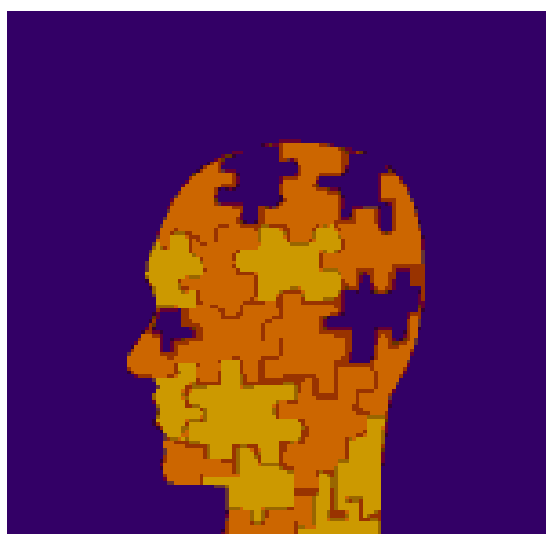


# Få styr på sanserne i en forstyrret verden

## Sanseintegration og psykiatri



### Bachelorprojekt i ergoterapi

Udarbejdet af  
Anne Ungermand og Louise Svendsen  
E03A, juni 2006

Antal anslag: 83.302

Denne opgave er udarbejdet af studerende ved Ergoterapeutuddannelsen under Center for Videregående Sundhedsuddannelser – Fyn, som led i et uddannelsesforløb. Den foreligger urettet og ukommenteret fra skolens side og er således et udtryk for de studerendes egne synspunkter.

Denne opgave – eller dele heraf – må kun offentliggøres med de studerendes tilladelse. Jvf. bekendtgørelse af lov om ophavsret nr. 725 af 7. juli 2005 og bekendtgørelse om prøver og eksamen i erhvervsrettede uddannelser 356 af 19. maj 2005.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

1. EMNE OG PROBLEMOMRÅDE .....	3
1.1. Baggrund for valg af emne.....	3
1.2. Krav til dokumentation .....	3
1.3. Definition på sanseintegration og udvikling indenfor området .....	4
1.4. Litteraturgennemgang .....	5
1.5. International forskning og vurdering af denne.....	6
1.5.1 Meta- analyse 1982.....	6
1.5.2 Meta- analyse 1998.....	7
1.5.3 Kings undersøgelse 1974 .....	8
1.6. Forskning i Danmark .....	9
1.7. Problemområder, der ligger til grund for problemformuleringen.....	10
2. PROBLEMFORMULERING.....	12
2.1.Begrebsdefinitioner .....	12
3. FORMÅL.....	14
4. DET TEORETISKE RUM/REFERENCERAMMER.....	15
4.1.For-forståelse .....	15
4.2.Teoretisk referenceramme - <i>Sanseintegrationsteori</i> .....	15
4.2.1 Hjernens blokinddeling og deres funktion.....	16
4.2.2 Den vestibulære sans (ligevægtssans/balancesans).....	17
4.2.3 Den proprioceptive sans (muskel-ledsansen).....	17
4.2.4 Den taktile sans (føle- og berøringssans) .....	17
4.2.5 Anvendelse af teorien .....	17
4.3 Ergoterapeutisk referenceramme .....	17
4.3.1 Den canadiske model af aktivitetsudøvelse .....	18
4.3.1.1 Mennesket .....	18
4.3.1.2 Aktiviteterne.....	19
4.3.1.3 Omgivelserne .....	19
4.3.2 Anvendelse af teorien .....	19
4.4 Videnskabsteoretisk referenceramme .....	19
4.4.2 Forskningstyper .....	20
4.4.3 Hermeneutik .....	20
4.4.4 Fænomenologi .....	20
5. DESIGN.....	21
5.1 Kvantitativ undersøgelse .....	21
5.1.1 Udarbejdelse af spørgeskema.....	21
5.1.2 Prætest og udvælgelseskriterier for modtagere af spørgeskema.....	22
5.2 Kvalitativ undersøgelse .....	22
5.2.1 Kvalitative forskningsinterview/ interviewguide.....	23
5.2.2 Udvalgelses kriterier for interviewpersoner.....	24
5.3 Ethiske overvejelser til undersøgelsen.....	24
5.3.1 Kvantitativ undersøgelse.....	25

5.3.2	Kvalitativ undersøgelse.....	25
5.4	Realdesign .....	25
5.4.1	Kvantitativ undersøgelse.....	25
5.4.2	Kvalitativ undersøgelse.....	25
6.	DATABEARBJEDNING.....	27
6.1.	Den kvantitative metode.....	27
6.2.	Den kvalitative metode.....	27
6.3.	Den kvantitative analyse .....	28
6.4.	Den kvalitative analyse .....	31
6.4.1	Sanseintegrative dysfunktioner .....	32
6.4.1.1	Mennesket .....	32
6.4.1.2	Aktiviteter .....	36
6.4.1.3	Omgivelser .....	37
6.4.2	Sanseintegrerende behandling.....	39
6.4.2.1	Gruppeaktiviteter.....	39
6.4.2.2	Individuelle aktiviteter.....	39
6.4.3	Observerede ændringer ved sanseintegrativ behandling .....	40
6.4.3.1	Mennesket .....	40
6.4.3.2	Aktiviteterne.....	42
6.4.3.3	Omgivelserne .....	43
6.4.4	Langsigtet effekt .....	44
6.4.5	Kortsigtet effekt.....	44
6.4.6	Negativ effekt .....	45
6.4.7	Dokumentation af behandlingen .....	45
6.5.	Vurdering af teorier og metoder .....	45
6.5.1	Den kvantitative undersøgelse .....	46
6.5.2	Den kvalitative undersøgelse .....	47
7.	KONKLUSION.....	49
7.1.	Kvantitativ undersøgelse.....	49
7.2.	Kvalitative undersøgelse .....	49
7.3.	Konklusion på hypotese/for-forståelse .....	50
8.	DISKUSSION OG PERSPEKTIVERING .....	51
8.1.	Resultater i forhold til anden forskning på området.....	51
8.2.	Resultater i forhold til praksis på området .....	51
8.3.	Ny perspektivering i relation til professionen .....	52
9.	FORMIDLING.....	53
	LITTERATURLISTE	
	BILAG	
	Forside	
	Indholdsfortegnelse	

## **1. EMNE OG PROBLEMOMRÅDE**

Indledningsvis beskrives begrundelsen for valg af emne. Til skabelse af en fælles forståelse, defineres begrebet sanseintegration, og udviklingen indenfor området beskrives. Efterfølgende beskrives den forskning og den litteratur, der er taget udgangspunkt i. Sluttelig beskrives de problemområder, der ligger til grund for problemformuleringen.

### **1.1. Baggrund for valg af emne**

Emnet *Effekten af sanseintegrationsbehandling* blev valgt på baggrund af et tidligere projekt, omhandlende ergoterapeuters brug af snoezelhuse til sanseintegrationsbehandling. Der blev opmærksomheden rettet på, at den manglende dokumentation for effekten af sanseintegrationsbehandlingen ikke er blevet udforsket i Danmark.

I den kliniske undervisning har vi observeret en effekt af interventionen i forbindelse med behandlingen af forskellige diagnosegrupper, blandt andet ved brug af kugledyne og – pude, samt afgrænsende øvelser til patienter med manglende kropsopfattelse og indre uro.

### **1.2. Krav til dokumentation**

Emnet er relevant i forhold til debatten om dokumentation af behandlinger indenfor sundhedsvæsenet. Hede og Andersen (2005:10) beskriver, at behovet for velinformerede prioriteringer er nødvendige, da udgifterne til vækst i det offentlige bliver mindre.

I artiklen *Sæt spot på SI –praksis* fra 1993 giver fire ergoterapeuter udtryk for, at de ikke er synlige, blandt andet fordi de mangler dokumentation for effekten af deres behandling (Hansen et al. 1993:11).

Kravet om dokumentation er øget inden for de seneste år. De begrænsede ressourcer indenfor sundhedsvæsenet medfører, at der fra politisk side er et øget behov for at kunne dokumentere effekten af de ydelser, der udføres. Sundhedsstyrelsen har udviklet et klassifikationssystem (SKS), der dokumenterer, hvilken ergoterapeutisk behandling patienten har modtaget og hvor meget. Et af de ergoterapeutiske redskaber til at identificere patientens problematikker og dokumentere effekten af behandlingen er Canadian Occupational Performance Measure (Borg et al. 2003: 399-400).

Ergoterapeuter indenfor hospitalspsykiatrien har en stigende interesse for kvalitetsudvikling og evidensbaseret praksis på grund af det øgede fokus på dokumentation. Traditionen og ”evidensen” indenfor den psykiatriske ergoterapi er, at det ergoterapeuter gør, er godt og fornuftigt. Med henblik på at udvikle kvaliteten af den ergoterapeutiske intervention, er dokumentationen af denne vigtig (Borg et al. 2003:400).

Indenfor ergoterapi, er der fokus på dokumentationen i forhold til synliggørelse af faglighed, samt det mono – og tværfaglige samarbejde. I 2004-2007 er et af ergoterapeutforeningens fokusområder dokumentation og synliggørelse af værdien og kvaliteten af de ergoterapeutiske sundhedsydelser ([www.etf.dk](http://www.etf.dk)). Forudsætningen for, at de offentlige ansatte opnår højere faglig kvalitet og dermed også en højere respekt og status, er evidens (Hede og Andersen 2005:18).

På baggrund af, at der er multifaktorielle årsager til, at sygdom opstår, er det kompliceret at påvise en enkelt årsag, og dette medfører, at det er vanskeligt at påvise effekten af den specifikke behandling (Borg et al. 2003:319). På baggrund af det økonomiske aspekt er det vigtigt, at kunne dokumentere, at interventionen virker. Flere patientorganisationer har tilkendegivet, at de ikke ønsker behandlinger, der ikke er dokumentation for. Derfor er det realistisk, at se evidens som en forudsætning for opretholdelse af ressourcer til et område (Hede og Andersen 2005:13-19).

I forbindelse med sammenlægninger af kommuner og amter, er det vigtigt at dokumentere sine faglige kompetencer og behandlingsmetoder, så samarbejdspartnere kan benytte ens ressourcer optimalt.

### **1.3. Definition på sanseintegration og udvikling indenfor området**

Ud fra Borg et al. (2003:292) defineres sanseintegration som den neurologiske proces, der organiserer sansning fra krop og omgivelser. Processen muliggør at benytte kroppen hensigtsmæssigt i forhold til omgivelserne.

Teorien blev udviklet i 1972 af den amerikanske ergoterapeut, Jean Ayres, der havde observeret, at der var en sammenhæng mellem børns evne til indlæring og deres evne til at bearbejde sanseindtryk fra kroppen og omgivelserne (Kielhofner 2002:273).

Danske ergoterapeuter har benyttet behandlingen siden slutningen af 1970'erne. Oprindeligt blev den brugt i forbindelse med træning af børn med sansemotoriske problemer. Efterhånden er spekteret af diagnosegrupper den benyttes til blevet bredere og omfatter blandt andet personer med svære hjerneskader, demens, apopleksi og psykiatriske problemer opstået på grund af forstyrrelser i udviklingen.

Teorien har haft en stor betydning for den faglige udvikling indenfor ergoterapi såvel i Danmark som i udlandet. I dag benyttes behandlingen i en kombination med blandt andet funktionstræning, kognitiv terapi og med kompenserende behandling (Borg et al. 2003:293-296).

Jean L. King har i 1974 indenfor det psykiatriske område taget udgangspunkt i Jean Ayres sanseintegrationsteori og udviklet en model for sanseintegrerende behandling for voksne med biologisk betinget eller psykosocialt betinget skizofreni (McCallion 2005:135).

#### **1.4.Litteraturgennemgang**

Til at belyse problemformuleringen er der taget udgangspunkt i den obligatoriske litteratur, samt i litteratur om psykiatrisk ergoterapi, Creek: 2005.

Artikler, der uddyber problemområdet, er fundet ved systematisk søgning via søgebaser; [www.bibliotek.dk](http://www.bibliotek.dk), [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed), [www.google.dk](http://www.google.dk), samt kædesøgning.

Ved kædesøgning er der fremkommet to metaanalyser, hvilket omtales under punkt 1.5 international forskning og vurdering af denne.

Der søgtes på internettet efter materiale omhandlende sanseintegration indenfor det psykiatriske område. De benyttede søgeord; sensory integration therapy effect; gav 70 resultater, der i blandt de to metaanalyser fra kædesøgningen. Fuldteksterne af disse blev rekvireret via Videncentret på Odense Universitetshospital.

Bilag 1

I projektet er der taget udgangspunkt i brugen af sanseintegrationsbehandlingen indenfor psykiatrien. Dette ud fra, at der ved gennemgangen af metaanalyserne ses ét studie omhandlende effekten af sanseintegrationsbehandlingen i forhold til psykiatriske patienter, hvilket omtales under punkt 1.5.2 metaanalyse 1998.

Til belysning af dansk forskning indenfor området blev benyttet følgende søgeord; sanseintegration, psykiatri, ergoterapi. Ved søgning i biblioteksbasen ved almindelig, avanceret og kommandosøgning gav det ikke resultat. Ved søgning i artikler med samme søgeord fremkom et resultat, *Sæt spot på SI-praksis* (1993).

Desuden benyttes ergoterapeutforeningens hjemmeside og fagbladet i forhold til debatten om dokumentation og evidens. På ergoterapeutforeningens søgebase benyttes søgeordene; dokumentation og evidens, hvilket gav 124 resultater, hvoraf der benyttes én, *Virker velfærden? – et debatoplæg om evidens og velfærd* (2004).

I ovenstående artikel henvises til begrebet evidensstigen med tilhørende kilde, der efterfølgende blev fundet på internettet, *How to read a paper* (1997).

I ergoterapeuternes fagblad i en artikel om evidens, blev der taget udgangspunkt i Cochranes, *Effectiveness and efficiency- Random reflections on health service* (1972), som efterfølgende blev rekvireret fra biblioteket.

## **1.5.International forskning og vurdering af denne**

I USA er der i 1982 og i 1998 foretaget metaanalyser af effekten af sanseintegrationsbehandling. Disse er valgt, da systematiske oversigter er højt placeret i evidenshierarkiet og har en meget høj pålidelighed (Greenhalgh 1997: 243-246, samt Borg et al. 2003:589).

Den amerikanske ergoterapeut J.L. King har i 1974 udviklet en model for sanseintegrationsbehandling af psykiatriske patienter og observeret effekten af denne. Denne undersøgelse, der rangerer lavere i evidenshierarkiet, benyttes da den understøtter forforståelsen i projektet af, at behandlingen har en effekt.

### **1.5.1 Meta- analyse 1982**

K. Ottenbachers metaanalyse fra 1982, Ottenbacher (1982), ”*Sensory integration theory: Affect or effect*”, er gennemgået ud fra studier, der er foretaget fra 1972 –1981.

Han analyserede studier, der opfyldte de følgende inklusionskriterier:

- a.) de undersøgte effekten af sanseintegrationsterapi
- b.) de inkluderede målinger, der var afhængige af teoretiske præstationer, motorisk eller reflektorisk udførelse, og/eller sproglig funktion
- c.) de inkluderede en sammenligning mellem mindst to grupper
- d.) de rapporterede kvantitative resultater af effekten af sanseintegrationsterapi



De otte studier indeholdt tests, der vurderede effekten af sanseintegrationsterapien. Ved analysen af testene fandt han, at aktivitetsudførelsen var betydelig bedre hos de personer, der fik sanseintegrationsterapi end de personer i kontrolgruppen, som ikke fik sanseintegrationsterapi.

Ottenbachers metaanalyse har taget udgangspunkt i 49 studier, hvor af de otte opfyldte inklusionskriterierne. Efterfølgende har han benyttet kvantitativ metode til vurdering af effekten.

Kielhofner beskriver, hvordan Ottenbacher fandt effekt af sanseintegrationsbehandlingen, selv om han konstaterede begrænsninger i de oprindelige undersøgelser, han benyttede i sin metaanalyse. Ligeledes beskriver Kielhofner (2002:286-287) den debat, der er om, hvilke persongrupper behandlingen er egnet til, og de behov, der er for forskning på området.

I den seneste metaanalyse beskrives Hoehn og Burmeisters kritik fra 1994, Ottenbachers metaanalyse for at være utilstrækkelig i forhold til de oprindelige studier og for hans analysemetode (Vargas og Camilli 1998:190).

### **1.5.2 Meta- analyse 1998**

I 1998 foretog Sadako Vargas og Gregory Camilli en metaanalyse, "*A Meta-Analysis of Research on Sensory Integration Treatment*".

De studerede litteraturen omkring effekten af sanseintegrationsbehandling fra 1972-1994. De analyserede studier, der opfyldte de følgende inklusionskriterier:

- a.) de havde undersøgt effekten ved brug af sanseintegrationsbehandling
- b.) rapporteret om sammenligning af mindst to tilstande
- c.) rapporteret fund og resultater på en måde, som tillod kvantitativ analyse
- d.) rapporteret resultaterne målt i den bredere kategori af teoretiske færdigheder, motorisk funktion, adfærd, sproglig funktion og sansemotorisk funktion

Deres konklusion på analysen er, at de tidligere studier fra 1972-1982, viste en betydelig effekt i flere af dem. I de senere studier, fra 1983-1994, har de ikke fundet, at der var nogen positiv effekt af behandlingen. Desuden er der ikke forskel på resultaterne af sanseintegrationsbehandlingen og resultaterne fra andre behandlingsformer.

Metaanalysen er foretaget på baggrund af 76 artikler og fem masteropgaver, hvoraf de 32 opfyldte inklusionskriterierne. De sammenlignede 16 studier, i hvilke der blev benyttet sanseintegrationsbehandling med 16, hvor det ikke blev benyttet. Desuden sammenlignede de 16 andre studier, i hvilke der blev



benyttet sanseintegrationsbehandling med 16, hvor der blev benyttet andre behandlingsformer.

De har benyttet kvantitativ metode til vurdering af effekten af behandlingen.

I artiklen fremhæver de, hvilke forbehold der må tages til deres undersøgelse. De giver udtryk for, at de på baggrund af de begrænsede studier indenfor forskellige diagnosegrupper ikke kan foretage en sammenligning af effekten. Aldersspredningen i undersøgelseerne vanskeliggør ligeledes en sammenligning.

Desuden har metoderne og deres databearbejdning i studierne været forskellige, og dette gør analysen vanskelig og nedsætter validiteten.

I meta-analysen er der kun benyttet ét studie fra psykiatrien. I Baileys studie fra 1978 er der i en periode på otte uger givet sanseintegrerende behandling til syv patienter med diagnosen kronisk ikke- paranoid skizofreni. Disse blev sammenlignet med en kontrolgruppe, der udførte stillesiddende aktiviteter. Alle patienter blev testet før og efter undersøgelsen ved hjælp af 16 spørgsmål i forhold til sprogfærdigheder. Der var en tydelig forbedring af kvaliteten af deres sprog, men ikke i kvantiteten af sproget (Bailey 1978:449).

Baileys arbejde tager udgangspunkt i Kings sanseintegrerende model, som beskrives i det følgende afsnit.

### **1.5.3 Kings undersøgelse 1974**

Ifølge McCallion (2005: 144) har King hypotesen, at hos nogle mennesker med dysfunktion i det taktile og proprioceptive system udgør det en faktor for biologisk og psykosocialbettinget skizofreni. Denne form for dysfunktion giver følgende symptomer:

- Typiske holdnings - og bevægelsesmønstre, der fremkaldes af frygt for at falde og medfører betydelig angst
- Mangel på konstans i perceptionen, hvilket menes at fremkalde hallucinationer
- Kortikalisering af bevægelse, bevægelserne er ikke automatiserede for personen
- Langsomt tankemønster og svækket emotionel funktion, hvilket ofte medfører: konkret tænkning, manglende evne til at tænke abstrakt, bizarre associationer, følelsesmæssig afstumpethed
- Angst, der viser sig ved blandt andet hæmmet ansigtsmimik, der er med til at mindske evnen til at udtrykke følelser

McCallion beskriver Kings resultater af den kvalitative undersøgelse af effekten af sanseintegrationsbehandlingen på 15 patienter med diagnosen

kronisk ikke- paranoid skizofreni, der blev behandlet med sanseintegrerende aktiviteter.

Aktiviteterne var bl.a.

- Kaste med bold
- Sparke bold rundt i en cirkel
- Marchere til musik
- Gå over reb
- Bøje sig under net
- Kaste bold over hovedet, bagover
- Hoppe over løftet reb

Efter 2-3 ugers behandling noterede man følgende ændringer i gruppen:

- deltagelsen var mere aktiv og mindre træg
- patienterne mødte op til gruppeaktiviteterne uden tilskyndelse
- øget verbalisering hos patienterne
- forbedret egenomsorg
- smil på tidligere udtryksløse ansigter
- markant forbedring af holdning og bevægelighed

(McCallion 2005: 143).

Kings model for behandling af mennesker med kronisk skizofreni er blevet anvendt af ergoterapeuter med succes. Selv om deres resultater støtter Kings model, er det ikke muligt at validere modellen, blandt andet på grund af forskelle i undersøgelsesformer og metoder.

McCallion konkluderer tillige, at det er nødvendigt med mere forskning, hvor der benyttes større undersøgelsesgrupper, og hvor evalueringsværktøjerne er standardiserede. Ligeledes skal kriterierne for udvælgelse af forsøgspersoner og for behandlingen være konsekvente (2005: 145).

Hun pointerer (s.135), at sanseintegrationsbehandlingen ikke kan stå alene, men bør være en del af en overordnet behandlingsplan, der skal hjælpe patienten til at genvinde deres kompetencer.

## **1.6.Forskning i Danmark**

På ergoterapeutens hjemmeside under punktet fonde og legater – er der i praksispuljen i september 2004 bevilget 18.600 kroner til et projekt – *”Implementering af sanseintegrationsbehandling hos psykisk syge patienter samt dokumentation af behandlingseffekten”*.

Ved kontakt til Amager Hospital om projektets forløb blev det oplyst, at det er udskudt på ubestemt tid på grund af manglende personaleressourcer.

Ved kontakt til ergoterapeutforeningen blev det oplyst, at der ikke er viden om, hvem der arbejder med at dokumentere effekten af sanseintegrationsbehandlingen.

På psykiatrisk hospital i Augustenborg arbejder to ergoterapeuter på at dokumentere effekten af ball-stikbehandling samt effekten af behandling med kugledyne. Patienterne udfylder sammen med terapeuten et registreringsark, hvor de vurderer det nuværende behov for behandling (ball-stik eller kugledyne). Dette gøres ud fra følgende symptomer, eksempelvis: angst, syns- eller hørehallucinationer, fysisk/psykisk uro, tankemylder, abstinenser samt udflydende fornemmelse af kroppen. Efterfølgende skalerer patienten, hvordan vedkommende har det på en skal fra 1-10, hvor 1 er godt og 10 er uudholdeligt. Denne skalering foretages før og efter behandlingen. Skaleringen og behandlingen foretages fire gange for at kunne indgå i effektundersøgelsen.

Bilag 2

### **1.7. Problemområder, der ligger til grund for problemformuleringen**

Ved litteratursøgning fremkom to metaanalyser, hvor der er modstridende holdninger til effekten af sanseintegrationsbehandlingen generelt. På baggrund af tvivlsspørgsmålene om effekten, er det relevant at undersøge, i hvilket omfang danske ergoterapeuter benytter behandlingen, samt hvilke erfaringer de har med brugen og effekten af behandlingen.

Fokus er på ergoterapeuter, der arbejder på psykiatriske afdelinger. Fokus er lagt på dette ud fra, at der i den seneste metaanalyse overvejende er forskning fra andre diagnosegrupper og primært om børn (Vargas og Camilli 1998:191).

I det danske samfund er det et problem, at der er få ressourcer, så alt skal måles og vejes for at kunne få bevilliget midler. Ved at alt skal måles, og der sættes tal på effekten, flyttes fokus fra erfaringer og observationer, der ikke lader sig måle. Det er vigtigt, at fastholde de erfaringer, vi har fra praksis. Deres evidens kan være lige så høj på trods af, at den ikke er kvantitativ målbar (Mortensen 2006:21).

I følge Cochrane (1972) har de randomiserede undersøgelser en stor anvendelighed som måleredskaber indenfor sundhedsvæsenet, men samtidig påpeger han, at det ikke er den eneste metode. Der er områder, hvor

undersøgelserne ikke vil give tilfredsstillende målinger, blandt andet indenfor psykiatrien, hvor forværringer og forbedringer bliver målt subjektivt. Ligeledes har det i lignende undersøgelser været svært at vurdere livskvalitet, og der er ikke udviklet en tilfredsstillende måde til at måle kvaliteten. Desuden mener han, at observationer og erfaringer skal anerkendes som evidens (Cochrane 1972:20-25). Set i forhold til dokumentationen af ergoterapeuters behandling, vil dette fremme faget ergoterapi, da vi som ergoterapeuter derved vil være i stand til at beskrive effekten. Indenfor sundhedsvæsenet, er det vigtigt at kunne dokumentere effekten af en given behandling, når der skal prioriteres ressourcer til dette ved budgetlægning. Ifølge Jensen og Johnsen (2002: 164-169) er det væsentligt at være omhyggelig ved valg af dokumentationsform. De fremhæver de problematikker, der er i forbindelse med kravene om, at der skal sættes tal på indsatsen i sundhedsvæsenet og på effekten af denne. Den kvantitative metode forsøger ved hjælp af tal at måle og dokumentere effekten, men den kan ikke belyse alle områder, da det ikke er alt, der lader sig beskrive med tal. De områder, der ikke belyses tilstrækkeligt ved denne metode, kan ved den kvalitative metode dokumenteres ved hjælp af beskrivelser, sammenfatninger og historier.

Den seneste metaundersøgelse af effekten for sanseintegrationsbehandling konkluderer, at der var en betydelig effekt i studierne foretaget fra 1972 - 1983. I de studier, der er foretaget fra 1983-1994, ses ingen effekt. Forfatterne til analysen fremhæver, at metoderne og databehandlingen af studierne har været forskellig, hvilket nedsætter validiteten.

I forbindelse med litteratursøgning har det ikke været muligt at finde dansk forskning, der belyser effekten af behandlingen, i hvilket omfang den benyttes, og til hvilke patienter.

Ud fra egne erfaringer, undervisningsmateriale og sanseintegrationsteorien, har vi en hypotese om, at der er en positiv effekt af sanseintegrationsbehandlingen. For at kunne bidrage til at dokumentere brugen og effekten af behandlingen, er det relevant, at undersøge ergoterapeuters erfaringer med brugen og effekten af sanseintegrationsbehandling, og i hvilket omfang den benyttes.

## 2. PROBLEMFORMULERING

Under dette punkt defineres de begreber, der er fremkommet i problemformuleringen.

I hvilket omfang benytter danske ergoterapeuter sanseintegrationsbehandling på psykiatriske afdelinger, og hvilke erfaringer har de med brugen og effekten af behandlingen?

### 2.1. Begrebsdefinitioner

Begrebsdefinitionerne vil være operationelle og nominelle, da forskningsdesignet vil være den beskrivende forskningstype og den forstående forskningstype (Launsø og Rieper 2005:75).

#### Operationelle definitioner

##### Omfang

Antal psykiatriske hospitaler, hvor der er ansat ledende ergoterapeuter/ergoterapeuter med lignende funktion, og hvor ergoterapeuterne benytter sanseintegrationsbehandling.

Hvor ofte benytter de behandlingen, og til hvilke diagnosegrupper benyttes behandlingen.

##### Ofte

Daglig, ugentlig, hver 14. dag eller månedlig.

##### Diagnosegrupper

Ud fra hoveddiagnosegrupper i WHO ICD-10 (2003:12) er der udvalgt patienter med depression, mani, skizofreni, personlighedsforstyrrelser og psykoser.

##### Sanseintegrationsbehandling

A: til enkelte udvalgte patienter – specifik behandling

B: til alle patienter - hvor det indgår i aktiviteterne, eksempelvis bading

C: indretning af de fysiske rammer - så omgivelserne tilgodeser principperne i behandlingen, eksempelvis ved brug af gyngestol

Udgangspunktet for disse tre niveauer er fundet i artiklen *Sæt spot på SI* (Hansen et al.1993:11-13).

## **Nominelle definitioner**

### Erfaringer

Bygger på omfanget af benyttelse af behandlingen i mindst to behandlingsforløb med sanseintegrerende terapi.

### Omfanget

Hvor ofte benyttes behandlingen: daglig, ugentlig, hver 14. dag eller månedlig

### Sanseintegrerende terapi

Behandling, hvor patienterne specifikt får stimuleret deres sanser, så de opnår en bedre samordning af disse, i forhold til sansning fra egen krop og omgivelserne (Ayres (2002), Borg (2003) og Creek (2005)).

### Brugen

Sanseintegrerende aktiviteter iværksat på baggrund af observerede dysfunktioner.

### Effekt

De ændringer terapeuterne ser i forbindelse under og efter sanseintegrationsbehandlingen.

### **3. FORMÅL**

Formålet med den kvantitative undersøgelse er at vise, hvor udbredt sanseintegrationsbehandlingen er på psykiatriske afdelinger, og i hvilket omfang behandlingen benyttes. Endvidere skal det give et billede af, hvor stort interessefeltet er på området. Ligeledes skal undersøgelsen vise om behandlingen er rettet specifikt til den enkelte patient, er tænkt ind i aktiviteterne eller i indretning af omgivelserne.

Formålet med den kvalitative undersøgelse er at få viden om og beskrive nogle ergoterapeuters erfaringer med brugen af sanseintegrationsbehandlingen, samt om den har en effekt på psykiatriske patienter.

Resultaterne fra undersøgelseerne skal benyttes til at give ergoterapeuter mulighed for at tage stilling til, hvorvidt de vil benytte ressourcer på behandlingen.

Undersøgelsen skal bevidstgøre ergoterapeuter, der arbejder med sanseintegration, om vigtigheden af at dokumentere de erfaringer, de har med brugen af behandlingen, så det kan benyttes som evidens. Dette har betydning i forhold til prioriteringen af ressourcerne i sundhedsvæsenet, hvis behandlingen skal vedblive at være et tilbud til patienterne. Dette har ligeledes betydning i forhold til at få bevilliget ressourcer til kurser omhandlende sanseintegrationsbehandling.

Målgruppen for resultatet af undersøgelsen er ergoterapeuter med interesse i sanseintegrationsbehandling samt interesse for dokumentation og evidensbaseret praksis.



## **4. DET TEORETISKE RUM/REFERENCERAMMER**

Under dette punkt beskrives sanseintegrationsteoriens oprindelse samt en kort beskrivelse af, hvordan sanseintegrationen sker i centralnervesystemet. Teorien er den specifikke indenfor området, hvor forståelsen af den menneskelige adfærd ses ud fra et neurobiologisk synspunkt (Ayres 2002:180). Den benyttes, da den er det centrale i opgaven.

Den canadiske model for aktivitetsudøvelse beskrives kort. Under databearbejdningen vil de forskellige elementer i modellen blive beskrevet. Modellen er valgt, da den er klientcentreret og derfor tager udgangspunkt i det enkelte menneske, dets ressourcer og dets egen opfattelse af, hvad der er værdifulde aktiviteter. I modellen forgår interaktionen mellem klient og terapeut i et ligeværdigt forhold.

Vores erfaringsgrundlag fra den kliniske undervisning er opbygget på baggrund af kobling mellem teori og praksis ved benyttelse den canadiske model.

Indenfor videnskabsteorien, beskrives hvilke forskningstyper der benyttes til undersøgelsen, samt de benyttede tilgange ved dataindsamling og databearbejdning. Begrundelsen for valg af de videnskabsteoretiske tilgange beskrives nærmere i de respektive afsnit under punkterne videnskabsteoretisk referenceramme, design og metode.

### **4.1.For-forståelse**

Vi har en hypotese om, at sanseintegrationsbehandlingen udgør en stor del af det ergoterapeutiske tilbud til psykiatriske patienter, samt at den er rettet specifikt til den enkelte. Vi antager, at behandlingen har en positiv effekt på psykiatriske patienter. Dette vil vi gerne have belyst ved hjælp af vores undersøgelser.

### **4.2.Teoretisk referenceramme - *Sanseintegrationsteori***

Den amerikanske ergoterapeut og psykolog, Jean Ayres, begyndte i 1960'erne at udvikle sanseintegrationsteorien (SI). Teorien blev udviklet til at forklare sammenhængen mellem problemer med at opfatte sanseinformationer fra kroppen og omgivelserne og de problemer, det giver i forhold til kognitiv og neuromotorisk indlæring (Borg et al. 2003:292).

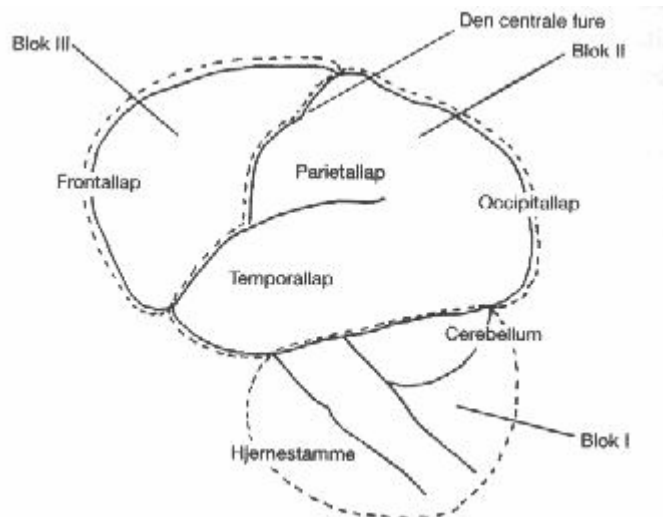
Jean L. King har på baggrund af Ayres teorier udviklet en model for sanseintegration til voksne med diagnosen ikke paranoide skizofreni. Hun

fremsatte hypoteserne, som nævnt under punkt 1.5.3, om deres manglende evne til sanseintegration.

### Bilag 3

#### 4.2.1 Hjernens blokinddeling og deres funktion

Ifølge Alexander Luria, neuropsykolog, arbejder hjernen i tre blokke med hver sine specifikke funktioner.



Hjernens blokinddeling set fra siden (Kristensen og Nielsen 2003:18).

##### Blok I

Regulerer vågenhed og reaktionsberedskab, herunder muskeltonus. Her foretages en grovsortering og begyndende bearbejdning af de sanseimpulser, der kommer fra kroppen og omgivelserne. Derefter sendes informationerne videre til blok II.

##### Blok II

Analysere, behandle og opbevarer informationer – danner personens virkelighedsopfattelse.

##### Blok III

Danner og styrer planer og programmer. Her dannes planer for personen, og dennes adfærd styres ud fra de påvirkninger, der kommer fra:

- Blok I's styring af vågenhed
- Blok II's virkelighedsopfattelse
- Blok III's egne overvejelser

Efterfølgende omsættes planerne til bevægemønstre, der udskilles i enkeltbevægelser, hvor der sendes nerveimpulser til led og muskler om bevægelsen (Freltofte og Pedersen 2004:122).

Mennesket har syv sanser, der er inddelt i de primære og de sekundære sanser. De primære er den vestibulære-, proprioceptive - og den taktile sans. De sekundære er syns-, høre-, smags- og lugtesansen. Der tages udgangspunkt i de primære sanser, da de er de vigtigste indenfor sanseintegrationen. Under afsnittet om behandling med sanseintegrerende terapi vil de sekundære sanser inddrages i forhold til aktiviteter.

#### **4.2.2 Den vestibulære sans (ligevægtssans/balancesans)**

Den har en stærkt integrerende rolle, og er det samlede system, idet det former en persons grundlæggende forhold til tyngdekraften og den fysiske verden. Det er ud fra denne information, at de andre typer sansning bearbejdes og får nervesystemet til at fungere effektivt (Ayres 2002:47-50).

#### **4.2.3 Den proprioceptive sans (muskel-ledsansen)**

Den danner kropsbilledet/kropsbevidstheden, der er vigtig for vores selvopfattelse i form af individualitet (holdninger, værdier) og sit værd som person (McCallion 2005:138-139).

#### **4.2.4 Den taktile sans (føle- og berøringssans)**

Den består af det beskyttende og det diskriminerende system, eksempelvis let berøring og tryk. Den taktile sans gør os i stand til at være i interaktion med omgivelserne (McCallion 2005:139-140).

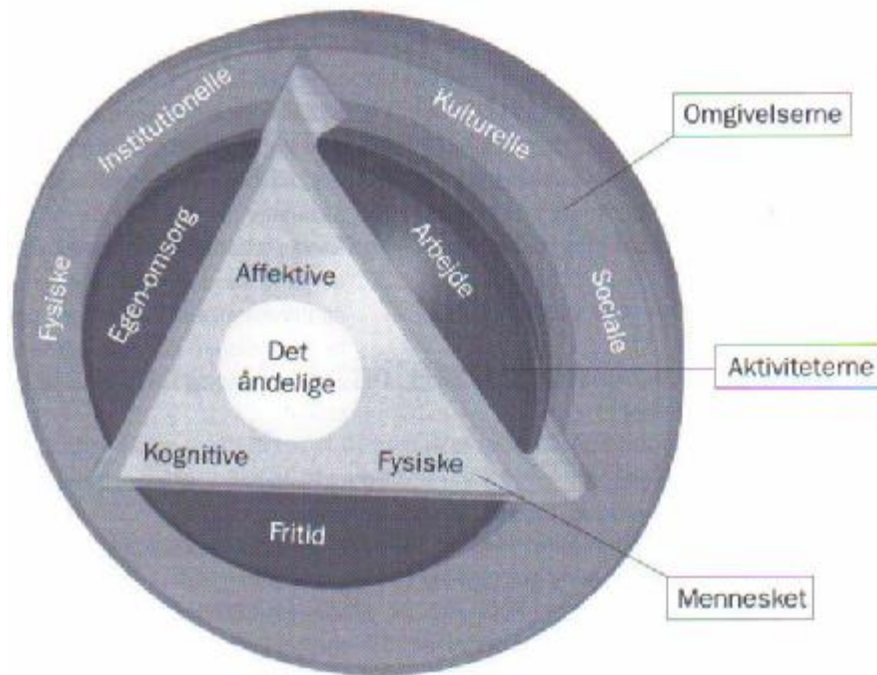
#### **4.2.5 Anvendelse af teorien**

Under databearbejdning benyttes sanseintegrationsteorien til at analysere, indenfor hvilke sanseområder (vestibulært, proprioceptivt og taktilt) patienterne har dysfunktioner. Desuden ses på, hvordan behandlingen tilrettelægges til den enkeltes problematikker ved valg af aktiviteter.

### **4.3 Ergoterapeutisk referenceramme**

Den canadiske model for aktivitetsudøvelse, Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) blev i 1997 udviklet i Canada af ergoterapeuter. Modellen er klientcentreret og har sit fokus på aktivitetsudøvelse og aktivitetsfremme (Hanson 2002:34-35).

### 4.3.1 Den canadiske model af aktivitetsudøvelse



Ifølge Hanson (2002:34) illustrerer modellen med sin tre-dimensionelle opbygning et ergoterapeutisk syn på det dynamiske samspil mellem mennesket, aktiviteterne og omgivelserne, samt den indbyrdes afhængighed, der er imellem dem. Ved forandring i et af aspekterne vil det påvirke de øvrige aspekter i modellen.

Det åndelige ligger som en kerne i alle interaktioner mellem menneske, omgivelser og aktivitet. Det åndelige har bopæl i mennesket, formes af omgivelserne og giver aktiviteterne mening (Hanson 2002:35).

#### 4.3.1.1 Mennesket

##### Det åndelige

Ifølge Hanson (2002:45) defineres det åndelige som menneskets livskraft, dets motivation, vilje og selvbestemmelse. Det indeholder personens selvfølelse, ved at være et enestående væsen. I sammenhæng med oplevelser i omgivelserne er det medvirkende til, at mennesket får en følelse af mening, formål og samhørighed.

##### Det fysiske

Den fysiske komponent omfatter de sensoriske, motoriske og sensomotoriske funktioner.

#### Det cognitive

Omfatter de mentale funktioner, kognitive og intellektuelle. Herunder perception, koncentration, hukommelse, forståelse og ræsonnering.

#### Det affektive

Omfatter de sociale og følelsesmæssige funktioner, og inkluderer de interpersonelle og intrapersonelle faktorer (Hanson 2002: 46).

### **4.3.1.2 Aktiviteterne**

#### Egen-omsorg

Aktiviteter i forbindelse med at klare sig selv, omfatter personlig hygiejne, personlige forpligtigelser, funktionel mobilitet og organisering af tid og rum.

#### Arbejde

Aktiviteter, der udgør et socialt eller økonomisk bidrag til ens eksistensgrundlag, omfatter leg, skolearbejde, lønnet arbejde, husligt arbejde og frivilligt arbejde.

#### Fritid

Aktiviteter for fornøjelsens skyld, omfatter socialt samvær, kreative udfoldelser, udendørsaktiviteter, spil og sport (Hanson 2002: 39).

### **4.3.1.3 Omgivelserne**

#### Sociale

Social interaktion i samfundet og i sociale grupperinger.

#### Institutionelle

Samfundets institutioner, politikker, økonomiske ydelser, retshjælp og lovgivning (Hanson 2002: 48).

### **4.3.2 Anvendelse af teorien**

Modellen benyttes til at strukturere data og analysere indenfor, hvilke områder i CMOP'en der ses en påvirkning ved sanseintegrative dysfunktioner, samt hvor der ses effekt af den sanseintegrerende behandling.

## **4.4 Videnskabsteoretisk referenceramme**

Forskningstyper samt tilgange, der benyttes til beskrivelse af problemformuleringen, beskrives og udvælgelsen af disse begrundes.

#### **4.4.2 Forskningstyper**

Til at belyse problemformuleringen foretages en kvantitativ og en kvalitativ undersøgelse.

Ved den kvantitative undersøgelse benyttes den beskrivende forskningstype til besvarelse af spørgsmålene af de operationelle definitioner i problemformuleringen. Forskningstypen benyttes, da dens kernespørgsmål ser på, hvordan x fordeler sig på y? (Launsø og Rieper 2005:13). I hvilket omfang sanseintegrationsbehandlingen (x) benyttes af danske ergoterapeuter på psykiatriske afdelinger (y)?

Ved den kvalitative undersøgelse benyttes den forstående forskningstype, til besvarelse af spørgsmålene af de nominelle definitioner i problemformuleringen. Forskningstypen benyttes, da dens kernespørgsmål ser på, hvilken mening tillægger x (kilden) et bestemt fænomen (y) i hvilken kontekst (z)? (Launsø og Rieper 2005:22). Hvilke erfaringer har danske ergoterapeuter (x) med brugen og effekten af sanseintegrationsbehandlingen (y) på psykiatriske afdelinger (z)?

#### **4.4.3 Hermeneutik**

Den hermeneutiske tilgang benyttes til fortolkningen af teksten for at forstå de fænomener, der er lagt mening i (Kvale 2002:56, Jacobsen et al. 2003:165).

Fortolkningen foregår ved at bevæge sig i en vekslevirkning mellem at fortolke dele og helheder, da delen ikke forstås uden helhedens sammenhæng og omvendt. I mødet med andre mennesker har begge parter deres forforståelse med sig. Forståelsen opbygges ved, at man bevæger sig frem og tilbage mellem sin egen og den andens forforståelse (Jacobsen et al. 2003:167-169).

Tilgangen benyttes ved indsamling af de kvantitative data, samt ved bearbejdning af de indsamlede data, kvantitative som kvalitative.

#### **4.4.4 Fænomenologi**

Den fænomenologiske tilgang beskriver et fænomen uden at tolke på de bagvedliggende årsager (Kvale 2002:62).

Reglerne for den fænomenologiske metode opfyldes ved at tilsidesætte forhåndsopfattelser og fordomme, ved at beskrive det erfarede så konkret som muligt og ved at behandle alle iagttagelser ligeværdigt (Jacobsen et al. 2003:162-163).

Interviewguiden udformes, så der bliver lagt op til, at interviewpersonerne får mulighed for at beskrive deres erfaringer, og for yderligere uddybning vil spørgsmålene tage udgangspunkt i deres erfaringer.

Transskriberingen af interviewet, vil være beskrivende uden at tolke data i den grad, det er muligt.

## **5. DESIGN**

Under design beskrives idealdesignet for den kvantitative undersøgelse, udarbejdelse af spørgeskema, samt udvælgelseskriterier for deltagelse i undersøgelsen.

Ved den kvalitative undersøgelse beskrives interviewguidens opbygning set ud fra det kvalitative forskningsinterview, samt en beskrivelse af udvælgelseskriterierne for deltagelse i interviewene.

Efterfølgende beskrives de etiske overvejelser og realdesignet for den kvantitative samt den kvalitative undersøgelse.

### **Idealdesign**

Til at afdække omfanget af brugen af sanseintegrationsbehandlingen, samt til hvilke patienter, det bruges, foretages en kvantitativ undersøgelse.

Ved en kvalitativ undersøgelse belyses ergoterapeuternes erfaringer med brugen og effekten af sanseintegrationsbehandling.

### **5.1 Kvantitativ undersøgelse**

Den kvantitative del af undersøgelsen vil være et survey-design, hvor der foretages en tværsnitundersøgelse. Der foretages en stikprøve, ved at der én gang sendes spørgeskemaer ud til de ledende ergoterapeuter/ergoterapeuter med lignende funktion på de psykiatriske hospitaler. Spørgeskemaet vil være halvstruktureret, idet svarkategorierne er opstillet på forhånd, samt at der ved nogle af spørgsmålene er mulighed for individuel begrundelse for svaret. Fordelen ved brug af denne form for undersøgelse er muligheden for hurtigt at få oplysninger om mange enheder. En ulempe ved undersøgelsesmetoden er afgrænsningen af spørgsmålene, så de bliver enkle og entydige, hvis svarene skal være gyldige (Launsø og Rieper 2005:92-93).

#### **5.1.1 Udarbejdelse af spørgeskema**

Udarbejdelsen af spørgeskemaet har taget udgangspunkt i de krav, der stilles til et spørgeskema, samt hvordan dette designes. Kravene til spørgeskemaet er: at det skal være kortfattet, egnet til formålet, tilpasset målgruppen, forståeligt, entydigt, uden bias, dækkende, præcist, let at kode og det skal overvejes etisk i forhold til målgruppen (Kjærgaard et al. 2004:55-57, Launsø og Rieper 2005:122-123).

Spørgeskemaet er udformet efter overvejelse af, hvilke data der er nødvendige til besvarelse af de operationelle definitioner i problemformuleringen.



Spørgeskemaet vil være opbygget som en nominal skala (statistik), idet data placeres i en af flere ligeværdige grupper og derved kategoriserer disse. Ved at det er entydige og udtømmende spørgsmål, vil det være en binomialskala (Lund og Røgind 2004:27).

### **5.1.2 Prætest og udvælgelseskriterier for modtagere af spørgeskema**

Inden udsendelse af spørgeskemaet blev der foretaget en prætest ved at sende ud til to af de ledende ergoterapeuter, med henblik på om spørgeskemaet og betydningen af det, der bliver spurgt om, var forståeligt (Kjærgaard et al. 2004:55-57).

I forbindelse med udsendelse af spørgeskemaet medsendtes et følgebrev, der informerede om undersøgelsen: hvem der foretager undersøgelsen, hvad projektet omhandler og formålet med dette.

Bilag 4

Personerne til prætesten blev udvalgt efter kontakt til den ene i forbindelse med spørgsmål omkring litteraturhenvisninger og den anden i forbindelse med at etablere kontakt til interviewperson.

Efter testen tilpassedes spørgeskemaet på de områder, der var fundet mangelfulde, til dets endelige udformning.

Bilag 5

#### Udvælgelseskriterier

Til at give et overbliksbillede af, i hvilket omfang behandlingen benyttes på hospitalerne, blev de ledende ergoterapeuter udvalgt. Disse blev valgt ud fra, at mindske bias, da det er den fælles holdning på hospitalerne, der ønskes belyst og ikke den enkeltes. Ved at sende til de ledende ergoterapeuter kan der sendes få skemaer ud, som giver besvarelse fra et stort antal personer, ergoterapeuterne på afsnittene.

For at få oplyst navnene på de ledende ergoterapeuter, blev der taget kontakt til en del af amterne, hvilket var yderst ressourcekrævende, grundet manglende indsigt i organisationen. På baggrund af dette, blev der efterfølgende taget kontakt til de psykiatriske hospitaler i Danmark ([www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)).

## **5.2 Kvalitativ undersøgelse**

Den kvalitative del af undersøgelsen vil være et forstående case-studie design, hvor der foretages fire kvalitative interviews. Datamaterialet fra interviewene

vil være subjektivt, da det er de adspurgte ergoterapeuters oplevelse af deres erfaringer, der belyses. En fordel ved at bruge case-studie er, at de er specielt egnede til at indfange eksempelvis individers erfaringer. Dette har relevans for dataindsamlingen, hvis fundament er ergoterapeuters erfaringer. En ulempe ved denne form for undersøgelse er, at det er få personer, der undersøges. Undersøgelsesformen er meget ressourcekrævende, idet der benyttes flere datakilder i form af flere interviewpersoner (Launsø og Rieper 2005:94-97). Fremgangsmåden for interviewundersøgelsen er inspireret af Kvales syv stadier for en interviewundersøgelse: tematisering, design, interview, transskribering, analyse, verificering og rapportering (Kvale 2002:95).

### **5.2.1 Kvalitative forskningsinterview/ interviewguide**

Interviewguiden er udformet, så den består af syv hovedemner med åbne spørgsmål, hvor rækkefølgen ikke er forudbestemt. Emnerne er erfaringer, omfanget af brugen af behandlingen, hvordan behandlingen benyttes, undersøgelser, ændringer efter brug, diagnosegrupper, samt hvilke aktiviteter, der benyttes. Da rækkefølgen af spørgsmålene ikke er forudbestemt, vil det give mulighed for spontanitet i interviewet, og interviewpersonen kan beskrive de emner, vedkommende er mest optaget af. Interviewguiden justeres fra interview til interview, hvis der fremkommer nye emner, der er relevante at få belyst, samt vælge uaktuelle emner fra.

Til udfærdigelse af interviewguiden er der taget udgangspunkt i Dalland (2002:137-138), der siger, at spørgsmålene skal opfordre til beskrivelser.  
Bilag 6

Spørgsmålene i interviewguiden er prioriteret ved at opstille få emner, hvilket giver mulighed for at være lyttende og stille spørgsmål til det, der bliver fortalt, og ikke være bundne af på forhånd opstillede spørgsmål.

Ved planlægning af interviewet, vurderes det, at det vil være gavnligt med en introduktion, med en kort gennemgang af indholdet, formålet, fremgangsmåden og rollefordeling under interviewet. Der er valgt, at begge interviewer, da det vurderes, at dette vil give mulighed for indsamling af flest data.

Til validering af interviewguiden efterprøves, hvordan interviewet fungerer i forhold til forståelse af spørgsmålene og begreberne ved at foretage et prøveinterview. Interviewpersonen skal opfylde de kriterier, der er opstillet for interviewpersoner i undersøgelsen (Launsø og Rieper 2005:136).

Under interviewet bestræbes det at have en fænomenologisk tilgang til dataindsamlingen, som beskrevet under den videnskabsteoretiske referenceramme, fænomenologi punkt 4.4.4.

Interviewet optages på bånd, da det ifølge Dalland (2002:149) er et af kravene til et forskningsinterview, og nødvendig for den efterfølgende transskribering. Transskriberingen foretages egenhændigt, da det giver mulighed for at genopleve interviewet og hjælper til at bevare dets oprindelige indhold (Dalland 2002:153).

### **5.2.2 Udvælgelses kriterier for interviewpersoner**

Ergoterapeuter, der har gennemført to sanseintegrerende behandlingsforløb, så der er mulighed for drage sammenligning mellem dem.

Behandlingsforløbets varighed skal have været mindst 2-3 uger, da der efter Kings undersøgelse har kunnet observeres effekt efter dette tidsrum (McCallion 2005: 143).

Fokus vil være på den nye Region Syd, da den dækker et stort område og en del af formidlingen vil være til ergoterapeuter i dette område.

Inden interviewene blev det afklaret med den ledende ergoterapeut på de respektive afdelinger, at de udvalgte personer måtte interviewes. Derefter blev der sendt følgebrev per mail til interviewpersonerne, hvor de blev informerede om formålet med undersøgelsen samt fremgangsmåden.

Ved udfærdigelsen af følgebrevet, er der taget udgangspunkt i Dalland (2002:139-140) og i Launsø og Rieper (2005: 136).

Følgebrevet informerer om; hvem der vil interviewe, hvad projektet omhandler, hovedemnerne i interviewet, hvordan resultaterne benyttes, udvælgelseskriterier, praktiske forhold (tid og sted), samt etiske overvejelser omkring anonymitet, eventuelt optagelse af interviewet og mulighed for at træde ud af undersøgelsen.

Bilag 7

### **5.3 Etiske overvejelser til undersøgelsen**

Under dette punkt beskrives de etiske overvejelser for undersøgelseerne særskilt.

### **5.3.1 Kvantitativ undersøgelse**

Undersøgelsen er anonymiseret (Dalland 2002:189), samt kortfattet for at mindske ressourceforbruget og øge svarprocenten (Kjærgaard et al. 2004:55).

### **5.3.2 Kvalitativ undersøgelse**

De interviewede personer vil blive benævnt interviewpersoner, da fordelene ved denne benævnelse er neutral (Dalland 2002:119).

Interviewene foretages på interviewpersonernes arbejdsplads, da dette vil mindske deres ressourceforbrug.

Interviewpersonerne anonymiseres i dataanalysen (Dalland 2002:226, Launsø og Rieper 2005: 136). Det afklares med interviewpersonerne inden interviewet, at det må optages på bånd og der må benyttes uddrag af disse i opgaven (Dalland 2002: 143, Kvale 2002: 250). Den efterfølgende transskribering er foretaget ord for ord, samt beskrevet pauser, betoning og følelsesudbrud for at være loyale mod interviewpersonernes måde at udtrykke sig på, samt den mest objektive transskription (Kvale 2002:170). Efter interviewpersonernes ønske benyttes udelukkende citater og uddrag fra interviewene, og interviewene vil blive slettet efter brug (Kvale 2002:166).

## **5.4 Realdesign**

Under dette punkt beskrives de afvigelser, der er fra idealdesignet.

### **5.4.1 Kvantitativ undersøgelse**

Fejloplysninger fra amter/sygehuse omkring ledende ergoterapeuter har medført, at spørgeskemaer ikke blev korrekt adresseret og derfor tilbagesendt ikke udfyldt. Ud af 34 udsendte spørgeskemaer returneredes de 26, hvilket giver en svarprocent på 76,5 %.

### **5.4.2 Kvalitativ undersøgelse**

Der er kun to personer, der har kunnet opfylde de opstillede kriterier, derfor er antallet af interviewpersoner reduceret. På baggrund af dette og da det ville være for ressourcekrævende, er der ikke gennemført et testinterview forud for selve undersøgelsen.

Ifølge Kvale (2002:109) er det tilstrækkeligt at benytte få intensive case-studier til at skaffe generel viden. Ifølge Dalland (2002:136) er det udfordringen ved at gå i dybden med interviewet, der kendetegner det kvalitative interview. På grundlag af dette er der ikke behov for et stort antal interviews.

Interviewsituationen blev gennemført som et semistruktureret interview. I interviewsituation A var arbejdet fænomenologisk, og de uddybende spørgsmål tog udgangspunkt i det interviewpersonen beskrev.

Ved interviewsituation B var for- forståelsen en anden, da tolkningen af det første interview havde givet en ny forståelsesramme (Launsø og Rieper 2005:24-25). Dette påvirkede interviewsituationen væsentligt, da der ubevidst blev søgt at få belyst de emner, interviewperson A havde beskrevet under det første interview.

Efter en overordnet analyse af de indsamlede data kunne det konkluderes, at der manglede oplysninger om en eventuel langsigtet effekt.

Efterfølgende blev der taget kontakt til yderligere ergoterapeuter, hvoraf én matchede vores udvælgelseskriterier, men var på orlov. Ved den telefoniske kontakt konstateredes det, at vedkommendes erfaring ligeledes byggede på kortsigtet effekt.

Til yderligere at afdække en mulig langsigtet effekt er udvælgelseskriterierne udvidet, og der er taget kontakt til en ressourceperson indenfor området.

Bilag 8

Ved telefoninterview afdækkedes terapeutens observationer af den langsigtede effekt. Ved dette interview var forståelsesrammen ændret på baggrund af de tidligere interviews. På baggrund af den ny for-forståelse var spørgsmålene formuleret specifikt med henblik på at afdække de manglende områder fra de foregående interviews. Dette medførte en hermeneutisk tilgang i interviewsituationen.

## **6. DATABEARBJEDNING**

Under databearbejdning beskrives og begrundes de valgte metoder til analysen af data. Derefter følger analysen af den kvantitative samt den kvalitative undersøgelse, der vil præsentere resultaterne i forhold til problemformuleringen. Resultaterne vil blive fremlagt i form af tekst og diagrammer, samt af citater og uddrag fra interviewene. Analysen af de kvantitative og de kvalitative data vil blive beskrevet særskilt. Sluttelig vurderes de benyttede teorier og metoder for henholdsvis den kvantitative samt den kvalitative undersøgelse.

### **6.1. Den kvantitative metode**

Til beskrivelse af de kvantitative data benyttes deskriptiv statistik til at systematisere og strukturere data. Metoden belyser, hvad der er typisk, hyppigheder, samt giver et overblik over de nominale data (Lund og Røgind 2004:17).

Data i de forskellige grupper i spørgeskemaet struktureres ved at se på den centrale tendens (modus). Den centrale tendens vil angive, i hvilke klasser i grupperne, der er flest besvarelser i (Lund og Røgind 2004:32-33). Til at beskrive den deskriptive statistik benyttes søjle- og cirkeldiagrammer. Ovenstående metoder er valgt, da de vil kunne strukturere data optimalt på baggrund af den måde spørgeskemaet er udarbejdet.

### **6.2. Den kvalitative metode**

Ad-hoc metoden er valgt til beskrivelse af de kvalitative data, da den giver mulighed for anvendelsen af forskellige teknikker og metoder til skabelse af mening (Kvale 2002:201).

SI-teorien samt CMOP inddrages ved strukturering, dataanalyse og ved bearbejdning af disse.

Data er struktureret ved transskribering af de optagede interviews. Transskriberingerne er gennemlæst for at få et helhedsindtryk af interviewpersonernes erfaringer. Efterfølgende er data afklaret ved en tematisering af teksten, hvor det væsentlige er prioriteret. I den egentlige analyse perspektiveres teksten ved at kategorisere den efter SI-teorien og efter CMOP (Kvale 2002: 187-188).

### 6.3. Den kvantitative analyse

Under dette punkt vil den absolutte frekvens fremgå som optælling af antal besvarelser i spørgeskemaet. Den relative frekvens vil fremgå ved procentfordeling af besvarelsene og fremstår i diagrammer.

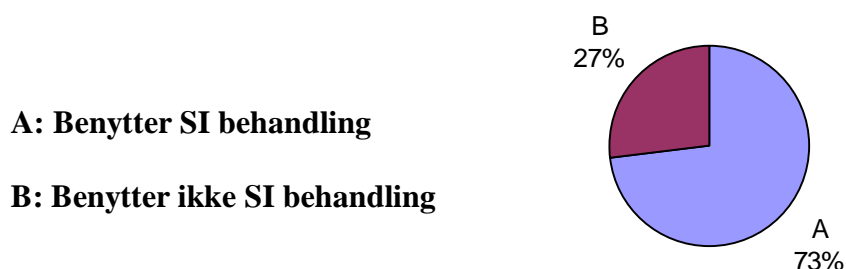
Ud af 34 udsendte spørgeskemaer blev 26 besvaret og returneret, dette giver en svarprocent på 76,5 %

På arbejdsstederne/sygehusene, hvor spørgeskemaerne er tilsendt, er der gennemsnitligt ansat 8,3 ergoterapeuter. På de hospitaler, hvor behandlingen benyttes, er der 4,2 ergoterapeuter, der benytter behandlingen. Det vil sige cirka halvdelen af de ergoterapeuter, der er ansat det pågældende sted, benytter behandlingen.

Ud af de 26 returnerede spørgeskemaer er der 19 ergoterapeuter der benytter sanseintegrationsbehandlingen, dette udgør 73 %.

Der er 7 ergoterapeuter ud af de 26 returnerede spørgeskemaer, hvor der ikke benyttes sanseintegrationsbehandling, dette udgør 27 %.

#### Ergoterapiers benyttelse af SI behandlingen



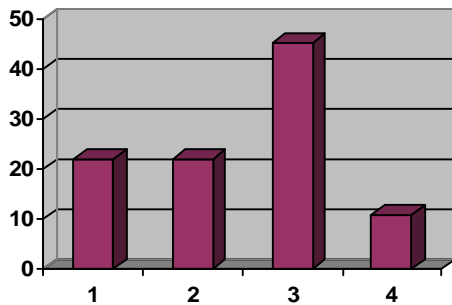
De, der ikke benytter behandlingen, har givet følgende begrundelser for dette.

Hos 22 % bliver behandlingen varetaget af en anden faggruppe. Ved andre 22 % benytter de principperne i hverdagen i form af sansestimulation (ikke defineret af adspurgte), eksempelvis ved madlavning. 45 % har et andet fokus område i forhold til behandling, dette eksempelvis miljøterapi og ADL-aktiviteter. Der er 11 % der mangler ressourcer og viden inden for sanseintegrationsområdet, for at kunne tilbyde det som en behandling.

Se diagram på efterfølgende side.



## Begrundelse for ikke at benytte SI behandling



1. Varetages af anden faggruppe 22 %
2. Sansestimulation 22 %
3. Andre fokus områder 45 %
4. Manglende ressourcer og viden 11 %

I spørgeskemaet er der taget udgangspunkt i tre typer/niveauer af behandling der benyttes indenfor sanseintegrationsbehandlingen.

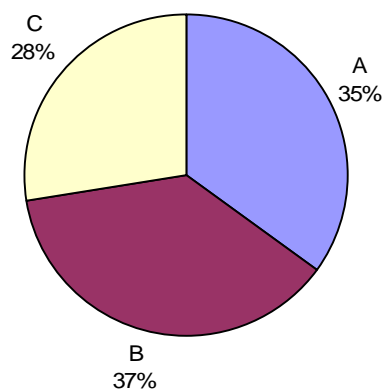
A: til enkelte udvalgte patienter – specifik behandling

B: til alle patienter - hvor det indgår i aktiviteterne, eksempelvis bagning

C: indretning af de fysiske rammer - så omgivelserne tilgodeser principperne i behandlingen, eksempelvis ved brug af gyngestol

Ud af de tre niveauer af behandling er fordelingen fremkommet med nedenstående procent fordeling i forhold til at 14 steder benytter A, 15 steder B og 11 steder C.

## Fordelingen af behandlingsniveauer



Omfanget af ergoterapeuters brug af sanseintegrationsbehandling på de psykiatriske hospitaler har følgende fordeling og procentfordeling i cirkeldiagrammet. Ved brug af behandlingen er der 10 steder, der benytter den dagligt, 10 der benytter den ugentlig, 2 der benytter den hver 14. dag, og 3 der benytter behandlingen månedlig.

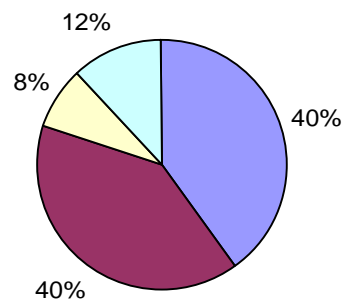
### Omfanget af brugen af SI behandling

**Daglig brug 40 %**

**Ugentlig brug 40 %**

**Hver 14. dag 8 %**

**Månedlig brug 12 %**



Diagnosegrupperne hvortil behandlingen benyttes, fremkom ved følgende procent fordeling i forhold til de 19 steder, hvor behandlingen benyttes.

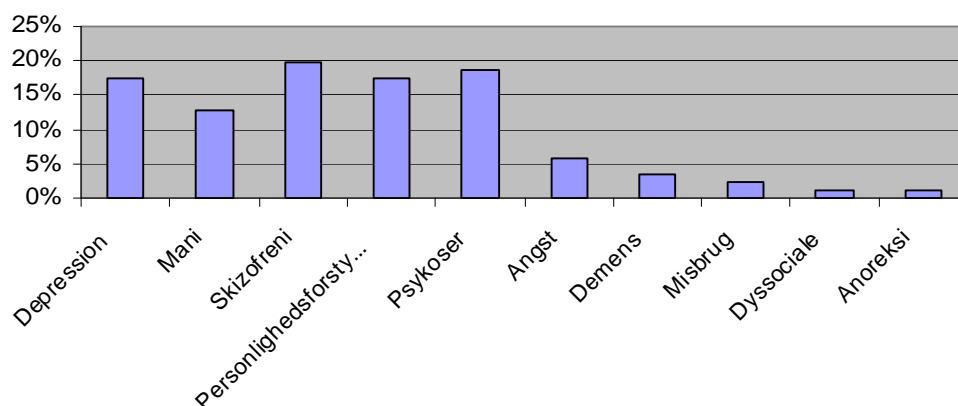
- Depression 17,4 %
- Mani 12,8 %
- Skizofreni 19,8 %
- Personlighedsforstyrrelser 17,4 %
- Psykoser 18,6 %

Andet

- Angst 5,8 %
- Demens 3,5 %
- Misbrug 2,3 %
- Dyssociale 1,2 %
- Anoreksi 1,2 %

Procentfordelingen er tydeliggjort i søjlediagram på efterfølgende side.

## Diagnoser der behandles med SI



### 6.4. Den kvalitative analyse

Interviewpersonerne og deres baggrund beskrives. Ud fra interviewene beskrives de generelle dysfunktioner indenfor sanseintegrationen. De områder indenfor CMOP, der involveres vil blive beskrevet og analyseret under punkt 6.3.1 sanseintegrative dysfunktioner. Det åndelige vil blive analyseret som det afsluttende punkt under dysfunktioner og ændringer efter behandling. Dette gøres ud fra, at alle interaktioner mellem mennesket, aktiviteterne og omgivelserne påvirker det åndelige. De sanseintegrerende behandlinger, der benyttes, vil blive beskrevet i punkt 6.3.2 sanseintegrerende behandling. De ændringer, der ses efterfølgende, vil blive beskrevet i punkt 6.3.3 observerede ændringer ved sanseintegrativ behandling.

Interviewperson A har arbejdet med sanseintegrationsbehandling i ti måneder. Behandlingen er et tilbud, der er målrettet til patienter med diagnosen skizofreni. Behandlingen forgår hovedsagelig som gruppeaktiviteter.

Interviewperson B har arbejdet med sanseintegrationsbehandling i to år henholdsvis på en akut modtageafdeling og en rehabiliteringsafdeling. Behandlingen bliver fortrinsvis benyttet som individuel behandling.

Interviewperson C har arbejdet med sanseintegrationsbehandling igennem 25 år, og var en af de første, der benyttede behandlingen til voksne. Igennem de sidste 20 år har C benyttet behandlingen til patienter med en psykiatrisk diagnose. I de første ti år benyttede C behandlingen, hvor det blev tænkt ind i aktiviteterne. Igennem de sidste ti år har C også benyttet behandlingen til specifikke forløb.

Patienterne har været indlagt på lukket afsnit, hvor de er startet op på behandlingen. Efter udskrivelse er behandlingen fortsat i ambulante regi.

Terapeuterne har observeret og beskrevet, hvordan dysfunktionerne påvirker patienterne i deres aktivitetsdeltagelse. I den efterfølgende analyse vil data blive analyseret ud fra aspekterne indenfor CMOP, startende med mennesket og de aspekter, der påvirkes. Derefter analyseres de områder, der påvirkes i aktiviteterne og i omgivelserne. SI-teorien og hjernens blokinddeling vil blive benyttet til at understøtte de observerede dysfunktioner. Ved kilder af McCallion omhandlende sanseintegration er der taget udgangspunktet i Kings arbejde.

De indrykkede tekstpassager er citater fra interviewpersonerne.

#### **6.4.1 Sanseintegrative dysfunktioner**

De interviewede personer har observeret sanseintegrative dysfunktioner indenfor de tre primære sanseområder, den vestibulære, den proprioceptive og den taktile sans.

I det fysiske område i mennesket i CMOP vil dysfunktioner fra den enkelte sans blive beskrevet særskilt. I de øvrige områder i CMOP vil deres påvirkninger blive beskrevet samlet. Dette gøres ud fra, at de primære sanser påvirker de samme områder indenfor det kognitive og det affektive, og derfor ikke kan specificeres.

##### **6.4.1.1 Mennesket**

###### Det fysiske

Dysfunktioner i det vestibulære system giver patienterne nedsat muskeltonus, hvilket medfører, at de hurtigt udtrættes.

En del af patienterne med diagnosen skizofreni har en dårlig kropsholdning (s-kurvet), hvor hovedet holdes fikseret, skuldrene er skudt frem og ryggen er krummet. Denne s – kurvning af kroppen er fremkommet ved stramning af halsmusklerne og de forreste muskler, og musklerne på bagsiden af kroppen er slappe.

En del af patienterne slæber fødderne, når de går, og en del vandrer hvileløst rundt.

De har problemer med at holde balancen, hvilket er medvirkende til, at de har modvilje mod anstrengende fysisk aktivitet. Tillige har en del af patienterne modvilje mod at bevæge hovedet, samt bevægelse af armene over skulderhøjde. Deres koordinationsevne er nedsat, og de har svært ved at arbejde bilateralt.

*Det er ikke fordi, han er træt og sidder og næsten vælter ud af sengen, men hans bevægelsesmønster er fuldstændig rigtigt. Han har svært ved at bevæge sig.*

*Når han for eksempel skal tage en cigaret, famler han med den højre hånd og krydser ikke midtlinjen og bruger ikke den venstre hånd. Der sker det samme, når han spiller badminton.*

Patienternes arousal er nedsat på grund af dysfunktioner i den vestibulære sanseintegration i blok I, der regulerer vågenhed og reaktionsberedskab, herunder muskeltonus (Freltofte og Pedersen 2004:122).

Ifølge Ayres (2002:86) bliver den grundlæggende reference for alle vore sanseoplevelser dannet ved hjælp af de sanseindtryk, vi får fra tyngdekraften. Ligeledes skriver hun, at det er impulser fra det vestibulære system, der oparbejder muskeltonus, specielt i musklerne på bagsiden af kroppen, der holder os i opret stilling. Når der ikke er den muskeltonus, der er behov for, skal der bruges mange kræfter eller megen koncentration på at arbejde imod tyngdekraften. Den vestibulære sansning organiserer desuden flere af de posturale- og ligevægtsreaktioner. For at hænder og arme skal kunne arbejde ordentligt, er det nødvendigt, at kroppen kan sanse og bevæge sig som en helhed (2002:89-90).

Endvidere siger hun (s.100), ved at underreagerende vestibulær respons vil den bilaterale integration af de to kropshalvdele være dårlig. Dette vil give besvær med koordinationen af venstre og højre hånd. Overreagerende vestibulær respons giver utryghed overfor tyngdekraften og intolerance overfor bevægelse. Ved utryghed overfor tyngdekraften, er det impulser fra receptorerne, der medfører overfølsomhed. Overfølsomheden bevirker, at hovedets stilling er meget kritisk for disse patienter, da kroppens eller hovedets stilling kan give utryghed, selv uden at være i bevægelse (2002: 103-105).

Ifølge McCallion (2005:144) vil dysfunktioner i det vestibulære og det proprioceptive system fremkalde typiske holdnings- og bevægelsesmønstre, der udløses af frygt for at falde, hvilket medfører en betydelig angst. Dysfunktionerne vil ligeledes medføre, at bevægelser ikke foregår automatisk, men der er behov for at tænke over disse.

Ved dysfunktioner i det proprioceptive system er patienternes kropsopfattelse nedsat. Flere har svært ved at mærke deres kropsgrenser og kan ikke holde ud at andre kommer tæt på dem. Dette er medvirkende til, at de ikke formår at deltage i aktiviteter, hvor de bevæger sig for tæt på hinanden. Dette gøres eksempelvis ved opvarmning, hvor man drejer rundt, og der er nogen foran og bagved én.

På baggrund af, at deres bevægelser ikke er automatiserede, er bevægelserne klodsede og kejtede samt bevægelsesmønstrene rigide. Den manglende automatisering medfører ligeledes, at de hurtigt udtrættes, idet de hele tiden bruger ressourcer på at udføre de forskellige bevægelser. Desuden har de problemer med at regulere muskelkraften, hvilket er med til at give dem mange uheld, eksempelvis taber de ofte ting.

*For at kunne mærke sig selv er der nogle af patienterne, der ryger hash eller tager stoffer, hvis de er hjemme i weekenderne eller har udgang. Ligeledes for at kunne mærke sig selv, er der en del, der overspiser eller skærer i sig selv. Hvis de er psykotiske, og især hvis de er skizofrene, kan de have svært ved at afgrænse sig selv og deres krop.*

Ifølge Ayres (2002:46-47) sker den proprioceptive sansning igennem bevægelse, og den proprioceptive sans hjælper tillige med at få os bevæget. Endvidere siger hun (s.112), at bevægelse er nødvendig for, at vi kan passe på os selv, eksempelvis ved fald eller flugt. Bevægelse giver os mulighed for at komme til de steder, vi har lyst til. Tillige benyttes bevægelse som en del af vores kommunikation med andre i form af kropssproget.

Ifølge McCallion (2005: 144), vil dysfunktioner i den taktile og den proprioceptive integration blokere for, at der dannes en konstant grænse mellem det, der udgør personen og det, der udgør omgivelserne. Den dårlige sanseintegration vanskeliggør desuden udviklingen af det biologiske grundlag for kropsbillede og selvbillede, kropsskemaet.

Dysfunktioner i det taktile system medfører, at en del af patienterne har konstant stress, der tiltager op ad dagen. Berøring opleves som ubehag, af og til grænsende til smerte, hvilket giver et behov for stort personligt rum. En del af patienterne føler et stort ubehag, når tøjet rører ved huden, og piller/retter på tøjet hele tiden. Nogle går med meget tyndt tøj, ligegyldigt hvor koldt det er. Andre har ofte tøj på i flere lag for bedre at kunne mærke sig selv.

*En del af patienterne er unge misbrugere, der blev svigtet som børn blandt andet ved, at de aldrig blev rørt ved. De har meget behov for at få omsorg og tryghed.*

Ifølge Ayres (2002:32) danner de sanseoplevelser, der modtages fra huden et billede af, hvor kroppen begynder, og hvor den ender. Dette giver en

sensorisk bevidsthed om kroppen, der er mere fundamentalt en det, der opnås visuelt.

Ligeledes skriver hun, at den taktile diskrimination påvirkes ved forstyrrelser i hvilket som helst område af hjernen. Ved manglende stimulation af den taktile sans, vil den hurtigt blive disorganiseret (2002:119).

Endvidere siger hun (s.136-138), ved taktil skyhed er det beskyttende system for aktivt og det diskriminerende for passivt. Ved svigtende taktil stimulering øges den taktile skyhed. Eksempelvis vil raske og velfungerende individer, der udelukkes fra sanseoplevelser i få timer, blive ekstra pirrelige og afledelige i et stykke tid efter tilbagevenden til normale omgivelser.

*Motorisk uro gør det svært for patienterne at slappe af og finde ro, blandt andet i forbindelse med afspænding.*

Endvidere siger hun (s. 78), at hyperaktivitet opstår på grundlag af, at de grundlæggende sanseprocesser ikke kan holde mennesket i ro, grundet manglende sortering af stimuli.

Den manglende sortering af taktile sansestimuli, giver rastløshed for at dæmpe ubehaget (2002:132).

#### Det kognitive

Dysfunktionerne i de primære sanser medfører, at en del af patienterne har nedsat arousal, der medvirker til nedsættelse af deres opmærksomhed og koncentrationsevne. En del har vrangforestillinger, og flere er psykotiske og er syns- og høre hallucinerede. Deres realitetssans er nedsat, og de mangler sygdomserkendelse.

*Han bliver psykotisk og dårlig af stilheden og roen.*

*Hun havde en periode, hvor hun blev psykotisk af musikken, hun kunne for eksempel ikke tåle at høre fløjte.*

*De vil kunne få en fornemmelse af, at vi ligesom er én person, hvis jeg går ind og lægger min hånd på deres krop.*

De har nedsat arousal på grund af manglende regulering af vågenheden fra blok I. Desuden er der dysfunktioner i blok II, der analyserer, behandler og opbevarer informationer – danner personens virkelighedsopfattelse (Freltofte og Pedersen 2004:122).

Ifølge Ayres (2002: 214) er perception, den subjektive betydning, som hjernen tillægger de objektive sanseinformationer. Ligeledes skriver hun



(2002: 27), ved visuel perception integreres sanseindtryk fra den vestibulære sans (tyngde og bevægelse), sansning fra øjet muskler, samt sansning fra halsen. Endvidere siger hun (s.45), at det er svært at få mening i det vi hører, hvis ikke det bliver blandet med andre typer af sansning, herunder den vestibulære.

McCallion (2005:144) referer til J.Chapman, der siger, at manglen på konstans i perceptionen, menes at være årsag til hallucinationer.

#### Det affektive

Dysfunktionerne i de primære sanser medfører, at flere af patienterne ud over det fysiske ubehag det giver dem, har modvilje mod at løfte hovedet og se folk i øjnene. Det er svært for dem at skulle kaste noget til nogen (give slip på tingene) og tage imod. De er urolige og angste og har svært ved at være i relation med andre. En del formår ikke at have den tætte kontakt, eksempelvis i forbindelse med behandling med ball-stik.

*I starten af forløbet kunne jeg ikke bruge ball-stik i behandlingen, hun kunne ikke holde ud, at andre kom så tæt på hende.*

*Det er grænseoverskridende for ham at skulle benytte begge hænder, krydse midtlinjen, svinge armene og dreje rundt i forbindelse med opvarmning før sportsaktiviteter.*

Vores adfærd styres af blok III, på baggrund af styringen af vågenheden fra blok I, virkelighedsopfattelsen i blok II og de overvejelser, der forgår i blok III (Freltofte og Pedersen 2004:122).

Ifølge Ayres (2002:46) har det taktile system en vital rolle i den menneskelige adfærd både fysisk og psykisk. Ligeledes skriver hun (2002:157), at organiseringen af indtryk og reaktioner på disse, er det mest grundlæggende element i den menneskelige adfærd.

Endvidere siger hun (s.78), at det er angstfremkaldende, når de taktile og de vestibulære sanseindtryk ikke kan reguleres, samt at den følelsesmæssige stabilitet bygger på funktionerne fra de primære sanser.

Den største tryghedskilde er forholdet til tyngdekraften (2002:106).

#### **6.4.1.2 Aktiviteter**

##### Egen-omsorg

Der er en del af patienterne, der ikke formår at deltage i aktiviteter, der foregår uden for hospitalets velkendte rammer.



## Arbejde

Flertallet af patienterne er ikke tilknyttet arbejdsmarkedet. En del af patienterne arbejder på et beskyttet værksted, og for nogle kan det være svært at komme af sted til aftaler.

## Fritid

Flere af patienterne er inaktive og mangler motivation, hvilket hindrer dem i deltagelsen i fritidsaktiviteter.

Dysfunktionerne i de primære sanser, er årsag til den manglende deltagelse i aktiviteter, og er fælles for de tre aktivitetsområder. Dysfunktionerne ligger tillige til grund for de problematikker, der ligger i det menneskelige aspekt, samt den påvirkning det medfører i den samlede model for aktivitetsudøvelse (CMOP).

### **6.4.1.3 Omgivelser**

#### Sociale

På baggrund af dysfunktionerne i de primære sanser er der flere af patienterne, der ikke formår at have tæt kontakt til andre. Problemerne ved ikke at kunne have den tætte kontakt medfører, at relationer til andre bliver dårlig. Den manglende evne til at have relationer til andre giver også problemer i forhold til at have venner eller være sammen med en kæreste. Nogle af de patienter, der blev sviget som børn er følelsesmæssigt som børn/teenagere, eksempelvis ved manglende empati. Dette giver også problemer i forhold til at opbygge relationer til andre på grund af forskelle i forventninger i forholdet, enten det er som venner eller kærester. På baggrund af dette isolerer en del af patienterne sig, hvilket medfører at de taber de sociale færdigheder, der kræves i samværet med andre.

*For en del af patienterne er det svært at begå sig i afsnittene. For en af dem, der arbejder på det beskyttede værksted, har vedkommende svært ved at begå sig der.*

Interaktionen med andre er problematisk på grund af dysfunktioner i integrationen af de tre primære sanser.

Ifølge Ayres (2002:34) dannes grundlaget for gode relationer til andre ved integrationen af sanseindtryk.

Ligeledes skriver hun (2002:46-53), at det taktile system har stor betydning for menneskelige adfærd, fysisk som psykisk. For udvikling af den følelsesmæssige sikkerhed og uafhængighed er det nødvendigt med mange berøringsoplevelser. Endvidere siger hun (s.132-133), at ved taktil skyhed vil

berøringsoplevelser føles som ubehag, og den tætte kontakt med andre undgås.

Til udvikling af de sensoriske, motoriske og intellektuelle funktioner i tilstrækkelig grad, har børn brug for at være i berøring med mennesker og ting(2002:68).

Endvidere siger hun (s.94), at de sociale forhold kan påvirkes af vestibulære forstyrrelser. Dette på baggrund af manglende vurdering af, hvor tæt man befinder sig på andre, samt hvor meget plads man har brug for ved bevægelse i nærheden af andre.

Ved at have et usikkert forhold til tyngdekraften, vil alle andre relationer sandsynligvis blive lige så usikre (2002:106).

### Institutionelle

Der beskrives patientforløb fra forskellige afsnit, blandt andet fra åbne og lukkede afsnit, akut og rehabiliteringsafsnit, samt forløb fra efterfølgende ambulante behandling. Indlæggelsestiden i de beskrevne forløb varierer en del, fra måneder til flere års indlæggelser på lukket afsnit. En del patienter er indlagt flere gange i løbet af et år.

### Det åndelige

Det åndelige påvirkes ved at de primære sanser ikke fungerer optimalt. En del af patienternes motivation er nedsat. En af årsagerne til dette kan være på grund af, at de skal bruge mange ressourcer på at udføre alle bevægelser. Deres bevægelser er tillige klodsede og de er ofte uheldige, hvilket giver dem en følelse af ikke at være tilstrækkelige i forhold til andre. Denne følelse af utilstrækkelighed giver dem et nedsat selvværd.

Denne følelse påvirker desuden patienternes motivation, så den nedsættes yderligere. Disse negative påvirkninger medfører, at en del af patienterne isolerer sig og yderligere taber deres fysiske og sociale færdigheder, samt nedsætter deres deltagelse i aktiviteter.

*Jeg har lokket ham med til badminton, og med lokket mener jeg, det var ikke motivationen, der kom fra ham.*

*De sidder i en stol og ryger cigaretter, drikker kaffe og laver ingenting.*

Patienternes manglende selvfølelse og motivation kan have deres årsag i dysfunktioner i sanseintegrationen. Ifølge Ayres (2002:179) medfører de sanseintegrative dysfunktioner en nedsat kompetence i forhold til ligesindede. På baggrund af dette nedsættes aktivitetsdeltagelsen, hvilket medfører at en negativ spiral startes, hvor dysfunktionerne forstærkes på grund af inaktivitet.

Ligeledes skriver hun (2002:76), at slutproduktet af sanseintegrationen har indflydelse på menneskets selvrespekt, selvkontrol og selvtillid, koncentrationsevne, organisationsevne, dets evne til at indlære, til at tænke abstrakt og til at ræsonnere, samt specialisering af hjernens og kroppens to halvdele.

#### **6.4.2 Sanseintegrerende behandling**

Terapeuterne beskriver gruppeaktiviteter med sanseintegrationsøvelser med forskellige temaer fra gang til gang alt efter patienternes behov, eksempelvis afrikansk dans, aktiviteter med en stor faldskærm, badminton og stavgang.

##### **6.4.2.1 Gruppeaktiviteter**

En af gruppeaktiviteterne er sanseintegrationstræning, hvor der arbejdes med forskellige temaer i en periode. Ved afrikansk dans stimuleres den vestibulære sans i forbindelse med bevægelser i forhold til tyngde - og centrifugalkraften. Den proprioceptive sans stimuleres i forhold til at trampe rytmen.

Ved brug af faldskærmen stimuleres den vestibulære sans, når faldskærmen løftes i vejret og sænkes mod gulvet. Den proprioceptive sans stimuleres ved skift af pladser under faldskærmen. Den taktile sans stimuleres når der røres ved faldskærmen og den rører ved en, samt det sus det giver, når den bevæges i luften.

Ved badminton stimuleres den vestibulære sans, når bolden er i spil. Den proprioceptive sans stimuleres i forbindelse med at nå bolden, samt ved skud.

Ved stavgang stimuleres den proprioceptive sans ved gang samt ved brug af stavene.

##### **6.4.2.2 Individuelle aktiviteter**

De individuelle behandlinger benyttes indenfor blandt andet børstning, ball-stik og kugledyne. Til at forøge arousal benyttes eksempelvis musik og aromaterapi.

Ved børstning stimuleres den taktile sans, og den proprioceptive sans stimuleres ved den efterfølgende approximation af leddene.

Brug af ball-stik samt kugledynen stimulerer den taktile sans ved berøringen af huden, samt den proprioceptive sans ved tryk på huden.

Ifølge Ayres (2002: 169) er sanseintegrationsterapi et holistisk begreb, hvor kroppen, dens sanser og hjernen involveres. Ligeledes skriver hun (2002:180),

at den bedste måde til forbedring af hjernens arbejdsområder er igennem meningsfulde fysiske aktiviteter.

Fælles for aktiviteterne er at, kravene i den enkelte aktivitet hele tiden forsøges holdt indenfor patienternes nærmeste udviklingszone. Dette gøres for at fremme motivationen og give mulighed for udvikling og undgå, at patienterne lider nederlag eller opgiver aktiviteten (Borg et al. 2003:382). Hanson (2002:2) siger, at ved at fremme den menneskelige aktivitet, bliver mennesker i stand til at vælge, tilrettelægge og udføre aktiviteter, som de finder meningsfulde i det omgivende miljø. Ligeledes refererer han til Laliberte og MacGregor (2002:39), der siger, at hvis personen oplever at have kontrol over aktiviteten, og den passer til vedkommendes ressourcer vil den være effektiv i en behandling.

Terapeuterne beskriver i interviewene deres observationer af, hvilken indflydelse behandlingen har på patienternes aktivitetsdeltagelse. I det efterfølgende vil data blive struktureret og analyseret ud fra samme opstilling som ved struktureringen og analysen af dysfunktionernes påvirkning på aktivitetsdeltagelse. Teorierne fra dette punkt benyttes ligeledes i analysen.

### **6.4.3 Observerede ændringer ved sanseintegrativ behandling**

Ved den sanseintegrerende behandling påvirkes de primære sanser. Under dette punkt ses på, hvordan de sanseintegrerende aktiviteter giver ændringer i forhold til områderne indenfor CMOP.

#### **6.4.3.1 Mennesket**

##### Fysiske

Fælles for aktiviteterne er, at det øger patienternes arousal og derved deres muskeltonus ved større beredskab.

Ved aktiviteten badminton, brydes patientens rigide bevægelsesmønster, og midtlinjen kan krydses, vedkommende kan benytte begge hænder og samle bolden op.

Patienterne får kendskab til egen krop og dennes formåen ved at bruge den i aktiviteter, hvilket giver en større sikkerhed i bevægelserne.

Ved brugen af faldskærm i aktivitet ses der forbedringer i forhold til patienternes holdning og opmærksomhed, ved at de eksempelvis bliver nødt til at løfte hovedet for at få øjenkontakt med én, de skal bytte plads med.

Børstning, brug af ball-stik og kugledyne har hjulpet flere af patienterne til at afgrænse deres krop. Dette har givet dem en indre ro og gjort det muligt for dem at slappe af. Nogle patienter har kunnet lade være at tage ekstra medicin, enkelte har undgået bæltefiksering, og en del af de selvskadende patienter er holdt op med den destruktive adfærd.

*Efter ball- stik behandling er en af patienterne, som har haft utrolig svært ved at sove og svært ved at finde ro, kommet efter to timer og sagt: ” jeg har aldrig kunnet sove til middag”.*

Grundlæggende beskriver patienterne, at deres motoriske uro mindskes i forbindelse med og efter aktivitetsdeltagelse.

Ifølge Ayres (2002:92-94), vil den vestibulære stimulering holde nervesystemets alarmeringstilstand afbalanceret, give en bedre rumopfattelse og forøge den tyngdemæssige sikkerhed. Ligeledes beskriver hun (2002:163), hvordan D. Clark og kolleger fandt, at man ved vestibulær stimulation kan forbedre udviklingen af motoriske færdigheder. Endvidere siger hun (s. 165-168), at vestibulær og taktil stimulation virker positivt på hele nervesystemet.

Ved børstning, ball-stik og tryk fra kugledyne vil der blive sendt impulser til hjernen, som vil organisere den.

Det dybe tryk organiserer eksempelvis indtrykkene ved taktil skyhed, hyperaktivitet og manglende koncentration, og har en beroligende effekt (Ayres 2002:168).

### Cognitive

De sanseintegrerende aktiviteter, gruppe såvel som individuelle øger flere af patienternes arousal, hvilket gør dem mere nærværende i forhold til deres omgivelser. Tillige øges deres koncentration i forhold til at kunne samle sig ved forskellige aktiviteter, og der ses en forbedring i forståelsen ved modtagelse af informationer. Nogle patienter har kunnet genoptage tidligere funktioner, eksempelvis cykling.

En del af patienterne er blevet psykotiske i forbindelse med behandling med ball-stik og ved sanseintegrationstræning og den efterfølgende afspænding.

*Han har virkelig kunnet sætte ord på, hvad det gør ved ham, hvilken ro der kommer, hvordan det psykotiske bliver skubbet i baggrunden. Han formår resten af dagen at finde den ro, til at tankerne bliver skubbet til side, og hjernen får ro på alle impulserne.*

Ifølge Ayres (2002:172), vil den forbedrede sanseintegration hjælpe på den del af nervesystemet, der organiserer tanker og følelser.

### Affektive

Aktiviteterne badminton og brugen af faldskærmen har været med til at fremme livsglæden. En del patienter har oplevet at være i Flow, idet udfordringerne har balanceret i forhold til de krav, der blev stillet for at udføre aktiviteten og deres formåen. Patienterne kan holde ud at få øjenkontakt med én, og de viser deres glæde ved smil og udadvendthed i aktiviteterne. Stimuleringen af de primære sanser giver patienterne fysisk overskud, og det medfører blandt andet, at de får flere følelsesmæssige ressourcer i relationen og kan føle empati.

*I badminton overskred han sin grænse og glemte alt om, at han ikke kunne krydse midtlinjen og brugte begge hænder i forbindelse med at samle bolden op.*

*Efter at patienten var flyttet for sig selv, lukkede hun selv op for mig (terapeuten) og bød mig velkommen. Hun begyndte at føle omsorg for andre, eksempelvis spurgte hun til, om jeg frøs, når det var koldt.*

Endvidere siger Ayres (s.15), at mennesket er skabt til at glædes over ting, der fremmer hjernens udvikling. På baggrund af dette søger vi naturligt de sanseoplevelser, som hjælper med til at organisere vores hjerne.

### **6.4.3.2 Aktiviteterne**

Generelt ses der et større overskud til deltagelse i de forskellige aktiviteter.

#### Egen-omsorg

De patienter, der ikke kunne formå at deltage i aktiviteter, der foregik uden for hospitalet, er efter behandlingen begyndt at deltage i alle de daglige opgaver, der er i hverdagen. Efter udskrivelse kan en af patienterne sammen med personalet tage til byen og købe madvarer såvel som tøj. En anden patient er efter udskrivelse begyndt at cykle for at kunne hente sit barn i skolen.

#### Arbejde

For de patienter, hvor det har været svært at komme af sted til arbejdet på de beskyttede værksteder, ses en forbedring, ved at de kan komme af sted uden problemer. Ligeledes er deltagelsen i de øvrige aktiviteter på afsnittet blevet forøget.

### Fritid

En del af patienterne er blevet mere aktive, eksempelvis går lange ture og vil begynde at løbe.

### **6.4.3.3 Omgivelserne**

#### Sociale

Ved gruppeaktiviteter, eksempelvis opvarmning i forbindelse med sanseintegrationstræning og ved brug af faldskærm, er der flere af patienterne, der formår at tåle den tætte kontakt til andre. Der ses en tydelig forbedring i kontaktevnen, og relationerne til andre forbedres, hvilket gør det lettere at begå sig i afsnittet og på deres arbejde i de beskyttede værksteder.

Ved behandling med ball-stik, formår patienterne at være i den tætte kontakt, der er ved denne behandling.

*Hun nyder, at vi kan bruge en ball-stik og komme i bund med nogle af de problemer omkring at kunne tåle berøring.*

Ifølge Ayres (2002:95) bygger vores forhold til andre mennesker på den tyngdemæssige sikkerhed, da tyngdekraften er det grundlæggende fundament for mennesket.

#### Institutionelle

Flere af patienterne kan flyttes fra lukkede til åbne afsnit og kan udskrives senere hen.

*Efter flere års indlæggelse på lukket afsnit, er hun flyttet til et rækkehus med døgnpersonale og har en velfungerende hverdag.*

#### Åndelige

I forbindelse med deltagelse i sanseintegrative aktiviteter forøges patienternes motivation og selvtillid, ved at de mærker at de får mere kontrol over deres krop. Deres selvtillid øges desuden ved den accept, de får fra andre mennesker. Dette gør det lettere for patienterne at være sammen med andre og opbygge et tillidsforhold. Den øgede selvtillid er med til yderligere at motivere til deltagelse i hverdagens aktiviteter. Deltagelsen i meningsfulde aktiviteter strukturerer deres hverdag og er med til at øge deres livskvalitet.

*Han blev grebet af at spille badminton og gjorde de ting, som han har kunnet, når han har haft det bedre.*

*Når faldskærmen var oppe, fik han øjenkontakt med én, og vi byttede plads, det synes han var sjovt og ville det hele tiden.*



Nogle af patienterne har fået en FLOW-oplevelse, hvilket har gjort aktiviteten meningsfuld for dem, og er med til at øge deres motivation (Borg et al. 2003:111). Flow-oplevelser er af stor betydning for udvikling af selvet og for menneskets oplevelse af livskvalitet (Borg et al. 2003:282).

Ifølge Ayres (2002:44) har hjernen brug for til stadighed at blive påvirket sensorisk for at udvikle sig og fungere, da sanseoplevelser giver næring til nervesystemet. På baggrund af dette er det vigtigt at finde dét, der kan give den enkelte motivation til at deltage i aktiviteter. Ligeledes skriver hun (s. 178), at forbedringer i de vestibulære funktioner vil give en indre styring i forhold til omgivelser og andre mennesker. Menneskets selvtillid er baseret på dets evne til at styre sig selv.

McCallion (2005:139) siger, at kropsbilledet er vigtigt for vores selvopfattelse i form af individualitet (holdninger, værdier) og sit værd som person.

#### **6.4.4 Langsigtet effekt**

To af de interviewede terapeuter giver udtryk for, at de ikke er i tvivl om, at sanseintegrationen hjælper godt og giver redskaber til at tackle nogle svære situationer. De kan ikke sige entydigt, at der er en effekt på lang sigt. Den tredje terapeut har erfaring for, at der er effekt på lang sigt. Hun beskriver blandt andet et forløb, hvor en patient efter at have været indlagt på lukket afsnit igennem flere år fik intensiv sanseintegrationsbehandling. Inden patienten startede op med sanseintegrationsbehandlingen var hun selvskadende ved at skære i selv. I forbindelse med og efter at hun blev givet behandling, er hun holdt op med at være selvskadende. Efter at være trappet ud af behandlingen har effekten været kontinuerlig, og det har været muligt for patienten at flytte i et rækkehus med døgnpersonale og få en almindelig hverdag.

#### **6.4.5 Kortsigtet effekt**

De to ovennævnte terapeuter er enige om, at det er i nuet, at sanseintegrationsbehandlingen har en effekt. Det giver en ændring, som kan gøre, at den dag bliver god. Det er kortvarige ændringer, som de mener, er gode men ikke kan benyttes til evidensbaseret.

De giver udtryk for, at det kan være svært at vide, hvad det er, der virker. Blandt andet fordi en del af patienterne får meget medicin, og det er tillige med til at forbedre patienternes tilstand.

De pointerer tillige, at det kan være svært at måle, om det er sanseintegrationsbehandlingen eller om det er relationen mellem dem og

patienten, der har betydning for forbedringerne. Det ene udelukker ikke det andet, men det er svært at måle, hvad der er årsag til forbedringen.

Et af de redskaber de har til at måle effekten er de tilkendegivelser de får fra de patienter, der kan sætte ord på deres følelser. En af patienterne har udtalt: ”Jeg havde sådan en god dag i går, fordi vi var af sted”. En anden siger: ”at sanseintegrationsøvelserne har været med til, at jeg har fået lyst til at gå lange ture, og jeg vil starte med at løbe”.

Terapeuterne giver udtryk for at andre faggrupper vil mene, at det er på grund af den ro, der er på et lukket afsnit eller på grund af medicinen, at patienterne får det bedre.

#### **6.4.6 Negativ effekt**

Terapeuterne har erfaret, at hvis der gives ball-stik i mere end et kvarter, kan patienterne blive overstimuleret. De begynder at blive urolige igen, da stimuleringen giver uro i kroppen.

Tillige har de i forbindelse med benyttelse af kugledynen erfaret, at den har været brugt i et sådan omfang, at nogle af patienterne har været overstimuleret, så de ikke har kunnet komme ud af sengen (ikke haft lyst til at stå op).

I forbindelse med sanseintegrationsøvelserne og afslapningen har de erfaret, at der er nogle af patienterne, der bliver psykotiske af den musik, der benyttes.

#### **6.4.7 Dokumentation af behandlingen**

Terapeuterne giver udtryk for, at det er svært at måle effekten af behandlingen, da ændringerne ses i forhold til deltagelse og livskvalitet, hvilket er områder, der ikke kan måles og vejes. Det er væsentligt at få dokumenteret, de ændringer de observerer i forbindelse med benyttelse af behandlingen, hvis denne skal bevares som et tilbud til patienterne.

Dokumentationen er ligeledes af væsentlig betydning i forhold til at, bevidstgøre de øvrige faggrupper om det ergoterapeutiske arbejde.

### **6.5. Vurdering af teorier og metoder**

Under dette punkt vil benyttede teorier og metoder blive vurderet særskilt i forhold til den kvantitative og den kvalitative undersøgelse. Ligeledes beskrives validitet og reliabilitet særskilt for de respektive undersøgelser.

### **6.5.1 Den kvantitative undersøgelse**

#### Teori og metode

På baggrund af problematikkerne i problemformuleringen: i hvilket omfang benytter danske ergoterapeuter sanseintegrationsbehandling, har benyttelsen af den beskrivende forskningstype givet oplysninger fra et bredt område på kort tid ved spørgeskemaet i tværsnitsundersøgelsen.

Den nominale skala har været ideel til strukturering af de indsamlede data, da spørgeskemaet er opbygget til klassificering.

Ulempen ved benyttelsen af spørgeskema er, at det skal være entydigt formuleret og begreberne defineret præcist.

#### Indre validitet

Resultaterne af tværsnitsundersøgelsen samt den deskriptive statistiske analyse har belyst de operationelle begreber i problemformuleringen.

Svarprocenten på tværsnitsundersøgelsen er 76,5 %, hvilket gør den dækkende for hele populationen ifølge Launsø og Rieper (2005:126).

#### Ydre validitet

Projektet er ikke sammenligneligt med andre projekter, da det ikke har været muligt at fremskaffe forskning indenfor området.

#### Reliabilitet

Definitionerne på niveauerne, for sanseintegrationsbehandling var ikke defineret tydeligt, hvilket har resulteret i tvetydighed i forhold til resultaterne af punktet. Dette kunne have været undgået, ved at svarpersonerne ikke var anonymiseret i undersøgelsen, men i opgaven. Det ville have givet mulighed for at kontakte de adspurgte for afklaring af tvivlsspørgsmål, eksempelvis i forhold til at der et sted benyttes sansestimulation, uden at dette defineres.

Da der er givet flere svarmuligheder i forhold til benyttelse af behandlingsniveauer og omfanget af brugen af behandlingen mindskes generaliserbarheden.

Entydigt kan der ikke generaliseres om, hvorvidt behandlingsniveauet stemmer overens med omfanget af behandlingen. Spørgsmålet skulle være formuleret, så der blev svaret, hvilket behandlingsniveau der blev benyttet i hvilket omfang, eksempelvis A benyttes dagligt.

I forbindelse med muligheden for at tilføje andre diagnosegrupper, der behandles med sanseintegrerende behandling, er der risiko for at svarpersonerne har undladt at tilføje diagnoser. Procentfordelingen ville

eventuelt have været anderledes, hvis de tilføjede diagnosegrupper havde været til stede til afkrydsning fra starten.

### **6.5.2 Den kvalitative undersøgelse**

Undersøgelsen er foretaget ved interview af tre personer, der har beskrevet deres erfaringer med behandlingen og observeret ændringer på henholdsvis kort som lang sigt.

#### Teorier og metoder

På baggrund af problematikkerne i problemformuleringen, hvilke erfaringer har ergoterapeuter med brugen og effekten af behandlingen, har den forstående forskningstype givet uddybende oplysninger fra få kvalitative forskningsinterviews.

Ved analysen har benyttelsen af ad-hoc metoden været ideel i forhold til den frihed, den har givet til at strukturere fremgangsmåden i forhold til tematisering af data ud fra SI-teorien og den efterfølgende strukturering og analysering ud fra områderne i CMOP.

Ulempen ved brug af det kvalitative forskningsinterview er, at det kræver overblik i interviewsituationen til at kunne indsamle nødvendige data, og strukturere dem, uden at tolke i processen. Dette blev vanskeliggjort ved benyttelse af den fænomenologiske tilgang i de to første interviewsituationer, hvor fokus var rettet mod det sagte og ikke mod de nødvendige data i forhold til besvarelse af problemformuleringen.

I de to interviewsituationer er der arbejdet ud fra den fænomenologiske tilgang og taget udgangspunkt i det fortalte. Efter overordnet analyse af de to interviews blev der taget udgangspunkt i området omkring langsigtet effekt, der manglede at blive belyst. Dette medførte en hermeneutisk tilgang i den tredje interviewsituation, hvor fokus var på de manglende oplysninger, hvilket gjorde interviewet struktureret.

#### Indre validitet

Resultatet af det kvalitative forskningsinterview samt analyse ved ad-hoc metoden har belyst de nominelle begreber i problemformuleringen.

Til validering af de interviewedes oplysninger er der stillet kontrolspørgsmål i forbindelse med interviewet for at afklare misforståelser (Kvale 2002:107). På baggrund af forskelle i benyttelsen af behandlingen vurderes det, at resultaterne fra den kvalitative del af undersøgelsen ikke er overførbare, idet de ikke kan overføres til beslægtede kontekster, hvilket der kræves ifølge Launsø og Rieper (2005:29).

De siger endvidere (s.30), at resultaterne af fortolkningen ikke kan verificeres på samme måde som ved den beskrivende og den forklarende forskningstype, men de må argumenteres og diskuteres. Undersøgelsen bygger på ergoterapeuters erfaringer og individuelle tilgang til behandlingen, hvilket medfører, at resultaterne ikke er sammenlignelige.

### Ydre validitet

Projektet er ikke sammenligneligt med andre projekter, da disse bygger på kvantitative undersøgelser af patienter og ikke på erfaringer fra ergoterapeuter. Forskningen er endvidere ikke foretaget under de samme forhold og i samme tidsperiode, her tænkes på den udvikling der er sket i sundhedsvæsenet globalt igennem de sidste årtier. Tidligere var en stor del patienterne indlagt i meget lange forløb. Udviklingen indenfor sundhedsvæsenet og oprettelsen af de socialpsykiatriske tilbud har medført, at indlæggelsestiden er blevet kortere, og behandlingen fortsættes i patientens nærmiljø.

### Reliabilitet

Ud fra en forhåndsviden om at data ville blive struktureret og analyseret ud fra CMOP, blev alle aspekter ikke afdækket i tilstrækkelig grad. I interviewet var fokus rettet på at spørge ind til dysfunktioner i sanseintegrationen, samt deres påvirkning på selve mennesket. Ud fra denne viden ræsonneredes, at de andre aspekter af modellen kunne udledes ud fra de givne data.

Denne manglende strukturering af interviewene i forhold til den ønskede viden indenfor områderne i CMOP medførte, at områderne egen-omsorg, arbejde, fritid, de fysiske samt de kulturelle omgivelser ikke er tilstrækkelig belyst i interviewene.

Grundet manglende ressourcer og en vurdering af at data i forhold til besvarelse af problemformuleringen er fyldestgørende, er denne del ikke undersøgt yderligere.

Hvis ressourcerne havde været til det, ville det ideelle have været, at udsende spørgeskemaet med den enkeltes navn. Dette ville have gjort det muligt, at udvælge interviewpersoner ud fra, hvor behandlingen blev benyttet specifikt til den enkelte og eventuelt hver dag.

## **7. KONKLUSION**

Under dette punkt beskrives konklusionen for den kvantitative og den kvalitative undersøgelse særskilt.

### **7.1. Kvantitativ undersøgelse**

Sanseintegrationsbehandlingen benyttes på 19 ud af 26 hospitaler, hvor der er ansat ledende ergoterapeuter, 73 %.

Ud fra behandlingsniveauerne er der 15 steder, der benytter behandlingen, hvor det indgår i aktiviteterne, niveau B, 37 %. Niveau A, hvor behandlingen er tilrettelagt specifikt til den enkelte patient, benyttes på 14 steder, 35 %. På 11 steder er omgivelserne indrettet i forhold til principperne i behandlingen, niveau C, 28 %.

Behandlingen benyttes dagligt på 10 ud af 19 hospitaler, 40 %. 10 steder benytter den ugentlig, 40 %. 2 steder benytter den hver 14. dag, 8 % og 3 steder benytter den månedlig, 12 %.

Fordelingen af diagnosegrupper i forhold til de 19 steder, hvor behandlingen benyttes er, patienter med følgende diagnoser, 17,4 % benytter behandlingen til depression, 12,8 % til mani, 19,8 % til skizofreni, 17,4 % til personlighedsforstyrrelser, 18,6 % til psykoser, 5,8 % til angst, 3,5 % til demens, 2,3 % til misbrug, 1,2 % til dyssociale og 1,2 % til anoreksi.

Samlet kan der ses, at behandlingen benyttes oftest til patienter med diagnosen skizofreni. Behandlingen benyttes oftest på niveau B. Den benyttes ligeligt dagligt som ugentligt.

### **7.2. Kvalitative undersøgelse**

Ergoterapeuterne har benyttet sanseintegrerende behandlingen i henholdsvis ti måneder, to år og 25 år og i flere behandlingsforløb. De benytter henholdsvis behandlingen dagligt til enkelte patienter og ugentligt i gruppebehandling.

Behandlingen er iværksat på baggrund af observerede dysfunktioner i de primære sanser, samt den måde hvorpå det kommer til udtryk i aktivitetsdeltagelsen.

Til stimulation af de primære sanser benyttes de sanseintegrerende aktiviteter: badminton, faldskærmsøvelser, stavgang, børstning, ball-stik, kugledyne og sanseintegrationstræning, hvor de sekundære sanser stimuleres med aromaterapi og musik.

Terapeuterne har kunnet måle effekten ved observationer, samt at patienterne har givet udtryk for, at de har haft gavn af behandlingen. Terapeuterne har set ændringer, ved at patienternes fysiske formåen, kropsholdning og bevægelsesmønstre er blevet forbedret. Tillige er deres kropsopfattelse forbedret, hvilket gør dem i stand til at afgrænse sig i forhold til omgivelserne. Deres motoriske og indre uro er nedsat efter behandling. Nogle er blevet apsykotiske, har kunnet undgå bæltefiksering samt ekstra medicin. Det fysiske overskud, den øgede kontrol over egen krop og den indre ro er medvirkende til at patienterne er blevet mere nærværende. Deres koncentration og forståelse i forhold til stillede opgaver forbedret. De ovennævnte ændringer er medvirkende til, at de har fået øget motivation for generel deltagelse og for at udføre aktiviteter på egen hånd. Nogle formår endvidere at deltage i aktiviteter uden for hospitalets trygge rammer. Patienterne er mere udadvendte, har fået større livsglæde, selvtillid samt er blevet opmærksomme på deres omgivelser og er i stand til at forholde sig til disse. Deres kontaktevne er forbedret, ved at de formår at være i en tæt kontakt med andre. Dette gør det lettere at begå sig, og relationerne til andre forbedres og de kan opbygge et tillidsforhold.

Terapeuterne har observeret en negativ effekt, hvis behandlingen bliver givet for længe, eksempelvis bliver patienterne urolige, hvis de stimuleres med ball-stik over et kvarter. Ved overdrevent brug af kugledynen har den haft den effekt, at patienterne er blevet inaktive.

### **7.3. Konklusion på hypotese/for-forståelse**

Vores hypotese om behandlingens udbredelse er blevet bekræftet. Den specifikke behandling rettet til den enkelte er ikke den mest udbredte, men behandlingen er fortrinsvis tænkt ind i aktiviteterne. Som antaget har behandlingen en positiv effekt på patienter med en psykiatrisk diagnose.



## **8. DISKUSSION OG PERSPEKTIVERING**

### **8.1. Resultater i forhold til anden forskning på området**

I undersøgelsen fandt vi, at patienterne, der er omtalt i interviewene, er indlagt i væsentlig kortere tid, end de var ved Kings og Baileys undersøgelser, der er foretaget i henholdsvis 1974 og 1978.

Ved disse undersøgelser var interventionsperioden henholdsvis á seks og otte ugers varighed med daglig behandling. Resultaterne af den kvalitative undersøgelse er sammenlignelige med Kings resultater af effekten af sanseintegrationsbehandling.

Som tidligere nævnt indenfor den ydre validitet under punkt 6.4.2, er patienterne på de psykiatriske hospitaler i Danmark i dag indlagt så kort tid som muligt, for at de kan genoptage deres hverdagsliv med eventuel støtte fra de socialpsykiatriske tilbud. Dette ud fra at patienterne får bedre mulighed for at få et så værdigt og selvstændigt liv som muligt (Borg et al. 2003:366).

Resultaterne af vores kvalitative undersøgelse er ikke sammenlignelige med metaundersøgelserne, da de er kvantitative. Tillige er der kun et studie ud af 40 i metaundersøgelserne, der omhandler effekten af behandlingen i forbindelse med patienter med en psykiatrisk diagnose.

Den kvantitative undersøgelse har givet et overblik over, hvor udbredt behandlingen er på de psykiatriske hospitaler i Danmark. Dette kan ikke sammenlignes med andre undersøgelser, da disse ikke forefindes.

### **8.2. Resultater i forhold til praksis på området**

Resultatet af den kvalitative undersøgelse har vist en effekt i form af forøget funktionsniveau, øget aktivitetsdeltagelse i hverdagslivet og forøget livskvalitet.

Det kan ikke entydigt siges, at sanseintegrationsbehandlingen har en effekt på lang sigt, eller det er den ergoterapeutiske behandling som helhed, der har betydning for forbedring i patientens funktionsniveau. En anden faktor, der kan have betydning, kan blandt andet være generel kontakt til personale og den medicinske behandling. Da der er multifaktorielle årsager til at sygdom opstår, er det kompliceret at påvise en enkelt årsag, og dette medfører, at det er vanskeligt at påvise effekten af den specifikke behandling (Borg et al. 2003:319).

Ergoterapeuters fokus er rettet mod det enkelte menneskes ressourcer, hvor der tages udgangspunkt i deres hverdagsliv, som er genkendeligt for dem. Ved at arbejde ud fra denne tilgang til patienten, fremmes en positiv udvikling.

I forhold til evidensbasering vurderer vi, at kortvarig erfaringsmæssig effekt kan benyttes til evidens, hvis disse erfaringer dokumenteres. Kravet om prioritering af det ergoterapeutiske arbejde er stigende, derfor er det nødvendigt at dokumentere, hvilke interventioner der virker. Ved indførelsen af den elektroniske patientjournal (EPJ) kan dokumentationen fremmes og blive tilgængelig for øvrige faggrupper.

### **8.3. Ny perspektivering i relation til professionen**

Til at målrette behandlingen på psykiatriske sygehuse kan praksisbeskrivelse for sanseintegrationsbehandling være en mulighed. I praksisbeskrivelsen skal indgå undersøgelsesredskaber til afdækning af patientens dysfunktioner. Begrebet sanseintegration skal defineres tydeligt for at gøre behandlingen specifik til den enkelte. En metode til måling af effekten kunne være en skalering af patienternes oplevelser før behandling og efter. Måleredskabet kunne suppleres ved benyttelse af det canadiske undersøgelsesredskab, Canadian Occupational Performance Measure (COPM), hvor det ligeledes er patienten egen vurdering, der ligger til grund for iværksættelse af behandlingen. Arbejdet med skaleringen i forhold til effektmåling er ved at blive iværksat på psykiatrisk hospital i Augustenborg. Skaleringen og COPM kan endvidere benyttes til dokumentation i forhold til mono - og tværfaglige samarbejdspartnere.

En af interviewpersonerne har erfaring med at fortsætte den sanseintegrerende behandling i ambulans regi efter udskrivelse. Denne erfaring kunne benyttes i forhold til at starte behandlingen op under indlæggelse og eventuelt fortsætte den i det socialpsykiatriske regi efter udskrivelse.

## **9. FORMIDLING**

Resultaterne af undersøgelserne er tænkt til at blive fremlagt på et temamøde for ergoterapeuter i region syd, hvor resultaterne kunne bidrage til debatten om dokumentation og evidensbaseret praksis.

Målet for mødet ville være, at sætte en dialog i gang mellem ergoterapeuterne omkring, hvordan arbejdet kan gøres målrettet, og vigtigheden af dokumentationen af dette.

Diskussionen er tænkt som en udveksling af de erfaringer, de forskellige terapeuter har fra praksis i forhold til, hvilke undersøgelser de benytter inden iværksættelse af behandlingen, hvilken behandling de giver, samt de metoder, de benytter til at dokumentere virkningen af behandlingen. På baggrund af dette kunne der eventuelt fremkomme en praksisbeskrivelse for, hvordan der kan måles på patienternes tilstand inden behandling og efterfølgende, så det kan benyttes til evidens.

Projektet vil blive elektronisk tilgængeligt på ergoterapeutforeningens hjemmeside, så ergoterapeuter og studerende med interesse for området sanseintegration og psykiatri, kan benytte resultaterne fra undersøgelserne.

## LITTERATURLISTE

- Ayres. Jean A. (2002) *Sanseintegration hos børn*  
Copenhagen: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S  
(1.udgave, 13.oplag)
- Borg, Tove, Ulla Runge og Jytte Tjørnov (2003) *Basisbog i ergoterapi aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*  
København: Munksgaard Danmark (1.udgave,1.oplag)
- Cochrane, Archie L. (1972) *Effectiveness and efficiency- Random reflections on health service*  
Great Britain: Cambridge University Press (Reprinted 1989)
- Dalland, Olav (2002) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*  
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S 2000 (3.utgave 2000, 3.opplag 2002)
- Freltofte, Susanne og Viggo Pedersen (2004) *Hjerner på begynderstadiet – neuropædagogik*  
Copenhagen: Borgens Forlag (1.udgave, 6.oplag)
- Hanson, Torben (2002) *Fremme af menneskelig aktivitet – ergoterapi i et canadisk perspektiv*  
Copenhagen: FADL's Forlag (1.udgave. 2.oplag)
- Jacobsen, Bo, Karsten Schnack, Bjarne Wahlgren og Mikkel Bo Madsen (2003) *Videnskabsteori*  
Copenhagen: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S  
(2.udgave, 2 oplag)
- Jensen, Torben K. og Tommy J. Johnsen (2002) *Sundhedsfremme – i teori og praksis*  
Århus: Forlaget Philosophia (2.udgave, 4.oplag)
- Kielhofner, Gary (2002) *Ergoterapi – det begrebsmæssige grundlag*  
Copenhagen: FADL's Forlag (2.udgave, 2.oplag)

- Kjærgaard, Johan, Jan Mainz, Torben Jørgensen og Ingrid Willaing (2004)  
*Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*  
København: Munksgaard Danmark (1.udgave, 2.oplag)
- Kristensen, Hanne Kaae og Grethe Egmont Nielsen (2003)  
*Ergoterapi og hjerneskade – aktiviteter i kognitiv rehabilitering*  
Copenhagen: FADL's Forlag A/S (2.udgave)
- Kvale, Steinar (2002) *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*  
København: Hans Reitzels Forlag a/s (8.oplag)
- Launsø, Laila og Olaf Rieper (2005) *Forskning om og med mennesker – Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*  
København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S (5.udgave)
- Lund, Hans og Henrik Røgind (2004) *Statistik i ord*  
København: Munksgaard Danmark (1.udgave, 1.oplag)
- McCallion, Shaun (2005) *Sanseintegration I: Creek*; Jennifer (2005)  
*Psykiatrisk ergoterapi – teori, metode, praksis* ss.135-151.  
Copenhagen: FADL's Forlag Aktieselskab (1.udgave, 1.oplag)
- WHO ICD-10, *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – Klassifikation og diagnostiske kriterier*, 1. udgave, 10. reviderede oplag 2003,  
Munksgaard, København, s.12

## ARTIKLER

Bailey, Diana M.

(1978) The Effects of Vestibular Stimulation on Verbalization in Chronic Schizophrenics ss.445-450)

I: *American Journal of Occupational Therapy* nr. 7, volume 32

Greenhalgh, Trisha

(1997) How to read a paper ss. 243-246

I: *British Medical Journal* Nr. 315(26 july)

Hansen, Bente, Lone Helene Glovinski, Zenitta Kaalby og Mette Vad

(1993) Sæt spot på SI- praksis ss.10-13

I: *Ergoterapeuten* nr. 12

Hede, Anders og Ditte Andersen

(2005) Virker velfærden? – et debatoplæg om evidens og velfærd ss.10, ss.18, ss.13-19

I: *Mandagmorgen – NyhedernesTænk tank*

Mortensen, Tina Dahl

(2006) Evidens kræver nuanceret stillingtagen ss. 19-21

I: *Ergoterapeuten* nr.3

Ottenbacher, Kenneth

(1982) Sensory Integration Theory: Affect or effect? Ss. 571-578

I: *American Journal of Occupational Therapy* nr. 9, volume 36

Vargas, Sadako og Gregory Camilli

(1998) , A Meta-Analysis of Research on Sensory Integration Treatment ss. 189-98

I: *American Journal of Occupational Therapy* nr. 2, volume 53

## HJEMMESIDER

[www.etf.dk](http://www.etf.dk): 14.03.06

[www.sundhed.dk/Images/alle/amtsraadsforening/Psykiatri\\_undersogelsen/Landsrapportsenge05.pdf](http://www.sundhed.dk/Images/alle/amtsraadsforening/Psykiatri_undersogelsen/Landsrapportsenge05.pdf), side 24: 30.03.06