

Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper?

RESULTATER FRA MEDLEMSUNDERSØKELSEN I 2013: DEL 1

Av Cathrine Hagby, Tore Bonsaksen, Anne-Stine Dolva, Sissel Horghagen, Unni Sveen, Alf Inge Solbakken og Else Merete Thyness

Cathrine Hagby er ergoterapeut og rådgiver på NAV Hjelpemiddelsentral Buskerud.

Tore Bonsaksen er er ergoterapeut og førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Anne-Stine Dolva er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Høgskolen i Lillehammer.

Sissel Horghagen er ergoterapeut og førstelektor ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Unni Sveen er professor i ergoterapi og ansatt ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo Universitetssykehus.

Alf Inge Solbakken er ergoterapeut og rådgiver på NAV Hjelpemiddelsentral i Oslo og Akershus.

Else Merete Thyness er ergoterapeut og grafisk formgiver og jobber som redaktør av tidsskriftet Ergoterapeuten.

*Kontaktforfatter: Cathrine Hagby, NAV Hjelpemiddelsentral Buskerud, Buskerudveien 126, 3026 Drammen.
E-post: cathrine.hagby@nav.no*

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

BRUKER NORSKE ERGOTERAPEUTER UNDERSØKELSES- OG VURDERINGSREDSKAPER?

Abstrakt

Norske ergoterapeuters holdninger og praksis knyttet til undersøkelse og vurdering er ikke tidligere beskrevet. Artikkelen beskriver resultater fra medlemsundersøkelsen fra 2013 om bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper blant medlemmer i Ergoterapeutene. Den store deltakelsen gjør at resultatene gir et bedre kjennskap til flere kjennetegn ved norske ergoterapeuter generelt, i tillegg til deres holdninger til og bruk av systematisk kartlegging spesielt. Undersøkelsen viser at ergoterapeuter med spesialistgodkjenning bruker redskaper oftere enn de som ikke er spesialister, mens ergoterapeuter i statlig og privat virksomhet bruker redskaper oftere enn ergoterapeuter i kommunesektoren. Ergoterapeuter med tilknytning til spesialistgrenene somatisk helse og eldres helse benytter vurderingsredskaper oftere enn ergoterapeuter tilknyttet andre spesialistgrupper. Alder og tid siden avsluttet utdanning er ikke forbundet med bruk av eller holdninger til bruk av redskaper i undersøkelse og vurdering. Det er relativt vanlig å gjøre vurdering med undersøkelses- og vurderingsredskaper som et utgangspunkt for å velge tiltak, mens det er mindre vanlig for å vurdere fremgang eller måloppnåelse. Dette kan indikere at ergoterapeuter kan ha vansker med å dokumentere betydningen av de tiltakene de setter i verk for pasienter og brukere.

Nøkkelord: Kartlegging, undersøkelses- og vurderingsredskaper, ergoterapi, medlemsundersøkelse, kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert yrkesutøvelse er et mål for den ergoterapeutiske praksis (Jamtvedt & Nortvedt, 2008). Dette handler om at ergoterapeuten tar faglige avgjørelser som er basert på systematisk innhenting og anvendelse av kunnskap. Samtidig har ergoterapeuter som tradisjon og holdning at kunnskapsbasert yrkesutøvelse skal være klientsentrert (Hove, Jarl, & Langdal, 2007). Et dilemma for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen kan knyttes til i hvilken grad man bør følge stringente prosedyrer for undersøkelse og vurdering, da innsatsene også må tilpasses hver enkelt person og dennes utfordringer i aktivitet og deltakelse. Kan man arbeide ut fra standardiserte prosedyrer og samtidig skreddersy intervensjoner for den enkelte?

Vi vil argumentere for at bruk av etablerte, standardiserte redskaper i undersøkelse og vurdering gir to prinsipielle fordeler i klinisk ergoterapipraksis. For det første fører den til mer systematisert kunnskap om aktuelle sider ved samspillet mellom personen og omgivelsene, og som har betydning for personens aktivitetsdeltakelse – dette er ergoterapeutisk «diagnostikk». Slik kunnskap gir grunnlag for å planlegge tiltak eller behandling som passer med personens ressurser og begrensninger i aktivitet og deltakelse. For det andre gir standardisert undersøkelse en mulighet til å vurdere endring over tid – har personen for eksempel endret sin aktivitetsutføring i løpet av behandlingsperioden? Dette bidrar til en vurdering av om tiltaket har hatt ønsket virkning. Dersom undersøkelsen utføres på forskjellige måter fra gang til gang, vil en slik sammenlikning være vanskelig å få til (Kielhofner, 2006; Laver-Fawcett, 2007).

Så langt vi vet, er en undersøkelse av bruk av redskaper for undersøkelse og vurdering ikke tidligere blitt gjennomført blant ergoterapeuter i Norge. Det er mulig å anta at det eksisterer gruppeforskjeller knyttet til både holdninger til og praksis med slike redskaper. Eksempelvis kan systematisk vurderingspraksis være mer vektlagt innenfor en medisinsk dominert kontekst i spesialisthelsetjenesten enn i allmennhelsetjenesten i kommunene. Likeledes kan vekten mot systematisk undersøkelse og vurdering ha blitt sterkere over en lengre tidsperiode. Om det er slik, vil høyere alder og lengre tid siden avsluttet utdanning kunne være forbundet med mindre hyppig bruk av vurderingsredskaper. Slike sammenhenger gjenstår det imidlertid å utforske nærmere. Bedre kjennskap til hvordan ergoterapeuter forholder seg til dette vil være et utgangspunkt for tiltak som kan bidra til å styrke og øke kvaliteten på ergoterapeuters vurderingspraksis. I sin tur vil dette kunne bidra til bedre kvalitet i pasientbehandling og i oppfølging av klienter.

HENSIKT

En spørreundersøkelse ble sendt ut til alle medlemmer av Ergoterapeutene i 2013, med siktemål om å få oversikt over holdninger og praksis knyttet til bruk – og ikke-bruk – av redskaper i undersøkelse og vurdering. I denne artikkelen vil vi:

- 1 beskrive kjennetegn ved ergoterapeutene som deltok i undersøkelsen
- 2 rapportere forskjeller mellom grupper av deltakere knyttet til holdninger til og bruk av vurderingsredskaper, og
- 3 rapportere sammenhenger

mellom bakgrunnsvariabler og deltakernes holdninger og praksis knyttet til kartlegging.

Metode

En anonym spørreundersøkelse om holdninger og praksis knyttet til undersøkelses- og vurderingsredskaper ble sendt ut i form av en e-post med lenke til en survey («EasyQuest») til alle medlemmene av Ergoterapeutene i desember 2013. Svar på undersøkelsen ble generert i tidsrommet mellom desember 2013 til januar 2014. Spørsmålene inkluderte i tillegg bakgrunnsforhold som alder, kjønn, hvor ergoterapiutdanningen ble gjennomført, og antall år siden ergoterapiutdanningen var fullført. Det ble også stilt spørsmål om videreutdanning, spesialistgodkjenning, sektortilhørighet i arbeidslivet, geografisk tilhørighet, og tilknytning til spesialistområdene til Ergoterapeutene.

I denne artikkelen rapporterer vi resultater basert på de kvantitative dataene som ble innsamlet. Analysene ble utført i statistikkprogrammet SPSS (IBM Corp., 2010). For sammenlikning av grupper ble t-tester og enveis variansanalyse (ANOVA) benyttet. Bonferroni koeffisient ble benyttet for å justere for multiple sammenlikninger, slik at vi reduserte risikoen for å feiltolke resultatene. I analyser av sammenhenger mellom kontinuerlige variabler ble Pearsons korrelasjonskoeffisient r benyttet. Dette er et statistisk uttrykk for styrken på sammenhengen mellom to variabler.

Resultater UTVALGET

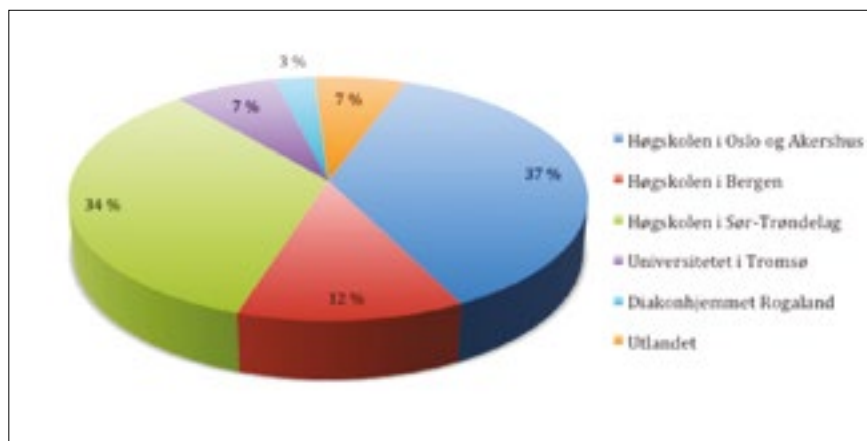
I alt deltok 1286 personer i undersøkelsen. To personer hadde ugyldige skårer på noen av spørsmålene og ble tatt ut fra

analysene. Av de 1284 gjenværende personene i utvalget var gjennomsnittsalderen 42.0 år (standardavvik 11.3 år). Deltakerne var 97 menn (7.6 prosent) og 1187 kvinner (92.4 prosent), hvor de fleste var utdannet ved høgskole- ne i Oslo (n = 475, 37.0 prosent) og i Sør-Trøndelag (n = 435, 33.9 prosent). Figur 1 viser fordelingen av deltakere på utdanningssteder.

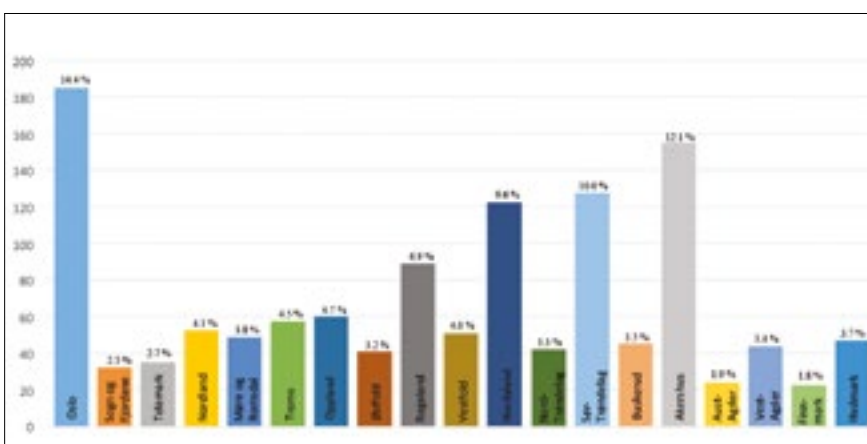
Det var stor variasjon med tanke på hvor lenge det var siden deltakerne tok sin utdanning som ergoterapeut – en del var utdannet i 2013, andre for nesten 50 år siden. Gjennomsnittlig var det 14.9 år (standardavvik 10.1 år) siden de avsluttet sin utdanning.

Totalt 722 personer (56.2 prosent) oppga at de hadde videre- utdanning i tillegg til sin ergoterapeututdanning, mens 112 personer (8.7 prosent) rapporterte at de hadde godkjenning som ergoterapispesialist. Over halvparten av deltakerne arbeidet i kommune- sektoren (n = 696, 54.2 prosent), 392 personer (30.5 prosent) arbeidet i statlig sektor, 137 personer (10.7 prosent) arbeidet i privat sektor, mens 35 personer (2.7 prosent) oppga en kombinasjon av to eller flere sektorer. De fleste av deltakerne arbeidet i Oslo (n = 185, 14.4 prosent), i Akershus (n = 155, 12.1 prosent), i Sør-Trøndelag (n = 128, 10.0 prosent) og i Hordaland (n = 123, 9.6 prosent). Figur 2 viser oversikten over deltakerne fordelt på landets fylker.

Deltakernes arbeidsområde ble av 183 personer (14.3 prosent) oppgitt å være somatisk helse. Psykisk helse ble oppgitt å være arbeidsområde for 120 personer (9.3 prosent), mens barns helse ble oppgitt av 108 personer (8.4 prosent). I tillegg rapporterte 107 personer (8.3 prosent) at de arbeidet med andre kategorier, og



Figur 1. Deltakerne fordelt etter utdanningssted.



Figur 2. Deltakerne fordelt etter fylke.

hele 518 personer (40.3 prosent) oppga en kombinasjon av flere av de nevnte områdene. Figur 3 viser oversikten over deltakerne fordelt på arbeidsområder.

HOLDNINGER OG PRAKSIS

Av de 1284 deltakerne oppga 949 (73.9 prosent) at de benyttet seg av undersøkelses- og vurderingsredskaper. Blant disse oppga over 60 prosent at de brukte slike redskaper daglig eller ukentlig. Figur 4 viser fordelingen av hvor ofte slike redskaper ble brukt blant deltakerne.

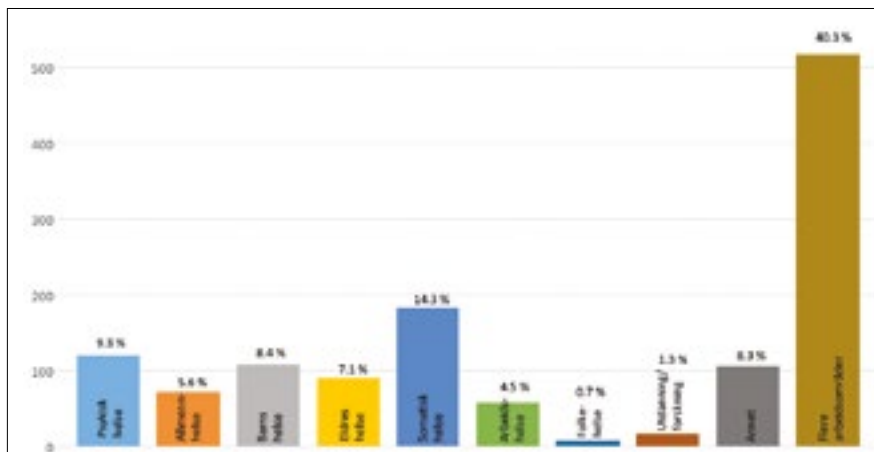
Av de som oppga at de benyttet undersøkelses- og vurderingsredskaper, ble den gjennomsnittlige nytteverdien av å bruke slike redskaper vurdert som «stor».

Tabell 1 viser hvordan deltakerne vurderte bruk av slike redskaper i forhold til nytteverdi, brukermedvirkning, nytteverdi relatert til tidsbruk, valg av tiltak, vurdering av fremgang og vurdering av måloppnåelse.

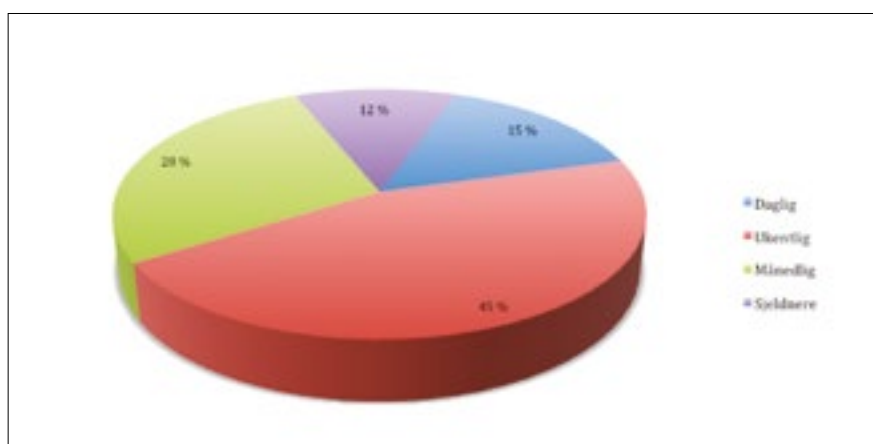
De aller fleste av deltakerne (n = 919, 97.1 prosent) oppga at undersøkelsene og vurderingene som gjøres, er nyttige for flere av de aktuelle partene i samarbeidet: Pasient/bruker, pårørende, en selv, andre ergoterapeuter, andre profesjoner, andre involverte tjenester, samt «andre».

FORSKJELLER MELLOM GRUPPER

Det var ingen forskjeller mellom personer med og uten videreutdanning med tanke på hvor ofte



Figur 3. Deltakerne fordelt etter arbeidsområder.



Figur 4. Deltakerne fordelt etter hvor ofte de benytter undersøkelses- og vurderingsredskaper.

man oppga å bruke redskaper i undersøkelse og vurdering ($M = 2.66$ vs. $M = 2.61$, $t = -0.78$, $p = 0.44$), og tilsvarende var det ingen forskjeller mellom disse gruppene med tanke på hvordan de oppfattet nytteverdien ved å bruke slike redskaper ($M = 4.06$ vs. $M = 3.99$, $t = -1.56$, $p = 0.12$).

Personer med spesialistgodkjenning rapporterte hyppigere bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper enn de som ikke hadde slik spesialisering ($M = 2.99$ vs. $M = 2.60$, $t = -4.16$, $p < 0.001$) og oppfattet nytteverdien av å bruke slike redskaper som høyere ($M = 4.23$ vs. $M = 4.00$, $t = -2.68$, $p < 0.01$).

Personer som var ansatt i kommunesektoren, rapporterte mindre bruk av undersøkelses- og

vurderingsredskaper enn personer som var ansatt i privat eller statlig sektor, eller som var ansatt i ulike sektorer av arbeidslivet samtidig ($M = 2.39$ vs. $M = 2.90$, $t = 9.38$, $p < 0.001$), og oppfattet nytteverdien av å bruke slike redskaper som lavere ($M = 3.90$ vs. $M = 4.15$, $t = 5.76$, $p < 0.001$).

Det var statistisk signifikante forskjeller mellom spesialistgrenene når det gjaldt hvor ofte man oppga å benytte seg av undersøkelses- og vurderingsredskaper ($F = 16.42$, $p < 0.001$). Deltakerne med tilknytning til somatisk helse ($M = 3.22$) og til eldres helse ($M = 2.92$) var de som oftest benyttet slike redskaper. Disse rapporterte en gjennomsnittlig hyppighet som tilsvarte rundt «ukjentlig» (3). Forskjellene mellom

spesialistgrenene var ikke statistisk signifikante når det gjaldt oppfatninger om redskapenes nytteverdi ($F = 1.86$, $p = 0.06$).

SAMMENHENG MED BAKGRUNNSVARIABLER

Alder viste ingen sammenheng med hyppighet i bruk av vurderingsredskaper ($r = -0.04$, $p = 0.21$) eller med holdninger til nytteverdien av å bruke slike redskaper ($r = -0.04$, $p = 0.20$). Heller ikke tid siden avsluttet utdanning viste noen sammenheng med hyppighet i bruk av vurderingsredskaper ($r = -0.04$, $p = 0.17$) eller med holdninger til deres nytteverdi ($r = -0.03$, $p = 0.37$).

Diskusjon

Det var svært god deltakelse i undersøkelsen – utvalget på 1284 personer representerer 34.2 prosent av den totale medlemsmassen i forbundet ($N = 3756$). Dette gjør at vi har et godt grunnlag for å generalisere resultatene til hele gruppen av ergoterapeuter, selv om deltakerne i denne type undersøkelser kanskje kan være noe mer positivt innstilte til det aktuelle temaet enn den totale populasjonen. Antallet autoriserte ergoterapeuter i Norge (per 1. januar 2013) er 4443 (Helsetilsynet, 2013). Med basis i dette antallet omfatter vår undersøkelse 28.9 prosent av alle norske ergoterapeuter med autorisasjon. Vi oppfatter derfor at det er rimelig sannsynlig at utvalget, som var rekruttert via Ergoterapeutenes medlemsregister, på dette området er ganske like i holdninger og praksis sammenliknet med andre ergoterapeuter.

Spørreundersøkelsen rapporterer, i tillegg til holdninger og praksis knyttet til bruk av vurderingsredskaper, flere kjennetegn ved norske ergoterapeuter.

Spørsmål	Skalabredde	Variasjon	M (SD)
Hvordan vurderer du nytteverdien av å bruke undersøkelses- og vurderingsredskaper?	1-5 ^a	1-5	4.0
I hvilken grad opplever du at bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper åpner for brukervedvirkning?	1-5 ^a	1-5	3.5
Hvordan vurderer du nytteverdien av undersøkelses- og vurderingsredskaper i forhold til tiden du bruker?	1-5 ^a	1-5	3.8
I hvilken grad bruker du resultater fra en systematisk undersøkelse og vurdering for å velge tiltak?	1-6 ^b	1-6	3.4
I hvilken grad bruker du resultater fra en systematisk undersøkelse og vurdering for å vurdere fremgang?	1-6 ^b	1-6	2.5
I hvilken grad bruker du resultater fra en systematisk undersøkelse for å vurdere om målene er nådd?	1-6 ^b	1-6	2.2

Tabell 1: Deltakernes holdninger og praksis knyttet til bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper (N = 949).

Note. M = gjennomsnittsverdi, SD = standardavvik. a Svært liten = 1, Liten = 2, Middels = 3, Stor = 4, Svært stor = 5. b Sjeldnere enn 1 gang i måneden = 1, 1 gang i måneden = 2, 2-3 ganger i måneden = 3, 1-2 ganger i uken = 4, 3-4 ganger i uken = 5, daglig = 6.

Over halvparten har gjennomført videreutdanning etter endt ergoterapiutdanning, mens et mindretall har kvalifisert seg som ergoterapispesialist. I tillegg er langt de fleste kvinner, og syv av ti er utdannet i Oslo eller Trondheim. Over halvparten er ansatt i kommunesektoren, og fire av ti oppgir at de i sin praksis forholder seg til flere av Ergoterapeutenes spesialistområder.

Resultatene viste at det ikke var forskjeller i holdninger og praksis mellom de som hadde videreutdanning og de som ikke

hadde det. Imidlertid var det mer hyppig bruk av redskaper i undersøkelse og vurdering blant spesialister enn blant ikke-spesialister, mens de var mindre hyppig i bruk blant ergoterapeuter i kommunesektoren sammenliknet med andre sektorer. Mange av deltakerne hadde ulike typer av videreutdanning, men dette ser ikke ut til å gi noe utslag når det gjelder bruk av kartleggingsredskaper. Det er mulig at få av disse videreutdanningene kvalifiserer til ergoterapispesifikk undersøkelse og vurdering, mens dette kan

være mer av det faglige innholdet i kurs som inngår i en klinisk spesialisering. Slik spesialisering vil også kunne oppleves å være mer aktuell for ergoterapeuter som arbeider i spesialisthelsetjenesten (vesentlig statlig sektor), og dette kan dermed bidra til å forklare noen av de gruppeforskjellene vi fant. Den kvalitative delen av spørreundersøkelsen vil kunne bidra til en forståelse av hva som ligger til grunn for ulik bruk av instrumenter i ulike grupper. Dette vil bli presentert nærmere i en senere artikkel.

Tabell 1 viser at deltakerne i stor grad oppfatter bruk av undersøkelses- og kartleggingsredskaper som nyttig, også når de relaterer nytteverdien til den tiden de bruker på dem. De oppfatter også at bruk av slike redskaper i middels til stor grad åpner for brukervedvirkning, og i sin praksis bruker de redskapene i tilsvarende grad som et utgangspunkt for å velge tiltak. Redskapene brukes imidlertid kun i liten til middels grad til å vurdere fremgang eller til å vurdere i hvilken grad man har nådd målene. Vi kan oppfatte dette slik at undersøkelses- og vurderingsredskaper gjerne brukes i forbindelse med en undersøkelse i startfasen av et behandlingsforløp eller oppfølgingsperiode, mens det er mindre vanlig å gjøre systematisk oppfølging med bruk av slike redskaper. Dette kan medføre vansker med å evaluere utfallet av behandling eller tiltak.

Vi fant ingen sammenheng mellom alder, tid siden avsluttet utdanning, og holdninger til og bruk av redskaper i undersøkelse og vurdering. De tentative sammenhengene skissert innledningsvis i artikkelen ble dermed avkrefet – eldre ergoterapeuter synes bruk av strukturerte redskaper i

undersøkelse og vurdering er like nyttige som yngre ergoterapeuter, og de med lang erfaring som terapeut brukte slike redskaper i samme omfang som mer nylig utdannede.

Konklusjon

Denne spørreundersøkelsen har bidratt til mer kunnskap om kjennetegn ved norske ergoterapeuter. Basert på dataene fra undersøkelsen er den gjennomsnittlige ergoterapeuten en kvinne tidlig i 40-årene, utdannet i Oslo eller i Trondheim, og har rundt 15 års yrkeserfaring som ergoterapeut. Undersøkelses- og vurderingsredskaper brukes oftest blant ergoterapeuter med spesialistgodkjenning, og mest innenfor somatisk

helse og Eldres helse. Holdningen til bruk av slike redskaper er positiv. Deltakerne opplever at det tar mye tid, men de fleste uttrykker at nytteverdien er stor. Generelt brukes slike instrumenter mest for å velge tiltak. Undersøkelsen tyder på at ergoterapeuter i sin kliniske praksis i mindre grad bruker instrumenter for å evaluere progresjon hos klientene og effekt av ergoterapeutisk intervensjon. En slik praksis vil kunne bidra til en mer kunnskapsbasert yrkesutøvelse.

Referanser

Helsetilsynet (2013). Personer med autorisasjon eller lisens som helsepersonell fordelt på helsepersonellkategorier. Lastet ned 04.03.2014, fra <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/Personer-autorisasjon-lisens-helsepersonellkategorier/>

[helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/Personer-autorisasjon-lisens-helsepersonellkategorier/](http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/Personer-autorisasjon-lisens-helsepersonellkategorier/)

Hove, A., Jarl, B., & Langdal, I. (2007). Ergoterapeuters fag- og kompetenceprofiler. In T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt & A. J. Madsen (Eds.), *Basisbø i ergoterapi* (2 ed., pp. 787-810). København: Danmark Munksgaard.

IBM Corp. (2010). SPSS for Windows (Version 19). Chicago, IL: SPSS Inc.

Jamtvedt, G., & Nortvedt, M.W. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi - et bidrag til bedre praksis. *Ergoterapeuten*, 51(1), 10-18.

Kielhofner, G. (2006). *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, PE: FA Davis Company.

Laver-Fawcett, A.J. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists: theory, skills and application*. Chichester: Wiley.