Construction of an Occupational Therapy Screenings Assessment for elderly medical patients
The first step
Holsbæk, Jonas

Publication date: 2011

Document Version
Pre-print: Det originale manuskript indsendt til udgiveren. Artiklen har endnu ikke gennemgået peer-review (fagfællebedømmelse) og redigering.

Link to publication

Citation for published version (APA):
Validation of an Occupational Therapy Screening Assessment for elderly medical inpatients

Author: Jonas Holsbæk
Title: B Sc OT
Address: Vigerslev Alle 62, 2 th, 2500 Valby, Denmark

Tutor: Eva Ramel
Title: Universitetslektor, Leg Sjukgymnast/
Name: Reg PTMed Dr/PhD
Department: Lund University

Examiner: Ulrika Bejerholm
Title: Reg OT Med Dr/Phd, leg. arbetsterapeut
Name: Department: Lund University
The developing of an Occupational Therapy Screening Assessment for elderly medical inpatients

Author: Jonas Holsbæk

Abstract:

Background: Occupational Therapist working with Elderly Medical inPatients (EMP) at hospitals in Denmark, are under pressure due to increasing patients, demands of validated interventions and best practice and economical effectuation at the same time. Occupational Therapists in Denmark there for demands a validated Occupational Therapy Screening Assessment, that fast and easy can tell if more Occupational Therapy is needed. Aim: The aim of the study is to develop a Screening Assessment that takes place in the Occupational Therapist practice and needs and existing Occupation Therapy theory. Method: The first two phases of Benson and Clarks four phase guide in developing an instrument should be lead out. A literature study was conducted and an expert panel was established. Through a focus group interview, and afterward Content Analysis of the transcription, a screening assessment was created. The Screening assessment was examined for content validity through Content Validity Index (CVI) – Questionaire. Result: The result was a screening assessment and a manual, which was built up using ICF and the ADL-Taxonomy as references. The assessment is conducted as a semi structured interview. CVI for the expert panel was 0,74. Conclusion: The screening tool should be a support for the working Occupational Therapist in their Clinical Reasoning. Though the study was not conducted satisfactory through the first two phases, and needs to be pilot tested and discussed in the expert panel once again before proceeding developing in the final two phases.

Key Words
Occupational Therapy, Assessment, Inpatient, Content Validity, Construct Validity.

Division of Occupational Therapy
Departement of Health Sciences
Faculty of Medicine
Lund University Box 157, 221 00 LUND, SWEDEN
Indhold

Abstract: ....................................................................................................................2

1.0 Baggrund: ........................................................................................................4
  1.1 Ergoterapeutisk intervention til indlagte geriatriske patienter ....................4
  1.2 Screening af ældre medicinske patienter ..................................................5
  1.3 Litteratursøgning .......................................................................................5
  1.4 ADL-Taxonomien: .....................................................................................6
  1.5 Validitet .......................................................................................................7
  1.6 Kliniske overvejelser ................................................................................7
  1.7 Formål: ........................................................................................................8
    1.7.1 forskningsspørgsmål: ........................................................................8

2.0 Materiale og Metode: .................................................................................8
  2.1 Udvælgelse af informanter ................................................................. 9
    2.1.1 Beskrivelse af informanter .........................................................9
  2.2 Fokusgruppeinterviewet ........................................................................9
    2.2.1 Indkaldelse til interview ................................................................9
    2.2.2 Udførsel af interviewet ...............................................................10
  2.3 Indholdsanalyse .......................................................................................10
    2.3.1 Analysen ..........................................................................................11

3.0 Resultater ....................................................................................................13
  3.1 Screeningsredskabet ..............................................................................13
  3.2 Content Validity Index ..........................................................................15

4.0 Diskussion ..................................................................................................15
  4.1 Diskussion af resultat ............................................................................15
  4.2 Diskussion af metode ..........................................................................16
    4.2.1 Fase 1 ............................................................................................17
    4.2.2 Fase 2: ..........................................................................................18
    4.2.3 Informanter ....................................................................................19

5.0 Konklusion ..............................................................................................19

6.0 Perspektivering ........................................................................................20

7.0 Referencer: (APA 6th edition) ..............................................................20

Bilag 1: ADL-taxonomien ............................................................................25
1.0 Baggrund:
Som fagprofessionelle bliver vi i højere grad mødt af krav om brug af behandlings- og undersøgelsesmetoder, der er evidensbaserede. Disse krav er i Danmark udarbejdet af det danske sundhedsministerium og er redegjort i en rapport, hvor alle faggrupper opfordres til at levere den bedst mulige behandling (Sundhedsstyrelsen., 2011).

1.1 Ergoterapeutisk intervention til indlagte geriatriske patienter
Ældre medicinske patienter defineres som: ”Indlagte ældre mennesker (over 65 år) med multimorbidt sygdomsbillede, genoptræningspotentiale og sociale problematikker” (Sundhedsstyrelsen., 2011).
Ergoterapeuter arbejder med henblik på at fremme menneskelige aktiviteter herunder egenomsorg, fritidsaktiviteter og arbejdsaktiviteter og ergoterapeuter bruger i interventionen aktiviteterne som både mål og middel (Townsend & Polatajko, 2008). På hospitaler i Danmark udføres der akut genoptræning og rehabilitering, da den almene genoptræning og rehabilitering foregår i
kommunerne. Det er ergoterapeutens opgave at vurdere og opstarte rehabiliteringsforløb, der efter udskrivelse kan overtages af terapeuter i kommunen (Indenrigs- og sundhedsministeriet, ).

Ergoterapi til ældre medicinske patienter går derfor ud på at vurdere, rehabilitere og genoptræne tabte færdigheder og aktiviteter gennem for patienten meningsfulde daglige aktiviteter for at patienten bedst muligt kan klare sig selv.

I gennem længere tid har ergoterapeuter på hospitalerne i Danmark diskuteret brug og behov for ergoterapeutiske undersøgelsesredskaber til indlagte geriatriske patienter (Holsbæk, 2009). Problemet er at der på tværs af hospitaler i Danmark bliver brugt mange forskellige undersøgelsesredskaber og der er et behov for et gennemgående valideret reliabelt screeningsredskab, til brug for at dokumentere behov for ergoterapeutisk intervention til geriatriske patienter (Holsbæk, 2009). Sundhedsstyrelsen har udgivet et fagligt oplæg der fremhæver behov for screeningsredskaber der kan bruges til medicinske patienter, og i særdeleshed "ældre medicinske patienter” (Sundhedsstyrelsen., 2011).

1.2 Screening af ældre medicinske patienter

Et screeningsredskab er et redskab til brug for hurtigt at kunne give et billede af en given situation, uden at gå i dybden med årsagsforklaringer og lignende. WHO definerer screening som: "the presumptive identification of unrecognized disease or defect by the application of tests, examinations, or other procedures which can be applied rapidly. Screening tests sort out apparently well persons who probably have a disease from those who probably do not. A screening test is not intended to be diagnostic. Persons with positive or suspicious findings must be referred to their physicians for diagnosis and necessary treatment." (Wilson & Jungner, 1968)

Formålet med at lave et screeningsredskab til ældre medicinske patienter er derfor hurtigt at kunne vurdere, om der er behov for ergoterapeutisk intervention. Med intervention menes der vurdering/udredning, akut genoptræning og rehabilitering.

Flere ergoterapeuter har udarbejdet arbejdspapirer til screening af patienter på deres respektive hospitaler (Holsbæk, 2009). Disse anvendes til både patienter indlagt på geriatriske afdelinger og ældre medicinske patienter på andre afdelinger.

1.3 Litteratursøgning

Ved systematisk litteratursøgning i Cochrane, Cinahl, OT-seeker og Pubmed med søgeordene: Elderly People, Occupational Therapy, Aged og Hospitalized, fremkom studier med følgende
målemetoder og redskaber brugt af ergoterapeuter til ældre medicinske patienter: Længde af indlæggelse (Svendsen, Ehlers, Andersen, & Johnsen, 2009), Nottingham Extended ADL-score (Cunliffe et al., 2004), Katz index of Activities of daily living (Staal et al., 2007), Assessment of Motor and Perception Skills (Bouwens et al., 2008), Functional Independence Measure (FIM) (Carlson et al., 1998), Functional Measurement Tool (Hendriksen & Harrison, 2001), faldregistrering (Campbell et al., 2005) (Davison, Bond, Dawson, Steen, & Kenny, 2005), Canadian Occupational Performance Measure (Richardson, Law, Wishart, & Guyatt, 2000), ADL-taxonomi (Lilja, Nygard, & Borell, 2000). Flere af studierne brugte også Barthel Index i kombination med ovenstående. Ingen af de nævnte studier brugte screeningsredskaber til indikation af ergoterapeutisk behandling. Derudover er det kendt at ergoterapeuter i Danmark er begyndt at bruge Model of Human Occupation Screening Tool (Watts, Kielhofner, Bauer, Gregory, & Valentine, 1986). Activity of Daily Living–Observation (ADL-O) - Interview (ADL-I) og –Quality (ADL-Q) udviklet af Eva Wæhrens, bliver afprøvet på enkelte geriatriske afdelinger i Danmark (Wæhrens, 2010).

Konklusionen af min søgning, er at der ikke findes et eksisterende ergoterapeutisk screeningsredskab til vurdering af behov for yderligere ergoterapeutisk intervention til ældre medicinske patienter, som det ergoterapeuterne i Danmark eftersørger. Af ovennævnte undersøgelseres redskaber er ADL-taxonomien det mest udbredte undersøgelsesredskab til brug ved vurdering af ældre medicinske patienter i Danmark (Holsbæk, 2009). Samtidig er det et velbeskrevet ergoterapeutisk redskab, som uddybet herunder.

1.4 ADL-Taxonomien:


Redskabet deler aktiviteterne op i tre niveauer: aktivitetsgruppe, aktivitet samt delaktiviteter. Hver aktivitet (fx. toiletbesøg) indeholder forskellige delaktiviteter (fx forflytning til og fra toilet). Der er i taksonomien mulighed for at indføre andre aktiviteter end de 12 påtrykte såsom for eksempel fritidsaktiviteter. (bilag 1) (Lilja et al., 2003)

ADL-taxonomien og dens begreber og termer er undersøgt for konstruktions- og indholdsvaliditet til patienter, der har oplevet et tab af funktionsevne. ADL-taxonomien beskriver patientens udførelse af daglige aktiviteter (Lilja et al., 2003). Valideringen er baseret på litteraturgennemgang
og ekspertudtalelser. ADL-taxonomien bliver stadig undersøgt og optimeret (Törnquist & Sonn, 1994), og kan blandt andet understøtte til brug ved overdragelse af informationer mellem ergoterapeuter ved overdragelse af patienter fra Hospital til primær sektor (Lilja et al., 2000).

1.5 Validitet


Indholdsvaliditet handler om at undersøge om redskabet inkluderer og repræsenterer alt det, som det skal indeholde, for at kunne sige noget i denne sammenhæng(Polit & Beck, 2005). For at undersøge indholds validitet skal der blandt andet vurderes om scoringsnøglerne er relevante samt om begreberne i redskabet er brugbare. Indholds validitet kan undersøges ved hjælp af et ekspertpanel og udtrykkes ved Content Validity Index gennem spørgeskemaundersøgelse. (Polit & Beck, 2005)


1.6 Kliniske overvejelser

At udvikle et screeningsredskab eller et instrument, er en fler-faset proces, der handler om løbende at ændre og teste redskabet for validitet og reliabilitet (Rasanen et al., 2007). Ved udvikling skal der både tages højde for faglig viden, men også teorier til udvikling af målemetoder. Dermed udvikles et redskab, der kan vise valide, reliable og videnskabelige data (Benson & Clark, 1982). Validitet er et fundamentalt område, der skal inddrages fra starten af i udviklingen af et redskab (Benson &
Clark, 1982), hvor først og fremmest indholds validitet i form af Face validity skal tænkes ind fra start, og de begreber der bruges skal være beskrevet og afgrænset i de første faser for at understøtte redskabets konstruktionsvaliditet(Rasanen et al., 2007). Benson & Clark har udviklet en fire-faset guide til hvordan et instrument kan udvikles og valideres. De fire faser indeholder et fokus på validitet, reliabilitet, afprøvning og tilpasning og har i et flowchart inddraget teorier til udvikling af målemetoder, og er bygget op af 13 trin(Benson & Clark, 1982).


Gennem litteraturstudie, fokusinterview analyseret ved indholdsanalyse og et spørgeskema omhandlende Indholdsvaliditet, vil jeg udvikle et redskab gennem Clark og Bensons to første faser. Jeg vil diskutere redskaberne og behov for redskaber i et ekspertpanel, samt bruge begreberne fra ADL-taxonomien.

1.7 Formål:
Formålet med mit projekt er at gennemgå Clark og Bensons fase 1 og 2 i udviklingen af et screeningsredskab, der tager udgangspunkt i hvad ergoterapeuterne gør i praksis når de vurderer behov for yderligere ergoterapeutisk intervention til ældre medicinske patienter. I processen bruges eksisterende begreber fra ADL-taxonomien, for at give redskabet en stærk konstruktionsvaliditet.

1.7.1 forskningsspørgsmål:
Hvad skal et ergoterapeutisk screeningsredskab indeholde og udarbejdes for at screene for behov for ergoterapeutisk intervention til indlagte ældre medicinske patienter i Danmark?

2.0 Materiale og Metode:
Som nævnt i kliniske overvejelser bruger jeg Clark og Bensons faser i udviklingen af screeningsredskabet. Fase 1 indbefatter tre trin, hvor det første omhandler identifikation af problemstilling samt domæne. Trin 2 indbefatter både litteraturstudie og undersøgelse af åbne spørgsmål til målgruppen omhandlende udformning af redskabet, hvor litteraturstudiet hjælper til at
identificere hvilket konstrukt, der skal bruges, og finder om et lignende redskab allerede eksistere (Benson & Clark, 1982).

2.1 Udvælgelse af informanter


- 4 ergoterapeuter med +2 års erfaring med indlagte geriatriske patienter fra 4 forskellige hospitaler
- 2 ergoterapeuter med +2 års erfaring med geriatriske patienter samt projektarbejde og udvikling
- Ergoterapeuterne skulle repræsentere forskellige geografiske områder samt forskellige hospitaler i Danmark.


2.1.1 Beskrivelse af informanter

De seks informanter repræsenterede seks forskellige hospitaler i Danmark fra Sjælland, Fyn og Jylland. Alle informanter var kvinder og havde praksiserfaring med ældre medicinske patienter i mellem 4-18 år. Fire af informanterne havde arbejdet med udvikling af arbejdspapirer lignende det screeningsark der skulle udvikles og alle havde inden interviewet en interesse i udvikling af et ergoterapeutisk screeningsredskab til ældre medicinske patienter.

2.2 Fokusgruppeinterviewet

2.2.1 Indkaldelse til interview

Efter telefonisk aftale modtog informanterne en mail (bilag 2) indeholdende en præsentation af dagen samt et oplæg til refleksioner, de skulle gøre sig inden fokusgruppeinterviewet. Fokusgruppeinterviewet foregik i neutrale omgivelser i Professionshøjskolen Metropol’s lokaler i København. Interviewet blev optaget på harddiskrekorder (Hennink, 2007). Tilstede ud over informanterne og moderator, var en notar, der skrev referat med stikord undervejs i interviewet samt noterede observationer fra diskussionerne. (Hennink, 2007)
Fokusgruppeinterviewet blev udført i 2 dele selve diskussionsguiden (bilag 3) blev udarbejdet med fokus på 3 nøglepunkter (Hennink, 2007):

1. ikke at have for mange spørgsmål.
2. at indeholde gruppeaktiviteter.
3. få dybde i diskussionen

Inden fokusgruppeinterviewet gik i gang, blev der taget videnskabsetiske forholdsregler. Alle informanter blev informeret om at interviewet blev optaget på en harddiskoptager, og de blev ligeledes informeret om at interviewet efterfølgende ville blive transskriberet. De ville blive anonymiseret i alt videre arbejde med undersøgelsen. Herefter skrev de under på en samtykkeerklæring (bilag 4).

I selve diskussionen var fokus fra moderator på at guide diskussionerne i loops hvor spørgsmålstyper blev efterfulgt af hinanden med henblik på at skabe og styre dynamikken og debatten i gruppen. Dette gjordes ved at bruge åbne spørgsmål som for eksempel ”Hvordan foregår Jeres første kontakt med patienten?”, herefter et introducerende spørgsmål som for eksempel:

Hvilke referencer bruger i ved den første samtale? Efterfulgt af et overgangsspørgsmål som for eksempel:

Hvad har du fokus på ved den første samtale og selve nøglespørgsmålet: Hvad gør at du vurderer behov for ergoterapi?

2.2.2 Udførsel af interviewet

Første del: Her skulle informanterne skulle diskutere de refleksioner, De havde forberedt sig på hjemme fra. Disse omhandlede hvilke informationer De søger hos patienten ved den første kontakt; hvilke overvejelser medfører at patienten bliver afsluttet?; hvilke overvejelser medfører at patienten får tilbudt yderligere vurdering og intervention? Efter runden med diskussion holdes en pause på 20-25 minutter, hvor det var muligt at spise lidt og reflektere over første del.

Anden del: Her samles op på første del, hvor det mere konkret skrides op på plancher indeholdende hvilke områder redskabet skal kunne give svar på, for at det vil give mening at bruge det i praksis. Herunder også hvilke typer scoringsnøgle, der giver bedst mening i praksis.

Interviewet blev efterfølgende transskriberet og sammenholdt med de plancher og de noter og stikord notaren havde skrevet under interviewet. (Hennink, 2007)

2.3 Indholdsanalyse

Efter transskribering af interviewene analyseres der ved indholdsanalyse efter Graneheim og Lundmann (Graneheim & Lundman, 2004), der beskrives nærmere herunder.

**2.3.1 Analysen**

Ved analyse inddeltes i tre hovedkategorier *Klinisk ræsonning, Brugbarhed og Konstruktion.* *Klinisk ræsonning* indeholdt diskussion omhandlede hvilke overvejelser ergoterapeuten gjorde sig når hun vurderede behov for yderligere intervention i den første samtale, samt at beslutningen om intervention/ikke-intervention ikke var fuldstændig afhængig af første samtale, men at denne indgik i den samlede kliniske ræsonning. Herunder et eksempel på matrix fra kategorien Klinisk ræsonning:

**Fig.1 Matrixeksempel fra kategorien Klinisk ræsonning**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meningsbærende enhed</th>
<th>Kondenseret enhed</th>
<th>Fortolkede mening</th>
<th>Kode</th>
<th>Kategori</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dem der virker konfuse og hvor lægen ikke synes de er dehydreret eller noget og hvor det også står i journalen at pårørende siger at de har været forvirret i længere tid, Så kunne man overveje begyndende hukommelsesproblemer, og hvis det også blev bekræftet under samtalen, så ville jeg lave en ADL-vurdering.</td>
<td>Uforklarligt konfuse får ADL-vurdering.</td>
<td>Mange oplysninger spiller ind sammen med interviewet i den første samtale.</td>
<td>Kognitive patienter</td>
<td>Klinisk ræsonning</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kategorien *Brugbarhed* indeholdt diskussioner omhandlende hvordan redskabet kan bruges til at dække praksisbehov. De væsentligste koder beskrev at redskabet skulle kunne fortælle noget
objektivt udfra interviewet og bruges til at retningsgive den videre intervention af ergoterapi samt bruges til dokumentation for at sparre tid. Dog var hovedfokus i denne kategori på med hvilke resultater ergoterapeutens kliniske ræsonnering kunne understøttet bedst muligt.

**Fig. 2. Matrixeksempel fra kategorien Brugbarhed.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meningsbærende enhed</th>
<th>Kondenseret enhed</th>
<th>Fortolkede mening</th>
<th>Kode</th>
<th>Kategori</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>, og muligvis også fortælle lidt om hvilken slags ergoterapi der er brug for, så det også er en lille smule handlingsrettet.</td>
<td>Vise lidt om hvilken slags ergoterapi, der skal gives</td>
<td>Redskabet giver kun mening hvis det både fortæller om behov for ergoterapi og hvilken type ergoterapi.</td>
<td>Handlingsrettet</td>
<td>Brugbarhed</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Den tredje kategori *Konstruktion* indeholdt diskussioner omhandlende hvordan redskabet skulle bygges op samt hvilke begreber og hvilken scoringsnøgle der ville passe bedst til redskabet.

Deltagernes diskussion var enige om at ADL-taxonomiens aktivitetsbegreber og ICF’s begrebsramme ville passe til et sådan instrument. Herunder blev det også diskuteret om redskabet skulle være et interview, en observation eller tjekliste til brug ved journalgennemgang.

**Fig. 3. Matrixeksempel fra kategorien Konstruktion**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meningsbærende enhed</th>
<th>Kondenseret enhed</th>
<th>Fortolkede mening</th>
<th>Kode</th>
<th>Kategori</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hvis Screeningsredskabet skal sige noget om genoptræningsplan, så er det ikke nok bare at sige noget om ”Selvstændig”, for det er anstrenge, tager længere tid og måske bliver man træt og har brug for en genoptræningsplan. Ikke bare et spørg om hjælp eller ikke vigtig. Hvis vi tænker på screening helt overordnet er det ikke bare et spørgsmål om hjælp eller ikke-hjælp. Ikke når man ser på det med ergoterapeutiske øjne. Så er det kvaliteten der er vigtig og det er den opleved kvalitet?</td>
<td>Hvis redskabet skal være handlingsrettet mod genoptræningsplan, skal det ikke kun sige noget om selvstændighed, men også om kvaliteten af aktiviteterne.</td>
<td>Kvaliteten af udførsel af aktiviteter er vigtig at have med i scoringsnøglen, hvis screeningen også skal være handlingsrettet.</td>
<td>Kvalitet</td>
<td>Konstruktion</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**3.0 Resultater**

**3.1 Screeningsredskabet**
For at kunne svare på om en patient har brug for yderligere ergoterapi, er der ifølge ergoterapeuterne et behov for at få et indblik i patientens situation både habituelt og aktuelt i forhold til funktionsevne; men der er også et behov for en kortlægning af omgivelsesniveauet og kropsniveauet, da dette giver indblik i eventuelle behov for ændringer af omgivelser, kompensationer eller trening af manglende eller nedsatte funktioner. Der er altså et ønske om at komme hele vejen rundt om patienten ved screening af behov for ergoterapi.

Screeningsredskabet bygges derfor op omkring ICF-niveauerne kropsniveau, omgivelsesniveau og aktivitets- og deltagelsesniveau(Marselisborgcentret, 2005), som er de niveauer ergoterapeuterne har spurt ind til ved første kontakt.

På kropsniveau skal redskabet beskrive medicinsk tilstand samt kognitiv funktion og synke- og tyggefunktion, da det er disse områder ergoterapeuten handler på. Dette gøres ved at afkrydsse habituel og aktuel tygge og synkefunktion (fig.5), samt at konkludere om patienten er orienteret i tid og sted ved udførelsen af screeningen. Den medicinske tilstand kan noteres under ”øvrigt”, hvis det har indflydelse på funktionsevne.

På aktivitets og deltagelsesniveauet skal redskabet beskrive ADL-taxonomiens aktiviteter med mulighed for at påføre enkelte fritidsinteresser i skemaet. Scoringsnøglen til funktionsniveau bliver en modificeret udgave af ICF’s funktionsevnescore(Marselisborgcentret, 2005), hvor der lægges et ekstra niveau ind mellem selvhjulpen og selvhjulpen med hjælpemidler, da ergoterapeuterne ser rehabiliteringspotentiale hvis en aktivitet nu udføres selvstændigt, men med dårligere kvalitet = patienten er længere tid om det eller patienten bliver mere træt.
Fig. 4 Scoringsnøgle til screeningsredskab

<table>
<thead>
<tr>
<th>Funktionsniveau</th>
<th>0 = Selvhjulpen</th>
<th>1 = Selvhjulpen med dårligere kvalitet</th>
<th>2 = Selvhjulpen med hjælpemiddel</th>
<th>3 = Behov for let personstøtte</th>
<th>4 = Behov for massiv personstøtte</th>
<th>5 = Kan ikke</th>
</tr>
</thead>
</table>

Fig. 5. Aktivitetsskema til scoring af funktionsevne på aktivits- og deltagelsesniveau

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tøjvask</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lettere rengøring/ugergøring</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indkøb</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Madlavning (Koldt/varmt måltid)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Benytte offentlig transport</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rejse / sætte sig</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gang (indendørs/udendørs)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gå på trapper</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Betjene telefon</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tygge- og synkefunktion</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Spise / drinke</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Personlig hygiejne</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klæde sig af / på</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gå på toilet</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fritidsaktiviteter:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

På omgivelsesniveau skal der påføres: boligsituation, eksisterende hjælpeforanstaltninger i form af hjælpemidler og boligændringer, netværk, ægteskabelig status, og hjemmehjælp:

Fig. 6 afkrydsning af omgivelsesfaktorer i screeningsredskabet.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Eksisterende hjælpemidler i hjemmet</th>
<th>Eksisterende boligændringer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>□ Badetaburet</td>
<td>□ Greb: Placering____________</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Toiletforhøjere</td>
<td>□ Dørtrin er fjernet</td>
</tr>
<tr>
<td>□ Rollator inde/ude</td>
<td>□ Løse tæpper er fastgjort</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Andet eksisterende hjælpeforanstaltninger i hjemmet

- Hjemmehjælp ________ x dagligt/ugentligt til:
- Tørvask
- Rengøring
- Indkøb
- Madudbringning
- Nødkald
- Andet: ___________________________

Boligsituation

- Villa
- Lejlighed, sal:___________
- Plejehjem
- Ældrebolig
- Badekar
- Trapper
- Andet:___________

Redskabet er beregnet til at blive udført som et interview, og sammen med redskabet følger en manual, der lægger vægt på følgende (bilag 7).

- At redskabet ikke skal udfyldes slavisk, men som en del af en samtale.
- At det er vigtigt at stille spørgsmål som:
  o Hvad er vigtigst for dig at kunne?
  o Hvad bringer dig glæde?
- Have fokus på kropssprog, lydniveau og fremtoning
- Samt en beskrivelse af hvordan det udfyldes.

3.2 Content Validity Index
Expertpanelet svarede som nævnt i metodeafsnittet, på de fire spørgsmål(bilag 6) omhandlende screeningsarket og den medfølgende manual.

Den samlede score blev: (sum af alles score)/(max score) (Yaghmaie, 2003):

\[(3+3+3+2+4+3+4+2+4+3+4+4+4+2+2+2+2+3+3+2)/(16*6) = 0.74\]

4.0 Diskussion

4.1 Diskussion af resultat
Resultatet af min undersøgelse og analyse er endt ud i et screeningsredskab, der gennem et kort interview udtrykker om patienten har behov for ergoterapi eller ej, samt hvilken type ergoterapi der
er tale om. Som mange af informanterne gav udtryk for, så er patienter, grundet nedsat indsigt i egen formåen eller kognitive problemer, ikke i stand til at give et sandt billede af egen situation og formåen. Eva Wæhrens har i sin Ph.d. afhandling Measuring Quality og Occupational Performance Based on selfreportage and Observation, at ADL interview har en tendens til at give et mindre korrekt billede af aktivitetsniveau sammenlignet med et struktureret ADL spørgeskema(Wæhrens, 2010). ADL interviewet viser dog en statistisk sammenhæng mellem objektive observation og spørgeskemaet. Et ønske fra nogle af ergoterapeuterne var, at redskabet også skulle kunne bruges ved journalgennemgang. Mine resultater viser at interviewet i hvert fald ifølge terapeuterne selv, ruster dem bedre til at tage stilling til, om der er behov for yderligere intervention, da de gennem det semistrukturerede interview får flere oplysninger end ved lukkede spørgsmål. Samtidig giver det mulighed for, som informanterne beskriver det, at få en ”fornemmelse” af patienten via det nonverbale sprog, hvilket i mindre grad ville komme til udtryk ved et spørgeskema, og dermed ruster dem bedre i deres kliniske ræsonnering.

Screeningsredskabet indeholder ikke mulighed for at nedskrive observationer, som nogle af informanterne ønskede. I Screeningsredskabet MoHOST (Kielhofner et al., 2007), er der mulighed for både at interviewe og observere, og ligeledes i ADL-taxonomien(bilag 1). Men begge redskaber er tidskrævende, og hvis screeningen tager mere end 15 min. at udføre, mister det i følge informanterne sin berettigelse.

Efter litteraturstudiet blev aktiviteterne fra ADL-taksonomien valgt som teoretisk referenceramme. Disse er velbeskrevet og ergoterapeuter i Danmark er vant med at bruge dem. Jeg kunne også have valgt ICF-klassifikationerne (Marselisborgcentret, 2005), da de i højere grad er tværfagligt funderet og dermed ville være brugbare i forbindelse med dokumentation internt med samarbejdspartnerne samt på tværs af sektorer. Men ICF-klassifikationerne er ikke udbredt nok i ergoterapikredse, og de er, efter min mening, for detaljerede til at kunne bruges i et screeningredskab. I andre sammenhænge er klassifikationerne dog anvendelige for ergoterapeuter. Et enkelt eksempel på anvendelighed er for eksempel ved klassifikation af hvilke ydelser ergoterapeuter laver, som Steuljens et al blandt andet bruger i deres reviews omkring ergoterapeutisk effekt(Steultjens et al., 2004).

4.2 Diskussion af metode
Til udvikling af undersøgelsesredskabet bruges Benson og Clark’s guide(Benson & Clark, 1982), da den retter sig mod ergoterapeutisk praksis og er en hyppigt brugt guide, der fokuserer på hvordan
et redskab skal planlægges, udvikles og valideres. Flere studier bruger en fire-faset proces i udviklingen af og valideringen af redskabet (Kendall & Bloomfield, 2005; Rasanen et al., 2007; Wæhrens, 2010), der alle har samme formål i faserne, men ikke nødvendigvis samme metodik. I dette studie gennemføres kun to faser, da udviklingen af redskaber er en stor og tidskrævende og omkostningsfuld proces vælges det at fokusere på disse faser i første omgang, men det understreges at ingen af faserne kan udelades inden et redskab er udviklet med høj validitet og reliabilitet (50 Benson, J. 1982)

4.2.1 Fase 1

Ved at bruge fokusgruppeinterviewet i den første fase, blev der mulighed for at få diskuteret de åbne spørgsmål dybere; informanterne kunne udtrykke flere sider af samme sag og inspirere hinanden til nye argumenter og holdninger (Hennink, 2007). Informanterne havde en stor viden på området, og kunne dermed også være deltagende som sparring i konstruktionen af redskabet efterfølgende gennem mailkorrespondance.

Alternativt kunne jeg have lavet et survey, for på den måde at få et øjebliksbillede af hvordan ergoterapeuterne mener et screeningsredskab skal se ud. Ulempen ved surveyet er at det er undersøgeren, der laver svarkategorierne, der ofte er lukkede spørgsmål, hvorfor der er risiko for at informanterne ikke får mulighed for at svare det de gerne vil (Bolsen, 2004). Som noget helt tredje kunne jeg have lavet semistructurerede interviews, og dermed fået flere nuancer fra den enkelte informant – på den måde ville jeg få et billede at den enkeltes oplevelse af hvad der var behov for i

4.2.2 Fase 2:
Benson og Clark beskriver i fase 2 at her undersøges for indholdsvaliditet og face validity gennem løbende afprøvning og testning af redskabet, for i slutningen af fasen at lave en evaluering med et ekspertpanel (Benson & Clark, 1982). Räsanen gennemgår ligeledes fase 2 ved at pilotteste første udgave af undersøgelsesredskabet og undersøge det for face validity gennem diskussion af indholdet med målgruppen og heretter tilpasse redskabet (Rasanen et al., 2007). Wæhrens brugte tidligere studier omhandlende hendes redskab til at undersøge Indholdsvaliditet (Wæhrens, 2010) og Kendall lavede pilottest af sin første udgave og diskuterede konstruktion og indholdsvaliditet i et ekspertpanel (Kendall & Bloomfield, 2005). I indeværende studie var der lagt op til at ekspertpanelet skulle teste første udgave af screeningsredskabet, derefter diskutere ændringsforslag via mailkorrrespondance som et ekspertpanel, og herefter score CVI. I praksis nåede gruppen ikke at pilotteste screeningsredskabet inden de scorede CVI og dermed er validiteten af validitetsundersøgelsen ikke særlig stærk. Havde ekspertpanelet haft mulighed for at pilotteste screeningsredskabet ville resultatet have været mere troværdigt og mere valid. Den korrette metode til at undersøge CVI-scoren på, er at spørge ind til samtlige dele af screeningsredskabet (Polit & Beck, 2005). Informanterne skal kunne svare på de standardiserede spørgsmål for hver del af undersøgelsesredskabet. I min undersøgelse har jeg spurgt ind til den samlede vurdering af screeningsredskabet, hvilket gør min CVI-score mindre valid. Årsagen til dette er manglende tid og ressourcer samt en tilkendegivelse fra ekspertpanelet om, at de ikke havde tid til at svare på et større spørgeskema inden for den korte tidsfrist.

Der bliver dog i litteraturen stillet spørgsmålstejn ved om CVI er det rigtige redskab til at vurdere indholdsvaliditet med, da det er en meget simpel matematisk metode, der ikke tager hensyn til fordeling af scorer. En enkelt person med en meget lav score, kan have meget stor indflydelse på
det samlede index (Polit, Beck, & Owen, 2007). Ved at modificere værdierne ved modificeret kappa statistik kan der tages højde for dette, og gennem dette vil et redskab kunne dømmes validt hvis 3 informanter scorer mere end 0,78 på CVI. (Polit et al., 2007). I min undersøgelse er der 3 informanter med en score over 0,78, og 3 informanter med en score, der er væsentlig mindre. (bilag 6)

4.2.3 Informanter
Informanterne er udvalgt systematisk, repræsenterer erfaring, videnskabelig tæft inden for metode og faglig viden om undersøgelsesredskaber samt processen de bliver til i. Dette var med overvejelser omkring at ekspertpanelet skulle bestå af praktikere med fokus på interventionen frem for forskere og teoretikere. Ved at vælge ældre medicinske patienter som målgruppe i stedet, ville jeg kunne få afklaret hvilke udfordringer og tilstande som screeningsredskabet skulle reagere på. Kendall og Räsanen har netop lavet kvalitative undersøgelser i deres trin 2 i udviklingen af undersøgelsesredskaber(Kendall & Bloomfield, 2005; Rasanen et al., 2007). Jeg har dog allerede defineret at redskabet skal reagere på ADL-taxonomiens begreber samt ICF’s begrebsramme, hvorfor dette ikke er nødvendigt.

5.0 Konklusion
Konklusion på hvad et screeningsredskab skal indeholde og være udformed, er som en støtte til den enkelte terapeuts kliniske ræsonnering, da vurderingen om en ældre medicinsk patient skal have ergoterapeutisk intervention afhænger af så mange faktorer at et redskab ikke entydigt vil kunne give svar på dette. Screeningsredskabet kan støtte og strukturere den kliniske ræsonnering, der finder sted, og på den måde være med til at kvalitetssikre interventionen. Formålet med dette screeningsredskab er at give et hurtigt indblik i noget komplekst, hvilket medfører en masse begrænsninger i brugen af redskabet. Disse begrænsninger mangler ligeledes at blive belyst.

6.0 Perspektivering


7.0 Referencer: (APA 6th edition)


doi:10.1159/000111694

or =75 with severe visual impairment: The VIP trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 331(7520), 817. doi:10.1136/bmj.38601.447731.55


http://www.sst.dk/publ/Publ2011/BOS/DenAeldreMedicinskePatient/DAEMP.pdf


Umeå University.


Bilag 1: ADL-taxonomien

Dansk manual kan downloades på:
http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Redskaber/Manual_A
DL-taxonomien.pdf
Bilag 2: Brev til informanter:

Kære ________________

Som opfølgning på vores mailkorrespondance følger her en nærmere information omkring fokusgruppeinterviewet.

Baggrund

Formålet med fokusgruppen er at indsamle viden om de overvejelser ergoterapeuter i praksis gør sig, når de tager den faglige beslutning, om en ældre medicinsk patient skal tilbydes yderligere intervention eller afsluttes.

Grundet krav om kvalitetssikring (DDKM), økonomiske udfordringer og en i højere grad evidensbaseret praksis, er der et behov for at udvikle redskaber, der på et videnskabeligt grundlag kan sikre den bedst mulige behandling målrettet den enkeltes behov. Et screeningsredskab til brug for vurdering af behov for yderligere ergoterapeutisk intervention, kan gennem en hurtig udførsel sikre målrettet intervention til de patienter med behov og mindre tidsforbrug på de patienter, der ikke har behov.

På flere hospitaler i Danmark er der udviklet screeningsredskaber til patientgruppen; med dette studie vil Jeg, inspireret af de eksisterende redskaber, tilpasse og udvikle et screeningsredskab, der lever op til krav fra praksis. Redskabet vil blive undersøgt for indholds- og konstruktionsvaliditet.

Indhold og Program

Fokusgruppen vil foregå d. 29.6 kl 13-15.30 på PH Metropol, Sigurdsgade 26 i lokale C265. Jeg modtager Jer i receptionen og vi går samlet op til lokalet.
6 ergoterapeuter, der repræsenterer 6 forskellige hospitaler i Danmark vil deltage i gruppen. Undertegnede vil fungere som moderator, og der vil derudover være en noteskriver til stede i lokalet.

Deltagelse i fokusgruppen er frivillig, og I vil efter interviewet ikke kunne blive identificeret i den videre valideringsproces. Hele interviewet vil blive optaget på en harddisk rekorder.

**Første del** af interviewet diskuterer hvilke overvejelser ergoterapeuten gør sig i den første kontakt med den ældre medicinske patient. Derfor vil Jeg bede Jer om inden interviewet at have gjort Jer overvejelser omkring den indledende samtale, der enten kan udmunde i afslutning af forløb, yderligere udredning samt udredning og intervention. I må meget gerne have forberedt en kort casebeskrivelse af en typisk indledende kontakt hvor udfaldet henholdsvis er afslutning af patientforløb eller tilbud om videre ergoterapeutisk intervention.

**Anden del** af interviewet diskuteres den fysiske udformning af et screeningsredskab med udgangspunkt i Jeres cases og udsagn fra første del. Her vil vi diskutere forskellige udformninger og scoremuligheder.

I vil på dagen ikke blive introduceret for et eksisterende redskab.

**Efter fokusgruppeinterview**

I løbet af juli vil Jeg sende Jer en mail med en kort sammenfatning af det vi har diskuteret i gruppen, samt et udkast til screeningsredskab og en manual. I vil herefter have mulighed for at komme med kommentarer og forslag til forbedringer.

I løbet af august sender Jeg Jer et revideret screeningsredskab + manual samt et link til et kort spørgeskema.

Glæder mig til at se Jer alle sammen.

---

Venlig hilsen
Jonas Holsbæk
Adjunkt
PH Metropol, Tlf.: 6168 1304
Mail: joho@phmetropol.dk

Vejleder
Eva Rammel
Ph.d
Lunds Universitet
**Bilag 3: Plan for diskussion:***

**Fokusgruppe:**

Intro – hvad er det for et redskab (interview/observation?)

Hvad skal vi i dag?

- Høre om hvordan I tænker når I tager beslutning om at en pt. skal have tilbudt yderligere ergoterapi. Gennem en lidt fri runde/diskussion omkring dette.
- Diskutere hvad et redskab skal kunne for at I ville kunne bruge det til noget i praksis.
  - Herunder indhold
  - Scoringsnøgle
  - Tid o.lign.

I skal skrive under på at I er indforstået med at deltage og efter interviewet har I mulighed for at vælge en lille gave, der bliver sendt hjem til Jer (interflora) valget er mellem chokolade, vin eller blomster.

Er der nogle der hurtigt skal ud af døren efter endt interview?

Har I nogle spørgsmål inden vi går i gang?

**Velkomst + intro og underskrifter Del 1 kl 13- 14:**

I er eksperterne i forhold til den 1. kontakt med den ældre medicinske patient og det er det Jeg gerne vil høre en masse om i første del. Vi tager derfor udgangspunkt I Jeres overvejelser omkring den første kontakt samt hvis I har forberedt en evt. case?

samtale/interview/observation Osv. ? Hvad gør at i vælger tilbud om yderligere behandling/undersøgelse af patienten? / hvad skulle have været anderledes for at han/hun blev afsluttet? / hvilke redskaber plejer I at bruge ved den 1. kontakt? Hvad indeholder disse?/

2. Følgespørgsmål: hvordan foregår en standard 1. samtale hos Jer? Hvad spørger I ind til? Hvad konkluderer i på?

Anden runde: Patient afsluttes efterfølgende. Hvad gør at I afslutter patienten? /

OBS på at holde tiden!!

Pause!! 20 minutter 14-14.20


1. Hvad skal være gældende for at det vil blive brugt af Jer? (skriv op på planche som brainstorm)
   a. Hvor lang tid må det maksimalt tage at udføre?
   c. Prioriter nu 5 komponenter på et stykke papir.
   d. Vi diskuterer efterfølgende hvad der er vigtigst i plenum og når til enighed.
2. Hvilken kvalitet prosa eller afkrydsning – hvilke scoringsmuligheder: (fordel/ulemper ved hver)
   a. Eksemel B: Barthel scoringsnøgle
   b. Eksempel C: FIM’s scoringsnøgle
   c. Eksempel D: prosa fx
   d. Eksempel A: modificeret ICF scoringsnøgle 1, 2, 3, 4,
   e. Eksempel E: Visuel Analog Scale
3. Opsamling på diskussion

Afrunding: kl 15.20 – 15.30

1. Tak for en god og spændende eftermiddag
2. Den videre process:
a. I modtager en mail med et lille referat af dagen + et udkast til et screeningsredskab om ca 14 dage. Herefter har I mulighed for at komme med kommentarer (midt i juli til start august) Jeg tilpasser herefter redskabet og sender det med en manual ud til Jer sammen med et elektronisk spørgeskema (kort spørgeskema).

b. I har under hele processen mulighed for at skrive til mig og påvirke mig på alle mulige måder 😊

Hvis I har lyst er I velkomne til at afprøve redskabet undervejs, men det er ikke noget krav…

Om alt går vel ligger Jeg op til at der efterfølgende skal laves Reliabilitetstest evt. som praksispuljeansøgning til efteråret, hvis nogen har interesse for dette?

Tak for nu 😊
Bilag 4: Samtykkeerklæring

Erklæring fra den projektansvarlige:

Jeg erklærer, at forsøgspersonen har modtaget mundtlig og skriftlig information om interviewet og har haft mulighed for at stille spørgsmål. Efter min overbevisning er der givet tilstrækkelig information til, at der kan træffes en beslutning om deltagelse i forsøget.

Forsøgsansvarliges navn: Jonas Holsbæk

Dato og underskrift: ________________________________

Erklæring fra Informanten:

Jeg bekræfter hermed, at jeg modtaget information såvel mundtligt som skriftligt, og at jeg ved nok projektet til at sige ja til at deltage.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst og uden begrundelse kan trække mit tilsagn om deltagelse tilbage.

Jeg giver samtykke til at deltage i projektet.

Navn:

Dato og underskrift:

__________________________________________________________

(Venligst blokbogstaver)
Bilag 5: Temaer, Kategorier og subkategorier:

Klinisk Ræsonnering:

a. Hvad gør at pt får yderligere ergoterapi?
   a. Fornemmelse
   b. Forskel i aktivitetsniveau
      i. Hvad spørges der ind til?
      ii. Udfordringer?
   c. Kognitive problemer
   d. Specielle behov
   e. Observation
   f. Hjælpemidler
   g. Motivation(?)

b. Hvad spørges der ind til?
   a. Bange ved ordet træning
   b. Hvordan spørges der ind?
   c. Omgivelser – Slås sammen til ICF
   d. Funktionsniveau ICF
   e. Kropsniveau (medicinsk behandling....) ICF
   f. Egne ønsker og Motivation ICF
   g. Udførelse (tid, sted) flyttes til brugbarhed
   h. Orientering i tid og sted

c. Hvad gør at pt afsluttes?

d. Ekstern info…

e. Diverse?

Brugbarhed:

a. Give oplysninger svarende til de ovenstående...

b. Journalkonklusion: +/- ergoterapi?

c. Interview konklusion +/- ergoterapi?

d. Retning af ergoterapi (hvilken type skal gives)
   i. FOTT
   ii. ADL og Hjælpemidler
   iii. Genoptræningsplan
   iv. Anden bolig?/eget hjem?
   v. Kontakt til andre (påørende, primærsektor, tvf. Kolleger)

e. Dokumentation

f. Arbejdsgang (vilkår)
Screeningen foregår på tvf. Konf. Ift. Amager, BB og Århus

**Konstruktion:**

Scoringsnøgle:

Diskussion omkring FIM: Den er for detaljeret og scoringerne “under supervision” samt selvstændigt fortæller ikke noget om kvaliteten: Bliver pt træt? Går det langsommere end pt plejer?

FIM ikke god til screening, da den mangler kvaliteten og er for detaljeret ift. screening.

Prosa god til noget, men svært at gøre ens.

g. Scoringsnøgle:
   a. Kvalitet
   b. Detaljegrad
   c. Brugbarhed
### Bilag 6: Spørgeskema og svar (CVI)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Spørgsmål</th>
<th>Hvor relevant er screeningsredskabet at bruge i praksis, i dets nuværende form.</th>
<th>Tydelighed - er det til at forstå, hvad man skal gøre?</th>
<th>Udførelse - er det simpelt og nemt at bruge i praksis</th>
<th>Tvetydighed - er der noget der er tvetydigt ved redskabet?</th>
<th>Yderligere kommentarer kan skrives her:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Spørgsmål:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Jeg synes påklædning/personlig hygiejne skal uddybes til øvre og nedre. Desuden kan det være fint at få krydset af om der er trapper, hvis de bor i hus og om der er badekar. Måske soise drikke skal have en parentes i fht til hvilke niveauer det er jo bøde om pt. kan synke for galt i halsen samt holde på bestik etc. Konklusion/plan skal måske have plads til kryds hvor der står Andet:.</td>
</tr>
<tr>
<td>3. relevant, men har brug for mindre ændringer</td>
<td>3. Tydeligt, men har brug for mindre ændringer</td>
<td>3. Det er simpelt og nemt at bruge, men har brug for yderligere tilpasning</td>
<td>3. ingen tvivl, men redskabet har brug for ændringer</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9-25-2011 12:27:58 brug for mindre ændringer</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
2. redskabet har brug for tilpasning

3. Det er simpelt og nemt at bruge, men har brug for yderligere tilpasning

4. Meget tydeligt tilpasning for ændringer

9-29-2011

13:05:17

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dato</th>
<th>Tid</th>
<th>Beskrivelse</th>
<th>andelser</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9-30-2011</td>
<td>9:20:01</td>
<td>Meningerne er klare</td>
<td>4. Meget tydeligt</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Vedr. funktionsniveau - funksionsevne: Når man kan udføre en aktivitet selvstændigt med brug af hjælpemiddel, er man bedre stillet og har mindre brug for ergotp., end hvis aktiviteten udføres med dårligere kvalitet - derfor forslag om at bytte om på deffinition 1 og 2. Vedr. funktionsniveau/-evne habituelt og aktuelt: Det er ikke let overskueligt, når det er opdelt i 2 selvstændige skemaer. Et bedre overblik kan fås, hvis de samles i et, så man kan følge eks.vis tøjvask score direkte fra habituel til aktuel. Vedr. andre eksisterende hjælpeforanstaltninger: her bør personlig pleje og toiletbesøg være fortrykt, da vi med rammehenvisninger ofte møder dette. godt med de sidste ændringer. ML
2. Redskabet har brug for tilpasning

9-30-2011 9:29:13

Det var rigtig godt at få manualen med og at boligsituationen kom på. Jeg kunne godt bruge noget plads til prosatekst ved hvert emne hvor der afkrydes, da der tit er supplerende oplysninger som jeg ikke får skrevet end, hvis jeg skal vende siden.

Skalaen skal have en forklaringsnøgle (hvad er eks.vis dårligere kvalitet. Uklar skelnen ml. eks.vis spise/drikke og tygge/synke. Jeg mangler helt klart spørgsmål om pts ønskede og nødvendige aktiviteter. selve opbygningen - måske tydeliggøre "grupper" af aktiviteter - det kan virke lidt uoverskueligt lige nu

2. Redskabet har brug for tilpasning

9-30-2011 15:03:53

3. Tydeligt, men har brug for mindre ændringer for at blive mere tydeligt

3. Det er simpelt og nemt at bruge, men har brug for yderligere tilpasning

3. Tydeligt, men har brug for mindre ændringer for at blive mere tydeligt

3. Det er simpelt og nemt at bruge, men har brug for yderligere tilpasning

2. Redskabet har brug for tilpasning

2. Redskabet har brug for tilpasning

2. Redskabet har brug for tilpasning

2. Redskabet har brug for tilpasning
Bilag 7: Screeningsredskab og manual:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Angivet af patient:</th>
<th>Funktionsniveau</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dato: ______</td>
<td>0 = Selvhjulpen</td>
</tr>
<tr>
<td>Fulde navn: ______</td>
<td>1= Selvhjulpen med dårligere kvalitet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2= Selvhjulpen med hjælpemiddel</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3 = Behov for let personstøtte</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4 = Behov for massiv personstøtte</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>5 = Kan ikke</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- ☐ Netværk: ________________________________
- ☐ Ægteskabelig status: ________________________________

Aktivitet - Habituelt (der afkrydseres ved funktionsniveau)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tøjvask</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lettere rengøring/ugerengøring</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Indkøb</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Madlavning (Koldt/varmt måltid)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Benytte offentlig transport</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rejse / sætte sig</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gang (indendørs/udendørs)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gå på trapper</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Betjene telefon</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tygge- og synkefunktion</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Spise / drikke</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Personlig hygiejne</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Klæde sig af / på</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gå på toilet</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fritidsaktiviteter:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aktivitet - Aktuelt (der afkrydseres ved funktionsniveau)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>0</th>
<th>1</th>
<th>2</th>
<th>3</th>
<th>4</th>
<th>5</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Angivet af patient:

Dato: ______

Fulde navn: ______

CPR. NR: ______

Alder: ______

Dato: ______

Fulde navn: ______

CPR. NR: ______

Alder: ______


### Tøjvask
- Lettere rengøring/ugerengøring

### Indkøb

### Madlavning (Koldt/varmt måltid)

### Benytte offentlig transport

### Rejse / sætte sig

### Gang (indendørs/udendørs)

### Gå på trapper

### Betjene telefon

### Spise / drikke

### Tygge- og synkefunktion

### Personlig hygiejne

### Klæde sig af / på

### Gå på toilet

### Fritidsaktiviteter:

### Eksisterende hjælpemidler i hjemmet

| □ | Badetaburet |
|   | Toiletforhøjer |
|   | Rollator inde/ude |
|   | Andet |

### Eksisterende boligændringer

| □ | Greb: Placering:________ |
|   | Dørtrin er fjernet |
|   | Løse tæpper er fastgjort |
|   | Andet: |

### Andre eksisterende hjælpeforanstaltninger i hjemmet

| □ | Hjemmehjælp ______ x dagligt/ugentligt til: |

| □ | Tøjvask |
| □ | Rengøring |
| □ | Indkøb |

| □ | Madudbringning |
| □ | Nødkald |
| □ | Andet: |

### Boligsituation

| □ | Villa |
| □ | Lejlighed, sal:________ |
| □ | Plejehjem |

| □ | Badekar |
| □ | Trapper |
| □ | Andet: |

---

39
Supplerende bemærkninger:

Konklusion og plan

- Pt er ikke motiveret for yderligere ergoterapi og afsluttes
- ADL-vurdering/afprøvning af hjælpemidler
- Kognitiv udredning
- Genoptræningsplan
- Hjemmebesøg
- Kontakt til pårørende, primær sektor
- Andet:___________________________________________________________
  ________________________________________________________________

Udfyldt af Ergoterapeut:

Manual til Screeningsredskab:

Screeningsredskabet er bygget op omkring ICF niveauerne Aktivitet-/deltagelsesniveau, omgivelseresniveau og kropssniveau. Som udgangspunkt er det meningen at alle spørgsmål på arket skal besvares. Interviewet er beregnet til at kunne udføres på 15 minutter, men det kan tage længere tid i nogle situationer.

Undervæjs i samtalene kan der stilles spørgsmål som fx "Hvad er vigtigst for dig at kunne?" og "Hvad briger dig glæde?"

1. Del: Patientens orientering i tid og sted: spørger til patientens navn, alder, cpr. Nr. og dato inklusive årsfald for at give et lille indblik i hvor orienteret i tid og egne data patienten er. Ved påvirkning grundet medicinsk tilstand kan dette evt. noteres under "øvrigt".

2. Del: Ændring i funktionsniveau: spørger ind til hvad patienten plejer at kunne gøre derhjemme og krydser af i "habituelt" feltet. Scoringsnøglen er som følger:
   0= selvhjulpen uden problemer
   1= Selvhjulpen, men oplever at bruge lang tid eller at blive træt ved udførelse af aktivitet.
   2= Kan udføre aktiviteten selvstændigt med et hjælpemiddel
   3= Kan udføre aktiviteten med personstøtte i form af supervision og/eller let personstøtte i op til 50% af aktiviteten.
   4= Kan udføre aktiviteten med massiv personstøtte i form af fx forflytninger, guiden eller hjælp i størstedelen af aktiviteten.
   5= Kan ikke udføre aktiviteten eller har brug for hjælp til hele aktiviteten.

3. Del: Patientens omgivelsesniveau: krydser af undervejs i boksene omhandlende omgivelsesfaktorer.

4. Øvrigt: Her skrives dine observationer omkring patientens nonverbale sprog, motivation og evt. hvad der er vigtigst for patienten og hvad der bragte ham glæde.

5. Konklusion: Hvis inkongruens mellem habituelt/aktuelt funktionsniveau eller tegn på sociale, kognitive eller omgivelsesproblemer og patienten er motiveret for ergoterapi, så skal der tilbydes yderligere ergoterapi og afkrydses i relevante felter.

6. Efter udfyldt ark underskrives det af ergoterapeut med dato og lægges i journal. Vær opmærksom på at det som patienten svarer ikke altid er i overensstemmelse med hvordan det reelt forholder sig, hvorfor dette skema giver udtryk for patientens oplevelse og indsigt. Derfor er det altid en god ide at forsøge at verificere tvivlsspørgsmål gennem tværfagligt personale, pårørende eller primær sektor.