

Signe Frederiksen Svane og Trine Thyrrerstrup

# Lifestyle Redesign® i dansk ergoterapi

- En kvalitativ undersøgelse af hvordan danske ergoterapeuter vurderer  
anvendeligheden og behovet for Lifestyle Redesign® til danske ældre

# Lifestyle Redesign®

## i dansk ergoterapi

- En kvalitativ undersøgelse af hvordan danske ergoterapeuter vurderer anvendeligheden og behovet for Lifestyle Redesign® til danske ældre

Dette projekt er udarbejdet af:  
Signe Frederiksen Svane – E06A  
Trine Thyrrerstrup – E06A

Intern vejleder:  
Elise Bromann Bukhave

Ekstern vejleder:  
Susanne Kragbæk

Antal ord: 13.993

”Denne opgave er udarbejdet af ergoterapeutstuderende ved Ergoterapeutuddannelsen, Næstved, UCSJ, som led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra skolens side og er således et udtryk for den studerendes egne synspunkter”

”Denne opgave – eller dele heraf – må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse, jf. lov om ophavsret af 31.5.19.61”

# Resumé

## **Bachelorprojektets titel:**

Lifestyle Redesign® Programme (LRP) i dansk ergoterapi – en kvalitativ undersøgelse af, hvordan danske ergoterapeuter vurderer anvendeligheden af LRP til danske ældre og behovet for det i dansk ergoterapi.

## **Problembaggrund:**

Danmark står overfor en stigning i antallet af ældre mennesker, hvis helbred forventes at blive en af samfundets største økonomiske byrder. For at imødekomme de forventede økonomiske omkostning har forskere i USA gennemført studiet The Well Elderly Study. Studiet dokumenterede effekt i forhold til udsættelse af ældres funktionsnedsættelser samt forøgelse af deres oplevede livskvalitet. Den danske regering har fokus på sundhedsfremme og Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at kvaliteten i den kommunale indsats foregår på et veldokumenteret grundlag. Derfor ønskes med bachelorprojektet, at dokumentere aktuel viden om, hvordan danske ergoterapeuter vurderer anvendeligheden af det evidensbaserede LRP til ældre danske borgere samt deres vurdering af behovet for redskabet i dansk ergoterapi.

## **Problemformulering:**

Hvordan **vurderer** danske ergoterapeuter **anvendeligheden** af LRP til **danske ældre** samt **behovet** for dette redskab i dansk ergoterapi?" Dette vurderes i et sundhedsfremmende perspektiv.

## **Metode og materialer:**

Til belysning af problemformuleringen valgte vi at benytte kvalitative forskningsmetoder, som består af fire interviews med 7 ergoterapeuter. Tre af interviewene foregik som semistrukturerede interviews med to informanter pr. gang, men det fjerde foregik som telefoninterview med en informant.

## **Resultat:**

Informanterne vurderer, at anvendeligheden af LRP er god til danske ældre, men finder, at der eksisterer barriere og punkter, hvor tilpasning er nødvendig. Dette drejer sig især om varigheden af programmet og målgruppen. Størstedelen af de LRP-projekter, som har kørt i Danmark har kørt i en tilpasset form, og kan derfor ikke betegnes som værende evidensbaserede.

## **Konklusion:**

Informanterne vurderer, at der er et behov for LRP i dansk ergoterapi. Dels har informanterne oplevet positiv effekt ved LRP, dels har informanterne oplevet, at LRP er med til at definere faget ergoterapi og har sat det på landkortet. Endeligt ser informanterne vigtigheden og behovet for et ergoterapeutisk og evidensbaseret program, som kan bidrage til den sundhedsfremmende og

forebyggende indsats. I et sundhedsfremmende perspektiv vurderes ovennævnte at have sin berettigelse.

**Perspektivering:**

Det vil være relevant at undersøge anvendeligheden af LRP til andre målgrupper, som står overfor at skulle mestre en ny livssituation såsom eksempelvis kroniske syge, KOL-patienter, sukkersygepatienter.

**Søgeord:**

Sundhedsfremme, forebyggelse, ældre.

Ord: 366

# Abstract

## **Title:**

"Lifestyle Redesign® Program in the Danish occupational therapy sector" - a qualitative analysis of the Danish OP's assessment of LRP's applicability and value to the elderly and as a requisite in the Danish occupational therapy sector.

## **Summery:**

Denmark is faced with a substantial increase in the number of elderly, the stamina of which is expected to become a major economical burden to the nation. US experts have completed *The Well Elderly Study*, as a means to anticipate the estimated cost to society of this increase. Effects were documented, compared to postponement of elder's functional decline as well as an improved quality of life. The Danish government has focus on the promotion of health, whilst the National Board of Health commends efforts in the communal sector to be done on a solid and well-documented foundation. This project, aims to document how Danish OP's judge the applicability of LRP to elder Danish citizens as well as the necessity of such a tool in the Danish occupational therapy sector.

## **Problem statement:**

How do Danish occupational therapists **judge** the **applicability** of evidence based LRP to **elder Danish citizens** as well as the **necessity** of such a tool in the Danish occupational therapy sector. This will be evaluated in a health promotion perspective.

## **Methods and materials:**

To illustrate the problem statement a qualitative investigative method consisting of four interviews of seven occupational therapists was chosen. Three interviews were each executed with two informants, while the fourth was with just one informant via telephone.

## **Results:**

The informants judge the applicability of LRP to elder Danish citizens as good, but are confronted with the existence of certain barriers, where modifications are necessary, the duration of the program and the target group. The majority of LRP projects carried out in Denmark has been modified and hence cannot be denoted as evidence based.

## **Conclusion:**

LRP's necessity in Danish occupational therapy is existing. The informants have experienced a positive effect of LRP, that LRP helps them define occupational therapy, and the need of an occupational therapeutic and evidence based program, to assist in the health promoting and preventive efforts. In the perspective of health promotion, the mentioned is justified.

**Perspectives:**

It would be relevant to investigate the applicability of LRP to other groups, such as those faced with life in new settings under different conditions, for example chronically ill, KOL-patients or diabetics.

**Keywords:**

Health promotion, prevention, elderly

Words: 398

# Forord

Dette bachelorprojekt beskriver ergoterapeuters erfaringer med Lifestyle Redesign® Programme (LRP) til ældre mennesker i Danmark.

LRP udspringer fra the Well Elderly Study (WES) som er et randomiseret klinisk forsøg som amerikanske ergoterapeuter udførte fra 1994 til 1996, for at evaluere effektiviteten af forebyggende ergoterapeutisk behandling. I forbindelse med WES blev konceptet LRP udviklet. LRP er et forebyggende projekt for mennesker fra 60 år og opefter.

Vores projekt udspringer fra egen interesse for det sundhedsfremmende arbejdsområde, og efter vi gennem klinisk undervisning blev opmærksomme på, at dette redskab eksisterer og bliver benyttet flere steder i Danmark. Vi fandt det dermed interessant, at undersøge ergoterapeuternes erfaringer. Vi har benyttet os af en kvalitativ undersøgelse, hvor vi har interviewet 7 ergoterapeuter, som har arbejdet med LRP.

I forbindelse med dette projekt har mange mennesker fulgt, hjulpet og støttet os.

Vi vil gerne rette en speciel tak til de ergoterapeuter, som velvilligt stillede sig til rådighed i forbindelse med vores indsamling af empiri, og på denne måde var med til at muliggøre dette projekt.

En tak skal også lyde til familie, kærester og venner for deres tålmodighed og støtte gennem hele projektet.

Ikke mindst skal der lyde en særlig tak til vores interne vejleder lektor Elise Bromann Bukhave og vores eksterne vejleder ergoterapeut Susanne Kragbæk som har stået til rådighed med vejledning og råd.

---

**Signe Frederiksen Svane**

---

**Trine Thyrrstrup**

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Problembaggrund</b> .....	<b>1</b>
1.1. Formål.....	2
1.2. Målgruppe .....	2
<b>2. Problemformulering</b> .....	<b>3</b>
2.1. Betydningsbærende ord.....	3
<b>3. Teori</b> .....	<b>4</b>
3.1. Uddybende præsentation af litteratur .....	4
3.2. Eksisterende forskning på området.....	4
3.2.1. The Well Elderly Study .....	5
3.3. Teoretiske referencerammer .....	7
3.3.1. Occupational Science .....	8
3.3.2. Helbredet som et kontinuum .....	8
3.3.2.1. Stressorer .....	9
3.3.3. Sundhed .....	10
3.3.4. Sundhedsfremme .....	10
3.4. Forforståelse .....	11
<b>4. Metode og design</b> .....	<b>13</b>
4.1. Forskningstype .....	13
4.2. Valg af empirisk metode.....	13
4.3. Interviewguide.....	14
4.4. Valg af informanter .....	15
4.5. Semistruktureret interview.....	15
4.6. Telefoninterview .....	16
4.7. Forskningsetiske aspekter .....	17
4.8. Dokumentation af interview .....	17
4.9. Transskribering .....	18
4.10. Analyse.....	18
4.11. Validitet – interne/eksterne .....	19
4.12. Reliabilitet .....	20
4.13. Litteratursøgning .....	21
<b>5. Resultater</b> .....	<b>23</b>
5.1. Præsentation af informanter .....	23
5.2. Resultatopgørelse .....	24
5.2.1. Sundhedsfremme .....	24
5.2.1.1. Definition.....	24
5.2.1.2. Hvordan og hvornår anvendt i hverdagen.....	25
5.2.1.3. Hvorfor anvendes sundhedsfremme? .....	25
5.2.1.4. Ledelsens holdning til sundhedsfremme .....	26
5.2.2. Lifestyle Redesign® Programme .....	27
5.2.2.1. Hvorfor gennemføre projektet? .....	27
5.2.2.2. Forberedelser .....	27
5.2.2.3. Tilgang og anvendelse .....	28
5.2.3. Anvendelighed.....	30
5.2.3.1. Anvendelighed.....	30
5.2.3.2. Barrierer .....	31
5.2.3.3. Implementering .....	32



5.2.4. Behov.....	32
5.2.4.1. Samfundsøkonomiske behov .....	32
5.2.4.2. Ergoterapeut faglige behov.....	33
<b>6. Diskussion.....</b>	<b>34</b>
6.1. Diskussion af resultater.....	34
6.1.1. Sundhedsfremme .....	34
6.1.2. LRP i Danmark.....	36
6.1.3. Behov.....	38
6.2. Diskussion af metode .....	39
6.2.1. Forskningstype .....	39
6.2.2. Empirisk metode .....	40
6.2.3. Interviewguide.....	40
6.2.4. Valg af informanter.....	40
6.2.5. Interviewsituation .....	41
6.2.6. Transskribering .....	42
6.2.7. Analyse .....	43
6.3. Diskussion af teori og litteratur .....	43
<b>7. Konklusion.....</b>	<b>45</b>
<b>8. Perspektivering .....</b>	<b>47</b>
<b>9. Referenceliste .....</b>	<b>48</b>
<b>Bilagsfortegnelse</b>	

Begge forfattere har bidraget til udfærdigelsen af projektet. Nedenfor angives hvem, der står som hovedforfatter til hvert afsnit.

<b>1. Problembaggrund</b> .....	Signe
1.1. Formål.....	Signe
1.2. Målgruppe.....	Signe
<b>2. Problemformulering</b> .....	Trine
2.1. Betydningsbærende ord.....	Trine
<b>3. Teori</b> .....	Signe
3.1. Uddybende præsentation af litteratur.....	Signe
3.2. Eksisterende forskning på området.....	Signe
3.2.1. The Well Elderly Study.....	Signe
3.3. Teoretiske referencerammer.....	Signe
3.3.1. Occupational science.....	Signe
3.3.2. Helbredet som kontinuum.....	Signe
3.3.3. Sundhed.....	Signe
3.3.4. Stressorer.....	Signe
3.4. For forståelse.....	Trine
<b>4. Metode og design</b> .....	Signe
4.1. Forskningsstype.....	Signe
4.2. Valg af empirisk metode.....	Signe
4.3. Interviewguide.....	Signe
4.4. Valg af informanter.....	Signe
4.5. Semistruktureret interview.....	Signe
4.6. Telefoninterview.....	Signe
4.7. Forskningsetiske aspekter.....	Signe
4.8. Dokumentation af interview.....	Signe
4.9. Transskribering.....	Signe
4.10. Analyse.....	Signe
4.11. Validitet – interne/eksterne.....	Trine
4.12. Reliabilitet.....	Trine
4.13. Litteratursøgning.....	Trine
<b>5. Resultater</b> .....	Trine
5.1 Præsentation af informanter.....	Trine
5.2 Resultatopfølgelse.....	Trine
5.2.1 Sundhedsfremme.....	Trine
5.2.1.1 Definition.....	Trine
5.2.1.2 Hvordan og hvornår anvendt i hverdagen.....	Trine
5.2.1.3 Hvorfor anvendes sundhedsfremme?.....	Trine
5.2.1.4 Ledelsens holdning til sundhedsfremme.....	Trine
5.2.2. Lifestyle Redesign® Programme.....	Trine
5.2.2.1. Kendskab.....	Trine
5.2.2.2. Hvorfor gennemføre projektet?.....	Trine
5.2.2.3. Forberedelser.....	Trine
5.2.2.4. Tilgang og anvendelse.....	Trine
5.2.3 Anvendelighed.....	Trine
5.2.3.1 Overførbarhed.....	Trine
5.2.3.2. Barrierer.....	Trine
5.2.3.3. Implementering.....	Trine
5.2.4. Behov.....	Trine
5.2.4.1. Samfundsøkonomiske behov.....	Trine
5.2.4.2. Ergoterapeut faglige behov.....	Trine
<b>6. Diskussion</b> .....	Trine
6.1. Diskussion af resultater.....	Trine
6.1.1. Sundhedsfremme.....	Signe
6.1.2. LRP i Danmark.....	Trine
6.1.3. Behov.....	Trine
6.2. Diskussion af metode.....	Trine
6.2.1 Forskningsstype.....	Signe
6.2.2. Empirisk metode.....	Signe
6.2.3. Interviewguide.....	Signe
6.2.4. Valg af informanter.....	Signe
6.2.5. Interviewsituation.....	Signe
6.2.6. Transskribering.....	Signe
6.2.7. Analyse.....	Signe
6.3. Diskussion af teori og litteratur.....	Trine
<b>7. Konklusion</b> .....	Signe
<b>8. Perspektivering</b> .....	Trine
<b>9. Referenceliste</b> .....	Trine

# 1. Problembaggrund

I dette afsnit præsenteres bachelorprojektets problembaggrund, formål samt målgruppe.

I de senere år er antallet af ældre i Danmark steget. I 2050 forventes der at være 1,5 mio. mennesker over 65 år, hvilket er en stigning på ca. 70 % i forhold til 2007. De 65-årige vil i 2050 udgøre 25 % af den samlede danske befolkning. (1)

Aldringsprocessernes forløb for det enkelte menneske foregår i et komplekst samspil mellem arvelige biologiske egenskaber, livsform og levevilkår. Derfor påvirker aldringsprocesserne det enkelte menneske forskelligt. (2)

Selvom eventuelle funktionsnedsættelser i alderdommen, ikke kan tidsfæstes, kan der som følge af det øgede antal ældre forventes en markant forøgelse i udgifterne til behandling på sundheds- og socialområdet i de kommende år. Studier fra USA viser, at ældres helbred i fremtiden vil være et af de største medicinske problemer og økonomiske byrder for veludviklede lande. Ledende overlæge Kirsten Damgaard Pedersen foreslår, at der udarbejdes en national plan for profylakse i ældrebefolkningen for at imødegå den belastning af sundheds- og socialvæsenet, som den voksende ældrebefolkning vil medføre. (3)

Regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet* er et tiltag i retning af ovennævnte. Programmet lægger blandt andet op til sundhedsfremmende tiltag over for de ældre for at bevare et højt niveau af helbredsmæssig livskvalitet og funktionsniveau. (4)

I Danmark er fokus på forebyggelse og sundhedsfremme stort i kraft af, at denne opgave som led i Kommunalreformen pr. 1. januar 2007 er overgået til kommunerne. I sundhedsdebatten lægges vægten ofte på kost, rygning, alkohol og motion, men en dagligdag med meningsfulde aktiviteter har også en betydning for en sund livsstil. Her har vi som ergoterapeuter meget at bidrage med. Ud fra et ergoterapeutisk perspektiv påvirker aktivitet og deltagelse i hverdagslivet den personlige sundhed, udvikling og livskvalitet. (5)

Betydningen af aktivitet for ældre har været genstand for en del undersøgelser. Det amerikanske studie *The Well Elderly Study* (WES) påviste en overbevisende sundhedsfremmende effekt af ergoterapi til raske ældre gennem programmet *Lifestyle Redesign® Programme* (LRP). Konklusionen på undersøgelsen var, at

ergoterapi har en sundhedsfremmende effekt, hvis ældre støttes i processen med at reflektere over meningsfulde aktiviteter. (6, 7)

Ergoterapeut Susanne Kragbæk har skrevet den danske manual *Fornyelse af Livsstil – Lifestyle Redesign® Programme i et dansk perspektiv*, som beskriver, undersøger, og tilpasser den amerikanske udgave i forhold til et dansk perspektiv. (5)

I Sundhedsstyrelsens *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen* fra 2007 anføres det, at det er afgørende for kvaliteten i den kommunale indsats, at arbejdet foregår på et veldokumenteret grundlag. Vejledningen lægger op til, at der forsat er behov for ny viden om, hvilke ydelser, der mest effektivt kan ændre og fastholde en sund livsstil. (8)

## 1.1. Formål

Danmark står overfor en stigning i antallet af ældre mennesker, hvis helbred bliver et af samfundets største økonomiske byrder. WES har i USA dokumenteret effekt på udsættelse af ældres funktionsnedsættelser samt deres oplevelse af livskvalitet. Den danske regering har fokus på sundhedsfremme og Sundhedsstyrelsen opfordrer til, at kvaliteten i den kommunale indsats foregår på et veldokumenteret grundlag. Derfor ønskes med bachelorprojektet, at dokumentere aktuel viden om, hvordan danske ergoterapeuter vurderer anvendeligheden af det evidensbaserede LRP til ældre danske borgere samt deres vurdering af behovet for redskabet i dansk ergoterapi.

## 1.2. Målgruppe

Vi forventer, at dette projekt kan fungere som inspiration. Vores primære målgruppe i dette projekt er danske ergoterapeuter, der skal opstarte LRP-projekter. Under ENOTHE<sup>1</sup> findes en arbejdsgruppe, som arbejder med implementeringen af LRP. Derfor er vores sekundære målgruppe ergoterapeutuddannelserne i Danmark. Projektet kan også have interesse for andre faggrupper, som arbejder sundhedsfremmende med danske ældre.

---

<sup>1</sup> European Network of Occupational Therapy in Higher Education.

## 2. Problemformulering

I dette afsnit præsenteres bachelorprojektets problemformulering samt definition og operationalisering af dets betydningsbærende ord.

Med afsæt i problembaggrunden bliver problemformuleringen for dette projekt:

Hvordan **vurderer** danske ergoterapeuter **anvendeligheden** af Lifestyle Redesign® Programme (LRP) til **danske ældre** samt **behovet** for dette redskab i dansk ergoterapi? Dette vurderes i et sundhedsfremmende perspektiv.

### 2.1. Betydningsbærende ord

De betydningsbærende ord defineres og operationaliseres i følgende skema:

Begreb	Definition	Operationel betydning
<b>Vurdere</b>	Det at mene noget om værdien eller kvaliteten af noget. (9)	At ergoterapeuter med baggrund i teoretisk viden samt klinisk erfaring bedømmer, evaluerer og afvejer LRP.
<b>Anvendelighed</b>	At noget kan bruges til at nå et bestemt mål. (10)	Referer til den overordnede værdi af LRP ud fra ergoterapeuternes perspektiv i forhold til forberedelse, overførbarhed, tilpasning, barrierer og implementering.
<b>Ældre</b>	Fænomenet aldring har mange forståelser. Det kan ikke tidsfæstes, hvornår aldring begynder, idet det både er et subjektivt og et objektivi begreb, der i høj grad er kontekstbundet. (11)	Ældre vil i opgaven anvendes som definitionen for borgere, bosiddende i Danmark som er ældre end 65 år.
<b>Behov</b>	Noget, der skal være opfyldt for at noget andet fungerer. (12)	Refererer til, hvorvidt der er mangel på et evidensbaseret sundhedsfremmende program i dansk ergoterapi.

Figur 1. Definition af betydningsbærende ord.

## 3. Teori

I dette afsnit præsenteres den anvendte litteratur, en redegørelse for eksisterende forskning samt en præsentation af de teorier og begreber, som danner projektets teoretiske referenceramme. Slutteligt præsenteres vores forforståelse.

### 3.1. Uddybende præsentation af litteratur

Gennem vores litteratursøgning er der fundet litteratur med relevans for problemformuleringen, som omhandler aldring, ergoterapis effekt på ældres livskvalitet (6-7, 13-15), langtids effekten og evt. økonomisk gevinst af WES og dermed LRP (16, 17), samt hvilke ønsker og strategier ældre har for en vellykket aldring. (18, 19)

### 3.2. Eksisterende forskning på området

At meningsfulde aktiviteter har en indvirkning på livskvaliteten har været genstand for flere forskningsbaserede studier. Studiet af Clark et al. bygger på antagelsen om, at aldring medfører en øget risiko for et ringere helbred, samt at bibeholdt aktiviteter og produktivitet hos ældre er nøglen til en vellykket aldring. (6) Studiet undersøger, om forebyggende ergoterapi har en positiv effekt på helbredstilstanden hos selvhjulpne ældre borgere med multi-etnisk baggrund. Resultaterne viser, at der er en klar sammenhæng mellem forebyggende ergoterapi og helbredstilstanden hos ældre borgere.

Metaanalysen af Carlson et al. er et litteraturstudie af kendte ergoterapeutiske ældreprogrammer og deres effektivitet. De ergoterapeutiske tilbud synes at have størst effekt på aktiviteter inden for dagliglivet, funktionelle og psykosociale områder. (13)

På baggrund af ovennævnte studier, udviklede amerikanske forskere studiet WES indeholdende det præventive ergoterapiprogram for ældre, LRP, hvis formål er at styrke fysisk og mental sundhed, aktivitetsfunktion og livskvalitet hos ældre. Studiet beskrives yderligere i afsnit 3.2.1.

Follow-up studiet af Clark et al. omkring WES, som blev gennemført 6 og 9 måneder efter studiets ophør viser, at WES har en langtidsvirkende effekt. Deltagerne havde bibeholdt de positive ændringer i 90 % af tilfældene. (16) En interviewundersøgelse foretaget af Legarth af de 75-årige bosat i København, søger at få kendskab til de 75-åriges egen opfattelse af hvilke aktiviteter, som er

betydningsfulde og hvorfor. (20) Studiet viste, at den mest betydningsfulde aktivitet var individuel for flest kvinder og mænd. En betydningsfuld aktivitet for dem var én, der gav dem udfordringer og nye erfaringer. Det viste også, at de personer, som havde mulighed for at bibeholde aktiviteter eller begynde på nye aktiviteter oplevede størst livstilfredshed. Undersøgelsen konkluderer, at det er vigtigt at bibeholde betydningsfulde aktiviteter, som løbende tilpasses den ældres ressourcer. Ligeledes konkluderede undersøgelsen, at det er vigtigt at den ældre er klar over, hvilken betydning de enkelte aktiviteter har. (20)

National og international forskning viser, at meningsfulde aktiviteter omhandler aktiviteter, som giver udfordringer og nye erfaringer. Studier viser endvidere, at ældre ved at forholde sig til, definere og analysere meningsfulde aktiviteter oplever større tilfredshed med livet. Forebyggende og sundhedsfremmende ergoterapeutiske programmer kan udskyde starttidspunktet for problemer i udførelsen af dagligdagsaktiviteter og er effektive i forhold til vellykket aldring.

### 3.2.1. The Well Elderly Study

WES er et randomiseret klinisk forsøg gennemført af forskere ved University of Southern California fra 1994-1998. Formålet var at dokumentere, at forebyggende ergoterapi i form af livsstilsprogrammet LRP har en effekt i forhold til forbedring af sundhed og psykosocial velbefindende hos hjemmeboende og friske ældre. (6, 7)

Tre grupper på i alt 361 multietniske klienter deltog i forsøget. Den ene gruppe modtog forebyggende ergoterapi i form af LRP, den anden gruppe deltog i sociale aktivitetsgrupper to gange ugentligt ledet af uuddannet personale, mens den sidste gruppe ikke fik noget behandlingstilbud. Deltagerne, som havde en gennemsnitsalder på 74 år, var alle selvhjulpne, havde en lav indkomst, bosat i byen hvori forsøget blev gennemført og klarede sig uden hjemmepleje. Deltagerne blev rekrutteret via en husstandsomdelt folder, og blev ikke yderligere visiteret. Både ved start, slut og et halvt år efter afslutningen blev de ældre testet i forhold til fysisk, mental og social funktion samt livskvalitet blandt andet gennem spørgeskemaet SF-36<sup>2</sup>.

LRP bestod af et gruppeforløb med 8-10 deltagere, som blev ledet af en ergoterapeut. De ældre mødtes i grupperne to timer ugentligt gennem ni måneder. Ændring af livsstil er en omfattende proces, som kræver tid og vedholdenhed, hvorfor varigheden af ni måneder. Forskerne bag WES har netop

---

<sup>2</sup> SF-36 er et spørgeskema med 36 spørgsmål til vurdering af en persons generelle helbredstilstand. Borgernes fysiske, psykiske, mentale og sociale funktioner samt smerte, generelt helbred, energi og livskvalitet måles. Samtidig vises faktorernes indbyrdes virkning. SF 36 er et reliabelt og valideret undersøgelsesredskab.

gennemført et nyt studie med LRP blot med seks måneders varighed. Resultaterne er endnu ikke offentliggjort.

Grupperne diskuterede en række emner, som blev dannet på baggrund af to forudgående studier.

Studiet af Clark et al. havde til formål at afdække viden om ønsker for alderdommen, aktivitetsbekymringer og adaptation blandt ældre i Los Angeles. (19) Studiet af Jackson var en undersøgelse af vellykket aldring blandt ældre med kroniske funktionsnedsættelser. (18) Formålet var at lære af disse ældre ved at undersøge hvilke adaptive strategier, de ældre havde gjort brug af. Studiet viste blandt andet, at de bevidst og aktivt havde forholdt sig til deres ændrede situation, var gode til at tilpasse sig nye situationer og til at udvælge, hvad der var betydningsfuldt at bruge kræfterne på. Endvidere sørgede deltagerne for forsat at få udfordringer, lære nyt, føle selvbestemmelse over valg af aktivitet samt at bevare og modtage støtte fra deres sociale netværk. (18)

---

**Emnerne, der blev diskuteret, var:**

---

Introduktion til aktiviteterets betydning

Aldring, sundhed og aktivitet

Aktivitet og transport

Aktivitet og økonomi

Aktivitet og relationen til fysisk og mental sundhed

Aktivitet og sociale relationer

Aktivitet og tryk hjemme og ude

Måltidet som aktivitet

Tid og aktivitet

Kulturel opmærksomhed

Ture og eksklusioner

Afslutning af gruppen

---

**Figur 2. Emner der blev diskuteret i LRP.**

Emnerne sigtede mod at give information og mulighed for at praktisere nye færdigheder. Emnerne blev introduceret med et oplæg af gruppelederen eller af en anden fagperson. Gennem en proces med erfaringsudveksling og vejledning fik deltagerne mulighed for at reflektere over omfanget af de aktiviteter, de selv dagligt deltog i samt, hvordan aktiviteterne påvirkede deres sundhed. Gruppens fælles mål var forøgelse eller bevarelse af sundhed og velvære. Det blev vægtet, at alle deltagere skulle deltage i en aktivitet ved hvert gruppemøde, eksempelvis



quizzet. Hver fjerde gang, tog gruppen på ekskursion i lokalmiljøet for at afprøve aktiviteter.

Ved siden af gruppeforløbene modtog hver deltager op til ni timers individuel intervention, hvor der var plads til mere dybe og personlige diskussioner.

LRP bygger på et aktivitetsperspektiv og har fokus på en proces, hvor ergoterapeuten fremmer deltagerens færdigheder. Ergoterapeuterne støttede deltagerne i at definere deres daglige aktiviteter og reflektere over, hvilken indflydelse disse havde eller ikke havde på den enkelte borgers oplevelse af sundhed og livskvalitet. Deltagerne lærte at blive opmærksomme på, hvordan daglige aktiviteter formede deres selvopfattelse, og de lærte at kunne ændre aktiviteter og bringe nye aktiviteter på banen og derigennem ændre deres selvopfattelse. Vigtigheden heri er, at aktivitet giver mulighed for at opleve flow. Selve konklusionen på WES var, at LRP var effektivt i forhold til at reducere sundhedsrisikoen hos ældre. Gruppen af deltagere, som havde deltaget i LRP, havde udviklet markant større velbefindende end de to andre grupper. De ældre viste signifikante forbedringer af selv vurderet helbred, funktionsevne, social interaktion, livstilfredshed, psykisk sundhed, vitalitet og fysisk formåen. (6) En opfølgning et halvt år senere viste, at 90 % af deltagerne i LRP grupperne havde bibeholdt de gavnlige resultater, hvorfor studiet også påviste en økonomisk effekt ved brugen af LRP. (16)

WES er et randomiseret studie, hvilket har et højt evidensniveau. Studiet blev offentliggjort i det højt estimerede tidsskrift JAMA (Journal of the American Medical Association) og anses som værende værdifuldt som følge af den anvendte metode, det store antal deltagere og de anvendte undersøgelsesredskaber. Forskerne bag studiet angiver det væsentlige i at erhverv LRP-inspireret program er kulturelt sensitivt. Det amerikanske samfund er på mange måder anderledes end det danske samfund. Behovene blandt danske ældre kan variere i forhold til de identificerede behov i USA. Derfor anbefales det altid at lave en forudgående behovsanalyse i forhold til den ønskede målgruppe. (21)

### 3.3. Teoretiske referencerammer

Vi har studeret Occupational Science, samt set på definitioner på sundhedsfremme og sundhed for dels at indhente en forståelse af informanternes udgangspunkt for projekterne, dels for senere at kunne benytte de teoretiske referencerammer i belysningen af vores problemformulering.

### 3.3.1. Occupational Science

Initiativet til at etablere occupational science som akademisk disciplin blev i 1980'erne taget af ergoterapilærerne ved Department of Occupational Therapy på University of Southern California (USC). Elizabeth J. Yerxa og Florence Clark er de to ergoterapeuter, som ofte forbindes med Occupational Science. Hurtigt blev det opfattet som et vigtigt indlæg i debatten om fagudvikling blandt ergoterapeuter, og mange ergoterapeuter har siden været med til at definere videnskaben. (22, 23)

Occupational Science, som på dansk omtales som aktivitetsvidenskab, har til formål at udvikle viden om formen, funktionen og meningen af den menneskelige aktivitet samt den tilknyttede sociokulturelle kontekst. Videnskaben er tværvidenskabelig ved eksempelvis at inddrage antropologi, sociologi, psykologi. (24, 25, 26)

Occupational Science er et videnskabsområde med fokus på menneskelig aktivitet. Det omhandler studier af mennesket som aktive væsener, indbefattet evnen og behovet for at engagere sig i og administrere hverdagsaktiviteter igennem et livsforløb. (18, 24, 25, 26)

De aktiviteter, som dækker menneskets behov er ifølge den australske ergoterapeut Ann Wilcock de fysiske behov som eksempelvis mad og pleje, men også aktiviteter, der udvikler færdigheder, sociale strukturer og teknologi til at opnå sikkerhed og overlegenhed overfor omgivelser. Disse træner de personlige evner til at kunne vedligeholde og udvikle organismen. (27, 28)

*"Occupations are created in particular ways and are individualized because of the interaction between the person and the setting during a specific moment in time".*  
(21)

Fokus på hverdagsaktiviteter er fordi, de giver en subjektiv oplevelse af meningsfuldhed, autonomi og selvbestemmelse.

Antagelserne i Occupational Science er, at mennesket af natur er aktivt, at hverdagsaktiviteter har rytme og tempo, at mennesket søger autonomi, at vi er forfattere og komponister af vores eget liv, at meningsfulde temaer gentages, samt at oplevelsen af kontrol giver flow. Desuden er der antagelser om, at menneskelig aktivitet påvirker sundhedstilstanden. (25, 26, 27)

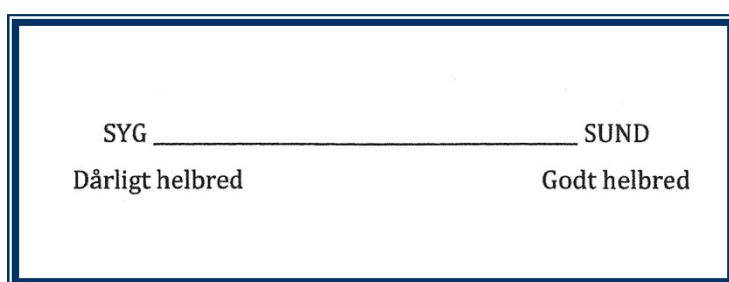
### 3.3.2. Helbredet som et kontinuum

Aaron Antonovsky (1923-1994) har udviklet den salutogenetiske idé, som er en af de fremtrædende teoretiske forankringer inden for sundhedsfremme. Idéen

opstod på baggrund af undren over, hvad der fik nogle af de folk, som havde været udsat for koncentrationslejrenes rædsler under 2. Verdenskrig, til at bevare et rimeligt helbred. (29)

Hvor man traditionelt i lægevidenskaben fokuserer på de sygdomsfremkaldende faktorer, de patogenetiske faktorer, har Antonovsky mere fokus på de faktorer, der skaber sundhed, de salutogenetiske. Perspektiverne bør supplere hinanden i praksis. (29)

Antonovsky ser helbredet som kontinuum, som går fra polen dårligt helbred til polen godt helbred, og er optaget af hvilke faktorer, der bidrager til at bevare et menneskets placering på kontinuet eller til at skabe en bevægelse mod den sunde pol. (29)



Figur 3. Helbredet som kontinuum.

### 3.3.2.1. Stressorer

Antonovsky var optaget af, hvad der opretholder eller genopretter menneskers sundhed. Svaret er, at det handler om at have en følelse af sammenhæng. Jo højere følelse af sammenhæng i sit liv, jo sundere er man, fordi det giver en robusthed til bedre at takle de udfordringer og knubs, livet giver. Antonovsky beskriver alle de oplevelser, man bliver udsat for nærmest dagligt, som stressorer. For at håndtere en stressor, skal man handle og problemløse. Efter Antonovskys mening har sundhed en sammenhæng med, hvor god man er til at mestre sit liv.

Følelsen af sammenhæng grundlægges i opvæksten og læres igennem hele livet. Læreprocessen forløber bedst, når man har tillid til, at tilværelsen er meningsfuld, begribelig og håndterbar. Jo bedre vi er til at føle tilværelsen som meningsfuld, begribelig og håndterlig på trods af modgang, traumatiske oplevelser og handicap, jo bedre præmisser gives følelsen af sammenhæng og derfor sundheden. (29, 30)

### 3.3.3. Sundhed

Den umiddelbare betydning af sundhedsfremme er fremme af sundhed. Der eksisterer talrige opfattelser af sundhedsbegrebet. For at kunne beskrive og forklare begrebet sundhedsfremme, beskrives begrebet sundhed indledningsvis. WHO's sundhedsdefinition har præget den professionelle og politiske sundhedsdebat længe og gør det stadig, hvorfor dette perspektiv inddrages. Definition indeholder to dimensioner, en fraværdimension som fokuserer på fravær af sygdom og svagelighed, samt en dimension som fokuserer på tilstedeværelsen af well-being. Sidstnævnte dimension anser ikke blot sundhed som fravær af sygdom og svagelighed, men også som en tilstand med fuldstændig fysisk, social og psykisk velbefindende. Hovedfokus har i mange år været på førstnævnte dimension, men i løbet af 1960'erne flyttede fokus sig over til sidstnævnte dimension grundet en række socialmedicinere, som fandt det lige så vigtigt at bevare sundhed som at behandle sygdom i befolkningen. (31)

### 3.3.4. Sundhedsfremme

WHO ser sundhedsfremme som en proces, der sætter mennesker i stand til at øge kontrollen over og forbedre deres sundhed. Sundhedsfremme er en omfattende social og politisk proces, som ikke kun omfatter handlinger, der rettes mod en styrkelse af individers færdigheder og evner, men også omfatter handlinger med henblik på at ændre sociale, miljømæssige betingelser for at afbøde virkningen på befolkningens og individers sundhed. Sundhedsfremme er den proces, der sætter folk i stand til at øge kontrollen over sundhedens determinanter for derved at øge deres sundhed. (31)

I 1986 udformedes et international charter, Ottawa-chartret, under WHO om sundhedsfremme, som blandt andet har fokus på rammerne og forudsætningerne for sundhed og empowerment. (31)

Grundlaget for empowerment er, at brugeren skal have ejendomsret over sine egne problemer. Vedkommende skal selv bestemme, om et problem eksisterer, selv definere hvad problemet handler om, selv afgøre, om der skal gøres noget ved problemet, og selv iværksætte, vedligeholde og afslutte problemløsningsprocessen. Væsentligt er det, at brugeren ikke er alene om at ændre sine vilkår, men at vedkommende støttes. Desuden skal det sikres, at brugeren har de materielle forhold, og at konteksten giver brugeren reel handlemulighed. (32)

Sundhedsstyrelsen formulerede i 2005 sundhedsfremme som sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundhed ved at skabe

rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetencer. (33)

Ergoterapeutforeningen (Etf) skriver om sundhedsfremme, at ergoterapi er en del af den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i Danmark og praktiseres ud fra et bredt ressourceorienteret perspektiv på aktiv udfoldelse, sundhed og velbefindende. (34)

Ved sundhedsfremme forstås indsatser, der har som formål at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden generelt ved at skabe rammer og muligheder, der kan mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetencer. (35)

Ifølge forskerne Torben Jensen og Tommy Johnsen er sundhedsfremme arbejdet med at vende fokus fra sygdom over mod sundhed. Der fokuseres på, hvad der holder folk raske, frem for hvad der gør dem syge. Fokus er på ressourcer og handlemuligheder frem for risici, og der sigtes efter at mobilisere det overskud, der gør folk robuste over for dagligdagens og livets stressorer. (30)

Forskerne mener, at sundhed handler om følelsen af livsmod, livsglæde samt følelsen af at kunne mestre (hverdags)livets mange forskellige situationer.

Sundhed er at have en følelse af sammenhæng, det vil sige en følelse af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Deres definition af begreberne tager udgangspunkt i Antonvskys salutogenetiske idé. (30)

### 3.4. Forforståelse

Forforståelsen er de fordomme, negative som positive, som man forudindtaget har om et emne. Lægen Kirsti Malterud beskriver elementerne i forforståelsen som erfaringer, teoretiske referenceramme, hypoteser samt det faglige perspektiv, vi som forskere har ved projektets start. Disse kan være nyttige i forskningsprocessen, men de kan også betyde, at forskeren går ind i projektet med skyklapper, og dermed en manglende evne til at lære af sit materiale. (36)

Som det fremgår af vores problembaggrund, er der i Danmark et voksende fokus på sundhedsfremmende arbejde og projekter samt evidensbaserede arbejdsmetoder, hvorfor vi har en forståelse af, at der er et reelt behov i dansk ergoterapi for LRP. Hermed har vi et evidensbaseret redskab at bidrage med i det sundhedsfremmende arbejde.

Med udgangspunkt i WES har vi en forventning om, at danske ergoterapeuter vurderer, at LRP kan anvendes til danske ældre med positiv effekt. Vi forventer

dog, at danske ergoterapeuter oplever barriere rettet mod anvendeligheden af temaerne i LRP grundet kulturelle og samfundsmæssige forskelle på USA og Danmark.

Som forskere har vi vores ergoterapeutiske forståelse, som udgøres af vores praktiske erfaringer, faglighed og teoretiske grundlag, og disse udgør ligeledes vores forforståelse.

## 4. Metode og design

I dette afsnit præsenteres og begrundes valg af design og tilrettelæggelse af projektet. Der gives en præsentation og begrundelse for valgte forskningstype og videnskabsteoretiske tilgang til projektet. Derudover præsenteres de metoder, der blev anvendt omkring indsamlingen og bearbejdelsen af det indhentede empiriske materiale.

### 4.1. Forskningstype

Til belysning af problemformuleringen valgte vi at benytte kvalitative forskningsmetoder. Målet med kvalitative undersøgelser er, at få en mere dybtgående indholdsmæssig viden via udforskning af sammenhænge og strukturer. (37)

Kvalitative metoder kan bidrage med viden om menneskelige egenskaber som eksempelvis erfaringer, holdninger, tanker og forventninger, hvorfor kvalitative metoder er relevant til dette projekts indsamling af empiriske data. (36)

En videnskabsteoretisk grundantagelse inden for det kvalitative paradigme er, at forskeren ikke kan udelukke sig selv fra det felt, der bliver udforsket. Forskeren påvirker processen med sine egne erfaringer, faglighed og teoretiske grundlag. Dette kan man tage højde for ved at reflektere over det og ved ikke at skjule det for læserne (36).

### 4.2. Valg af empirisk metode

De empiriske data består af fire semistrukturerede interviews med 7 ergoterapeuter. Interviewformen blev fundet relevant, da den kan anvendes, når interviewer har en vis teoretisk og praktisk viden om de studerede fænomener, men alligevel er åbne over for nye synsvinkler og informationer, som informanten kan fremkomme med. (38)

Oprindeligt ville vi gerne gennemføre et fokusgruppeinterview, da denne interviewform kan skabe en naturlig diskussion omkring et givent emne. (39) Interaktionen i gruppen kan føre til mere nuancerede og dybtgående udsagn end ved traditionelle interviews. De ergoterapeuter, som vi fik kontakt med, og som har kendskab til LRP, arbejder med stor geografisk spredning, hvilket gjorde det umuligt at afholde fokusgruppeinterview. Derfor valgte vi at benytte os af tre semistrukturerede interviews med to informanter per interview samt et

telefoninterview med en enkelt informant. På denne måde var der stadig mulighed for at informanterne kunne udveksle erfaring og diskutere. Et semistruktureret interview kan struktureres på mange forskellige måder. Det kan spænde over præcist formulerede spørgsmål til blot at tage udgangspunkt i de emner, som ønskes belyst. (39). Vi valgte at strukturere vores interviews for at sikre at de spørgsmål, vi havde brug for at få besvaret, blev stillet. Samtidig gav det plads til fleksibilitet i form af at spørge dybere ind til de svar, som viste sig at være af særlig interesse eller ved at følge interessant information fra informanten.

### 4.3. Interviewguide

Interviewguiden er udarbejdet med udgangspunkt i problemstillingen og tager hensyn til den teoretiske og dynamiske dimension. (Bilag 1) Tematisk forholder spørgsmålene sig til interviewets emne og problemformulering, mens de dynamisk forholder sig til at fremme positiv interaktion i interviewsituationen ved eksempelvis at opstille rækkefølgen af spørgsmål med henblik på at holde samtalen i gang på en flydende og naturlig måde. (39)

Spørgsmålene har en deskriptiv form, idet de indeholder hvad og hvordan spørgsmål og i mindre grad spekulative forklaringer på hvorfor noget skete. Desuden har vi været bevidste om ikke at stille ledende spørgsmål men i stedet nedfælde åbne spørgsmål, som levner mulighed for informanten at fremstille sine egne meninger, vurderinger og overvejelser. (37, 39)

Vi har valgt at lave en detaljeret interviewguide for at sikre ikke at løbe tør for spørgsmål samt for at sikre, at der ved hvert interview blev stillet spørgsmål af samme type for at øge sammenligningsgrundlaget. Under hvert tema er udformet underspørgsmål, der understøtter og uddyber temaerne.

Et kvalitativt interview er i sin natur en samtale/dialog, som parterne konstruerer sammen. Derfor var vi opmærksomme på ikke at følge interviewguiden slavisk med risiko for ikke at udforske svar fra informanterne. For at sikre så valide udsagn som muligt fra informanten inkluderede vi bestemte spørgetekniske redskaber. Det drejede sig eksempelvis om at være lyttende, ikke at være bange for pauser, og at samle op på sine spørgsmål. (37) For at afprøve interviewerens interviewteknik, valgte vi først at teste dette i et pilotinterview på en person uden kendskab til LRP. Interviewguiden blev også gennemset af intern og ekstern vejleder, som begge kom med ændrings- og tilføjelsesforslag, som blev inddraget i interviewguiden.

Som følge af informantens tilbagemeldinger og gruppens indbyrdes overvejelser foretog vi justeringer i forhold til interviewguiden. Dernæst gennemførte vi et pilotinterview på to ergoterapeuter med kendskab til LRP for at afprøve



interviewguidens anvendelighed over for informanter med kendskab til LRP. Da pilotinterviewets resultater var brugbare, valgte vi at inddrage dem i databearbejdningen. (39)

## 4.4. Valg af informanter

Gennem litteratursøgningen fandt vi et netværk på internettet med fokus på LRP. Vi sendte et informationsbrev ud til netværkets medlemmer, hvor vi eftersøgte informanter. De oprindelige inklusionskriterier for at deltage var:

- At informanterne havde en ergoterapeutisk baggrund
- At informanterne havde teoretisk erfaring med LRP.

De oprindelige eksklusionskriterier for at deltage var:

- At informanterne ikke havde praktisk erfaring med LRP

Hvis en informant ønskede at deltage i undersøgelsen aftaltes tidspunkt for interviewet, og vedkommende fik udleveret et kontaktbrev, der indeholdt oplysninger om projektet og en beskrivelse af, hvordan undersøgelsen ville forløbe. (Bilag 2)

Vi blev også kontaktet af to informanter uden praktisk erfaring, men da de netop stod for at opstarte et projekt med inspiration fra LRP og havde lavet forberedelserne, vurderede vi, at de kunne bidrage med information om deres vurdering af anvendeligheden af LRP samt behovet for programmet i dansk regi.

De endelige inklusionskriterier blev:

- At informanterne havde ergoterapeutisk baggrund.
- At informanterne havde teoretisk erfaring med LRP
- At informanterne havde praktisk kendskab til anvendelsen af LRP til danske ældre.

## 4.5. Semistruktureret interview

Vi lod det være op til de enkelte informanter at bestemme, hvor interviewet skulle foregå. Alle valgte at byde os velkommen på deres arbejdsplads. Vi havde afsat cirka 1 time til hvert interview.

Interviewet er en situation, hvor tillid og fortrolighed er grundlæggende i relationen mellem interviewer og informant.(36) Ved interviewet startede vi

indledningsvis med en briefing, hvor vi præsenterede os og vores indbyrdes roller, gengav indholdet i samtykkeerklæringen, projektets formål og, hvad der ville ske med dataene efter interviewet var afsluttet. Dels at sikre os at informanterne var bekendte med, hvad der skulle ske, men også for at skabe kontakt og tiltro. Som afslutning på interviewet lavede vi en debriefing, hvor vi fortalte informanten om vores videre arbejdsproces ift. de data, de havde givet os. (39)

Begge forskere var til stede under interviewene. Den ene forsker var hovedinterviewer, og den anden forsker var teknisk ansvarlig, notatskriver og stillede supplerende spørgsmål ved behov. Forskerne havde samme funktion gennem interviewforløbet, så spørgsmålene blev stillet så ens som muligt for at sikre bedst mulige sammenligningsgrundlag af interviewene.

## 4.6. Telefoninterview

Grundet stor geografisk afstand blev et af interviewene gennemført som et telefoninterview. Vi kunne have undladt at inddrage informanten i vores undersøgelse, men vi fandt, at vedkommende besidder en stor teoretisk og praktisk viden om emnet. Ligeledes kunne vi have valgt at rejse over og interviewe informanten personligt, men da denne ønskede interviewet gennemført så let og hurtigt som muligt, blev vi enige om telefoninterviewet. Telefoninterview er alene baseret på mundtlig kommunikation, hvor interviewer og informant indgår i dialog uden at kunne se hinanden. Telefonintervieweren kan således ikke benytte visuelle hjælpemidler til at forklare spørgsmål og ikke bruge informantens ansigtsudtryk til at aflæse, om denne har misforstået situationen. (38) Dette søgte vi at imødekomme ved ofte at tilkendegive, at informationen var modtaget og forstået samt ved løbende at gentage og kommentere informantens respons.

Vi søgte at gøre indholdet af telefoninterviewet lig indholdet i de personlige interviews for at optimere sammenligningsgrundlaget. Vi valgte derfor samme fremgangsmåde som ved de personlige interviews og anvendte samme interviewguide. Samtykkeerklæringen blev sendt via posten med gruppe-medlemmernes underskrift samt en frankeret kuvert med samtykkeerklæring, som skulle underskrives og sendes retur til gruppen.

## 4.7. Forskningsetiske aspekter

Forud for interviewdagen fik informanterne tilsendt et kontaktbrev med detaljeret information om projektets emne, design og formål, således at informanterne vidste, hvad de gik ind til ved at lade sig interviewe af os. Ved interviewets start fik informanterne udleveret en samtykkeerklæring for at sikre informanternes frivillige deltagelse og for at sikre, at de var indforstået med, at den indsamlede empiri ville blive anvendt i opgaven. Samtidig blev de informeret om deres ret til når som helst at trække sig fra undersøgelsen. (Bilag 3)

Bachelorprojektet bygger på personoplysninger, hvorfor vi som forskere har nogle etiske forpligtelser. Gruppen af danske ergoterapeuter med praktisk kendskab til LRP i Danmark er lille, og de vil derfor indbyrdes let kunne genkende hinanden. Informanterne er anonymiseret med A, B, C, D, E, F og G i resultatopgørelsen. For at sløre yderligere valgte vi at anonymisere informanterne ved at præsentere dem med tallene 1, 2, 3, 4, 5, 6 og 7, en rækkefølge som fraveg fra A-G.

Under transskriberingen blev stednavne, personnavne og andre identificerbare oplysninger anonymiseret. Materialet blev opbevaret efter Datatilsynets retningslinjer.

Indsamlingen af empiri, som er sket på baggrund af individuelle interviews er ikke en gensidig interaktion mellem to ligeværdige partnere. Intervieweren definerer samtaleemnerne og styrer interviewforløbet ved hjælp af yderligere spørgsmål, hvorfor der er tale om en magtasymmetri. (39)

Desuden var vi opmærksomme på, at ens profession kan være et følsomt emne, da den udgør en betydelig del af folks identitet, hvilket man som interviewer kan få udfordret. For at undgå at informanterne skulle føle, at de var til eksamen eller presset på anden vis, lagde vi vægt på at skabe en tryk ramme ved blandt andet at komme med en god briefing til interviewet og ved at vise interesse og anerkendelse af det sagte. (39)

## 4.8. Dokumentation af interview

Interviewene blev dokumenteret ved at optage disse på en diktafon, som vi senere ville transskribere. Ved interviewene medbragtes en videooptager, som kun optog lyden for at sikre en ekstra optagelse, hvis der skulle opstå problemer med diktafonen. Anvendelse af diktafon giver en stor datamængde, som er tidskrævende at udskrive på bånd. Optager man ikke lyden, men i stedet nedskriver noter, foregår en momentan udvælgelse, analyse og fortolkning af

interviewpersonens udsagn, som man senere i forløbet vil få svært ved at reflektere over og diskutere. De valg, forskeren gør hver gang der nedskrives en note eller ikke nedskrives en note, kræver stor erfaring. (37) Derfor valgte vi at optage al lyd på diktafon. Dette giver også mulighed for at opfatte betydninger i interviewsituationen, som måske ikke er opfattet i interviewsituationen. For at sikre en god lydoptagelse af hensyn til transskribering, var vi bevidste om at placere diktafonen på bordet mellem interviewer og informant, tættest ved informanten, da det var deres udsagn, vi skulle analysere. Kvaliteten af den bandede lyd blev på forhånd afprøvet af gruppens medlemmer.

## 4.9. Transskribering

Transskribering af interviewene fra mundtlig til skriftlig form strukturerer interviewsamtalerne i en form, der gør dem tilgængelig for nærmere analyse. Vi valgte at lade den ene forsker transskribere alle interviews for at sikre en ensartet skriveprocedure, dette for at højne sammenligningsgrundlaget. Risikoen for forskelle i transskriberingsmetoden blev derigennem søgt minimeret og sammenligningsgrundlaget af de transskriberede tekster blev øget. (39) Forud for transskriberingen blev der udarbejdet retningslinjer for denne for at sikre en ens skriveprocedure. (Bilag 4)

For at undgå tolkninger undervejs, blev optagelserne transskriberet ordret. Ved endt transskription blev de transskriberede tekster læst igennem af den anden forsker, mens interviewet blev hørt på bånd for at sikre, at retningslinjerne for transskriberingen blev overholdt for at øge kvaliteten af det transskriberede. (39) Det bandede materiale slettes efter projektets afslutning som en sikring af informanternes fortrolighed.

## 4.10. Analyse

Den anvendte analysemetode er Malteruds systematiske tekstkondensering, en modificeret udgave af Giorgi's fænomenologiske analysemodel. Det er en tværgående analyse, hvor information sammenfattes fra forskellige informanter: (36)

- 1) Dannelse af et helhedsindtryk af de indsamlede data.
- 2) Identificering af meningsbærende enheder.
- 3) Kondensering af indholdet i de meningsbærende enheder.
- 4) Sammenfatning af betydningen af det man er kommet frem til. (36)

Analyseprocessen forløb med udgangspunkt i de ovenstående 4 trin.

#### 1. trin: Helhedsindtryk

I det første trin blev de transskriberede interviews gennemlæst af flere omgange for at give os et helhedsindtryk. Vi søgte efter helheder i teksten i form af temaer. Temaerne blev: *Sundhedsfremme, LRP, Anvendelighed og Behov*. (36)

#### 2. trin: Meningsbærende enheder

I det andet trin blev empirien gennemgået, og der blev foretaget en systematisk dekontekstualisering (kodning). Kodningen indebærer, at dele af teksten tages ud af den oprindelige sammenhæng, for at kunne indgå i en ny sammenhæng med beslægtede elementer fra de øvrige interviews. I denne fase blev kodningen af de meningsbærende elementer organiseret i en matrix (bilag 5). (36)

#### 3. trin: Kondensering

I analysens tredje trin trækkes meningen systematisk ud af kodegrupperne, som blev identificeret i forrige trin. Dette ved at kodegrupperne gennemgås grundigt, hvormed et antal subgrupper fremkommer under hver kode. Subgrupperne er herefter analyseenheden, og indholdet i disse kondenseres ved at udvikle et kunstigt citat, som skal indeholde meningen, fra de meningsbærende enheder, omsat til en mere generel form. Der udvælges direkte citater, fra interviewene, under hver af subgrupperne for at illustrere abstraktionen. (36)

#### 4. trin: Sammenfatning

I det sidste trin af analysen foregår rekontekstualiseringen. Det vurderes, hvorvidt de meningsbærende enheder, som hidtil er blevet behandlet som løsrevne dele, fortsat udgør en gyldig beskrivelse af den sammenhæng, de blev hentet ud fra. De meningsbærende enheder, fra hver kodegruppe, sammenfattes til en indholdsbeskrivelse – resultatopgørelsen. (36)

## 4.11. Validitet – interne/eksterne

Validitet betyder gyldighed og angiver, om den anvendte metode undersøger det, der oprindeligt var tiltænkt. (38)

Det kvalitative interview blev anvendt, fordi vi ønskede at belyse danske ergoterapeuters vurdering af anvendeligheden af LRP til danske ældre samt behovet for programmet i dansk regi. Validiteten af det kvalitative interview er høj, fordi det formidler informanternes ufortolkede beskrivelser af fænomener.

Vi udarbejdede en interviewguide på baggrund af projektets emne og problemformulering samt teoretiske referenceramme for at sikre sammenhæng mellem problemformuleringen og vores indsamling af empiri. Dette bliver gjort for at højne validiteten, fordi vi dermed bevarer fokus i undersøgelsen. For at højne validiteten i forhold til vores resultater har vi begge udarbejdet interviewguiden for at sikre, at der er fælles retningslinjer for interviewene og for at sikre, at vi holder fokus på problemformuleringen.

Gennemførelsen af pilotinterviewet har til formål at undersøge, om interviewene afdækker det tiltænkte, og derved give os mulighed for at justere materialet undervejs og give os et bedre og mere pålideligt resultat.

Projektet er gennemlæst af forskerne, ekstern vejleder samt af udenforstående parter for at sikre den interne og eksterne validitet.

## 4.12. Reliabilitet

Reliabilitet betyder pålidelighed, som angiver hvor stabile resultaterne er. Ved genskabelse af metoden bør resultaterne være de samme. (38)

Et kvalitativt interview har en lav reliabilitet, da interaktionen mellem informant og interviewer er unik, hvilket gør, at situationen ikke er mulig at genskabe for andre forskere. Vi tog dog visse hensyn for at sikre, at reliabiliteten i projektet blev højnet. (39)

Begge forskere var til stede ved interviewene for at kunne deltage aktivt i en senere diskussion i forbindelse med den teoretiske tolkning under analysen samt for at kunne få flest mulige nuancer frem og derved højne kvaliteten af analyse. Vi valgte at semistrukturere vores interview, da det giver mulighed for at styre interviewet, men også giver en fleksibilitet til at spørge dybere ind til svarene, hvilket mindsker risikoen for misforståelser og derved højne reliabiliteten. For at mindske risikoen for fejlforklaringer, blev informanterne allerede i forbindelse med interviewet anonymiseret til henholdsvis A, B, C, D, E, F og G. Bogstaverne gik igen i transskribering og analyse, således at vi igennem hele processen altid kunne finde tilbage til udsagnets oprindelige kontekst. Dette bevirker, at risikoen for fejlforklaringer mindskes.

I diskussionsafsnittet vil vi vurdere validitet og reliabilitet i forhold til projektets resultater.

## 4.13. Litteratursøgning

For at få et relevant udvalg af litteratur, blev der indledningsvis valgt hvilken retning søgelyset skulle rettes, således at der ikke bliver indsamlet irrelevant data. Emnet blev afgrænset og forskerne opstillede i fællesskab inklusions- og eksklusionskriterier og søgeord som litteratursøgningen tager udgangspunkt i. (36) (Bilag 6).

Litteraturen udvælges med et fokus på et så højt styrkeniveau som mulig, som blev bedømt ud fra evidenshierarkiet. (40) Studierne skulle være publiceret på dansk, norsk, svensk eller engelsk og være publiceret i et videnskabeligt tidsskrift. For at komme i betragtning skulle studierne omhandle forebyggende eller sundhedsfremmende ergoterapi for ældre personer over 65 år. Der blev ikke sat eksklusionskriterier for litteraturens alder, såfremt de levede op til inklusionskriterierne, blev de taget op til overvejelse.

Engelsk	Dansk
Aged/aging Elder/Elderly Older People Adulthood Geronto/geriatric	Ældre
Occupational Therapy	Ergoterapi
Health promotion	Sundhedsfremme
Lifestyle Redesign	
Well Elderly Study	
Preventive	Forebyggende
Quality of life Well being	Livskvalitet
Meaningfull	Meningsfuld
Occupational Science	Aktivitetsvidenskab

Figur 4. Søgeord ved litteratursøgning.

Målet med søgekriterierne var, at finde den relevante litteratur til at belyse problemformuleringen, hvorfor søgeordene blev udvalgt og søgt efter med en variationsbredde. Således var der mulighed for at beskrive flere nuancer af et og samme fænomen. Forskerne søgte individuelt ud fra søgeordene, enten i enkeltform eller i krydssøgninger af søgeordene, og søgeordene blev kombineret med Booleske operatorer AND og OR. For at sikre, at alle relevante artikler blev fundet, blev søgningen efter litteratur foretaget via de elektroniske databaser

PubMed, CINAHL, OTseeker og Cochrane, søgeprotalerne bibliotek.dk, google-scholar og google.dk og ved referencesøgning. (36, 41)

Databasesøgningen har samlet resulteret i 875 hits, men grundet gengangere er det reelle antal 387. 22 af artiklerne blev udvalgt til gennemlæsning ud fra titel og abstrakts. Efter gennemlæsning er 13 artikler medtaget i projektet. Artiklernes metodiske kvalitet, vurderes på baggrund af en kritisk gennemlæsning efter McMasters analyseskemaer til kritisk vurdering af kvalitative og kvantitative studier. (42)



# 5. Resultater

I dette afsnit præsenteres den indsamlede empiri.

## 5.1. Præsentation af informanter

Præsentationen af informanterne overskueliggøres i følgende skema:

	Informant 1	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6	Informant 7
<b>Uddannet ergoterapeut</b>	24 år	7 år	6 år	8 år	8 år	17 år	13 år
<b>Ansættelsestid på nuværende arbejdsplads</b>	17 år	6 år	3 ½ år	2 år	2 år	5 ½ år	11 år
<b>Arbejdsopgaver</b>	- Klinisk underviser - LRP inspireret projekt	- Klinisk underviser - Udvikling af dagtilbuddet - Administrative opgaver - I gang med masterudd. - LRP inspireret projekt	- TR for ergoterapeuterne - Klinisk underviser - LRP inspireret projekt - holdtræning, hjemme-træning, aktivitetshold, OE hold	-Træningssektionen med udadgående opgaver - Opgaver efter sundheds- og service-lov	-Træningssektionen - Træning på rehabiliteringsafdeling - LRP inspireret projekt	- § 86 borgere - Hofteborgerne §140 - Samværsgruppe med demensproblematikker - Superbruger på omsorgssystem - LRP inspireret projekt	- Tillidsrepræsentant - Ort.pæd. kir. borger - §86 borgere - LRP inspireret projekt
<b>Samlet erfaring med Lifestyle Redesign</b>	LRP inspireret projekt under 9 mdr.	LRP inspireret projekt under 9 mdr.	LRP inspireret projekt på 9 mdr.	LRP inspireret projekt under 9 mdr.	LRP inspireret projekt under 9 mdr.	LRP inspireret projekt under 9 mdr.	LRP inspireret projekt under 9 mdr.

**Figur 5. Præsentation af informanter**

## 5.2. Resultatopgørelse

Resultaterne er inddelt i fire temaer med tilhørende subgrupper:

- **Sundhedsfremme:** *Definition, Hvordan og hvornår anvendt i hverdagen, Hvorfor anvendes sundhedsfremme, Ledelsens holdning til sundhedsfremme*
- **Lifestyle Redesign® Programme:** *Kendskab, Hvorfor gennemføre projektet, Forberedelser, Tilgang og anvendelse*
- **Anvendelighed:** *Overførbarhed, Barriere, Tilpasning til danske forhold, Implementering*
- **Behov:** *Samfundsøkonomisk, Ergoterapeut fagligt*

Gennem resultatgennemgangen betegnes de interviewede ergoterapeuter fra de fire interviews konsekvent som informanter. Efter hvert citat angives der i parentes hvilken informant citatet stammer fra.

### 5.2.1. Sundhedsfremme

Afsnittet om sundhedsfremme vil indeholde resultaterne omhandlende de fire subgrupper: *Definition, Hvordan og hvornår anvendt i hverdagen, Hvorfor anvendes sundhedsfremme, Ledelsens holdning til sundhedsfremme.*

#### 5.2.1.1. Definition

Informanterne er indledningsvis tøvende i definitionen af sundhedsfremme, og flere giver udtryk for ikke at have forstået spørgsmålet. Nogle informanter retter opmærksomhed mod, at tidspunktet for ens uddannelse til ergoterapeut danner rammen for, hvordan man definerer sundhedsfremme. Dette begrundes med, at inden for de sidste 30 år er der sket en ændring i de begreber, man arbejder med. Fokus i ergoterapi har ændret sig fra genoptræning til rehabilitering og nu sundhedsfremme. Samtidig med ændringen i fokus, er aktiviteter blevet stadig vigtigere i ergoterapi og et vigtigere emne i uddannelsen. Sundhedsfremme for ergoterapeuter, der er uddannet inden for de senere år, er tæt forbundet med fremme af aktiviteter og aktivitetsmuligheder, mens sundhedsfremme ikke var en del af terminologien i ergoterapeutuddannelsen førhen. Det nævnes ikke af

informanterne, om eller hvordan sundhedsfremme betragtes som værende interessant for ergoterapeuter med en ældre uddannelse.

Informanterne fremhæver også begreberne livskvalitet, mestringsevne, handlekompetence samt meningsfulde aktiviteter i deres forsøg på at definere sundhedsfremme:

*"Altså man godt kan føle sig sund og gøre noget for at leve sundt på mange niveauer, og det er så der hvor vi tænker lidt anderledes end for eksempel hos vores fysioterapeutiske kollegaer ofte fordi, at sundhed for os er lidt mere bred, det handler også om livsglæde og det handler også om mestring" (B)*

Hos informanterne er der fokus på inddragelse af daglige aktiviteter, når der snakkes om sundhedsfremme, og at ressourcerne hos den enkelte borger skal fremmes.

### 5.2.1.2. Hvordan og hvornår anvendt i hverdagen

Alle informanterne forholder sig til sundhedsfremme, og det er et fokus de alle har med sig i det daglige arbejde:

*"Det tror jeg da altid jeg har med i min kontakt med folk (...) jeg synes vi sundhedsfremmer på livet løs" (B)*

Informanterne arbejder sundhedsfremmende i forhold til alle borgergrupper, og den sundhedsfremmende tankegang er konsekvent en del af den viden og bagage, de inddrager i arbejdet med deres borgere. For informanterne er det en del af deres uddannelse som ergoterapeut at arbejde sundhedsfremmende med deres borgere:

*"Det ligger jo som alle de andre ting vi ved som ergoterapeuter i baghovedet, så det er jo et fokus vi har med os hele tiden" (D)*

### 5.2.1.3. Hvorfor anvendes sundhedsfremme?

Begrundelserne for at arbejde sundhedsfremmende er informanternes egen interesse for emnet, det aktuelle samfundsfokus, oplevelsen af at begrebet er med til at give borgerne store handleevner, og at det ligger i deres bagage som ergoterapeuter:

*"Det vi jo håber, at borgerne får ud af det, som jo kommer først, det er jo dels, at de bliver mere bevidste om hvad det gode liv er for dem, et liv med livskvalitet, men også, at de bliver bevidste om hvordan de kan bibeholde det liv" (D)*

Informanterne talte om, at ergoterapeuters vinkel på sundhedsfremme adskiller sig fra den vinkel, der de senere år er blevet aktuel for sundhedsfremme i Danmark. Informanternes indtryk er, at den samfundsmæssige vinkel på sundhedsfremme er lig med KRAM-faktorerne<sup>3</sup>, og dermed er den vinkel på sundhedsfremme, som ergoterapeuter arbejder med oversat i Danmark. I forlængelse heraf nævner en informant, at have oplevet, at ergoterapi er blevet klemmt i forbindelse med kommunalreformen, grundet genoptræningscentrenes fokus på genoptræning og rehabilitering. Som reaktion herpå forsøges fokus på sundhedsfremme at blive øget på den pågældende arbejdsplads af informanten. Informanternes eget ansvar i forbindelsen med oplevelsen af at ergoterapi er blevet klemmt under kommunalreformen forholder ingen sig til.

#### 5.2.1.4. Ledelsens holdning til sundhedsfremme

Informanterne oplevede forståelse og opbakning fra nærmeste ledelse i forhold til den ergoterapeutiske tilgang til sundhedsfremme, og i forhold til de på arbejdspladsen aktuelle projekter:

*"Min nærmeste leder hun synes at det er rigtig vigtigt, hun har bakket vores projekt op hele vejen så godt som hun kan (...) hun ville ønske at vi kunne arbejde mere i den retning" (E)*

Alle informanter var enige om, at der var ydre rammer og vilkår, som besværliggjorde ledelsens støtte i praksis, og som havde betydning for, om det var muligt at opstarte og fortsætte projekter:

*"Det er faktisk vores store problem, for alle kan sådan set godt se ideen, men at de skal alle sammen spare, og det der med det er jo en investering i fremtiden, og den er der ligesom ikke så meget plads til i øjeblikket fordi vi skal spare så og så mange millioner for ikke at blive straffet af regeringen (...) så det er der, at den sundhedsfremmende indsats kommer lidt i klemme" (E)*

Udover de økonomiske rammer, som ledelse er underlagt, oplever flere informanter også, at disse rammer er præget fra politiske side:

---

<sup>3</sup> K = kost, R = rygning, A = alkohol, M = motion.

*"Vi er inde i den der proces med, at vi tager det der er blevet lagt ud fra hospitalsvæsnet og ud i kommunen, og det er jo rigtig meget behandling, og det trækker jo i den anden retning" (E)*

De økonomiske rammer har flere steder betydet, at projekter med LRP forkortes fra ni måneder til seks, samt at antallet af medarbejdere tilknyttet projekterne nedskæres.

## 5.2.2. Lifestyle Redesign® Programme

I afsnittet om LRP præsenteres de fire subgrupper: *Hvorfor gennemføre projektet, Forberedelser, Tilgang og anvendelse.*

### 5.2.2.1. Hvorfor gennemføre projektet?

En personlig interesse for emnet samt muligheden som følge af kommunalreformen for at gennemføre nye projekter, anså informanterne som en stor drivkraft. En informant erfarede, at ændringen i kommunernes ydelser åbnede op for at afprøve de nye rammer:

*"Den udviklingsproces der skulle ind i dagstilbuddet der blandt andet handler om at X kommune skal lave noget mere sundhedsfremme og forebyggende arbejde, end man har gjort tidligere" (C)*

En informant opfattede LRP som en motiverende faktor i fremme af faget ergoterapi, da aktivitetsprogrammet er et konkret bevis på en ergoterapeutisk ydelse:

*"At sætte ergoterapi på landkortet, det har været meget vores motivation, og synliggøre, at der er brug for os, også inde for det her område" (D)*

### 5.2.2.2. Forberedelser

Det har været en omfattende proces for informanterne at sætte sig ind i materialet, og trods den faglige baggrund anså de det som værende væsentligt, at de og alle andre ergoterapeuter havde en ydmyg tilgang til LRP. Vel er det et ergoterapeutisk program, men faktum er, at det er relativt nyt for informanterne,

og ikke bare til at benytte. Det kræver grundig forberedelse for at opnå tilstrækkelig forståelse til at kunne anvende programmet.

*”Vi havde det hele klar, men så kom hun (vejleder på projektet) og stillede os nogle spørgsmål og så måtte vi lige begynde forfra igen, det var ikke lige den måde vi havde forstået det på” (A)*

Alle informanter har som forberedelse læst det amerikanske materiale samt den danske manual af Susanne Kragbæk, som alle omtaler særdeles positivt på grund af dens grundige præsentation af WES og LRP. Derudover nævnes, at materiale, som beskriver LRP inspirerede forløb i Norge og England, også har været inddraget i forberedelserne. Også læsning af diverse litteratur om LRP, sundhedsfremme og ergoterapi, den motiverende samtale samt gruppedynamik har været inkluderet i forberedelserne.

Endeligt har forberedelser også inkluderet projektgrupper, temadage arrangeret af Etf, kurser og studieture.

Af dette nævnes temadage om LRP som havende stor betydning for inspirationen til egne projekter. Disse har også givet brugbar information om relevant litteratur og fungeret som platform for vidensdeling og diskussioner. Temadagene har skabt netværk ergoterapeuter imellem, som for informanterne er af stor betydning, da netværket har hjulpet med alt fra opstart, gennemførelse og afslutning af projekter. Netværkene, heriblandt et som findes som en internetgruppe, har også bidraget med diskussion og sparring. Det var gennem netværket på Internettet, vi fandt vores informanter.

### 5.2.2.3. Tilgang og anvendelse

Eftersom LRP er et for informanterne nyt redskab, har de lænet sig meget op af den amerikanske manual. Hos nogle informanter var der en forforståelse inden deres projekt om, at det ikke ville være alle temaerne, som ville være relevante for den danske målgruppe. Dette til trods valgte de at arbejde ud fra den amerikanske manual:

*” På den måde har det været meget struktureret og velforberedt (...) vi er jo også nye i vores folde så særligt det første kørte meget slavisk” (F)*

*”Jeg tror fra starten af, var vi ligesom åbne for at vi skulle det hele igennem” (B)*

Som uddybning til kommentaren om at informanterne læner sig op ad den amerikanske udgave, fortæller en informant, at de på hendes arbejdsplads alligevel ønskede, at det tætte bånd til den amerikanske udgave skulle levne plads til de ændringer, der kan ske i en gruppe:

*"Nu har vi allerede taget en anden tilgang end lige tro mod den, så det kan vi jo faktisk ikke sige men, deres, det er vores inspiration" (C)*

*"På første hold, der kørte vi det virkelig meget slavisk, sådan med modifikationer" (G)*

To af projekterne har haft varighed på 9 måneder, mens de andre projekter har afvejet fra den amerikanske udgave og haft en kortere varighed. Der er overensstemmelse hos informanter i forbindelse med begrundelsen for at gennemføre projekter af kortere varighed, hvilket forklares med forskellene på dansk og amerikansk kultur samt eksisterende traditioner af varigheden for forløb i den danske sundhedssektor:

*"Det er jo det der kan lade sig gøre i en hverdag, så det passer med de andre hold vi har, vi har forårs og efterårshold, altså vi kan ikke have et hold som kører over sommeren altså, for at det skal gå op i en højere enhed med ferie" (B)*

Tilgangen i arbejdet med borgerne beskrives, og her ses en forskel fra projekt til projekt. Der er forskel på valg af teoretiske tilgange og brug af modeller:

*"I nogle af de andre projekter de har lavet i Danmark der har de brugt WHO's trivselsindeks, og der fandt vi så en der her WHO QUOL Brief ( ) og den har lidt mere fokus på livskvalitet" (G)*

*"Vi har ikke tænkt os at bruge COPM som undersøgelsesredskab fordi vi, vi synes den har meget fokus på problematikker ( ) så har vi planer om at bruge OSA" (D)*

Informanternes projekter har overvejende haft en målgruppe, som defineres som ældre mennesker fra 65 år. Kun i et projekt blev alderskriteriet nedsat:

*"Det har sådan set været de ældre, og senere har vi så ændret alderskriteriet, så det er for 40 år og opefter nu" (A)*

## 5.2.3. Anvendelighed

I de følgende afsnit præsenteres de fire subgrupper: *Anvendelighed*, *Barrierer* samt *Implementering*.

### 5.2.3.1. Anvendelighed

Informanterne, der har gennemført projekter med LRP, beskriver alle overførbareheden til deres respektive danske målgrupper:

*"Grundlæggende vil jeg sige at alle de temaer som de havde op i USA, der var ikke nogen af dem der ikke var relevante for vores brugere, vi brugte dem alle sammen, vi var på en eller anden måde igennem dem alle sammen, men på mere eller mindre grundig vis ikke" (E)*

En informant giver et eksempel på, hvorledes hun og hendes kollega har forholdt sig til temaerne i den amerikanske udgave og gjort den relevante for deres danske målgruppe:

*"Sikkerhed er heller ikke det samme, de tør jo dårligt vove sig uden for en dør nogen gange i Amerika, og det gør de dog trods alt her, og der har vi så snakket sammen om hvad man så kan gøre når man går en mørk aften ude et eller andet sted" (A)*

Det er for alle informanternes vedkommende gældende, at de har fundet inspiration i det amerikanske materiale. De har dog følt sig nødsaget til at tilpasse til danske forhold, før det kunne gennemføres i dansk praksis. Et faktum som alle informanter har været bevidste om:

*"Men mange af de projekter der kører i Danmark de er jo tilpasset den form og inspirerede, så de er jo ikke dokumenteret ( ) Det amerikanske materiale kan jo stadig være en referenceramme" (G)*

I forlængelse af spørgsmålet omkring overførbarehed, genoptages snakken om længden på projekterne i forhold til den validerede amerikanske udgave:

*"Hvis der er et krav til os om at vi skal arbejde evidensbaseret, så kan det ikke nytte noget, at vi laver så meget om på det, at det ikke er Lifestyle Redesign ( ) og der er jo selvfølgelig nogen der vil være uenige med os, det er sådan noget pjat man kan sagtens bare gå løs på 5 måneder, 3 måneder eller sådan et eller andet hvad ved jeg,*



*og det kan man jo diskutere ( ) og hvis det ikke kan lade sig gøre så må man sige jamen så, så skal man kalde det Lifestyle Redesign inspireret" (E)*

Et fællestræk hos informanterne med praktisk kendskab er gode erfaringer med deres LRP inspirerede projekter. Flere påpeger dog vigtigheden i, at LRP skal tilpasses de traditioner og rammer, som dansk ergoterapi og sundhedsvæsen er underlagt, hvis det for alvor skal have sin berettigelse:

*"Umiddelbart virker det mere som sådan ergoterapi i ren form, altså ergoterapi der passer til det aktivitetssyn som vi har, men som vi måske arbejder med på en lidt anden måde i forhold til genoptræning" (C)*

### 5.2.3.2. Barrierer

Informanterne beskriver de barrierer, som har haft betydning for udformningen af de forskellige danske projekter. Her fokuseres på varighed og det faktum, at LRP er noget nyt i dansk regi. Informanterne fortæller, at gennemførelse af et projekt på ni måneder er vanskeligt i dansk praksis. Dette skyldes betragtningen om, at det er lang tid for et forløb. I Danmark har vi ikke tradition for sådanne lange forløb. En informant har oplevet deltagere, som meldte fra med begrundelsen, at forløbet var for langt.

Men det er ikke kun i forhold til de ni måneder, at informanterne har mødt barriere vedrørende varighed. Flere informanter udtrykker forståelse for, at ændring i varigheden vil medføre nye barrierer:

*"Men når det kun er de der 3 til 4 måneder i forhold til 9 måneder vil det være anderledes, vi når aldrig alle tingene vel" (A)*

En anden barriere er den samfundsmæssige forståelse af sundhedsfremme. Denne forståelse identificeres med det biomekaniske paradigme og KRAM-faktorerne:

*"Vi har mødt nogle barrierer; kan man sige i forhold til rekrutteringsprocessen ( ) når det kommer til borgeren, de er ikke vant til og møde det tilbud" (C)*

En informant beskriver også, hvordan hun føler sig begrænset i forhold til kerneydelserne, der skal leveres. Hende og hendes kollegaer har opgaver efter sundhedsloven og serviceloven, som skal opfyldes. Dette begrænser udbuddet af sundhedsfremmende tilbud som eksempelvis LRP projekter.

### 5.2.3.3. Implementering

Alle informanter ser med udgangspunkt i deres egne erfaring en dansk fremtid for tankegangen bag LRP. Dette kræver, at kendskabet til LRP udbredes, og at der opstartes og implementeres flere projekter. Vigtigheden i fokus og vilje til at støtte op om sundhedsfremmende tiltag fra politisk side nævnes også som værende afgørende for, om LRP vil kunne slå sig igennem i Danmark:

*"Der har vi da snakket om at det kunne da være optimalt hvis, hvis alle i Danmark fik tilbudt Lifestyle Redesign når de nærmede sig pensionsalderen" (D)*

Informanterne har fået en masse inspiration efter arbejdet med projekterne, og de har alle sammen en masse ideer til andre målgrupper. hvor de kan se en gavnlig effekt ved brugen af en LRP inspireret tilgang:

*"Det kunne helt sikkert have været en god måde og altså få ergoterapeuter ind i sundhedscentre eller sundhedshuse som jo er det nye store navn" (D)*

### 5.2.4. Behov

I forbindelse med afklaringen om behov, beskriver informanterne to slags. Vi har derfor inddelt behovene i to subgrupper: *Samfundsøkonomiske-* og *Ergoterapeut faglige behov.*

#### 5.2.4.1. Samfundsøkonomiske behov

De samfundsøkonomiske behov har informanterne forskellige holdninger til. Størstedelen af informanterne har en tro på, at man i samfundet kan opnå store besparelser ved at have sundhedsfremmende tilbud sammen med de eksisterende behandlingstilbud:

*"Samfundsøkonomisk så tror jeg på at der også er en gevinst ved og sundhedsfremme frem for og behandle" (C)*

*"Det er jo meget meget billigt faktisk, det er jo ikke noget der kræver apparatur eller investeringer i højteknologi eller noget som helst, man skal jo bare have nogle skaldede ergoterapeuter, og på den måde er det jo faktisk, det er en billig metode"*

(E)

Dog udtrykkes der også forbehold for behovet for LRP i et samfundsøkonomisk lys. En informant anser LRP som værende et dyrt koncept og anser derfor ikke programmet som værende samfundsøkonomisk givtigt. Endeligt udtrykker en informant bekymring for, at de samfundsøkonomiske resultater ikke afspejles lige nu og her. Derfor er det nødvendigt med undersøgelser, som viser de langsigtede resultater af LRP i Danmark for at opnå politisk støtte. Det angives ikke, hvem der skal finansiere og udføre undersøgelserne.

#### 5.2.4.2. Ergoterapeut faglige behov

Informanterne som har gennemført projekter med LRP har erfaret, at programmet har haft stor betydning for deres fagidentitet. LRP opfattes som værende et redskab, der på forståelig vis kan definere faget for omverdenen:

*”Det er så ren ergoterapi det her, altså det bliver ikke mere ergoterapeutiske, det gør det virkelig ikke, så jeg har i hvert fald en oplevelse af, at da vi startede vores projekt, at nu kunne jeg pludselig huske hvorfor jeg var blevet ergoterapeut” (B)*

En informant forklarer, at programmet har bekræftet hende i måden, som ergoterapeuter tænker på, og at faget virkelig har noget at byde ind med. En anden fortæller, at hun gennem projektet har fået talrige argumenter for, hvorfor det er så vigtigt, at man forholder sig til borgerne på andet niveau end kropsniveauet.

En af informanterne lægger vægt på betydningen af, at det er en videnskabelig metode med evidens.

Informanterne fortæller, at den sundhedsfremmende tankegang i LRP ikke løser alt, eftersom faget er forpligtet til at løse mange andre opgaver.

Informanternes svar fokuserer på, hvad LRP giver ergoterapi og fagets udøvere. Ingen svar omfatter hvad LRP fagligt kan give ergoterapi, og hvilke klientbehov LRP er løsning på.

## 6. Diskussion

I følgende afsnit diskuteres de væsentligste resultater af projektet, valg af metode samt valg af teori. Resultaterne diskuteres ud fra egne refleksioner og forforståelse samt den valgte teoretiske referenceramme.

### 6.1. Diskussion af resultater

Med problemformuleringen ønskedes en undersøgelse, af hvordan danske ergoterapeuter vurderer anvendeligheden af og behovet for LRP i dansk ergoterapi, samt diskutere dette i et sundhedsfremmende perspektiv.

Diskussionen indeholder derfor følgende tre fokusområder:

- Sundhedsfremme
- LRP i Danmark
- Behov

Fokusområderne er identificeret med udgangspunkt i problembaggrunden.

#### 6.1.1. Sundhedsfremme

Indledningsvis er der hos nogle informanter tøven i definitionen af sundhedsfremme. Der eksisterer altså en problematik med klart at beskrive, hvad sundhedsfremme er. Flere af informanterne forklarer, at tidspunktet for, hvornår man er uddannet ergoterapeut er bestemmende for definitionen af sundhedsfremme, idet der først er kommet fokus på sundhedsfremme i ergoterapeutuddannelsen i løbet af de senere år. Interessant er det, hvad der så danner baggrund for den enkelte informants definition af sundhedsfremme – teori, artikler, medier, arbejdsplads, kolleger?

Besværligheden med at definere sundhedsfremme samt definitionsforskellen kan opfattes som, at der blandt uddannede ergoterapeuter ikke findes en ensrettet og fælles opfattelse af, hvad sundhedsfremme er. I formidlingen af fagets kerneydelser kan definitionsforskellen for omverdenen opfattes som et signal om, at faggruppen har svært ved at definere egne ydelser og kompetencer.

Forskerne i dette projekt har selv flere gange oplevet tvivl fra omverdenen, tværfaglige samarbejdspartnere såvel som fra borgere om, hvad ergoterapeuter kan som faggruppe. Vi er enige i udsagnene om, at problematikken kan forklares med den i ergoterapifaget indbyrdes forskel på definitionen af fagets kerneydelser, eksempelvis definitionen af sundhedsfremme. Ved manglende, usikker eller vag definition blandt udøverne af et fags kerneydelser vil der være

risiko for, at pågældende ydelser bliver fravalgt. Informanterne har som faggruppe følt sig klemte i forbindelse med kommunalreformen og tildelingen af nye opgaver. Dette kan måske ses som en konsekvens af usikker definition blandt udøverne af fagets kerneydelser samt manglende tiltro til egen kunnen og formåen.

Flere informanter nævner, at deres definition af sundhedsfremme afviger fra den samfundsmæssige definition. Informanterne påpegede især fremme af ressourcerne hos den enkelte borger og meningsfulde aktiviteter som et vigtigt aspekt i sundhedsfremme, idet meningsfulde aktiviteter påvirker sundhedsfølelsen. Denne definition af sundhedsfremme er i tråd med definitionerne i afsnit 3.3.2. Disse er offentliggjort af betydningsfulde instanser i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen og WHO, hvorfor forskerne i dette projekt er af den opfattelse, at de kan omtales som værende de samfundsmæssige definitioner af sundhedsfremme. Et gennemgående træk i førromtalte afsnit er, at sundhedsfremme defineres som ”styrkelse af individers færdigheder og evner, som også omfatter handlinger med henblik på at ændre sociale, miljømæssige betingelser for at afbøde virkningen af befolkningens og individers sundhed” (30) og ”...sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundhed ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andres borgeres ressourcer og handlekompetencer”. (32)

Ligeledes er de i tråd med Antonovskys salutogenetiske idé om fokus på sundhed frem for sygdom. Antonovskys opfatter sundhed som værende tegn på, hvor god man er til at mestre sit liv. (29) Det nævnes i afsnit 5.2.1.1 af en informant, at sundhed handler om at mestre.

Forskerne i dette projekt er af den opfattelse, at alle just nævnte definitioner er enslydende med, hvorledes sundhedsfremme defineres af informanterne.

Interessant er det derfor, at informanterne føler, at deres opfattelse adskiller sig fra den samfundsmæssige opfattelse. En forklaring kan være forvirring omkring sundhedsbegreberne.

Vi oplever, at begreberne sundhed, sundhedsfremme og forebyggelse blandes sammen af informanterne. Eksempelvis opfatter nogle informanter, at den samfundsmæssige definition af sundhedsfremme er lige med KRAM-faktorerne og det biomekaniske paradigme. Forebyggelse er ”Den foranstaltning eller proces, hvorved et bestemt uønsket fænomen forhindres, hæmmes eller reduceres”, som eksempel nævnes forbedring af KRAM-faktorerne. (30) Arbejdet med KRAM-faktorerne er altså ikke sundhedsfremmende arbejde, men forebyggende arbejde, hvilket også kan forklare informanternes tøven med definitionen af sundhedsfremme. Idet KRAM-faktorerne tilhører det forebyggende arbejde, og

sundhedsfremme er fremme af den enkelte borgers ressourcer og udvikling af handlekompetencer gennem meningsfuld aktivitet, kan der reflekteres over, hvorvidt det vil være oplagt for ergoterapeuter at byde ind. Som ergoterapeut besidder vi en stor viden om meningsfulde aktiviteter og deres betydning for sundhed. Forskerne er af den holdning, at dette kan tænkes at gavne andre faggruppers forebyggende arbejde vedrørende KRAM-faktorerne.

Det overordnede mål med LRP er at fastholde borgerne i det, der virkelig betyder noget. Det der influerer på deres helbred og på deres opfattelse af værdighed. De er bevidste om, at det ikke så meget er hvad, de gør, der er det afgørende, men om at det meningsfuldt og betyder noget for den enkelte. (6) Legarths interviewundersøgelse støtter op herom med konklusionen, at det er vigtigt at bibeholde betydningsfulde aktiviteter for den ældre borger ligesom det er vigtigt, at vedkommende kender betydningen af de enkelte aktiviteter. (20) Den i projektet anvendte teori, definitionen af sundhedsfremmebegreberne samt informanternes udsagn om anvendeligheden af og behovet for LRP i dansk ergoterapi støtter op om, at LRP har sin berettigelse i et dansk sundhedsfremmende perspektiv.

### 6.1.2. LRP i Danmark

I relation til brugen af LRP i Danmark, kan vi konstatere på baggrund af resultaterne, at det er et relevant tilbud, som kan bruges i forhold til danske ældre, men at det er nødvendigt med tilpasninger af programmet. Informanterne har fundet stor inspiration i det amerikanske materiale, men har oplevet barrierer og punkter, hvor tilpasning var nødvendig. Dette betyder at der er blevet udført LRP inspirerede projekter, frem for rene LRP projekter. Det er især projektets varighed på ni måneder, som informanterne angiver, er en barriere i forhold til at overføre LRP til Danmark. Informanterne begrundet blandt andet dette med økonomiske rammer, som ikke efterlader plads til ni måneders forløb samt manglende opbakning fra deltagere til at tilmelde sig programmet.

At de økonomiske rammer for at gennemføre sundhedsfremmende forløb på ni måneder ikke er eksisterende i Danmark kan skyldes, at LRP-projekterne hidtil har fundet sted i fora, som ikke er de oplagte for et sundhedsfremmende program. Alle forløb har fundet sted på genoptræningscentre, hvor borgerne typisk har funktionsnedsættelser. I træningscentrene er der en kultur om at genoptræne, og derfor vil en sundhedsfremmende tankegang kunne få svært ved at blive implementeret, og det bliver svært at finde midler og målgrupper, da det ikke er i det regi det er tradition for at have sundhedsfremmende tilbud.

Et andet måske mere oplagt sted for LRP i dansk regi kunne være sundhedscentre, idet at sundhedscentre står for den borgerrettede sundhedsfremmende og forebyggende indsats". (43)

Det kan diskuteres, hvorvidt den manglende opbakning fra deltagere til at tilmelde sig programmet, kan bunde i en usikker forklaring på sundhedsfremme. Usikkerheden kan have medført tvivl om, hvad tilbuddet overhovedet gik ud på.

Det kan diskuteres, hvorvidt barriererne med selve implementeringen af LRP i Danmark kan skyldes de forskelle, der findes mellem Danmark og USA. En faktor er kulturforskellene, som har betydning for, hvilke temaer der er relevante at benytte sig af. En anden faktor er den kultur, der findes i det enkelte land med hensyn til behandling, hvor der her ses en fundamental forskel mellem Danmark og USA, både med hensyn til finansiering og organisering. I Danmark har vi et offentligt sundhedssystem, hvor vi er sikret gratis behandlingstilbud ved sygdomme og skader. I USA er der et sundhedssystem bestående af forskellige forsikringsselskaber og sygeforsikringsordninger, hvilket betyder, at folk, der er i arbejde, er forsikret gennem deres arbejde, mens udsatte grupper og ældre dækkes gennem offentlige programmer. Men omkring hver sjette indbygger i USA er ikke dækket af nogen form for sygeforsikring, og de skal derfor selv betale for deres behandling. Dette har mange ikke råd til og kommer således ikke i nærheden af de moderne og avancerede behandlingstilbud. (44) Forskelligheden i sundhedssystemernes opbygning ser vi som værende en væsentlig faktor for, at informanterne har oplevet problemer og begrænsninger med at indføre LRP, som det er udviklet i USA. Derudover skal der tages forbehold for de ændringer, der sker, når et koncept skal implementeres i praksis. Da LRP blev udført i USA, foregik det som et forskningsprojekt, mens det i dansk regi bruges som et praksisredskab.

LRP er også blevet tilpasset vedrørende målgruppe. Modsat det amerikanske program har man i flere danske projekter visiteret til forløbene og opsat inklusions- og eksklusionkriterier for deltagerne.

Det er væsentligt at forholde sig til den problematik, der opstår, når hovedparten af de danske projekter afviger fra varigheden på de ni måneder. Dette kunne få indflydelse på grundigheden af projekter, og projekterne er ikke længere evidensbaserede. Der er i faget ergoterapi et voksende fokus og ønske om evidensbaserede arbejdsmetoder. Og her skal det bemærkes, at vi nu står med et ergoterapeutisk program, som er randomiseret og evidensbaseret. Når det skal

benyttes i Danmark, fravælger man imidlertid at udføre projekterne i overensstemmelse med retningslinjerne og laver inspirerede projekter.

Af resultaterne fremgår det, at danske projekter, har kørt som LRP inspirerede projekter. Dermed kan de ikke betegnes som værende evidensbaserede. I nærværende bachelorprojekts problembaggrund redegøres for efterspørgslen efter evidensbaseret, hvilket også påpeges af flere informanter. Spørgsmålet er derfor, hvor meget kan der gås på kompromis i forhold til LRP, og hvad betyder det for evidensen?

Artiklen af Sudsawad omhandler det, at evidensbaserede redskaber er svære at inddrage i det daglige ergoterapeutiske arbejde. Artiklen konkluderer, at det er nødvendigt at ergoterapeutiske forskere laver studier, som ikke kun opfylder videnskabens høje krav, men også har en anvendelighed i ergoterapeuternes daglige arbejde. (45) Det kan således diskuteres, om baggrunden for de danske inspirerede projekter kan forklares med, at LRP kan fungerer i et studiemiljø, men ikke i praksis, hvilket taler for, at det er i orden at gå på kompromis med et evidensbaseret redskab.

Fokus på evidensbaserede redskaber er stort, hvilket kan sørge for dokumentation af fagets ydelser og effekt. Dette kan afhjælpe nogle ergoterapeuters oplevelse af, at ergoterapi klemmes af andre fag samt afhjælpe ergoterapeuternes usikkerhed omkring fagets ydelser og effekt. For at sikre en mere evidensbaseret tilgang er det derfor væsentligt at sikre sig, at nye tiltag bliver grundigt implementeret i den evidensbaserede form, og ikke udvandes.

### 6.1.3. Behov

Informanterne er overvejende enige om, at sundhedsfremmende tiltag har en samfundsøkonomisk effekt. Det kan dog være en svær vare at sælge, eftersom den økonomiske gevinst først vil være synlig i fremtiden. Usikkerhedsmomentet betyder, at man ved disse tiltag skal være meget tydelig i sin beskrivelse af projekterne. Samtidig er der brug for undersøgelser og forskning, som viser en klar evidens og gerne den samfundsøkonomiske gevinst.

Der er mange forhold, der taler for, at der findes et behov for LRP i Danmark. LRP er i USA blevet valideret og er evidensbaseret, og opfølgende undersøgelser har vist, at der er en samfundsøkonomisk besparelse ved brugen af redskabet. I forlængelse af dette nævner nogle informanter, at det er en billig metode, det kræver ingen dyre apparater eller investeringer i højteknologi, men kun nogle ergoterapeuter og deres tid.



Man skal også forholde sig til, om der er et behov for et sådan program i Danmark. Meget har ændret sig de sidste årtier og i takt med, at behandlingen er blevet bedre, er folk blevet ældre og mere raske længere op i alderdommen. Dette ændrer dog ikke på det faktum, at vi som samfund står over for en kommende stor ældregeneration, som i kraft af deres alder er disponeret for at få sygdomme og funktionsnedsættelser, som kan blive behandlingskrævende og dermed en øget udgift for samfundet. Vi ser her en fordel i at få implementeret sundhedsfremmende tilbud, således at der ikke kun arbejdes med behandling, men at der også arbejdes forebyggende og sundhedsfremmende for at give den ældre del af befolkningen en selvstændig alderdom med ressourcer frem for begrænsninger. LRP arbejder ud fra tankegangen i occupational science med fokus på menneskelig aktivitet. I takt med alderdommen ses der i takt med funktionsnedsættelser og sygdom et fald i de ældres engagement og administration af hverdagsaktiviteter. Mennesket er et aktivt væsen som har sociale, psykiske og fysiske behov som hos nogle ældre på grund af alderdommen ikke kan opfyldes. Den menneskelige aktivitet påvirker sundhedstilstanden, og her kan der opstå en ond cirkel for de ældre. LRP bygger på at fremme den menneskelige aktivitet og er et redskab, som har vist sig at have effekt med dette. Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at sundhedsfremmende tilbud som LRP ikke er løsningen på alt. Ergoterapi er et fag, der arbejder med mennesker ud fra deres nuværende situation, og dermed vil der altid være et behov for de eksisterende behandlingstilbud.

Informanterne ser således et stort behov for sundhedsfremmende tiltag i Danmark, og behovet for LRP vurderes som stort. Fremtiden vil så vise, om det i dansk regi bliver muligt at få stillet de fornødne rammer til rådighed, så et rent LRP kan startes i Danmark, eller om der i Danmark ikke er de rammer, der skal til for at sikre implementeringen af LRP i den rene og evidensbaserede udgave.

## 6.2. Diskussion af metode

I følgende afsnit diskuteres valget af metode i forhold til væsentlige forhold ved projektets styrke, svagheder, reliabilitet, interne og eksterne validitet set i relation til projektets resultater.

### 6.2.1. Forskningstype

De kvalitative metoder, der er valgt til dette projekt, gav plads til informanternes egen forståelse og vurdering af anvendeligheden af LRP til danske ældre samt

behovet for det i dansk ergoterapi. Som forskere på projektet er vi blevet beriget med viden og forståelse, som rækker ud over vores oprindelige forforståelse. Derfor anser vi den i projektet anvendte forskningstype som brugbar.

### 6.2.2. Empirisk metode

Vi kunne have valgt at lave et fokusgruppeinterview, hvor en udveksling af tanker og erfaringer, informanterne imellem, kunne have foregået. En af styrkerne ved et fokusgruppeinterview er, at deltagerne udfordrer hinandens svar, korrigerer, inspirerer og bliver klogere på hinanden. Det var imidlertid for ressourcekrævende at gennemføre et fokusgruppeinterview grundet store geografiske afstande informanterne imellem. Ved at samle informanterne to og to ved hvert interview på nær ved telefoninterviewet, opnåede vi dele af denne dynamik, som ikke opnås ved et individuelt interview. Dette anser vi som værende en styrke ved den indsamlede empiri, men er bevidste om, at viden kan være gået tabt ved ikke at anvende et fokusgruppeinterview.

### 6.2.3. Interviewguide

Interviewguiden var struktureret og detaljeret, hvilket for informanterne kan have virket som en forhindring i at uddybe væsentlige aspekter, som interviewguiden ikke indeholdte spørgsmål om. Intervieweren indledte med at fortælle, at guiden ikke skulle følges slavisk og var undervejs opmærksom på ikke at følge guiden slavisk. Vi oplevede flere gange, at informanterne fortalte om ting, som vi ikke havde spurgt ind til, hvorfor vi ikke opfatter den strukturerede interviewguide som en svaghed i forhold til mængden og dybden af svar. Ved at foretage afprøvninger og pilotinterview af interviewguiden fik vi mulighed for at ændre det, som ikke fungerede som tiltænkt, både i forhold til spørgsmål og forskerens spørgeteknik. Ved at minimere antallet af ubrugelige og uforståelige spørgsmål styrkede vi interviewguiden.

### 6.2.4. Valg af informanter

I relation til udvælgelsen viste det sig, at to ergoterapeuter udelukkende havde teoretisk erfaring, da deres LRP-projekt endnu ikke var opstartet. Dette udgjorde umiddelbart en udvalgsbias og kunne betragtes som en svaghed. (36) Interviewet blev trods dette gennemført, da det vurderedes, at deres teoretiske viden og praktiske erfaring med at forberede deres projekt, kunne give os værdifulde svar.

Efter interviewet vurderede vi, at empirien var brugbar, netop da informanterne havde gjort sig erfaringer og tanker om de emner, der skulle undersøges. Erfaringerne og tankerne lignede svarene fra informanterne med praktisk kendskab til LRP, hvilket bekræftede formodningen om, at svarene var værdifulde.

Undersøgelsens formål blev præsenteret inden interviewet, hvilket kan have præget informanternes udsagn, hvis de forsøgte at leve op til forskernes forventninger.

Flere af informanterne kendte hinanden i forvejen, hvilket var vanskeligt at undgå, da LRP kun er afprøvet få steder i Danmark. Informanterne har udvekslet erfaringer og spurgt hinanden til råds på tværs af de forskellige projekter. Desuden har der været afholdt temadage, hvor mange af de samme ergoterapeuter, har deltaget. At informanterne kendte hinanden har den styrke, at de kan supplere hinanden og uddybe hinandens svar og dermed videregive mere og mere uddybende viden til os. Svagheden er, at de sidder med viden, som for dem er indforstået, og måske ikke kommer frem i interviewsituationen. Informanterne afgør selv, hvilke synspunkter og erfaringer de ønsker at fortælle om, og det kan have påvirket validiteten negativt. Det vides ikke, om nogen tilbageholdte relevante oplysninger, som ville have gavnet undersøgelsen.

## 6.2.5. Interviewsituation

Ved alle interviews følte vi, at vi fik skabt en god kontakt til informanterne. Begge forskere var til stede i interviewsituationen, som skabte en tryk stemning, hvilket blev afspejlet i lange, fyldestgørende svar, som styrker validiteten. Vi sendte en fællesmail rundt i det tidligere omtalte netværk, og netværkets medlemmer henvendte sig selv, hvis de var interesserede. Derved havde alle informanter selv et ønske om at deltage og bidrage med information og overvejelser. Derudover indledte interviewerens med at give en briefing, dels for at give informanterne en klar opfattelse af interviewerens, dels for at skabe en god kontakt. Det forhold at interviewerens var afslappet, lyttede opmærksomt og viste respekt, forståelse og interesse, skabte gode rammer for, at informanterne kunne tale frit og fortælle om personlige holdninger overfor en fremmed. (36) Interviewene blev afrundet med en debriefing, som sikrede en god afrunding af interviewet og gav informanterne mulighed for at knytte kommentarer til interviewsituationen.

Alle informanter deltog frivilligt i projektet, forskerne lod informanterne vælge afholdelsessted for interviewet for at imødekomme dem mest muligt, og de fysiske interviews blev afholdt på informanternes arbejdsplads.

Der var få afbrydelser i form af telefonopkald, som kan have virket distraherende og kan have mindsket muligheden for dybdegående svar.

Det fungerede godt, at fordele rollerne som interviewer og ansvarlig for teknikken, da samarbejdet gjorde, at spørgsmål blev yderligere uddybet, samt at interviewer ikke blev afbrudt af tekniske problemer. Interviewerrollen blev varetaget af den samme person i alle interviews, hvilket kan have undgået nuanceforskelle i interviewene og hermed højnet validiteten. Det styrkede validiteten, at samtlige interview blev gennemført af samme forsker, da det mindskede risikoen for nuanceforskelle i interviewstilen og indholdet.

Forud for interviewene modtog informanterne interviewguiden. Dette gav informanterne mulighed for at forbedre sig, hvilket kan have haft betydning for informanternes svar. Svarene har sikkert ikke alle bestået af informanternes umiddelbare tanker. Vi ser det dog som en styrke for projektet, at informanterne har haft mulighed for at forberede sig og dermed sandsynligvis højne antallet af fyldestgørende svar.

Telefoninterviewet gjorde det ikke muligt at benytte visuelle hjælpemidler til forklaring af spørgsmål og aflæsning af informantens ansigtsudtryk. (38) Selvom interviewer søgte at imødekomme dette ved ofte at tilkendegive, at informationen var modtaget og forstået samt ved løbende at gentage og kommentere informantens respons, oplevedes kontakten ikke så god som ved de øvrige interviews. Desuden oplevedes flere gange længere pauser med tavshed, hvori der for interviewer opstod tvivl om, hvorvidt kontakten var blevet afbrudt. Dette blev afklaret ved spørgsmål herom, som viste sig at afbryde informantens tankepause. Dette kan være en svaghed i forhold til informantens velbefindende i interviewsituationen og som følge heraf have påvirket svarene.

## 6.2.6. Transskribering

Transskriberingerne blev udført af den ene forsker, som var til stede under interviewet, da det giver en større forståelse af informanternes udtalelser og styrker validiteten.

I transskriberingen kunne tale der ikke bidrage til besvarelse af problemstillingen være udeladt for at undgå dødt materiale. Problemformuleringen var dog ikke fuldt defineret fra start, hvorfor alt blev inkluderet i transskriberingen, da forskerne ikke på dette tidspunkt vidste, hvad der ville blive dødt materiale. Transskriberingen blev foretaget umiddelbart efter interviewene var gennemført. Transskribenten havde interviewsituationen frisk i erindringen, hvilket styrkede

den interne validitet. For at øge reliabiliteten hørte og læste den forsker, som ikke havde transskriberet interviewene, transskriberingerne og sikrede hermed, at det nedskrevne svarede til det af informanterne sagte. (36)

Det transskriberede materiale kunne være blevet sendt til informanterne, så de kunne korrigere deres udtalelser, da der i transskriberingsfasen uundgåeligt sker en fortolkning. Dette blev fravalgt grundet projektets tidsrammer og af etiske overvejelser, trods risiko for nedsættelse af validiteten. De etiske overvejelser lå i, at interviewene blev transskriberet i talesprog, hvormed tale kan fremstå som forvirrende og usammenhængende. Dette kan for informanten være ubehageligt at læse.

Under transskriberingen erfarede det, at der under et enkelt interview var kredset meget om, hvordan informanter havde anvendt LRP på deres arbejdsplads. Dette kan have blokeret for perspektiver på andre områder, som vi dermed mistede tid til. Vi mener dog ikke, at det har medført tab af værdifuld viden om det udforskede område. Tværtimod er vi af den opfattelse, at den grundige og målrettede udforskning har øget validiteten af empirien.

### 6.2.7. Analyse

Malteruds systematiske tekstkondensering, blev anvendt som analysemodel, da vi fandt den er mest velegnet til en deskriptiv, tværgående analyse. I analyseprocessen opnåede vi enighed om kategoriseringen af de meningsbærende enheder, gennem diskussion, og vi rekontekstualiserede løbende materialet, for at sikre validiteten af udtalelserne. (36)

Den valgte analysemetode gav os en overskuelig og struktureret fremgangsmåde for, hvordan vi kunne gennemarbejde den store datamængde (syv informanter). Den datastyrede analyse har resulteret i større viden om og indblik i ergoterapeuternes vurderinger, hvilket vi anser som værende en styrke.

## 6.3. Diskussion af teori og litteratur

Tilgangen til projektet blev taget med udgangspunkt i de studier, der var foretaget i USA, og vi søgte derfor den primære kilde og fandt forskningsartikler, der beskrev WES og LRP. Vi anser den anvendte videnskabelige litteratur som troværdig, da de er lokaliseret i anerkendte forskningsdatabaser, som indeholder sundhedsvidenskabelige undersøgelser af høj kvalitet. Der eksisterer en mængde artikler, som beskriver disse projekter, og vi søgte at benytte de artikler, der

havde det højeste evidens- og styrkeniveau. Vi fandt, at denne tilgang gav os de mest valide artikler, som er med til at styrke vores teoretiske tilgang til opgaven. I vores litteratursøgning erfarede vi at der var gengangere i litteraturen, samt at studierne havde referencer til hinanden. Vi erfarede, at der var lavet en dansk manual, som beskrev LRP i et dansk perspektiv, og vi valgte at inddrage denne, på trods af at den afveg fra styrkeniveauet ved ikke at være en primær kilde.

Vores primære teoretiske referenceramme var Occupational Science. LRP tog udgangspunkt i Occupational Science, og vi fandt, at denne teoretiske tilgang kunne give os en udvidet forståelse af de teoretiske tanker bag LRP, samt hjælpe os med at forstå de baggrunde og overvejelser, vores informanter havde benyttet sig af.

Vi har derudover søgt definitioner på sundhedsfremme, da vi ønskede at vurdere vores resultater i et sundhedsfremmende perspektiv. Vi erfarede, at sundhedsfremmebegrebet kan være en svær størrelse at komme med en præcis definition på, eftersom der er mange tilgange og beskrivelser.

I og med der er benyttet danske oversættelser, er der risiko for fejkilder i forhold til oversatte begreber, og dette kan forringe reliabiliteten og validiteten. Vi har forsøgt at minimere denne fejkilde ved ikke kun at støtte os til de danske oversættelser, men også ved at benytte primærkilderne.

Som metodisk referenceramme har vi anvendt teori fra Kirsti Malterud, Ib Andersen, Jacob Birkler og Steinar Kvale. Bøgerne er en del af pensum på ergoterapeutuddannelsens syvende semester, hvorfor vi anser dem som værende brugbar litteratur på bachelorniveau.

# 7. Konklusion

Udgangspunktet for dette bachelorprojekt var at finde svar på følgende problemformulering:

Hvordan **vurderer** danske ergoterapeuter **anvendeligheden** af LRP til **danske ældre** samt **behovet** for dette redskab i dansk ergoterapi?" Dette vurderes i et sundhedsfremmende perspektiv.

Det kan konkluderes, at der er enighed i vurderingen af, at LRP kan anvendes til danske ældre dog med enkelte barrierer.

Størstedelen af de danske projekter kører i en tilpasset form og er dermed inspireret af LRP. Det vurderes af flere ergoterapeuter, at et projekt af ni måneders varighed er vanskeligt at gennemføre i dansk praksis. Dels grundet manglende tradition for at gennemføre så lange forløb i dansk ergoterapi, dels grundet af den kendsgerning, at flere adspurgte af ergoterapeuterne danske ældre finder varigheden for lang.

Temaerne, som forskerne havde en forforståelse af, ville være en barriere i forhold til anvendeligheden af LRP til danske ældre, vurderes ikke af de adspurgte informanter som værende en barriere.

Vedrørende behovet for LRP i dansk ergoterapi, kan det konkluderes, at der er et behov, da programmet anses som værende et ergoterapeutisk redskab, som er med til at definere faget på en forståelig måde for omverdenen, et redskab, som har en sundhedsfremmende effekt. Det vurderes også, at programmet vil give store samfundsmæssige besparelser. Desuden anses det som værende væsentligt, at der anvendes evidensbaserede programmer i dansk ergoterapi.

Den samfundsmæssige definition af sundhedsfremme opfattes af flere informanter som værende enslydende med KRAM-faktorerne. Afvigende herfra definerer informanterne sundhedsfremmende som værende meningsfulde aktiviteter og styrkelsen af borgernes ressourcer.

Arbejdet med KRAM-faktorerne er dog forebyggende arbejde. Idet KRAM-faktorerne tilhører det forebyggende arbejde, og sundhedsfremme er fremme af den enkelte borgers ressourcer og udvikling af handlekompetencer gennem meningsfuld aktivitet, kan der reflekteres over, hvorvidt det vil være oplagt for ergoterapeuter at byde ind. Som ergoterapeut besidder vi en stor viden om meningsfulde aktiviteter og deres betydning for sundhed. Forskerne er af den

holdning, at dette kan tænkes at gavne andre faggruppers forebyggende arbejde vedrørende KRAM-faktorerne.

Det konkluderes, at den i projektet anvendte teori, definitionen af sundhedsfremmebegreberne samt informanternes udsagn om anvendeligheden af og behovet for LRP i dansk ergoterapi støtter op om, at LRP har sin berettigelse i et dansk sundhedsfremmende perspektiv.



## 8. Perspektivering

I dette afsnit præsenteres forslag til yderligere studier og nye perspektiver i relation til vores profession.

Vores projekt omhandler ergoterapeuters praktiske erfaringer i forhold til brugen af LRP til danske ældre. Vi forestiller os, at ergoterapeuter, undervisere på ergoterapeutuddannelserne samt andre faggrupper, der arbejder med sundhedsfremme, kan blive inspireret i at læse hvorledes, deres ergoterapeutkolleger har oplevet anvendelsen af LRP i praksis: Herunder hvilke barrierer der kan opstå undervejs, samt hvorledes LRP kan implementeres i dansk regi. Vi håber dermed, at der er flere ergoterapeuter, som bliver interesseret i at anvende LRP i praksis, og at projektet kan bidrage med fokus på ergoterapeuternes bidrag og rolle i det sundhedsfremmende arbejde. Endvidere kan projektet også bidrage til diskussionen om betydningen af evidensbaseret forskning i dansk ergoterapi. Der er fokus på vigtigheden i at arbejde evidensbaseret for at kunne dokumentere effekten af et givent program. Den indsamlede empiri viser, at LRP trods denne opfattelse alligevel tilpasses.

Vi ser LRP som et brugbart ergoterapeutisk redskab til at imødekomme et stigende ønske om sundhedsfremmende tiltag, kvalitetssikring og evidensbaseret forskning, men redskabet står over for nogle barrierer som betyder, at programmet skal udvikles på visse områder, for at tilgangen kommer til at passe til dansk regi.

Med baggrund i den viden vi har indhentet gennem vores projekt, mener vi, det kunne være interessant at lave et decideret forskningsbaseret studie i Danmark, hvor man gennemfører LRP med en kontrolgruppe for at undersøge effekten af det i en dansk kontekst.

Ergoterapeuterne, som har gennemført LRP inspirerede projekter i Danmark, har erfaring med, at meningsfulde aktiviteter giver positive resultater i forhold til borgernes livskvalitet. Det kunne være interessant at undersøge programmet på andre befolkningsgrupper eksempelvis arbejdsløse, KOL-patienter, etniske minoriteter og folk med kronisk sygdom.

Det kunne ligeledes være relevant at lave en undersøgelse, der fokuserer på borgernes egne erfaringer med LRP.

Vi ser en stor vigtighed i, at ergoterapeuter i praksis er med til at synliggøre deres fag og deres fagidentitet. Ved at anvende validerede redskaber som eksempelvis LRP, er ergoterapeuterne med til at kvalitetssikre det ergoterapeutiske arbejde og fremtiden for dansk ergoterapi.

## 9. Referenceliste

1. Ældresagen. Ældre i tal 2007. Ældre Sagens Årsrapport. 2007. s. 4
2. Andresen M, Jacobsen A, Sørensen LV. At muliggøre aktivitet og deltagelse hos ældre – kommunal rehabilitering. I: Borg Tove, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen A, red. Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Munksgaard Danmark. København. 2007. 2. udgave, 1.oplag., s. 548
3. Pedersen KD. Flere ældre, men færre med funktionstab. Ugeskrift for læger, 2003, 165/27. S. 2755-2756.
4. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. September 2002
5. Kragbæk S. Fornyelse af Livsstil – Lifestyle Redesign® Programme i et dansk perspektiv. 2008. s. 3.
6. Clark F, Azen S, Zemke R et al. Occupational Therapy for Independant-Living Older Adults. A Randomized Controlled Trial. Journal of The American Medical Association, oct 22/29. 1997 – Vol 278. No 16
7. Jackson J, Carlson M, Mandel D, et al. Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. AJOT. May 1998; 52(5):326-36
8. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning i Sundhedsloven §119. København. 2007
9. Politikens Nudansk Ordbog, 2001, Politikens Forlag A7S, 18.udgave, 1. oplag. S. 1240
10. Politikens Nudansk Ordbog, 2001, Politikens Forlag A7S, 18.udgave, 1. oplag. S. 64
11. Jacobsen A, Kristensen A, Legarth KH, Schrøder I. Aktivitet og deltagelse i forskellige livsaldre. I: Borg Tove, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen A, red. Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Munksgaard Danmark. København. 2007. 2. udgave, 1.oplag. s. 113
12. Politikens Nudansk Ordbog, 2001, Politikens Forlag A7S, 18.udgave, 1. oplag. S. 105
13. Carlson M, Fanchiang S, Zemke R, Clark F. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Occupational Therapy for Older Persons. AJOT. Febr. 1996, Vol. 50, Nr 2.
14. Steultens E, Dekker J, Bouter L, Jellema S, Bakker E, van den Ende C. Occupational therapy for community dwelling elderly people - a systematic review. Age and Ageing, British Geriatrics Society 2004; 33: 453-460
15. Eklund K, Ivanoff S. Health education for people with macular degeneration: Learning experiences and the effect on daily occupations. Revue Canadienne D'ergothérapie. December 2006, nr. 5, vol. 73 s. 272-280

- 16.** Clark F, Azen S, Carlson M, Mandel D et al. Embedding Health-Promoting Changes Into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults: Long-Term Follow-Up of Occupational Therapy Intervention. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2001, 56:P60-P63
- 17.** Hay J, LaBree L, Luo R, Clark F, Carlson M, Mandel D, Zemke R, Jackson J, Azen S. Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *JAGS*. 50:1381-1388, 2002
- 18.** Jackson J. Living a meaningful existence in old age. 1996. I: Zemke R, Clark F. *Occupational Science: The evolving discipline*. Philadelphia. F.A. Davis. s.339-361
- 19.** Clark F, Carlson M, Zemke R, et al. Life Domains and Adaptive Strategies of a Group of Low-Income, Well Older Adults. *AJOT*. Febr. 1996, Vol. 50, Nr 2. s. 99-108
- 20.** Legarth K. Den mest betydningsfulde aktivitet - fra 75 til 80 år. *Gerontologi og samfund*. 2003. Årg. 19, nr. 2 s.38-40.
- 21.** Mandel D, Deborah R. *Lifestyle Redesign: implementing the well elderly program*. 1999. Maryland The American Occupational Therapy Association. 1<sup>st</sup> edition. S. 14.
- 22.** Borg T, Runge U. Et sundhedsvæsen under forandring. I: Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen A, red. *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. Munksgaard Danmark. København. 2007. 2. udgave, 1.oplag., s. 56
- 23.** Bendixen HJ. *Occupational Science – begyndelsen*. Bendixen HJ, Borg T, Pedersen EF, Altenborg U. *Aktivitetsvidenskab I et nordisk perspektiv*. FADL's Forlag, København. 2005. 1.udgave, 1.oplag. s. 15-30
- 24.** Clark F, Wood W, Larson E.A. *Occupational Science: Occupational Therapy's Legacy for the 21<sup>st</sup> Century*. I: Neistadt M. E, Crepeau E. B. Willard & Spackman's *Occupational Therapy*. Lippincott-Raven Publishers. 1998, 9. udgave. S. 13- 20
- 25.** Bukhave E. B, Kristensen A. *Aktivitetsvidenskab. I: Wæhrens E, Winkel A, Gyiring J, red. Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. Munksgaard Danmark, København, 2006, 1. udgave, 1. oplag. S. 302-312
- 26.** Clark FA, et al. Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *Am J Occup Ther* 1991, Vol. 45, Number 4. s. 300-310
- 27.** Bendixen HJ, Borg T, Fortmeier S, Madsen A. Initiativer til udvikling af ergoterapifaget og den ergoterapeutiske praksis. I: Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen A, red. *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. Munksgaard Danmark. København. 2007. 2. udgave, 1.oplag., s. 627-631.
- 28.** Clark F. Refleksioner over mennesket som et virksomt væsen: Biologiske behov, tempo og temporalitet. I: Bendixen HJ, Borg T, Pedersen EF, Altenborg U.

- Aktivitetsvidenskab I et nordisk perspektiv. FADL's Forlag, København. 2005. 1.udgave, 1.oplag. S. 49-61.
- 29.** Lev A, red. Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask. Hans Reitzel, 2008. 1. udgave, 8. oplag. S. 11-13, 30-31
- 30.** Jensen TK, Johsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis: en lære-, debat-, og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser. Philosophia. 2001. 2. udgave, 2. oplag. s. 6, 86-87
- 31.** Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB. Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og teori, arbejdsmetoder. Munksgaard Danmark. 2009, 5. udgave, 1. oplag. S. 23, 33, 37-38, 226.
- 32.** Fortmeier S, Mathiasson G, Schrøder I. Etik, værdier og grundlæggende antagelser i ergoterapi. I: Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen A, red. Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Munksgaard Danmark. København. 2007. 2. udgave, 1.oplag., s. 182.
- 33.** Sundhedsstyrelsen "Terminologi – forebyggelsen, sundhedsfremme og folkesundhed" 2005, s. 49
- 34.** Ergoterapeutforeningen. Sundhedsfremme.  
<http://www.etf.dk/sundhedsfremme>. 03.12.09 kl. 14.37
- 35.** Borg T, Brandt Å, Madsen AJ, Runge U, Tjørnov J. Introduktion til ergoterapi. I: Borg T, Runge U, Tjørnov J, Brandt Å, Madsen A, red. Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Munksgaard Danmark. København. 2007. 2. udgave, 1.oplag., s. 20.
- 36.** Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Universitetsforlaget. Oslo. 2003, 2.udgave. S. 22, 31-33, 44, 46-47, 59, 80, 93-113, 180, 202-203
- 37.** Lunde IM, Ramhøj P, Bjerrum M, red. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab: kvalitative metoder. Akademisk Forlag. 2003. 1. udgave, 3. oplag. s. 142; 160-162.
- 38.** Andersen I. Den skinbarlige sandhed. Samfundslitteratur. 2008. 4. udgave. S. 81, 168, 172-173
- 39.** Kvale S, Brinkmann S. Interview – introduktion til et håndværk. Hans Reitzels Forlag. 2008. 2. udgave, 1. oplag. kap. 2, 7, 10, 270-274
- 40.** Madsen S, Andersen I. At skelne skidt fra kanel – kritisk udvælgelse og læsning af evidens. I: Andersen I, Matzen P, Jensen M et al. Evidensbaseret medicin. 2005 – s. 55
- 41.** Rienecker L, Jørgensen PS. Den gode opgave – håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. Forlaget Samfundslitteratur. 2005. 3. udgave. S. 205-220.

42. Law, M. et al. Analyseskema til kritisk vurdering af kvantitative og kvalitative studier. McMaster University. 1998
43. Ergoterapeutforeningen. Sundhedscentre.  
<http://www.etf.dk/sundhedscentre>. 17.12.09 kl. 22.54
44. DeNavas-Walt C, Proctor B, Smith J. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States. Washington. 2008 S. 19  
<http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf> fundet den 25/11/09 kl. 17.23
45. Sudsawad P. Creating Outcome Research Relevant for Evidence-Based Practice. I: Kielhofner G. Research in occupational therapy : methods of inquiry for enhancing. F.A. Davies. 2006. 697-706

# Bilagsfortegnelse

Bilag 1 – Interviewguide

Bilag 2 – Kontaktbrev

Bilag 3 – Samtykkeerklæring

Bilag 4 – Retningslinjer for transskriberingen

Bilag 5 - Matrice

Bilag 6 – Litteratursøgning

# Bilag 1 - Interviewguide

Interviewguide – ca. 1 times tid.

- **Velkommen**
- **Information om projekt**
- **Samtykkeerklæring**
- **Problemformulering:**

*"Hvordan vurderer danske ergoterapeuter overførelsesværdien af Lifestyle Redesign (LR) til danske ældre samt behovet for dette redskab i den danske ergoterapi?"*

- **Spørgsmål vedr. ergoterapeutisk baggrund:**
  - Hvor længe har du været uddannet ergoterapeut?
  - Hvor længe har du været på din nuværende arbejdsplads?
- **Spørgsmål vedr. arbejdsopgaver:**
  - Hvilke arbejdsopgaver har du?
  - Hvad er de hyppigste arbejdsopgaver?
  - Hvilke opgaver ville du ønske, at du kunne afsætte mere tid til?
- **Spørgsmål vedr. sundhedsfremme:**
  - Hvornår sundhedsfremmer du?
  - Hvor længe har du arbejdet sundhedsfremmende? – og hvordan kom du ind på dette felt?
  - Hvad tiltaler dig ved det sundhedsfremmende område?
  - Har du nogen spidskompetencer inden for området?
  - Hvad har særligt bidraget til dine kompetencer inden for området (fx arbejde, kurser)?
  - Hvilket potentiale ser du i det sundhedsfremmende område?
  - Hvad tænker din chef/ledelse om sundhedsfremme – og hvordan påvirker det dit arbejde?
- **Spørgsmål vedr. LR til danske ældre:**
  - Hvordan fik du kendskab til LR?
  - Hvem introducerede LR til jeres arbejdsplads?
  - Hvorfor besluttede du/I at gennemføre et LR-projekt?
  - Beskriv jeres projekt – udseende, målgruppe, længde osv.
  - Resultaterne/konklusionen?
  - Hvad har LR betydet for den enkelte borgers forløb?
  - Kan den enkelte borger forstå, at vedkommende deltager i et LR-forløb?
  - Hvordan har det påvirket den enkelte borgers tilstand?
  - Indgår LR som en fast bestanddel hos Jer?
- **Spørgsmål vedr. overførelsesværdi:**
  - Hvordan var det at finde information om LR?
  - Hvad bestod jeres forberedelser i?
  - Var LR nem at benytte sig af? Hvorfor/hvorfor ikke?
  - Var alle emner relevante? Hvordan fandt du ud af det?
  - Var der kulturelle forskelligheder fra det amerikanske program ift. den danske kontekst?
  - Hvordan foregik tilpasningen?

- **Spørgsmål vedrørende barrierer i forbindelse med LR**
  - Hvornår oplever du, at dit arbejde med LR ikke lykkes?
  - Oplever du barriere i relation til kulturen? (vaner, normer)
  - Oplever du barrierer i relation til dine kollegaer?
  - Er der barriere i relation til borgerne/klienterne?
  - Forstår borgerne hvad LR skal gøre godt for?
  - Er borgerne motiverede for at deltage?
  - Hvilke barrierer støder du på i relation til din egen rolle/funktion? (mangler, tids-mangel, for specialiseret)
  
- **Spørgsmål vedr. behov:**
  - Hvordan vurderer du behovet for LR i Danmark? (Begrund)
  - Hvad vurderer du, at samfundet kan få ud af LR?
  - Hvad vurderer du, at vores fag kan få ud af LR i Danmark?
  - Hvad har du selv fået ud af LR?
  - Hvad er godt ved LR?
  - Hvad er mindre godt?
  - Oplever du, at LR giver nogle resultater, som ingen andre behandlingsformer giver?
  - Opfatter du LR som et værktøj eller som en ny måde at bruge ressourcerne på?
  - Hvad tror du fremtiden bliver for LR i Danmark?
  - Er der behov for tiltag? (Fx i form af fælles retningslinier)
  - Vil du forsætte med at arbejde med LR?
  
- **Evaluering:**
  - Hvordan har du oplevet interviewet her?
  - Har du selv fået noget ud af det?
  - Har du supplerende spørgsmål/kommentarer?
  
- **Bekræftelse af samtykke**
- **Debriefing af interviewet**
- **Afrunding og tak**



# Bilag 2 – Kontaktbrev

Roskilde oktober 2009

Kære Ergoterapeut

Vi er to ergoterapeutstuderende fra Ergoterapeutuddannelsen, Næstved, UCSJ som er i gang med at udarbejde vores bachelorprojekt, som tager afsæt i Lifestyle Redesign. Gennem vores afsluttende projekt ønsker vi at undersøge, hvordan Lifestyle Redesign anvendes af danske ergoterapeuter, hvordan ergoterapeuterne vurderer overførbareheden ift. danske ældre samt behovet for Lifestyle Redesign i dansk regi.

Vi søger derfor ergoterapeuter, som har teoretisk samt praktisk erfaring med brugen af Lifestyle Redesign programmet, og som har tid og lyst til at blive interviewet om de erfaringer, de har gjort sig.

Interviewet vil foregå individuelt eller i små grupper (2-3 deltagere) og have en varighed på ca. en time, og det vil finde sted i løbet af uge 41 og uge 43 efter aftale. Til stede ved interviewet vil være de undertegnede, hvor den ene studerende vil være interviewer, mens den anden studerende vil være observant.

Interviewet vil blive optaget på bånd og al indsamlet data vil blive behandlet og præsenteret efter Datatilsynets forskrifter, således at ingen kan identificeres, og opbevaring af oplysninger sker under lov om behandling af personoplysninger.

Vi har tavshedspligt, og de oplysninger, vi modtager fra Dem, er fortrolige og vil blive anonymiseret, således at hverken De eller andre vil kunne genkende dem. Lydoptagelserne vil kun blive hørt af nedenstående personer samt vores to vejledere, og vil ved projektets afslutning i januar 2010 blive destrueret.

Det er frivilligt at deltage i projektet, og De har ret til når som helst og uden grund trække Dem fra deltagelse i projektet. Efter projektets godkendelse vil projektet kunne findes på det sundhedsfaglige bibliotek på Ergoterapeutuddannelsen, Næstved, UCSJ, samt på vores hjemmeside <http://www.bricksite.com/lrd>. Derudover vil det danske abstract blive lagt ud på skolens hjemmeside <http://www.ucsj.dk/>.

Hvis der er yderligere spørgsmål om projektet kan vi træffes på nedenstående kontakter, samt via <http://www.bricksite.com/lrd>, hvor yderligere informationer omkring vores projekt kan indhentes.

Med venlig hilsen

Ergoterapeutstuderende Signe Frederiksen Svane og Trine Thyrestrup

Henvendelse under hele forløbet kan ske på:  
Mail: [signefrsy@hotmail.com](mailto:signefrsy@hotmail.com) eller [trinethyr@hotmail.com](mailto:trinethyr@hotmail.com)  
Tlf. 27142119 (Signe) eller 40843779 (Trine)

Ansvarlig underviser, som er vejleder på projektet:

Elise Bromann Bukhave  
Mail: [ebb@ucsj.dk](mailto:ebb@ucsj.dk)  
University College Sjælland, Ergoterapeutuddannelsen Næstved, Parkvej 190, 4700 Næstved  
[www.ucsj.dk](http://www.ucsj.dk)

# Bilag 3 – Samtykkeerklæring

Denne samtykkeerklæring er gældende for interview foretaget den \_\_\_\_ oktober 2009.

Jeg bekræfter hermed at være blevet skriftligt og mundtligt informeret om at interviewet udføres i forbindelse med bachelorprojektet omhandlende danske ergoterapeuters erfaring med og vurdering af LR's overførbare til danske ældre og om behovet for LR i dansk regi, og indvilger i at deltage i det beskrevne interview.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage i interviewet, og at jeg når som helst og uden begrundelse kan trække mit tilsagn om deltagelse tilbage. Dette gælder også selv om jeg har givet mit tilsagn om at deltage og skrevet under på denne samtykkeerklæring.

Jeg giver med denne samtykkeerklæring ligeledes tilladelse til, at de nedenstående personer må anvende de oplysninger, jeg giver under interviewet, på nedenstående vilkår:

- jeg giver hermed min tilladelse til, at oplysningerne fra interviewet må anvendes i ovenstående projekt.
- underskriftindehaveren vil i projektet blive anonymiseret, og alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt
- interviewet optages på diktafon eller lignende, og vil efter eksaminationen blive destrueret
- efter projektets godkendelse vil projektet kunne findes på det sundhedsfaglige bibliotek på Ergoterapeutuddannelsen, Næstved, UCSJ. samt på vores hjemmeside <http://www.bricksite.com/lrd>. Derudover vil det danske abstract blive lagt ud på skolens hjemmeside <http://www.ucsj.dk/>.

Jeg giver hermed mit samtykke til at deltage i et interview på ovenstående betingelser.

\_\_\_\_\_

Dato

underskrift

Nedenstående ergoterapeutstuderende sikre, at de ovenstående betingelser overholdes.

\_\_\_\_\_  
Signe Frederiksen Svane

\_\_\_\_\_  
Trine Thyrrerstrup

Ansvarlig underviser, som er vejleder på projektet:

Elise Bromann Bukhave

Mail: [ebb@ucsj.dk](mailto:ebb@ucsj.dk)

# Bilag 4 - Retningslinjer for transskriberingen

De indhentede interview er transskriberet ud fra de følgende retningslinjer, som er udarbejdet efter inspiration fra Kvale. (39)

Informanternes udsagn transskriberes på følgende måde:

- .... Pause, ophold i tale
- [ angiver hvor en del af en ytring slutter i forhold til en anden
- / angiver det punkt hvor en overlapning begynder
- () Tomme parenteser angiver, at transskribenten ikke kan høre hvad der bliver sagt
- (()) Dobbelparenteser angiver transskribentens beskrivelser snarere end transskriptioner.
- ord angiver en form for betoning
- *ord* angiver citater

Yderligere retningslinier:

- Informanterne anonymiseres med bogstaver fra A-G. Deres stillinger anonymiseres ikke.
- Person og stednavne som nævnes, anonymiseres med X
- Her gang en ny person siger noget, skiftes der linje
- Talesprog omskrives til skriftsprog, for at gøre forståelsen klar. Ex ha' skrives som have
- introduktion, afrunding af interviewet og irrelevant småsnak undlades

# Bilag 5 - Matrice

De citater der bruges i resultatafsnittet er markeret med kursiv.

Kode 1 Sundhedsfremme	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E	Informant F	Informant G
<b>1.1 Definition</b>		<i>189-192</i> 202 34-235 237-239			99 104-109	124-125 126-128 128-131 165-167 186-187	135-136 138-140 184-185
<b>1.2 Hvordan og hvornår anvendt i hverdagen</b>	169-170 173-178 225-228	182-184 186-187 <i>208</i>	196-198 202-204	153 <i>155-156</i> 205-208	80-81+84-86	160-163 169-172	132-136 138-141 154-159 178-179
<b>1.3 Hvorfor anvendes sundhedsfremme</b>	242-244 288-291	248-252+255 255 264-265 292-295 299-300 309-311	162-172 600-604	<i>596-599</i>	93-102 104-109		
<b>1.4 Ledelsens holdning til sundhedsfremme</b>	422 424-427	482-484		215-218	<i>125-126</i> <i>128-134</i> <i>136-143</i>	219-220 236-237+239 241-242 917-918	228-230

Kode 2 Lifestyle Redesign	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E	Informant F	Informant G
2.1 Kendskab	363		226-229	222	163-167	270-271	290-291
			230-233	224	170-176	273-274	293-303
2.2 Hvorfor gennemføre projektet		482-484	236-239	617+619-620	165	310-311	
				958-961	201	313-317	
2.3 Forberedelser	380-383	374-375	179-180	178	182-185	197	191
	529	533-535	291-296	305	192-194	215-218	193
	718	538-539	355-361	341-347	199-202	775	204-205
	724	544-550	503-505	710-712	334-335		209-211
	738-740	552-557	815-821	793	337-341		375
			849-852		354-355		378-380 + 382-386
			859-861		357-358		388
				362-364		390-392	
2.4 Tilgang og anvendelse	510-512	234-235	511	370-372	234-238	100-104	348-356
	514	237-239	520-524	514-517	324-327	480-481	361-364
	518	630-632	543	525-526		499	366-370

	524-525	636-637	548	697-698		514-518	482-483
	584-587	639-642	551	705		537	485-486
	597	760-762	881-884	737-738		619	488
	747-748		902-905	748-749			500-501
	1117-119			767			503-504
				891-893 + 895-896			508-512
				1054			526-528
							542+544
							555
							559-562

Kode 3 Anvendelighed	Informant A	Informant B	Informant C	Informant D	Informant E	Informant F	Informant G
<b>3.1 Overførbare</b>		647-649		651-653	318+320-322	996-997	980-981
		757-758		891-893	324-327		988
				924-926	329-330		
				939-944	445-447+449- 450+452-453+457- 462+469-470		
					550-553		
					555-557		
<b>3.2 Barriere</b>	107-108	202	464-465	481-484	49-50	233-234	248-249
	633	234-235	466-467	771	133-134	161-163	330-331
	643-644	284-285	718	1100-1108	172-174	243-244	532-535
	685-687	393-394	1078-1079+1090- 1094	1128	221	319-320	594-597
	718-720	396-398	1096-1097	1165-1168	231-232	326-328	626-630
		588-590	1110-1112	1444-1450	347-349	390-393	691-693

		639-642	1119-1122 1125-1126 1129-1131 1159-1162 1211-1212 1238-1239		366-369 371-377 378-379 394-396 404-405+407-408 427-428 430-434 449-450 642+647-653	428 695-696 999-1003	
<b>3.3 Tilpasning til danske forhold</b>	750-755	630-631 764-467 1096-1097	948-951 1015-1018 1203+1206 1232	1233-1235	565-567 579-580	996-997 1007-1011	913-916 986-988
<b>3.4 Implementering</b>	151 956	74-76 78-79 147-150 152-153 430-435 772-773 775-777 779-782 927 936-938 942-944 946-949	669 671 1214-1217 1270 1274 1396-1397 1422-1428 1528-1530	651-653 660-661 1219-1221 1253-1256 1275 1283-1284	570-572 576-577 584-585+588-589 591 608 614-615	844-846 885-890	1012-1017

<b>Kode 4 Behov</b>	<b>Informant A</b>	<b>Informant B</b>	<b>Informant C</b>	<b>Informant D</b>	<b>Informant E</b>	<b>Informant F</b>	<b>Informant G</b>
<b>4.1 Samfunds-økonomisk</b>	996-997	894 1013-1015 1017-1020+1022	168-169 1468-1470	1306-1312	551-553 562-563 668-671	860-864	850-854 856-858
<b>4.2 Ergoterapeut Fagligt</b>		155-158 271-272 984 986-989 991-993	1238-1244 1317-1322 1324-1327 1330-1331 1335-1336	991-993 999-1002 1338-1346	371-379 385-386 516-519 545 622-625 630-632 634-635 672 679 686-688	83-86 813 816-821 963 965+667 1022-1024 1026-1030	91-92 95-97+99 808-809 811-812 960-962 971 990-991



## Bilag 6 – Litteratursøgning

Litteratursøgningen til dette projekt har fundet sted fra primo juli 2009 til medio december 2009. Nedenfor uddybes søgestrategien der blev benyttet i projektet.

### Inklusionskriterier:

- Artiklerne skal være publiceret på dansk, norsk, svensk eller engelsk
- Artiklerne skal være publiceret i et videnskabeligt tidsskrift.
- For at studierne bliver taget i betragtning, skal de indeholde studier omhandlende forebyggende ergoterapi hos ældre personer over 65 år.
- Både kvalitative og kvantitative studier medtages i søgningen
- Studier fravælges ikke alene på grund af at de er af ældre dato, alle de studier, som lever op til vores inklusionskriterier, tages op til overvejelse.

### Søgeord:

Følgende søgeord fungerede som nøgleord for vores litteratursøgning.

Engelsk	Dansk
Aged/aging Elder/Elderly Older People Adulthood Geronto/geriatric	Ældre
Occupational Therapy	Ergoterapi
Health promotion	Sundhedsfremme
Lifestyle Redesign	
Well Elderly Study	
Preventive	Forebyggende
Quality of life Well being	Livskvalitet
Meaningfull	Meningsfuld
Occupational Science	Aktivitetsvidenskab

### Elektronisk databasesøgning:

Vi har udført søgning på følgende databaser:

- PubMed/MEDLINE – amerikansk medicinsk database, omfatter tidsskrifter fra mere end 70 lande
- CINAHL – amerikansk database, indeholder artikler vedrørende ergoterapi, sygepleje, og fysioterapi.
- OTseeker – australsk database, indeholder ergoterapeutiske forskningsartikler
- Cochrane – samling af databaser, indeholder uafhængig evidens med høj kvalitet.

## Boolsk søgning:

Søgeord (på engelsk)	Aged		Occupational Therapy		Health promotion		Quality of life		Preventive		Meaningful
Synonymer der kombineres med søgeordet via OR	Aging		Therapy, Occupational		Improving health		Well being		Prevention		Meaningfully
	OR	AND	OR	AND	OR	AND	OR	AND	OR	AND	OR
	Elder		Occupational Therapies		Promotion, Health		Life Qualities		Preventive Health		Meaningfulness
	OR		OR		OR		OR				
	Elderly		Therapies, Occupational		Promotions, Health		Life Quality				
	OR				OR						
	Older people				Promotion of Health						
	OR				OR						
	Adulthood				Health Promotions						
	OR										
	Geronto										
OR											
Geriatric											

## Referencesøgning

Referencelisterne på fundne artikler er blevet gennemgået, herigennem havde vi mulighed for at finde relaterede og brugbare artikler.

## Anden søgning

Ud over ovenstående søgninger har vi ligeledes foretaget en bred søgning efter litteratur på søgeportalerne google.dk, google scholar samt bibliotek.dk hvorfra vi har lokaliseret anden relevant litteratur.

## Metodisk kvalitet

De fundne artiklers metodiske kvalitet blev vurderet på baggrund af en kritisk gennemlæsning efter McMasters analyseskemaer til kritisk vurdering af kvalitative og kvantitative studier.<sup>4</sup> Disse analyseskemaer er udarbejdet af en ergoterapeutisk evidensbaseret forskningsgruppe.

## Udvalgte artikler til gennemlæsning:

- Clark F, Azen SP, Zemke R et al. Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. A Randomized Controlled Trial. Journal of The American Medical Association, oct 22/29. 1997 – Vol 278. No 16.
- Jackson J. Living a meaningful existence in old age. 1996. I Zemke R, Clark F. Occupational Science: The evolving discipline. Philadelphia. F.A. Davis. s.339-361
- Clark F, Carlson M, Zemke R, et al. Life Domains and Adaptive Strategies of a Group of Low-Income, Well Older Adults. AJOT. Febr. 1996, Vol. 50, Nr 2.
- Carlson M, Fanchiang S, Zemke R, Clark F. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Occupational Therapy for Older Persons. AJOT. Febr. 1996, Vol. 50, Nr 2.
- Jackson J, Carlson M, Mandel D, et al. Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. AJOT. May 1998; 52(5):326-36
- Wood, W. Delivering Occupational Therapy's Fullest Promise: Clinical Interpretation of "Life Domains and Adaptive Strategies of a Group of Low-Income Well Older Adults". AJOT. Febr. 1996, Vol 50, Nr 2.
- Borg T. Det Californiske Well Elderly Study: Ergoterapi nedsætter risiko for sygdom.
- Clark F, Azen S, Carlson M, Mandel D, LaBree L, Hay J, Zemke R, Jackson J, Lipson L. Embedding Health-Promoting Changes Into the Daily Lives of Independent-Living Older Adults: Long-Term Follow-Up of Occupational Therapy Intervention. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 2001, 56:P60-P63
- Clark F, Azen S, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D, Hay J, Josepson K, Cherry B, Hessel C, Palmer J, Lipson L. Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults, a Randomized Controlled Trial. JAMA. 1997; 278:1321-1326.

<sup>4</sup> Law, M. et al. Analyseskema til kritisk vurdering af kvantitative og kvalitative studier. McMaster University. 1998

- j) Steultens E, Dekker J, Bouter L, Jellema S, Bakker E, van den Ende C. Occupational therapy for community dwelling elderly people - a systematic review. *Age and Ageing*, British Geriatrics Society 2004; 33: 453-460
- k) Mandel D, Deborah R. *Lifestyle Redesign: implementing the well elderly program*. 1999. Maryland The American Occupational Therapy Association. 1<sup>st</sup> edition.
- l) Horowitz B, Chang P. Promoting Well-Being and Engagement in Life Through Occupational Therapy Lifestyle Redesign: A Pilot Study Within Adult Day Programs. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. Rehabilitation of the Frail Patient. 20(1):46-58, January/February/March 2004.
- m) Legarth K. Den mest betydningsfulde aktivitet - fra 75 til 80 år. *Gerontologi og samfund*. 2003. Årg. 19, nr. 2 s.38-40.
- n) Occupational Terminology Interactive Dialogue. *Journal of Occupational Science*, Aug 2001, Vol 8, No 2, pp 38-41
- o) Hay J, LaBree L, Luo R, Clark F, Carlson M, Mandel D, Zemke R, Jackson J, Azen S. Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *JAGS*. 50:1381-1388, 2002.
- p) Jackson J, Mandel D, Blanchard J, Carlson M, Cherry B, Azen S, Chou C, Jordan-Marsh M, Forman T, White B, Granger D, Knigh B, Clark F. Confronting challenges in intervention research with ethnically diverse older adults: the USC Well Elderly II Trial.
- q) Scott A et al. Occupational Therapy as a Means to Wellness with the Elderly. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. 2001, pp. 3-22.
- r) Eklund K, Ivanoff S. Health education for people with macular degeneration: Learning experiences and the effect on daily occupations. *Revue Canadienne D'ergothérapie*. December 2006, nr. 5, vol. 73 s. 272-280.
- s) Clark F, Jackson J, Carlson M. Occupational Therapy and Evidence-based Practice: What the Well Elderly study has Taught us. I: Molineux M. *Occupation for occupational therapists*. 2004
- t) Sudsawad P. Creating Outcome Research Relevant for Evidence-Based Practice. I: Kielhofner G. *Research in occupational therapy : methods of inquiry for enhancing*. F.A. Davies. 2006. 697-706
- u) Clark FA, et al. Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future. *Am J Occup Ther* 1991, Vol. 45, Number 4. s. 300-310
- v) Clark F, Wood W, Larson E.A. Occupational Science: Occupational Therapy's Legacy for the 21<sup>st</sup> Century. I: Neistadt M. E, Crepeau E. B. Willard & Spackman's Occupational Therapy. Lippincott-Raven Publishers. 1998, 9. udgave. S. 13- 20
- w) Graff M, Adang E, Vernooij-Dassen M, Dekker J, Jönsson L, Thijssen M, Hoefnagels W, Rikkert M. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study.

<http://www.bricksite.com/lrd>

Dette bachelorprojekt er udarbejdet af Signe Frederiksen Svane & Trine Thyrrerstrup  
ved Ergoterapeutuddannelsen, Næstved, UCSJ. Januar 2010