.sum.dk/forskere/vejledning%20modul/kapitel%202_0/kapitel%202_5.aspx

DePoy, E. & Gitlin, L.N. (1999). *Forskning – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur

Glasdam, S. (2012). Semistrukturerede interviews af enkeltpersoner: Glasdam, S. (Red). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. (1. udgave 2. Oplag, s. 95-108). København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck

Harvey, A.S. & Pentland, W. (2010). What Do People Do?: Christiansen CH & Townsend EA. (Red). *Introduction to Occupation, the art and science of living*. (Second Edition, s. 101-133). New Jersey: Pearson

Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., Clark, F. (1998). Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *The American Journal of Occupational Therapy* 52(5) 326-334

Kommunernes Landsforening (KL). (2012). *Det nære sundhedsvæsen*. Lokaliseret d. 14. februar 2014 på:

http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_53357/scope_0/ImageVaultHandler.aspx

Kommunernes Landsforening (KL).(2013). *Kommunal stratificeringsmodel for genoptræning efter sundhedsloven*. Lokaliseret d. 14. februar 2014 på:
http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_58963/cf_202/Kommunal_stratificeringsmodel.PDF

Kvale, S.(2006). *Det kvalitative forskningsinterview* (1. udgave 1997, 9 oplag 2006). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView*. (2. udgave 3. oplag, side 200-266) København: Hans Reitzels Forlag

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, MA., Polatajko, H., Pollock, N. (2007). *Canadian Occupational Performance Measure*. (3.udgave) København: Ergoterapeutforeningen

Malterud, K. (2006). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en indføring*. (1. udgave 1996, 3 oplag 2006) Oslo: Universitetsforlaget

McIntyre, A. Perspectives of ageing. (2013). McIntyre, A & Atwal A. (Red). *Occupational Therapy and Older People*. (2nd ed, s.16-37). West Sussex: Wiley-Blackwell

Nandi, A., Maria Glymour, M., Subramian, S.V. (2014). Association Among Socioeconomic Status, health Behaviors, and All-Cause Mortality in the United States. *Epidemiology*, 25(2), 170-177.

Nilsson, I., Berspång, B., Fisher, A.G., Gustafson, Y., Löfgren, B. (2007). Occupational Engagement and Life Satisfaction in the Oldest-Old: The Umea 85+ Study. *OTJR: Occupational, Participation and Health*, 27 (4), 131-137.

Orellano, E., Colón, W.I., Arbesman, M., (2012). Effect of Occupation- and Activity Based Interventions on Instrumental Activities of Daily Living Performance Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 292-300.

Poulsen, I. (2012). Semistrukturerede interviews af enkeltpersoner: Glasdam S (Red). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. (1. udgave 2. Oplag, s. 202-219). København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck

Rantakokko, M., Potegijs, E., Viljanen, A., Iwarsson, S., Rantanen, T. (2013). Life-Space Mobility and Quality of Life in Community-Dwelling Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(10), 1830-1832.

Rikli R.E. & Jones C.J. (2004). *Senior Fitness Test – fysisk formåen hos ældre – manual og referenceværdier*. København: FADL's Forlag

Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice* London: SAGE

Stav, W.B., Hallenen, T., Lane, J., Arbesman, M. (2012). Systematic review of occupational engagement and health outcomes among community-dwelling older adults. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 301-310

Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 110 (15), 5797-5801

Sumsion, T., Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centered practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73, 153-162

Sundhedsstyrelsen. (2011). *Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til national handlingsplan*. Lokaliseret d. 8. november 2013 på:
www.sst.dk/publ/2011/BOS/DenAeldreMedicinskePatient/DAEMP.pdf

Thuesen, J. (2013). *Gammel og svækket i nye omgivelser. Narrativt arbejde i brugerorienterede rehabiliteringsforløb*. Roskilde: Forskerskolen I Livslang Læring, Roskilde Universite. Ph.d-afhandling

Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2008). *Menneskelig aktivitet II. En ergoterapeutisk vision om sundhed, trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard Danmark

Werngren-Elgström, M., Carlsson, G., Iwarsson, S. (2007). Changes in person-environmental fit and ADL dependence among older Swedish adults. A 10-year follow-up. *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol 20(no 5)469-476

WHO.(2003). *ICF International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnedækkelse og Helbredstilstand* København: Munksgaard Danmark

WHO. (2013). *Ageing and Life Course*. Lokaliseret d. 11. februar 2014 på:
<http://www.who.int/topics/ageing/en/>

Wilcock, A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46, 1-11

Wæhrens, E.E., Bliddal, H., Danneskiold-Samsø, B., Fisher, A.G. (2012). Difference between questionnaire- and interview-based measures of activities of daily living (ADL) ability and their association with observed ADL ability in women with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis, and fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 41, 95-102.

Bilagsoversigt

Bilag 1: Kopi af COPM skema

Bilag 2: Samtykkeerklæring

Bilag 3: Interviewguide

Bilag 4: Skabelon til ergo start status

Bilag 1: Kopi af COPM skema

TILFØJELSER OG BAGGRUNDSINFORMATION

Første vurdering:

Revurdering:

© Ergoterapeutforeningen 2000
Oversat til dansk af Ane Andersen, Ulla Ross, Jytte Tjørnov og Eva Wahrens

TRIN 1 IDENTIFICERING AF AKTIVITETSPROBLEMATIKKER	TRIN 2 VURDERING AF BETYDNING
<p>For at identificere aktivitetsproblematikker interviewes klienten om sine daglige aktiviteter indenfor egen omsorg, arbejde og fritid. Bed klienten om at udpege de daglige aktiviteter, som han/hun ønsker at leve, her brug for at leve eller forventes at leve ved at tilknynde hændende til at tænke på en typisk dag. Bed herefter klienten om at identificere hvilke af disse daglige aktiviteter, der for øjeblikket er vanskelige at leve på tilfredsstillende måde. Skriv disse aktivitetsproblemer ind under 1A, 1B eller 1C.</p>	<p>Brug det tilhørende vurderingskort, og bed klienten - på en skala fra 1 til 10 - at vurdere, hvor vigtig hver enkelt aktivitet er. Skriv tallene i rubrikkerne ud for 1A, 1B eller 1C.</p>
<p>1 A: Egen omsorg</p> <p>Persnlig omsorg: (fx. tage tøj på, tage bad, spise, personlig hygiejne)</p> <p>Funktional mobilitet (fx. indendørs og udendørs i forbindelse med daglige aktiviteter)</p> <p>Førbruger/sænfundsborger (fx. brug af transportmidler, gå i butikker, pengesager)</p>	<p>BETYDNING</p> <p>10 9 8 7 6 5 4 3 2 1</p>
<p>1 B: Arbejde</p> <p>Lønnet/ulønnet arbejde (fx. finde arbejde et arbejde, frivilligt arbejde)</p> <p>Husarbejde og omsorg (fx. gøre rent, opne vaskeri, lave mad)</p> <p>Uddannelse (fx. i skole, hjemmearbejde, dagtilværelse)</p>	<p>BETYDNING</p> <p>10 9 8 7 6 5 4 3 2 1</p>

© Ergoterapeutforeningen 2000
Oversat til dansk af Ane Andersen, Ulla Ross, Jytte Tjørnov og Eva Wahrens

Mary Law, Sue Bepitista, Anna Carswell, Mary Ann McCall, Helene Polatajko, Nancy Pollock

Canadian Occupational Performance Measure

second edition

Canadian Association of Occupational Therapists Publications ACE11984

COPM

DANSK VERSION

COPM er et ergoterapeutisk redskab til resultatmåling, konstrueret med henblik på at opfangne ændringer i en klients egen vurdering af tilfredshed med udførelsen af vigtige daglige aktiviteter.

Klientens navn:		
Alder:	Cpr. nr.:	
Evt. anden respondent:		
Dato for vurdering:	Planlagt dato for revurdering:	Dato for revurdering:

Ergoterapeut:
Institution/Afdeling/Distrikt:

© Ergoterapeutforeningen 2000
Oversat til dansk af Ane Andersen, Ulla Ross, Jytte Tjørnov og Eva Wahrens

1 C: Fritid	BETYDNING
Stille fritidsaktiviteter (fx. hobbies, husarbejde, læse)	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Fysiske kravende aktiviteter (fx. sport, rejser, udflugter)	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
Sociale aktiviteter (fx. gæster, tage på besøg, telefonere, skriftlig kommunikation)	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

TRIN 3 og 4: SCORING - FØRSTE VURDERING OG REVURDERING

Afklar de 5 vigtigste problemer med klienten og skriv dem ind neden for. Bed klienten (ved hjælp af vurderingskortene) om at vurdere hvert problem med hensyn til udførelse og tilfredshed. Udregn herefter de totale scores. De totale scores udregnes ved at lægge tallene for udførelse eller tilfredshed for alle problemerne sammen og dividere dem med antallet af problemer. Ved revurderingen vurderer klienten igen hvert enkelt problem mht. udførelse og tilfredshed. Udregn de nye scores og en score for den eventuelle ændring.

Første vurdering:				Revurdering:			
Aktivitetsproblemer:	Udførelse 1 score	Tilfredshed 1 score	Udførelse 2 score	Tilfredshed 2 score			
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Scoring:	Totale pointtal for udførelse eller tilfredshed	Udførelse 1 score	Tilfredshed 1 score	Udførelse 2 score	Tilfredshed 2 score		
	$\frac{\text{Totalt antal problemer}}{\text{Totalt antal problemer}}$	$\frac{\text{Udførelse 1 score}}{\text{Udførelse 1 score}}$	$\frac{\text{Tilfredshed 1 score}}{\text{Tilfredshed 1 score}}$	$\frac{\text{Udførelse 2 score}}{\text{Udførelse 2 score}}$	$\frac{\text{Tilfredshed 2 score}}{\text{Tilfredshed 2 score}}$		
Ændring i udførelse = udførelse 2 score <input type="text"/> - udførelse 1 score = <input type="text"/>		Ændring i tilfredshed = tilfredshed 2 score <input type="text"/> - tilfredshed 1 score = <input type="text"/>					

© Ergoterapeutforeningen 2000
Oversat til dansk af Ane Andersen, Ulla Ross, Jytte Tjørnov og Eva Wahrens

Bilag 2: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring for deltagere i studie.

Jeg henvender mig til dig, for at bede dig om at deltage i dette studie. Studie er en detaljeret beskrivelse af arbejdsgangene for hvordan henvisninger modtages på Genoptræningscenter [REDACTED] og en kortlægning af om borgerne henvist til fysisk genoptræning også har aktivitetsproblemer som overses i de nuværende procedurer. Formålet er at beskrive og diskutere et ambulante træningsforløb, således at andre kolleger og sundhedsfaglige kan få øget indsigt og få uddybet deres viden om, hvorvidt den ambulante borger på [REDACTED] også skal tilbydes en vurdering med henblik på udredning af problemer i hverdagslivet.

Studiet vil foregå på samme måde som et almindeligt ambulante forløb hvor borgeren tilbydes en ekstra vurdering hos en ergoterapeut. Du vil i forløbet bruge ca. 1 time ekstra, idet vi ønsker at lave en opfølgende samtale efter dit træningsforløb. Du vil på ingen måde få et ringere forløb end ellers.

Alle informationer vil blive behandlet fortroligt og under tavshedspligt. Når studiet foreligger i sin endelige form, vil man ikke kunne genkende dig – du bevarer fuld anonymitet.

Hvis du har spørgsmål er du velkommen til at henvende dig via mail eller telefonisk til:

Ulla Andersen
Udviklingsergoterapeut
ulan@[REDACTED]

Hvis du er interesseret i at deltage i studiet, vil jeg bede dig om at underskrive denne erklæring.

Jeg bekræfter herved, at jeg efter at have modtaget ovenstående information, såvel mundtligt som skriftligt indvilger i at deltage i det beskrevne studie.

Resultatet af det endelige studie kan publiceres som artikel samt videregives på relevante sundhedsfaglige konferencer.

Jeg er informeret om, at deltagelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn tilbage, uden at det vil påvirke min nuværende eller fremtidige behandling

Dato: _____ Navn: _____

Underskrift:

Bilag 3: Interviewguide

Den ergoterapeutiske undersøgelse forgår via et åbent interview med udgangspunkt i instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM).

Indledning:

Introducere ergoterapi, hvad der menes med aktiviteter og aktivitetsudførelse sådan at borger og ergoterapeut kan tage udgangspunkt i en fælles forståelse og samtalen kan foregå ud fra klientcentrede principper, med en klient-professional relation beskrevet som The Canadian Model of Client-Centered Enablement.

Samtalens temaer:

Starte med bredt at tilegne sig en forståelse af mennesket før sygdom, få afklaret hvordan borgeren oplever sit forløb og årsagen er til kontakten til Genoptræningscenter Skovbrynet.

Hovedformålet med samtalen er, at få forståelse for hvilke udfordringer borgeren oplever i hverdagslivet

- Temaerne egenomsorg, arbejde og fritid gennemgås alle, dette for at sikre at borgeren har haft mulighed for at fortælle om alle aktivitetsproblemer er blevet identificeret.
- Hvis der defineres nogle vanskeligheder i hverdagslivet der er betydningsfulde for borgere, da afsluttes samtalen med at borger prioriterer de aktivitetsproblemer der ønskes afhjulpet.

Ergoterapeuten der gennemfører interviewet, skriver det borgeren fortæller ned undervejs, problemer med aktivitetsudførelse og prioriterede aktivitetsproblemer skrives ind i COPM skemaet. Tilføjelser eller information borgeren ellers må oplyses om skrives på bagsiden af COPM skemaet.

Efter hvert interview beskriver ergoterapeuten hvordan hun oplevede kontakten, stemningen og de fysiske omgivelser for samtalen, idet dette kan have betydning for validiteten.

Bilag 4: Skabelon til ergo start status

Ergo start status

Diagnose:

Livshistorie:

- Tidligere Arbejde
- Bolig forhold
- Hjælpe midler

Aktivitetsanamnese:

- Interesser
- Tidligere funktions og aktivitetsniveau
- Nuværende funktions og aktivitetsniveau

Prioriterede aktivitetsproblemer fra COPM:

Handleplan for udredningsperiode