



**Bidrager fysio- og ergoterapeuter til patientens inklusion i sundhedssystemet?
- en holdningsundersøgelse omhandlende betydningen af patientens
beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund**

Af: Esben Elholm Madsen

Studienummer: 20111092

Vejleder: Merete Monrad

Speciale på Kandidat Uddannelsen i Socialt Arbejde
Aalborg Universitet – August 2013

Antal typeenheder:239.109

Indholdsfortegnelse

Abstract	4
Indledende overvejelser	6
Problemformulering	8
Undersøgelsestemaer	9
Lovgivningsmæssige bestemmelser og terapeuternes roller	9
Visitationskriterier	10
Anvendte begreber	13
Videnskabsteori	20
Indledning	20
Filosofisk hermeneutik	21
Kritisk rationalisme	23
Holdningens ontologiske og epistemologiske grundlag	26
Undersøgelsens epistemologiske og ontologiske grundlag	27
Metode	29
Anvendelsen af vignetmetoden	29
Tomme pladser	30
Vignetmetodens stærke og svage	31
Hvilken type vignetmetode	32
Vignettens autencitet og realisme	33
Beskrivelse og udarbejdelse af vignetten	34
De varierede input i vignetten	34
Beskrivelse af de valgte faktorer i vignetten	36
Vignetten i undersøgelsen	37
Faserne i vignetten	38
Spørgeskemaet og spørgsmål	43
Baggrundsspørgsmål	44
De afsluttende kommentarer i spørgeskemaet	44
Svarkategorierne	46
Præsentationen af de udvalgte respondenter	48
Undersøgelsens fordeling sammenlignet med den samlede population	48
Faggruppe- og kønsmæssige fordeling	50
Aldersmæssig fordeling	51
Terapeuternes kommunale tilknytning	52
Fysio- og ergoterapeutstuderendes fordeling	53
Pilottest i kommunen	58
Pilottest på hospitalet	58
Forsøg på opstart af undersøgelsen blandt ergoterapeutstuderende	59
Pilottest blandt ergoterapeutstuderende	60
Konklusion på de 3 pilottests	60
Undersøgelsens forløb	62
Overvejelser omkring undersøgelsesdesign og respondenter	62
Overvejelser og planlægning af den e-mailbaserede del af undersøgelsen	63
Kontakten til hospitalerne	63
Fordelingen af e-mailadresserne i de 4 undersøgelsesversioner	64
Distribuerings af den e-mailbaserede del af undersøgelsen	65

Gennemførelsen af undersøgelsen blandt fysioterapeutstuderende	65
Rykkerprocedurer	66
Undersøgelsens svarprocent	67
Analyse	70
Analysestrategi	71
Analyse af undersøgelsestema 1.0	73
Besvarelsen af problemformuleringen	82
Beskæftigelsesstatus	83
Opsummering af betydningen af beskæftigelsesstatus	90
Jobmæssige baggrund	92
Opsummering af betydningen af jobmæssige baggrund	96
Den samlede betydning af beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund	97
Sammenfatning af besvarelsen af problemformulering	103
Analyse af undersøgelsestemaerne 1.1-1.3	106
Undersøgelsestema 1.1	106
Undersøgelsestema 1.2	113
Undersøgelsestema 1.3	115
Overførbareheden af undersøgelsens resultater, samt styrker og svagheder herved	118
Diskussion	120
Konklusion	124
Perspektivering	127
Litteraturliste	129
Bilag	134
Bilagsoversigt	134

Abstract

This project examines the current and the future physiotherapist and occupational therapists attitudes towards the patient's employment status and professional background throughout the rehabilitation procedure during and after discharge from secondary to primary sector. Data from the project has been derived from a factorial quantitative survey by the use of vignette technique carried out by physiotherapist and occupational therapists in somatic hospitals. In addition, the study was carried out by physiotherapist and occupational therapist students at the Metropolitan University College in Copenhagen. All in all, the factorial survey included 589 participants' of both current and future physiotherapist and occupational therapists.

The point of departure for the project are the negative attitudes towards unemployed and the establishment of a "workfare line", as a solution for social problems that, - which can be seen in society. Thus, this project seeks to uncover, whether or not negative attitudes associated with citizens whom lack or have no work, likewise can be identified throughout therapeutic attitudinal approaches to patients in the health care system. The government's stance on the health care system based upon a New Public Management approach leaves the patients with very complex issues. In this approach, the government allows for greater freedom of choice but thereby forces the patient to have a greater insight into these pertaining choices. Therefore, this freedom from the government can induce some patients, due to their educational background, to seek more insight pertaining to the system than others. Thus, patients with a long education and or professional background can possibly influence the therapist to make an extra effort in their rehabilitation, compared to patients who do not have this background. The project thereby seeks to highlight whether or not these patients, without even having a real interaction with the therapists, nevertheless are being attitudinal favoured due to their educational and professional background.

The backbone of this project lies in the factorial vignette survey, where current and future physiotherapist and occupational therapists relate to a vignette about a fictitious patient who suffers from stroke. There are 4 different versions of the study, in which the fictitious patient is either described as janitor, an unemployed janitor, lawyer or an unemployed lawyer. The study consist of an indirect and or concealed part, where respondents were not aware of the projects objective and a direct part where the respondent are aware of the study's aim through more direct questions. The study's indirect part could not elucidate any correlation between the fictitious patients employment status and professional background and the therapist attitudes towards him. The therapist was

seemingly concentrating on the patient's rehabilitation and pathological picture. The study's indirect part therefore indicates that the therapist's attitude deflects an inclusive recognition approach, where the therapist is not influenced by the patient's employment status and professional background. Opposite the study's direct part, concluded that therapists differentiate more based on the patient's background. The tendency to differentiate is presumably based upon personal attitudes of physiotherapist and occupational therapists, which seem to be either positive or negative. These attitudes can change, depending on the fictitious patients employment status and professional background. The finding seems to illustrate that there are both positive and negative attitudes towards patients who are unemployment in the health care system. The majority of the therapists seems to be mixed, where some are less in agreement and more in disagreement, while others seems to be more in agreement and less in disagreement with regard to the patients employment status. If the fictitious patient is unemployed and previously holding a high status job, the therapist seems to be less in agreement to differentiate such a patient over other patients. Some therapists seems to be more in agreement and less in disagreement to differentiate, if the fictitious patient is instead unemployed and previously holding a lower status job. This result therefore draws attention to the detail that therapists seem to be aware of their preferential treatment to patients with a higher job status. Overall, the patient's employment status does come into play in the therapists' treatment according to the study's direct path. The study's direct part seems to illustrate that therapists are influenced by the patient's employment status and professional background and some of them are thereby may create an exclusionary approach to these patients. The therapist attitudes found in this study, may originate from prior influences, based on the fact that these students who were used in the study, have already opinions towards differentiating these patient groups. Thus, it appears that organisational settings for the therapeutic work prompt an attitudinal impact. Furthermore these settings will take its point of origin in organisational goals, encouraging accelerated continuity of care and a faster rehabilitation assessment instead of a patient specific recognition client-centred approach as therapist have acquired through there education.

Indledende overvejelser

Vi har i Danmark oplevet store ændringer på beskæftigelsesområdet, hvor tilknytningen til arbejdsmarkedet af mange, betragtes som den eneste vej til at opnå et fuldt integreret samfundsmedlemskab. En eksklusion fra arbejdsmarkedet sidestilles også i dag, med en eksklusion fra fællesskabet (Jensen & Clement 2003 s. 276). Arbejdsmarkedsmarginalisering betragtes også i dag som et af de vigtigste sociale problemer og beskæftigelse ansues som en af de vigtigste integrationsfaktorer blandt mennesker (Hornemann Møller 1996 s. 24). Meget peger derfor på, at der på beskæftigelsesområdet, er anlagt en workfare linje, som kuren mod sociale problemer (Jensen & Clement 2003 s. 278).

Flere eksempler kan nævnes herpå, bl.a. arbejdsmarkedsrelaterede politiske drejninger, der, siden start 90'erne, har ført til gradvis afkortning af dagpengeperioden og ændrede normer omkring ledighed. Personsager som "Dovne Robert" og "Fattig Carina" har til dels skabt megen debat omkring deres manglende lyst (eller evner), til at operere indenfor gældende normer på beskæftigelsesområdet. Til dels på grund af deres position, da de ud fra gældende samfundsnormer, har en pligt til, at stå til rådighed for arbejdsmarkedet. Forskellige normative anskuelser i Danmark, fører herefter til en legitimering af den samfundsmæssige ekskluderende diskurs, som italesætter at disse personer har eller vælger en anderledes levevis og tilgang til arbejdsmarkedet (Hornemann Møller 1996 s. 25).

Ofte mødes vi ved sociale arrangementer, med spørgsmålet om; *Nå.. men hvad laver du så?* Underforstået at en tilknytning til arbejdsmarkedet i voksenalderen, også i dag er et normativt udgangspunkt (ibid:27).

De arbejdsmarkedspolitiske drejninger og fokuseringen på enkeltpersoners laissez faire holdning til beskæftigelse, der af offentlige diskurser sidestilles med manglende ansvarstagen for fællesskabet, samt majoritetens normative opfattelse omkring individets arbejdsmarkstilknytning, kan føre til en samfundsmæssig sidestilling mellem arbejdsmarkedsmarginalisering og socialmarginalisering. Den sociale marginalisering indebærer, at individet befinder sig på områder med begrænset adgang til aktiv samfundsmæssig deltagelse, men med fortsatte forventninger herom (ibid:26).

Spørgsmålet er, om denne samfundsmæssige marginaliseringssidestilling og begrænsede muligheder for enkelte individers deltagelse, udelukkende spores på beskæftigelsesområdet eller om

den sociale marginalisering, som kan lede til sociale problemer, også spores på andre områder, herunder sundhedsområdet?

Regeringen lancerede i april 2013 sit Sundhedsudspil kaldet *"Mere borger mindre patient"*, som bl.a. skal gøre op med den stigende ulighed på sundhedsområdet (Regeringen maj 2013).

Regeringen har som et led i sundhedsudspillet, afsat 20 millioner kroner til at foretage *"...et lighedstjek af sundhedsvæsenet til at sikre større viden om, hvor der skal sættes målrettet ind"* (Regeringen maj 2013). Sundhedssystemets tilgang er siden start 90'erne baseret på en New Public Management filosofi, som tilstræber anvendelse af markedslignende mekanismer, som bl.a. illustreres ved, at patienter siden 1993 har haft frit sygehusvalg (Vallgård & Krasnik 2010 s. 145). Ydermere er danske sygehuse blevet tiltagende mere specialiserede, hvilket gør valgfriheden til et kompliceret parameter (ibid:168). Valgfriheden bevirker at de personer som aktivt formår at efterspørge ydelser, opnår en bedre adgang hertil. Denne patientgruppe er ofte mere veluddannede og ressourcestærke og viden omkring behandlingstilbud og muligheder afhænger ofte af disse faktorer (ibid:23). Hvilke kriterier der i sundhedssystemet lægges til grund for, at nogle patienter tilsyneladende behandles anderledes end andre, er meget uklare og der er derfor behov for at skabe et billede af, hvilke patienter der får en omfattende og hvilke der får en knap så omfattende behandling. En mindre omfattende behandling vil, i mange tilfælde føre til et dårligere helbred, som kan føre til sociale problemer for patienten.

Vil patientens status som beskæftiget eller ledig i den forbindelse, have enten positiv eller negativ indflydelse på det sundhedsfaglige personales holdning til vedkommende? Vil det sundhedsfaglige fokus udelukkende være på vedkommendes muligheder for at returnere til arbejdsmarkedet, da normative forventninger om arbejdsmarkedstilknytning vil være styrende og vil personer der ikke kan komme tilbage i beskæftigelse efter sygdom, blive prioriteret anderledes?

Da lavstatusjobs ofte forbindes med dårlig løn og arbejdsvilkår, samt øget chance for nedslidning, kan lavstatusjobs forårsage arbejdsmarkedsmarginalisering, som hvis det sundhedsfaglige personale prioriterer denne gruppe anderledes, kan medføre øget systemdisintegration på andre områder (Hornemann Møller 1996 s. 38). Konkret kan borgere med højstatusjobs være i stand til at profitere af, i mange tilfælde, at have bedre kommunikative evner og derved bedre kan italesætte sundhedsmæssige behov, da de i kraft af deres job og uddannelsesmæssige baggrund, både forstår at mestre et mere akademisk sprog og derved bedre vil være i stand til kortlægge og gøre krav på deres patientmæssige rettigheder. Denne patientgruppe er bedre egnet til at indtræde i og profitere

af en sygerolle, da de i højere grad vil være i stand til at maksimere den sundhedsfaglige indsats. Herigennem kan elementer af Regeringens omtalte ulighed i sundhedssystemet lokaliseres og kan medføre at patienter med højstatusjobs, kan have bedre chancer for en succesfuld behandling end personer med lavstatusjobs.

Indeværende undersøgelse søger at afdække nuværende og kommende hospitalsansatte fysio- og ergoterapeuters holdninger, til patientens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund. I undersøgelsen anvendes vignetmetoden, som er et sociologisk redskab, der er velegnet til netop at afdække personers holdninger, til givne forhold (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 13). Vignetmetoden anvendes ud fra en horisontal tilgang, som også kaldes factorial survey¹, men betegnelsen i denne undersøgelse vil være horisontal tilgang. Ved den horisontale tilgang kan der systematisk varieres input omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund i den anvendte vignet, for eksperimentelt at efterprøve disse inputs effekt (ibid:94). Undersøgelsens sigte er aktuelt, da resultaterne kan føre til en debat og fokus på den påståede ulighed på sundhedsområdet. Debatten kan medvirke til, at det sundhedsfaglige personale bliver mere opmærksomme på, hvilke faktorer ved borgeren, der kan være udslagsgivende for en given holdning eller faglig tilgang. Undersøgelsens problemformulering er som følger;

Problemformulering

Hvordan er nuværende og kommende hospitalsansatte terapeuters holdning til genoptræning, påvirket af patientens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund?

¹ Begrebet survey, som kan sidestilles med oversigt eller kortlægning, adskiller sig normalt fra en eksperimenterende tilgang (Harboe 2010 s. 65). Men ikke i så udpræget grad med vignetmetoden, da forskeren, i den horisontale tilgang, kontrollerer de varierede faktorer. Derigennem sikres, at respondenternes svarfordelinger skyldes variationerne (Nock & Guterbock 2010 s. 837 i Ejrnæs & Monrad 2012 s. 143).

Undersøgelsestemaer

Herunder indsættes undersøgelsestemaer, som ligeledes søges besvaret.

- **1.0** Opleves en holdningsmæssig tendens til, at terapeuter er parate til at prioritere patienter forskelligt på grund af motivations, job- eller aldersmæssige faktorer.
- **1.1** Opleves holdningsmæssige forskelle blandt undersøgelsens involverede faggrupper (fysio- og ergoterapeuter samt studerende) i deres vurdering af patienten.
- **1.2** Opleves forskellige holdningsmæssige tendenser, alt efter terapeuternes forskellige baggrund - herunder køn, alder, anciennitet, faggruppemæssige forskelle og regional arbejdsmæssig tilknytning.
- **1.3** Bidrager terapeuter til social inklusion eller eksklusion i sundhedssystemet, igennem deres holdning til patienten og dennes baggrundsmæssige faktorer.

Lovgivningsmæssige bestemmelser og terapeuternes roller

For at tydeliggøre undersøgelsesområdet, indeholder nedenstående afsnit en gennemgang af Sundhedslovens bestemmelser i forhold til den terapeutiske indsats, samt betydningen af terapeuternes roller og deres holdninger til patienten. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af udskrivelsesprocessen fra sekundær- til primærsektor og patientens baggrundsmæssige karakteristikas givne betydning herfor.

Kravene til genoptræning før, under og efter en hospitalsindlæggelse, bør hverken være styret af patientens beskæftigelsesstatus eller jobmæssige baggrund. De hospitalsansatte terapeuters faglighed og holdning til borgeren bør, juridisk set, være styret af Sundhedslovens bestemmelser. Sundhedsloven forpligter bopælsregionen til, under hospitalsindlæggelsen, at yde genoptræning til alle patienter ved behov. Stillingtagen til genoptræning under indlæggelse, foregår oftest tværfagligt, med en ansvarshavende sundhedsperson (lægen), som den endelige beslutningstager (Ministeriet For Sundhed Og Forebyggelse 2013). Terapeuterne har stor indflydelse på beslutninger omkring genoptræning under og efter indlæggelse. Terapeuternes vurdering vægtes højt i det tværfaglige team og de er bidragsydere til diagnosticering og vurdering af patientens genoptræningsbehov og potentiale. Terapeuternes holdninger til patienten er vigtige og hvis denne kommer til udtryk gennem terapeuternes artikulation eller handlen, bliver holdningen evaluatorer af

objekter (Olsen 2008 s. 20-22). Det vil sige at terapeuternes holdninger bliver styrende for deres vurdering eller bedømmelsen af patienterne (objektet) (ibid:123).

Ved udskrivelse skal alle patienter, uanset alder, have en genoptræningsplan, hvis de besidder et lægefagligt begrundet behov her. Genoptræningsplanen skal udleveres ved udskrivelsen og efter aftale med patienten, skal en kopi sendes til patientens hjemkommune, som herefter er ansvarlige for genoptræningen. Genoptræningsplanen skal indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne ved udskrivelsen, samt en beskrivelse af genoptræningsbehovene (Ministeriet For Sundhed Og Forebyggelse 2013). Terapeuter bidrager ofte til de skriftlige genoptræningsplaner og varetager en vigtig rolle i processen, angående den videre tilrettelæggelse af genoptræning i kommunalt regi.

Hvis patienter, som har et reelt behov for genoptræning, ikke vurderes egnede hertil, bl.a. som et resultat af det sundhedsfaglige personales holdning til patienten, kan det i yderste tilfælde ende med en socialmarginalisering på sundhedsområdet. Det er således vigtigt at undersøge, om der kan spores negative holdninger til patienter på baggrund af vedkommendes beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund.

Mange sundhedsfaglige tilbud er målrettet borgere i specifikke situationer. Tilbuddene er ofte baseret på formelle visitationskriterier, som vil blive uddybet i det følgende afsnit. Enkelte tilbud kan direkte være målrettet til eller forbeholdt personer i beskæftigelse.

Indeværende holdningsundersøgelse vil afdække om der i den fysio- og ergoterapeutiske vurdering, spores en positiv holdning til borgere i beskæftigelse og med højstatusjobs, i forhold til patienter i ledighed eller med lavstatusjobs.

Visitationskriterier

Mange sundhedsfaglige tilbud i Danmark baseres på visitationskriterier. Dette afsnit vil, med relevante eksempler, afdække hvorledes visitationskriterier anvendes i sundhedssystemet. Det ønskes at illustrere for læseren, hvor almindelig og hvor ofte den individuelle faglige skønsmæssige evaluering eller vurdering, af patienten, anvendes i sundhedssystemet ud fra et ikke helt tydeligt defineret grundlag.

Flere tilbud til patienten i dagens Danmark, baseres på visitationskriterier. Derfor er det nødvendigt, at forsøge at forklare visitationskriteriernes anvendelse, på det sundhedsfaglige område. Formålet er

at skabe et billede af, hvorledes patienten bliver fundet egnet eller ikke egnet til forskellige tilbud, på baggrund af det sundhedsfaglige personales holdningsdefinitioner, som kan komme til udtryk gennem deres individuelle faglige skøn.

Visitationskriterier kan betragtes som, forskellige krav til patienterne, der skal vurdere deres egnethed til et givent tilbud (Borg, Runge & Tjørnov 2003 s. 432). Visitationskriterierne er forskellige fra sted til sted og fra område til område. De bestemmes af hvilke elementer hos borgeren, der vægtes i vurderingsprocessen og er fastlagt igennem en overordnet lovgivningsmæssig ramme, som videreformuleres i kvalitetsstandarder lokalt, som herefter udformer indsatsen mellem det sundhedsfaglige personale og borgeren eller patienten. I Danmark anvendes visitationskriterier mange steder. På et hospice er kriteriet bl.a., at den helbredende behandling er afsluttet og patienten er døende. Ved et kommunalt tilbud om vedligeholdende træning via servicelovens § 85 og 86, forpligter hjemkommunen sig til, at tilbyde hjælp til optræning af borgere, der har et behov herfor og til at tilbyde afhjælpning af funktionsnedsættelser, som er forårsaget af sygdom, der ikke direkte er pådraget i forbindelse med sygehusindlæggelse. Visiteringen til vedligeholdende træning via § 85 og 86 foretages ofte på baggrund af kommunalt fastlagte visitationskriterier (Lund, Bjørnlund & Sjöberg 2010 s. 434). Ved udskrivelse fra hospitalet vurderer det tværfaglige team på afdelingen, om patienten har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning og derved bør have udarbejdet en genoptræningsplan². Herefter er det op til kommunen at vurdere hvilke tilbud, der passer borgeren og hvilke borgeren vurderes egnet til (jf. Sundhedslovens § 84 stk. 2). Vurderingen bunder i kommunale visitationskriterier eller retningslinjer, som er rammesættende for den pågældende indsats. Visiteringen i kommunen bygger på en faglig vurdering af patienten, bl.a. baseret på de under indlæggelsen foretagne vurderinger, som er beskrevet i patientens genoptræningsplan. Derefter følger en vurdering af relevante genoptræningstilbud til den pågældende borger. Vurderingerne fører til visitering til genoptræning i kommunalt regi, hvori kommunen, oftest visitationsenheden eller genoptræningscentret, tager stilling til om kommunen har de fornødne muligheder for genoptræning til rådighed eller der er behov for, at tilkøbe ydelser eller behandlingstilbud andetsteds. Den kommunalt ansatte visitors individuelle faglige vurdering, foregår bl.a. ud fra patientens træningsmæssige behov, som er beskrevet i genoptræningsplanen og ud fra kommunalt angivne rammebeskrivelser. Nogle

² Genoptræningsplaner udarbejdes efter Sundhedslovens § 140 og tilsigter, at kommunalbestyrelsen (kommunen) tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer med et lægefagligt begrundet genoptræningsbehov ved udskrivelse fra hospitalet jf. § 84 om genoptræningsplaner (Ministeriet For Sundhed Og Forebyggelse 2013)

kommuner har i forbindelse hermed indført genoptræningspakker, som er afmålte genoptræningstilbud, ofte knyttet til borgerens diagnose. Genoptræningspakkerne kan eksempelvis beskrive, at en genoptræningsplan efter indsættelse af en ny hofte, vil udløse 10 gange træning på hoftehold, med en forudgående individuel vurdering. Hvis borgeren herefter ikke vurderes til at have opnået et tilstrækkeligt funktionsniveau, vil vedkommende almindeligvis blive vurderet igen. Praksis omkring visitering er forskellig fra kommune til kommune. Større tilbud til patienterne såsom visitering til døgngenoptræningsophold eller lignende, vil gennemgående blive diskuteret i et kommunalt nedsat visitationsudvalg eller en bevillingsenhed, som kan bestå af lederen af visitation, lederen af genoptræningscentret og sundhedschefen. Proceduren herom og selve opbygningen af disse udvalg er igen forskellige kommunerne imellem.

De kommunale visitationskriterier fører til en differentiering af borgerne, således at hver enkelt har en retslig sikkerhed for, at der ydes en målrettet indsats i den efterfølgende træning efter udskrivelsen (Lund, Bjørnlund & Sjöberg 2010 s. 433). Ved udskrivelse fra sygehuset, vil diagnosen eller sygdomsbilledet være beskrevet i genoptræningsplanen, hvis en sådan er udfærdiget og de kommunale tilbud vil målrettes denne. Genoptræningsplanen eller mangel på samme, kan derfor blive afgørende for, hvilke tilbud borgeren vil modtage eller ikke modtage.

Hjerneskadecentret i Århus³ tager eksempelvis, primært imod patienter i den erhvervsaktive alder og deres tilbud retter sig mod en tilbagevenden til arbejdsmarkedet (Johansen, Pedersen & Laursen 2004 s. 129). Center for Hjerneskade i København (CFH)⁴, tager imod borgere, der vurderes egnede i forhold til CFH's optagelseskriterier, som bl.a. lyder "*Personen skal have potentiale for revalidering til job eller uddannelse*" (www.CFH.ku.dk 2013). De overordnede rammer for indsatsen er organisatorisk definerede, men det professionelle individuelle skøn, spiller en stor rolle for borgerens genoptræningsmuligheder.

Visiteringsprocedurer bevirker, at patienter, qua deres diagnose eller sygdomsbillede kan have inklusions- eller eksklusionskriterier, som er sygdomsmæssigt betinget. Kriterier som enten inkluderer eller ekskluderer dem i forhold til mere eller mindre omfattende tilbud, afhængig af

³ Hjerneskadecentret er en del af Århus Kommunes beskæftigelsesafdeling og tager imod borgere fra Århus Kommune og andre kommuner. Centret fungerer som forrevalidering efter Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Centrets målgruppe er primært middelsvært hjerneskadede, der skal være i stand til at klare transporten til og fra centret. For størstedelen af patienterne er hovedformålet, at vende tilbage til arbejdsmarkedet (www.Hjerneskadecentret.dk 2013)

⁴ Center for Hjerneskade i København har driftsoverenskomst med Region Hovedstaden og tilbyder intensiv genoptræning til børn, unge og voksne med erhvervet hjerneskade (www.cfh.ku.dk 2013).

hvordan deres sygdomsbillede tegner sig og afhængigt af den faglige vurdering, der foretages under indlæggelsen på sygehuset og i kommunalt regi.

Ud fra ovenstående beskrivelse, er det uklart hvorledes det faglige skøn anvendes og opfattes og hvilke faktorer personalet på en hospitalsafdeling, lægger til grund for betegnelsen i sundhedslovens § 84 og 140 om; ”...at have et lægefagligt begrundet behov...”(Lund, Bjørnlund & Sjöberg 2010 s. 433). Ovenfor er det tydeligt at der kan findes eksempler på, at beskæftigelsesstatus kan spille en rolle i visiteringsprocedurerne til nogle tilbud, men inkluderes patientens alder eller motivation også i dette billede og ud fra hvilket grundlag? Og hvor meget spiller disse faktorer ind på terapeuternes holdninger til patienten under den tværfaglige diagnosticering på hospitalsafdelingen? Eksempelvis havde Hjerneskadecentret i Århus ved en intern follow-up undersøgelse, blandt tidligere patienter, sammenlignet med Århus Kommune, en større underrepræsentation af ufaglærte og personer uden uddannelse end forventet (Johansen, Pedersen & Laursen 2004 s. 51).

Noget kunne derfor tyde på, at faktorer såsom patientens beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund, holdningsmæssigt inkluderes eller ekskluderes forskelligt fra terapeut til terapeut, i forhold til deres vurdering af patienten.

Anvendte begreber

I dette afsnit gennemgås undersøgelsens anvendte begreber. Begreberne forklares og uddybes, for at skabe en ramme, for dels de arbejdsmarkedsrettede diskurser, som er dominerende på beskæftigelsesområdet og også direkte lader sig spore på sundhedsområdet, i form af relaterede begreber, dels sundhedssektorielt anvendte begreber, der fungerer som fagprofessionelle vurderingsparametre af patienten.

Afsnittet opdeles i 2 dele, hvori den 1. del indeholder afklaringen af de mere teoretiske begreber, mens 2. del indeholder afklaringen af de mere praksisanvendte begreber.

De teoretiske begreber indledes med en beskrivelse af T.H. Marshalls (1965) medborgerskabsbegreb, som giver en god, om end overordnet, forestilling om principperne omkring retfærdighed og lighed. Dernæst følger inklusionsbegrebet, der efterstræber lige muligheder og chancer i tilværelsen og tager udgangspunkt i medborgerskabsbegrebet. Herefter følger begreberne social eksklusion og marginalisering, som igen tager udgangspunkt i medborgerskabsbegrebet og har mange lignende træk og anvendelsesmuligheder. Afsnittets 1. del afsluttes med en gennemgang af begrebet Return To Work (RTW), som i national og international forskning, anvendes som en indikator for, at reducere de samfundsmæssige udgifter forbundet med genoptræning og pleje efter

sygdom og derigennem styrke patientens sociale deltagelse og livskvalitet (Tanaka, Toyonaga & Hashimoto 2011 s. 743).

For de praksisanvendte begreber indledes med en gennemgang af begrebet genoptræningspotentialer, der ofte anvendes på de enkelte hospitalsafdelinger som en beskrivende indikator for patientens videre genoptræningsmuligheder. Efterfølgende beskrives hvorledes begrebet sidestilles med genoptræningsbehov og hvorfor sidestillingen af disse to begreber, kan skabe problemer for bl.a. den ældre patient. Herefter gennemgås begrebet aktivitetsniveau, der ligesom begrebet genoptræningspotentialer, rummer vurderingsmuligheder, som ofte anvendes til at identificere patientens konkrete vanskeligheder.

Hvis manglende beskæftigelse og lavstatusjobs betydning for den sundhedsfaglige indsats skal vurderes, bør sammenhængs relevante begreber anvendes. For hvordan påvirkes det sundhedsfaglige personale af patientens manglende tilknytning til arbejdsmarkedet og hvordan er holdningen til patienter med lavstatusjob?

For at afklare disse problematikker, bør begreberne kunne bistå som forklaringsramme for, hvilke konsekvenser ovennævnte faktorer hos patienten, holdningsmæssigt kan have i sundhedssystemet og hvilke potentielle konsekvenser disse holdninger kan have for den enkelte patient, som er udenfor arbejdsmarkedet eller besidder et lavstatusjob.

Først introduceres T. H. Marshalls (1965) medborgerskabsbegreb. Medborgerskabsbegrebet henviser til idealer om det universelle medborgerskab, således at individet ikke opdeles i 1. og 2. rangsborgere, men får lige chancer og muligheder, hvor rettighederne ikke er samfundsbaseret, men bundet til en individuel status som medborger (ibid:267). Marshall skelner mellem et formelt statsborgerskab, hvori individet overordnet har lige juridiske samfundsmæssige rettigheder og et reelt medborgerskab, som sikrer at rettigheder eller hjælp, ikke kun bliver af rent juridisk eller barmhjertighedsmæssig karakter, men optræder som en rettighed, der er bundet til et formelt medborgerskab (ibid:268). For at opnå et reelt medborgerskab, skal individet sikres formel lige adgang til de sociale rettigheder, via en hensigtsmæssig samfundsorganisering, således at individet absorberes i samfundet, i stedet for at isoleres fra det (ibid:270). Medborgerskabsbegrebet omhandler dog i højere grad demokrati og afmagt og mindre grad fordeling og integration (Andersen, Jensen & Larsen 2003 s. 39). Andre nutidige og konkurrerende begreber, kan derfor virke mere passende at anvende for undersøgelsens kontekst, da de indeholder fordelings- og integrationsdimensioner. Fordelings- og integrationsdimensioner er essentielle, da undersøgelsens

resultater åbner for tolkninger omkring disse faktorer, i form af inklusions - eller eksklusionsmæssige kriterier, som vil kunne lokaliseres i det respondenternes individuelle skøn og som ligger i deres holdninger til patientens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund. Begreberne er derfor nyttige og vil defineres nedenfor, med udgangspunkt i undersøgelsens sigte. Begrebet inklusion er modsætningen til eksklusion og kan betragtes i forlængelse af Marshalls (1965) medborgerskabsbegreb. Alle borgere bør have de samme reelle muligheder for at profitere af de samfundsmæssige ressourcer, ikke kun økonomisk men også socialt, da de bør mødes med en anerkendende tilgang fra det sundhedsfaglige personale. Ensartet status refererer til ligestilling og Marshall (1965) anvender i den forbindelse betegnelsen "*equal social worth*", som beskriver og gør de sociale behov rettighedsbaseret frem for almisseeorienteret (ibid:270). Marshall mener ikke at en almisseeorienteret tilgang i det institutionelle system, kan etablere samme grad af profitering hos modtagerne, således at de kan tilstræbe bedre muligheder og ændre deres tilstand til noget mere optimalt.

Begrebet social eksklusion kan anvendes, da det ifølge Andersen, Jensen & Larsen (2003) kan anvendes ud fra 3 hovedbetydninger. Hovedbetydningerne er *social eksklusion*, som kan beskrives som manglende integration på arbejdsmarkedet, *kumulativ deprivation*, som er afsavn eller mangel på stimuli på flere områder og en *dannelse af en ny underklasse* eller gruppe, som udvikler egne normer og kulturer (ibid:37). I undersøgelsen fokuseres på betydningen af, om sociale eksklusion fra arbejdsmarkedet, kan føre til en kumulativ deprivation. Således er sigtet, at undersøge og diskutere om arbejdsløshed eller lavstatusjobs, tendentielt kan medføre forringede muligheder i det sundhedsfaglige behandlingssystem og derigennem kan føre til, at individets sociale marginalisering fra arbejdsmarkedet eller fra tilknytningen til en lavstatusgruppe, kan føre til begrænsninger i adgangen til sundhedsområdet belyst igennem nuværende og kommende terapeuters holdninger til patienten.

Den sociale eksklusion eller marginaliseringen, bør betragtes som velfærdssamfundets evne til at modvirke, at eksklusion fra arbejdsmarkedet fører til eksklusion og marginalisering på andre områder. Social eksklusion fra gældende samhørighedsnormer kan også i dag forårsage begrænsede ressourcer i adgangen til job og ydelser (Hornemann Møller 1996 s. 25). Marginaliseringen kan derfor betragtes som en tilstand af sociale eksklusion, hvor individet, ufrivilligt, befinder sig i en position, hvor adgangen til de nødvendige faktorer eller redskaber til aktiv samfundsdeltagelse er utilstrækkelige, men hvor de samfundsmæssige deltagelsesbetingede normer fortsat opretholdes

(ibid:26). Tilstanden kan betragtes som en proces, hvor deprivationen er relativ (ibid:28), således at individet ikke oplever eksklusion på flere områder på en gang.

Beskæftigelsespolitikken argumenterer også i dag for, at betragte beskæftigelse som en ”...*nærmest tilstrækkelig forudsætning for integration i samfundet*” (Andersen, Jensen & Larsen 2003 s. 39).

Sidestillingen er ikke kommet snigende over natten, men er anvendt af Marshall (1950), som ligeledes allokerede for den basale ret til at arbejde, som en del af de sociale rettigheder i et samfund (Hornemann Møller 1996 s. 24).

Begreberne marginalisering, inklusion og eksklusion anvendes i undersøgelsen, som et led i analysefasen og fungerer sammen med fordomme på feltet, som et mere overordnet diskussionsgrundlag ud fra de statistiske sammenhænge, der opstår igennem den empiriske bearbejdning.

På sundhedsområdet anvendes begreber som RTW både nationalt og internationalt i forskningsmæssig sammenhæng. Begrebet er relevant at beskrive, da det illustrerer hvorledes beskæftigelsesfokuseringen på arbejdsmarkedstilknytning, ligeledes gør sig gældende på sundhedsområdet, på et indtil videre, mere abstrakt eller holdningsrelateret plan.

Begrebet opstod som praksis på mange arbejdsformidlinger op igennem 90erne i Europa og Nordamerika, som et led i at fremme rehabiliteringsprocessen, mindske patientens tabte arbejdstid og bidrage til en bedre samfundsmæssig styring, af kompensationsomkostningerne ved kritisk sygdom (MacEachen mfl. 2006 s. 257). Nationalt anvendes det hos Johansen, Pedersen & Laursen (2004), hvori det oversættes med tilbagevenden til arbejdsmarkedet (ibid:291). Internationalt beskrives begrebet som; ”...*an important outcome to evaluate rehabilitation effectiveness because it can increase financial independence and community participation, decrease the need for government assistance, and improve the self worth an psychological well-being of people...*” (Leung & Man 2005 s. 333). Her fungerer begrebet som en finansieringsmæssig indikator for, hvor effektivt sundhedssystemets behandlingsmuligheder kan føre individet til samfundsmæssig ydelsesuafhængighed og herigennem styrke individets psykologiske veltilfredshed.

RTW bliver både i national og international forskning en indikator for, at personer kan opnå kontrol over eget liv efter kritisk sygdom og igen blive i stand til at leve et bedre liv end dem, der ikke returnere til beskæftigelse.

RTW bliver i undersøgelsen anvendt som referenceramme, til at forstå hvilke samfundsmæssige ønsker og krav der stilles til genoptræningsforløb i dagens Danmark. Disse ønsker og krav skal og

bør inddrages i fortolkningen af det empiriske materiale, da disse fungerer som overordnede kontekstuelle retningslinjer for den enkelte terapeut og vil derfor influere på besvarelsene i større eller mindre grad.

For at forstå hvilke parametre, som anvendes i vurderingsmæssige sammenhænge, på de enkelte hospitaler og danner grundlag for den tværfaglige og i særdeleshed den individuelle terapeutiske vurdering, er det nødvendigt at operationalisere begreberne og definere i hvilke opgavemæssige sammenhænge de indgår og hvordan de konkret anvendes.

Begreberne, der fungerer som måleindikatorer eller vurderingsparametre for patienten, er ikke direkte indskrevet i Sundhedsloven, men anvendes eller sidestilles med at lægen på hospitalet, hen i mod patientens udskrivelse, skal vurdere om vedkommende har et lægefagligt behov for genoptræning. Den lægefaglige vurdering af patientens genoptræningsbehov eller potentiale, der ligger til grund for genoptræningsbeslutningen ved udskrivelse jf. Sundhedslovens §140, er sædvanligvis en tværfaglig opgave. Begrebet eller definitionen genoptræningsbehov, sidestilles ofte med genoptræningspotentiale. Eksempelvis skriver Nordfyns Kommune på sin hjemmeside, i forlængelse af Sundhedslovens §140: *"Hvis lægen på sygehuset vurderer, at du har et **genoptræningspotentiale**, udarbejdes en genoptræningsplan, som du får med hjem"* (Nordfyns Kommune 2013). Modsat skrives i Sundhedsloven omkring genoptræningsplaner, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivelse fra sygehus, har et lægefagligt begrundet **behov** for genoptræning jf. §84 (Ministeriet For Sundhed Og Forebyggelse 2013).

Sidestillingen mellem genoptræningsbehov og genoptræningspotentiale er tankevækkende, i det ordet potentiale rummer en videreudvikling af muligheder, som endnu ikke er kommet til udtryk, mens ordet behov dækker over noget, der skal være opfyldt, for at noget andet fungerer. Borgeren kan således godt have et behov for genoptræning, selvom der ikke nødvendigvis er potentiale for at videreudvikle funktioner eller daglige færdigheder.

Store dele af den ældre befolkning kan have et behov for vedligeholdende træning, for på den måde fortsat at kunne klare sig i eget hjem. Hvis der i den sundhedsfaglige indsats udelukkende fokuseres på potentiale og ikke behov, når patienterne vurderes og udskrives fra hospitalet, vil mange borgere blive forbigået, fordi de ikke rummer forbedringsmuligheder, men kun behov. Belægget for denne fordom, kan bl.a. illustreres i den såkaldte *Fredericiamodel*, som netop forsøger at løse udfordringen gennem forebyggende og rehabiliterende indsatser, som via hjemmetræning, skal

vedligeholde borgerens (primært de ældres) evner til, at udføre dagligdagsaktiviteter såsom tøjvask, indkøb og rengøring ud fra filosofien; ”*Længst muligt i eget liv*” (Anker 2011 s. 1). Sigtet er påbegyndt på ældreområdet, hvor 9 ud af 10 sundhedschefer arbejder med lignende strategier, men også andre kommunale områder, herunder voksen-handicap, arbejder med tilsvarende filosofier omkring selvstændiggørelse og aktiv borgerdeltagelse (ibid:3).

Begrebet aktivitetsniveau eller aktivitetsbegrebet fylder meget, især i ergoterapeutisk praksis. Udover at knytte sig til vurderingen af borgerens fysiske formåen eller som indikator for hvor aktiv en person kan være, knytter begrebet sig til at menneskelig ageren, altid foregår i en given situation eller kontekst og at vanskeligheder eller problemer hos den enkelte, ikke er et spørgsmål om isolerede fysiske funktioner, men skal betragtes som deciderede aktivitetsproblemer, som begrænser mennesket i dets aktivitetsudførelse (Tjørnov 2003 s. 142-143). Begrebet kan udmønte sig i en terapeutisk aktivitetsanalyse, som kan kortlægge patientens aktivitetsniveau. Igennem aktivitetsanalysen kan terapeuten, kort fortalt, analysere de potentielle muligheder i en konkret aktivitet og vurdere hvorledes aktiviteten kan tilpasses eller ændres for at patienten kan blive i stand til at udføre den igen (ibid:246). Inden for fysioterapi anvendes begrebet ligeledes omkring trænings- eller læringsaktiviteters opfyldelse i konkrete sammenhænge (Lund, Bjørnlund & Sjöberg 2010 s. 144). Begrebet aktivitetsniveau bliver derfor en indikator for, hvordan den enkelte patient klarer en given aktivitet og fungerer derfor som en vurderingsramme for den terapeutiske intervention.

Både begreberne genoptræningspotentialer og aktivitetsniveau anvendes, fordi forståelsen af tekster eller vignetter som respondenterne, igennem undersøgelsen, præsenteres for, er betinget af sociale fællesskaber eller en fælles forståelsesramme. Læserens forforståelse er betinget af den betydningsramme de til dagligt færdes i. Ifølge Grünfeld & Monrad (2012) indebærer det, at respondenterne bliver en del af et fortolkende fællesskab, da de gennem deres professionelle baggrund som terapeuter, skaber konventionelle læsninger, som indebærer at opfattelsen, forståelsen og fortolkningen i grove træk, bliver foretaget på samme måde, mens personer, der står udenfor det fortolkende fællesskab og måske tilhører andre faggrupper, ville forstå vignetten anderledes (i Ejrnæs & Monrad 2012 s. 78).

Fordelen ved anvendelsen af disse 2 praksisanvendte begreber er, at beskrivelsen (vignetten) kan foregå mere fagspecifikt, da implementeringen af begreberne i spørgeskemaet og den efterfølgende

analytiske bearbejdning kan foretages ud fra en (nogenlunde) samstemmende forforståelse mellem respondenterne og undertegnede, således at begrebernes anvendelse kan foregå som intenderet.

Videnskabsteori

I dette afsnit foretages indledningsvist en argumentation for undersøgelsens videnskabsteoretiske kombination mellem den filosofiske hermeneutik og den kritiske rationalisme. Kombinationen er vigtig at belyse, da de to videnskabsteoretiske retninger har forskellige syn på bl.a. gyldigheden af fortolkningen, men også besidder fællestræk som eksempelvis aldrig at kunne gå fordomsfrit til værks.

Derefter følger holdningens ontologiske overvejelser, hvilke er relevante at uddybe, da den valgte undersøgelse netop involverer holdninger og derigennem er det vigtigt at belyse, hvorledes holdningens beskaffenhed kommer til udtryk.

Indledning

Undersøgelsens videnskabsteoretiske grundlag, udspringer fra ønsket om at gennemføre en holdningsundersøgelse blandt fysio- og ergoterapeuter, ved inddragelse af vignetmetoden som undersøgelsesredskab. Vignetmetoden beskrives af Jergeby (1999) som byggende på en relativ positivistisk amerikansk sociologisk tradition, hvor metoden hverken er ren positivistisk, men heller ikke direkte hermeneutisk orienteret (ibid:24). Den horisontale vignetmetode er velegnet til, at teste variationen af specielle kendetegn ved personerne i vignetten og belyse den gennemsnitlige holdningsmæssige vurdering hos respondenterne (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 94). Undersøgelsens videnskabsteoretiske todeling er nødvendig, da metoden anvendes kvantitativt. Derigennem er det vigtigt, at anvende en kritisk rationalistisk tilgang til at bearbejde og fortolke den kvantitativt genererede empiri. Den filosofiske hermeneutiske tilgang, er relevant da den indledningsvist anvendes til at begrunde, italesætte og forklare fordomme på feltet og analytisk til at forstå, fortolke og nuancere de empiriske resultater. Begge videnskabsteoretiske retninger inddrages derfor, da metoderne hver især er utilstrækkelige til undersøgelsens formål.

For overordnet at forklare undersøgelsens delprocesser, ud fra et videnskabsteoretisk anvendelsessigte, vil den empiriske analyse, organisering og præsentation af resultater bedst kunne belyses og fremstilles ud fra en kritisk rationalistisk tilgang, med fokus på generaliserbarhed og samlignelighed (Gilje i Juul & Pedersen 2012 s. 41). Den filosofiske hermeneutik vil forsøge at give læseren en forståelse for baggrunden bag udformningen af spørgeskemaet og vignetbeskrivelsen, samt den efterfølgende resultatmæssige fortolkning. Derfor vil en filosofisk hermeneutisk tilgang anvendes, da fortolkeren altid, pga. den universelle hermeneutiske cirkel som et illustrativt

udgangspunkt, vil have en stor andel i den skabte meningsdannelse (Højberg 2004 i Fuglsang & Olsen 2009 s. 321). Indledningsvist illustreres undersøgelsens fortolkende hermeneutiske sigte, igennem en operationalisering af fordomme, som viser sig i udformningen af problemformuleringen og de underliggende undersøgelsestemaer, samt gennemgangen af undersøgelsens anvendte begreber. Samtidig vil erkendelsen af at undersøgelsens kvantitative data, ikke kan tale for sig selv, både i forhold til respondenternes fortolkning, men også i forhold til måden hvorpå undertegnede bearbejder, analyserer og fortolker den fremkomne empiri åbne et behov for en hermeneutisk tilgang (Harboe 2010 s. 46). Konkret kan undersøgelsens todeling bedst illustreres ved pilottesten, hvori det hermeneutiske sigte, kan belyses i undertegneds fokus på deltagernes forståelse og fortolkning af vignet og spørgsmål, men også igennem det kritisk rationalistiske sigte, hvori spørgeskemaet, under pilottesten, føres til eksamen og i sidste ende skal skabe forudsætninger for samlignelighed og generaliserbarhed, på tværs af respondenternes individuelle besvarelser (Olsen 2006 s. 68).

Filosofisk hermeneutik

Der tages indledningsvist i undersøgelsesprocessen udgangspunkt i Hans Georg Gadamer's filosofiske hermeneutik. Undersøgelsens udgangspunkt indledtes med fordomme på undersøgelsesfeltet. Fordommene omhandlede bl.a. forestillinger om, at sundhedssystemet favoriserer individer i beskæftigelse og at patienters muligheder bedres, hvis de besidder et tilstrækkeligt statusbetinget job. Problemformuleringen og undersøgelsestemaerne betragtes derfor, som et ønske om at bringe disse fordomme i spil.

Det vurderes ikke muligt at kunne gå forudsætningsløst til værks, da meninger altid bygger på en allerede given forståelse af verden og kun opstår fordi der fortolkes ud fra bestemte forventninger (Gadamer 2004 s. 254). Undertegneds eget udgangspunkt og faglige baggrund som ergoterapeut og formuleringer af fordomme på feltet, er derfor et realistisk udgangspunkt, da det ikke vurderes muligt at løsrive og distancere sig fra egne fordomme om feltet. Undertegnede vil altid medbringe fordomme i processen og disse skal betragtes som produktive for erkendelsen (Juul & Pedersen 2012 s. 122). Fordommene udgøres dels af normative, dels af deskriptive anskuelser og drejer sig om egen forståelse af den sociale verden (Gadamer 2004 s. 264). Undertegnede kan ikke udskille fordommene i produktive og uproduktive, da de hører med til de historiske realiteter (ibid:263-264). Eksempelvis vil en tekst (vignetbeskrivelse) altid forstås og fortolkes ud fra respondenternes egen historiske og traditionelle kontekst og det læste vil sættes i forhold til respondentens egne meninger (ibid:256). Undersøgelsens resultater vil derfor udvide undertegneds forståelseshorisont og nogle

fordomme vil gå til grunde eller nuanceres, fordi de ikke kan opretholdes i mødet med de nye erfaringer (Juul & Pedersen 2012 s. 125).

Forståelsen opstår i horisontsammensmeltningen, hvori horisonter kan smelte sammen med andre horisonter og skabes ud fra traditionen (Gadamer 2004 s. 291-292). Fordommene skal betragtes som en produktiv forudsætning for erkendelsen af verden og derved kan de, igennem horisontsammensmeltningen, udfordres og revurderes i mødet med undersøgelsesfeltet (Højberg 2004 i Fuglsang & Olsen 2009 s. 322-323). For undersøgelsen betyder det, at erkendelsen netop drejer sig om horisontsammensmeltningen, hvori de empiriske fund indgår i en "samtale" med undertegnede og herved smelter sammen og en ny forståelse opstår (Juul & Pedersen 2012 s. 125). Gadamer's krav om at teste fordomme minder meget om Poppers kritiske rationalisme. Men i Gadamer's optik drejer testningen af fordommene sig mere om en fortolkningsproces, hvori målet er at meningsudfylde de empiriske fund. Således nuanceres og specificeres egne fordomme fornuftigt, i lyset af de nye forklaringer (Gadamer 2004 s. 260).

Filosofisk hermeneutik, sandhedsbegreb og erkendelse

Sandheden vil i undersøgelsen være opnået, når der er tilvejebragt en dækkende forståelse og fortolkning af genstandsfeltet (Højberg 2004 i Fuglsang & Olsen 2009 s. 327).

For at opnå en forståelse af det epistemologiske grundlag indenfor den filosofiske hermeneutik, kan den hermeneutiske cirkel anvendes som et eksempel herfor, da de enkelte dele må inddrages i helheden, for at skabe mening (ibid:312). Gadamer betragter den hermeneutiske cirkel som værende af ontologisk karakter, dvs. at ligegyldig hvilken metode eller situation, betragtes den som en betingelse for al menneskelig erkendelse. Konsekvenserne for undersøgelsen bliver, at påvirkningen mellem genstand og helhed altid vil foregå som en forudsætning for erkendelsen, da mennesket betragtes som et fortolkende væsen og derfor vil der aldrig opnås eksakt viden, da erkendelsen principielt fortsætter i det uendelige (ibid:320-321). For undersøgelsen betyder det, at selvom der findes analytiske sammenhænge og holdningen principielt synes afdækket, vil det aldrig være muligt, da fordomme principielt vil kunne nuanceres konstant. Sandheden skal i stedet findes i måden, hvorpå undersøgelseskonklusionerne fremtræder som sandfærdige og overbevisende for læseren (Kvale 1997 i Juul & Pedersen 2012 s. 133).

Kritisk rationalisme

Den kritiske rationalisme er karakteriseret ved Karl Raimund Popper. Popper opfatter, ligesom positiverne, sin filosofiske gerning som oplysning, hvis målsætning er at skille sig af med videnskabelige teorier som ikke lader sig falsificere. Popper ser først teorier havende en videnskabelig rolle, når de testes eller anvendes igennem empiriske fakta (Gilje i Juul & Pedersen 2012 s. 52). Retningen indebærer at der skal være plads til at tage fejl og gennem kritisk fornuft kan fejlagtige opfattelser elimineres. Retningen adskiller sig fra den oprindelige positivisme ved at opgive ideen om, at samfundsvidenskaberne kan uarbejde forudsigelser og forklaringer inspireret af fysikken.

For at forklare Poppers udlægning af den kritiske rationalismes erkendelsesproces, illustreres nedenstående skematiske fremstilling;

$$P_1 \rightarrow TT \rightarrow FE \rightarrow P_2$$

Popper betragter enhver erkendelsesproces, startende med en erkendelse af et problem (P_1).

Herefter søges problemet løst ved hjælp af en teori (TT) og fejl opstået i problemsituation forsøges elimineret (FE), hvorefter erkendelsesprocessen fører til et nyt problem (P_2) (Koch 2009 i Fuglsang & Olsen s. 86-87). Popper betragter modellen som værende en indikator for videnskabelige fremskridt (Gilje i Juul & Pedersen 2012 s. 54).

Poppers erkendelsesproces kan illustreres ved at bekende, at nuværende og kommende terapeuters holdning til genoptræning, kan være afhængige af borgerens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund (P_1). Problemet kan løses ved at formulere en teori, såsom at italesætte problemet ved at lokalisere det i den genererede empiri (TT). Herefter forsøges fejlen ved det indledende problem rettet igennem en kritisk diskussion, således at forskellige former for empirisk testning inddrages, for at eliminere fejl i problemforståelsen. Eksempelvis kan de empiriske resultater vise, at nuværende og kommende terapeuters holdning kun var påvirket af patientens jobmæssige situation og ikke af hans beskæftigelsesstatus (FE). Hvis problemet ikke kan ændres undervejs i processen, vil P_1 være lig med P_2 , da problemet ikke ville kunne påvises empirisk. Erkendelsesprocessen starter og slutter således med problemer og viden opstår i forsøget på at løse disse (Koch 2009 i Fuglsang & Olsen s. 87). Den empiriske bearbejdning vil foregå med et påvisende sigte, hvori problemformuleringen forsøges afspejlet igennem belysning af de statistiske sammenhænge. Poppers krav til empirisk lukkede teoretiske systemer, skal opfylde 4 betingelser:

- 1) Bestå af formaliserede udsagn.
- 2) Sættet af udsagn skal være internt konsistent.
- 3) Nogle af udsagnene skal være syntetiske.
- 4) Sættet af udsagn skal kunne benyttes til deducere falsificerbare påstande.

(Koch 2009 i Fuglsang & Olsen s. 92).

For undersøgelsen betyder det at:

- 1) Undersøgelsen består af formaliserede udsagn, som kan bringes på deduktive former, således at udsagn kan sluttes logisk ud fra andre udsagn. Eksempelvis kan respondenternes holdning til genoptræningspotentiale, direkte efterprøves empirisk igennem en statistisk analyse.
- 2) Udsagnene må ikke være modstridende, eftersom teorien (forklaringen omkring givne holdningsudsagn) ellers vil være uanvendelig til at forklare holdningen.
- 3) Terapeuterne kan godt have givne holdninger til en vignet, men det er ikke givet, at disse holdninger kan findes i andre sammenhænge⁵
- 4) Det skal være muligt at falsificere udsagnet, hvilket er muligt, om end uoverskueligt, da alle respondenter principielt kan kontaktes omkring en holdnings verificering⁶.

Kritisk rationalisme, sandhedsbegreb og erkendelse

Det kan ikke afgøres om undersøgelsens udsagn er et udtryk for den endegyldige sandhed, da det ikke er muligt at have kendskab til alle universelle lovmæssigheder. Målet for den kritiske rationalisme er en sandhedssøgen, men med en erkendelse af, at dette aldrig vil lykkedes til fulde (Koch 2009 i Fuglsang & Olsen s. 82).

Netop ønsket om at drage slutninger ud fra en metodologiske individualistisk tilgang, er et vigtigt anvendelsessigte i undersøgelsen og derfor vurderes den kritiske rationalisme oplagt at anvende hertil.

Undersøgelsens epistemologiske spørgsmål kan sikre viden omkring terapeuternes holdningerne, men i lyset af at den kritiske rationalisme ikke mener disse kan findes endeligt. Dette skyldes at

⁵ Udsagnet ”Alle svaner er hvide” kan godt verificeres ud fra den angivne stikprøve, men i og med der kun kan iagttages et udsnit af arten, er det ikke muligt at verificere påstanden om at alle svaner er hvide (Fuglsang & Olsen 2009 s. 17-18).

⁶ Kravene til empirisk lukkede systemer siger ikke noget om teoriens evne til, at forklare en given holdning. I stedet anvender den kritiske rationalisme falsifikationsprincippet, som i korte træk går ud på, at teorien altid skal opstilles på en sådan måde, at en teori eller hypotese gennem et eksperiment altid potentielt ville kunne falsificeres (Fuglsang & Olsen 2009 s. 13).

verifikationsprincipperne eller protokolsætningerne udvælges igennem beslutninger, som principielt er mulige at ændre. Alle udsagn er teoriafhængige og hviler overordnet på verificeringsbehov eller sproglige udsagn, som principielt kan ændres, da de er en del af et teoretisk arbejde eller forforståelse. Et videnskabeligt stykke arbejde kan derfor aldrig starte på et helt nyt grundlag, da fuldstændig sande udsagn ikke kan opbygges. Viden bør måles på, om den genererede empiriske teori faktisk kan anvendes, ikke som den endegyldige sandhed, men kan levere brugbare forudsigelser omkring terapeuternes holdninger eller handletendenser (Pedersen & Toft i Fuglsang & Olsen 2009 s. 70-71).

Den kritiske rationalisme tilskynder til debat og diskussion (Koch 2009 i Fuglsang & Olsen s. 107). Derigennem vil anvendelse af den kritiske rationalisme som en indgangsvinkel til den empirisk og datamæssig bearbejdning, ikke indeholde inkommensurabilitet til den filosofiske hermeneutik, snarere tværtimod, fordi den filosofiske hermeneutik netop, igennem retningens bærende princip omkring den hermeneutiske cirkel, søger meningsskabelse, da relationen mellem de enkelte dele og helheden, muliggør forståelse og fortolkning, som vil fortsætte indtil en dækkende forståelse er opnået, således at mening skabes for læseren (Højberg 2004 i Fuglsang og Olsen 2009 s. 312).

Holdningens ontologiske og epistemologiske grundlag

I dette afsnit forklares hvordan holdningens beskaffenhed kommer til udtryk i undersøgelsen og hvordan holdningen opstår igennem respondenternes læsning af vignetten og heraf hvordan muligheden for erkendelse opstår igennem holdningsmålinger.

Da undersøgelsesformen baseres på holdninger til genstandsfeltet, er det vigtigt at afdække holdningens ontologiske karakter, dvs. hvordan holdningens eksistentielle form betragtes. For at kunne tage stilling hertil, må holdningerne konceptualiseres og kategoriseres (Olsen 2008 s. 124). Holdningerne i undersøgelsen betragtes som implicite komponentielle, da fokus er på opfattelser (af vignetten) og den efterfølgende potentielle handleparathed (konationen).

Hvis holdningen opfattes som implicit, vil den lade sig generere konstruktions- og situationelt i forbindelse med respondenternes læsning (af vignetten) og i den efterfølgende udfyldelse af spørgeskemaet. Holdningen er derved ikke direkte eksisterende på forhånd, men opstår som et led i besvarelsen. Respondenternes vil være bærere af holdninger, som de ikke havde kendskab til og ikke direkte ville kunne kontrollere eller formidle ved eksempelvis et kvalitativt interview (Olsen 2008 s. 125-126). Dette skyldes, at holdningen som bl.a. består af en affektiv komponent⁷, kommer til udtryk i forbindelse med præsentationen af vignetten og derfor dannes holdningen hos respondenterne specifikt ved læsningen. Dette er en fordel, da personer mange gange ikke er videre opmærksomme omkring hvilke faktorer, der influere på deres egen dømmekraftsproces (Alexander & Becker 1978 i Soydan 1996 s. 122). Eksempelvis kan det være vanskeligt direkte at spørge folk om etnicitet har en betydning for deres holdning i en given sammenhæng, da de fleste personer sandsynligvis ville svare at det ikke har den store betydning. Men sættes betydningen af etnicitet i stedet ind i en sammenhæng (eksempelvis en vignette), kan barrierer ved det sociale arbejde bedre indfanges end ved at spørge direkte (Skytte 2002 s. 179). Herved kan årsager afdækkes igennem en systematisk variation og de opstillede sammenhænge kan derigennem indfange de holdningsmæssige ændringer i en given situation.

I undersøgelsen findes holdninger på forhånd, men de er koblet til kontekstuelle elementer, på den enkeltes arbejdsplads. Derved vil respondenterne, i deres møde med vignetten, skabe specifikke

⁷ Holdninger til fænomener, kan bestå af en kognitiv, en affektiv og en konativ komponent. Den kognitive består af viden om det pågældende fænomen, den affektive består af følelser, som vækkes ved respondentens forhold til sig selv og fænomenet og den konative omhandler ønsket om at forandre det observerede (handletendensen) (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 25).

holdninger til en hypotetisk situation. Det betyder at de implicitte holdninger opstår i forhold til et givent objekt eller til den opstillede hypotetiske kontekst.

Undersøgelsens sigte vil derfor være, at formulere holdningsmæssige tendenser i datamaterialet, men ikke at erkende og illustrere en overordnet sandfærdig formulering af den rigtige holdning (Olsen & Pedersen 1997 s. 178-179).

Undersøgelsens epistemologiske og ontologiske grundlag

I dette afsnit beskrives hvordan de to videnskabsteoretiske retninger anvendes i undersøgelsen og hvordan de epistemologiske muligheder fremkommer.

Kombinationen af de to retninger skyldes, at al forskningsvirksomhed, ifølge Popper, er baseret på et hermeneutiske grundlag, da forskeren altid vil have mere eller mindre tematiserede antagelser med i bagagen (Gilje i Juul & Pedersen 2012 s. 53). Dette betyder at enhver empirisk antagelse er teori-relateret og kan betegnes som en *forventningshorisont*, der ændrer sig konstant.

Samligneligheden mellem undersøgelsens to videnskabsteoretiske retninger er således stor, dog med forskellen på hvordan fordommene bringes i spil. Fordommene i undersøgelsen vil derfor i højere grad udfolde sig ud fra Gadammers optik, hvor de kan justeres og specificeres, da Poppers kritiske rationalisme vil falsificere eller udskille de forkerte fordomme (ibid:54). Således vil undersøgelsens erkendelse bero på en empirisk kritisk rationalistisk fremstilling, men det accepteres, i tråd med den filosofiske hermeneutik, at subjektive faktorer altid vil være tilstede og derfor vil undersøgelsessigtet, forskningsspørgsmål og forforståelsen afspejle et hermeneutisk sigte, som vil være styrende for erkendelsen. Undersøgelsens erkendelsesmæssige præferencer vil derfor ikke være direkte positivistisk præget, hvori det drejer sig om at udelukke alle forstyrrende variable, men i stedet accepteres at undertegnede forskningsspørgsmål, afspejler en bestemt orientering (Juul & Pedersen 2012 s. 128). Fordommene vil forsøgt bragt i spil empirisk og herfra vil undertegnede lade sig belære af nye erfaringer, som opstår igennem den empiriske bearbejdning. Undersøgelsen vil aldrig lede til en endegyldig holdningsmæssig sandhed, da hverken den kritisk rationalisme eller den filosofiske hermeneutik finder det muligt at opnå en sådan endegyldigt. Undersøgelsens resultater vil altid kunne verificeres eller udvides ved senere forskningsmæssige erkendelser. Argumentationen omkring de empiriske test og resultater, vil være afgørende for erkendelsen. Fordommene vil undervejs analyseres hermeneutisk ud fra de genererede empiriske

sammenhænge og fejlagtige eller uproduktive fordomme vil derfor ikke direkte forkastes, som Poppers kritiske rationalisme ellers ønsker det, men i stedet justeres og nuanceres eller gå til grunde hvis de ikke eksistere (Gilje i Juul & Pedersen 2012 s. 54).

Metode

Anvendelsen af vignetmetoden

I dette afsnit belyses undersøgelsens valg af vignetmetoden. Herefter følger afsnittet omkring tomme pladser, som er nødvendige at forholde sig til, under respondentens læsning af vignetten. Vignetmetodens stærke og svage sider belyses efterfølgende og relevante eksempler fra undersøgelsesprocessen inddrages. Herefter begrundes valget af den horisontale kvantitative tilgang, samt tilgangens specifikke kendetegn, udformning og hvorfor denne retningen er velvalgt. Afsnittet belyser herefter hvilke krav til realisme og autencitet, der stilles ved anvendelsen af vignetmetoden. Afslutningsvist følger den konkrete gennemgang af vignetten og de dertilhørende spørgsmål.

Vignetmetoden er relevant at anvende til besvarelsen af problemformuleringen, fordi det søges at afdække respondenternes individuelle holdninger til patientens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund. Vignetmetoden vurderes velegnet, idet den kan *"...få udfoldet og specificeret, hvad det er, man ønsker, at respondenterne skal tage stilling til, og derved kan man opnå en stor præcision i sin undersøgelse"* (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 18).

Brugen af vignetmetoden giver mulighed for at definere og konstruere begivenheder og skabe en positiv konteksteffekt. Med andre ord formår metoden, ud fra en fælles beskrevet kontekst, at indfange holdningen til realistiske og virkelighedstro begivenheder, som sikrer gode betingelser for samlignelighed og derved gode metodemæssige forudsætninger for at øge undersøgelsens reliabilitet.

Vignetmetodens anvendelse i kvantitative undersøgelser kan sikre mange respondents konkrete stillingtagen til en kompleks problematik (Finch 1987 s. 111). Muligheden åbner sig herigennem for at; *"...explore normative issues in a way which approximates to the complexities with which issues are surrounded in reality, or, at least, comes closer to reflecting those complexities than other techniques commonly used in surveys"* (ibid:111). Vignetmetoden skaber et godt grundlag for, at undersøge holdningsmæssige tendenser, som afhænger af vores komplekse virkelighed end tilsvarende undersøgelsesredskaber. Dermed kan undersøgelsens sigte, om at afdække holdninger til komplekse normative situationer undersøges. Holdningerne havde været meget svære at spore i en gængs spørgeskemaundersøgelse, da respondenterne ville inddrage et utal af egne præferencer, oplevelser og begivenheder i deres besvarelser. En vignetbeskrivelse vil derimod vejlede

respondentens læsning, således at fortolkningen ikke bliver fuldstændig subjektiv (Grünfeld & Monrad 2012 i Ejrnæs & Monrad 2012 s. 73).

I undersøgelsen bedes respondenterne forholde sig til fiktive vignetter. Terapeuterne tvinges ikke ind i en specifik rolle, men kan som 3. person bedømme den fiktive situationen udefra (Jergeby 1999 s. 29). Fordelen er at der kan stilles konkrete spørgsmål hvori respondenterne samtidig distanceres fra personlige oplevelser, som kan virke begrænsende for besvarelsen, da personlige oplevelser kan være meget situationsspecifikke og kontekstafhængige. Ved anvendelse af vignetmetoden som undersøgelsesredskab, kan der stilles konkrete spørgsmål, uden at respondenterne skal omfortolke spørgsmålene til egne erfaringer, men kan skabe holdningen ud fra vignetten (Finch 1987 s. 111-112). Ved at stille respondenter overfor situationer de givetvis ikke selv har oplevet, kan man dog ”...*forcera fram ställningstaganden som de egentligen inte skulle göra i faktiskt handlande*” (Jergeby 1999 s. 29). En af faldgruberne ved metoden bliver her tydelige, da normative holdningsmæssige tendenser, opfanget i en vignetundersøgelse, ikke automatisk kan betragtes som en prognose for handling (Finch 1987 s. 113). Derved kan der argumenteres for, at de afdækkede holdninger ikke bidrager med ny viden til området, men blot afdækker respondenternes holdning til den anvendte vignet (Gould 1996 i Ejrnæs & Monrad 2012 s. 185).

Undersøgelsen søger derfor at afdække terapeuternes mulige handletendenser ved eksempelvis udskrivningskonferencer, møder eller ved skriftlige formuleringer i journaler eller genoptræningsplaner, hvor holdninger som bringes i spil ved en vignetundersøgelse, er meget tæt forbundet med principielle holdninger, som bringes i spil i sådanne situationer. Derigennem vil undersøgelsen kunne afdække om specifikke faktorer ved patienten, medfører en mulig handletendens, der kan blive afgørende for patientens videre forløb i sundhedsvæsenet.

Tomme pladser

Den beskrevne vignet kan ikke direkte antages at blive opfattet og forstået som på forhånd intenderet. Materialet vil altid gennemgå en fortolkningsproces, både fra forskerens, men også fra respondenternes side. Respondenterne vil konstruktivt bearbejde materialet for at skabe mening og opnå forståelse af vignet og spørgsmål (Grünfeld & Monrad i Ejrnæs & Monrad 2012 s. 67-68). Ud fra undersøgelsens kvantitative sigte, er det vigtigt at minimere respondenternes tolkningsrum, således at der ikke måles på forståelsesmæssige forskelle i vignetten (ibid:68). Sigtet i en horisontal vignetmetode er, at mindske betydningsvidden af de ”tomme pladser” for at kunne lave en standardiseret sammenligning. Tomme pladser defineres som en tom plads i teksten, som læseren

selv skal udfylde for at forstå og fortolke det læste. De tomme pladser kan udfyldes forskelligt og derved opstår respondenternes varierede tolkninger (ibid:74). Konsekvensen bliver at læseren altid vil forstå vignetten ud fra egen forforståelse, som vil være aktiv under læsningen (ibid:70).

Forfatteren må forholde sig til denne tolkning, hvilket betyder at der altid vil være elementer, som vil være ubeskrevne i vignetten (ibid:72).

Læsningen af en vignette, kan ikke forstås som direkte meningsoverførsel fra forfatter til respondent. Respondenten skal selv medvirke til at skabe meningen i vignetten ved at sammensætte ord og sætninger, som derved skaber betydning for vedkommende. Respondenten bruger sin egen forforståelse til at udfylde de mangler, som vignetten uundgåeligt vil indeholde og inddrager sin egen personlighed i sin forholden til det læste (ibid:74).

Vignetmetodens stærke og svage

Vignetmetoden kritiseres ofte for at anvende hypotetiske situationer og kontekster (Jergeby 1999 s. 29). Fordelen ved anvendelse af hypotetiske situationer og kontekster er, at de opstillede betingelser sikre et samlignelighedsgrundlag, som er enslydende for alle. Holdninger skabes altid i forhold til noget og derfor vil den opstillede vignette sikre, at holdningsobjekterne er tydeliggjorte og afgrænsede hvorved respondenterne evaluerer et fælles objekt (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 24 & Olsen 2008 s. 21-22). Respondenterne har mulighed for, at bidrage med deres normative holdninger, da vignetmetoden *"...acknowledges that meanings are social and that morality may well be situational specified"* (Finch 1987 s. 106). Derfor opnår forskeren; *"...en genomsnittlig normativ uppfattning om önskvärda sociale förhållanden"* (Jasso 1990 i Jergeby 1999 s. 29). Den normative opfattelse vil forsøges underbygget empirisk og problemformuleringen vil forsøges belyst herudfra (Olsen 2008 s. 21).

Ulempen ved fælles opstillede kriterier vil være, at der vil mangle beskrivelser og nuancer i fortællingen. Det vil være vanskeligt at opnå et tilfredsstillende resultat, med mindre undersøgelsen kan læne sig op af Jergeby (1999), der siger; *"Praktiskt taget allt socialt arbete innebär till sin natur komplexa ställningstaganden med många faktorer i frågor på individnivå om materiella, psykologiska och sociala aspekter. Det betyder att person- och situationsbeskrivningar kan förefalla otillfredsställande och kräva mer information för ett ställningstagande från respondenten"* (ibid:30). Hermed giver Jergeby udtryk for, at det ikke er muligt at afdække alle aspekter, ved anvendelse af vignetmetoden i komplekse problemstillinger. I undersøgelsen er en del

respondenter frafaldet på grund af ønsket om mere information i vignetten. Nedenfor indsat et eksempel herpå;

Emne SV: Holdningsundersøgelse omkring genoptræning

Kære Esben!

Jeg skriver lige et par umiddelbare kommentarer til dig. Måske kan du bruge dem/reflektere over noget af det i din videre proces, ellers skal du bare se bort fra dem.:-)

Jeg har faktisk været i gang med at besvare dit spørgeskema, men har afbrudt den, idet jeg ikke synes jeg kan/ eller har mulighed for at træffe de valg, du beder om. Der mangler flere informationer, og hvis du er interesseret i at undersøge terapeuters ageren og holdninger tænker jeg det kan meget vanskeligt at indfange i et spørgeskema med så få/kategoriserede svarmuligheder. Ville det være relevant at foretage interview i stedet?

Med venlig hilsen

Mailen viser at undertegnede i denne vignetundersøgelse, ikke får afdækket de bagvedliggende årsager, bag et givent valg og derfor kan have vanskeligt ved at begrunde de bagvedliggende handletendenser (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 188). Ovenstående respondent må derfor frafalde i undersøgelsen og de antagelser, som terapeuternes valg bygger på vil ikke bliver kendt. Derfor er det vanskeligt at identificere hvad der nøjagtigt, ligger til grund for en besvarelse og det er derfor vanskeligt at sige noget om respondentens bagvedliggende overvejelser.

Problematikkerne kunne løses med forskellige tiltag, men grundet undersøgelsens komprimerede tidsramme, har det ikke været muligt at efterprøve respondenternes besvarelser og selvom dette kunne lade sig gøre, ville det ikke indikere, at respondenterne reelt ville reagere som beskrevet. Vignetundersøgelsen vil udelukkende kunne bidrage med et billede af respondenternes mulige handletendencer og ikke afdække hvordan deres faktiske handling ville finde sted (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 24 & Jergeby 1999 s. 31).

Hvilken type vignetmetode

Vignetten i undersøgelsen er udarbejdet ud fra en horisontal kvantitativ tilgang. Den horisontale vignetmetode udspringer fra ”...en amerikansk positivistisk, sociologisk metodetradition, der er eksperimentelt og kvantitativt orienteret...” (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 93). Metoden er velegnet til at teste variationen af specielle kendetegn ved personerne i vignetten og vurdere den gennemsnitlige holdningsmæssige vurdering hos respondenterne (ibid:94).

Metoden udspringer fra en interesse omkring, at skabe eksperimentelle muligheder for; ”...at variere input i form af personernes og situationskendetegn i vignetten. Output i form af respondenternes opfattelser vurderinger og holdninger til casene kunne så opgøres gennem deres besvarelser af spørgeskemaet” (ibid:95). Derved skabes muligheder for direkte at angive hvilke input, der betyder mest for respondenternes holdningsmæssige stillingtagen (ibid:106).

Den horisontale vignetmetode er udformningsmæssigt kendetegnet ved forholdsvis korte vignetter, hvori forfatteren varierer specifikke træk ved vignetpersonen, som kunne have holdningsmæssig betydning. Fordelene ved den korte vignetudformning er, at samtidig med at respondenterne kan overskue alle oplysninger, vil de varierede faktorer fremstå tydelige og ikke blive overset (ibid:105).

Ovenstående faktorer gør vignetmetoden velegnet til undersøgelsen, idet problemformuleringen lægger op til en undersøgelse af terapeuternes holdninger, baseret på vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund. Derfor er det vigtigt, at de varierede faktorer opfattes af respondenterne.

Vignettens autencitet og realisme

Kravet til en horisontal vignet er, at få konstrueret en realistisk og ofte forekommende situationel beskrivelse. Konstrueringen sikres dels gennem egne erfaringer, dels gennem tæt sparring med tidligere kollegaer og netværk, som har vurderet, kritiseret og kommet med gode råd i forbindelse med tilpasningen og udarbejdelsen af vignetten. Således lever vignetten op til Jergebys (1999) 4 opstillede grundkriterier, for konstruktioner af vignetter;

- *Den ska vara lätt att följa och förstå*
- *Den ska vara logisk*
- *Den ska vara trovärdig*
- *Den ska inte vara så komplex att respondenten tappar tråden*

(ibid:26)

Derigennem øges undersøgelsens troværdighed, da vignetbeskrivelsens realisme begrænser eller nedtoner dens uundgåelige hypotetiske indtryk (Finch 1987 s. 111 & Jergeby 1999 s. 29-30).

Beskrivelse og udarbejdelse af vignetten

I dette afsnit følger indledningsvist en beskrivelse af vignettens fortællermæssige struktur og valget af en faseopdelt vignet. Dernæst følger en gennemgang af de varierede input, som danner grundlag for besvarelsen af problemformuleringen. I afsnittet argumenteres for valget af høj- og lavstatusjobs og hvorfor patientens jobmæssige baggrund kunne tænkes at spille en rolle for respondenterne. Afsnittet afsluttes med argumentationen bag valget af diagnosetypen i vignetten.

I udformningen af vignetten er der foretaget en bevidst narrativ struktur. En narrativ struktur indebærer; *”...en bestemt måde at forbinde hændelser og aktører på”* (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 47). Den narrative struktur sikrer at respondenterne primært forholder sig til undersøgelsens hovedfokus og ikke til for mange irrelevante elementer.

Vignetten er beskrevet i 3 faser. I de 2 første faser, tages udgangspunkt i Skytte (2002 s. 180) og Soydan (1996 s. 123), ønske om, at de konstruerede hændelser trappes op, udvikler sig over tid og bliver stadig mere komplicerede. I den afsluttende fase ønskes oplysninger og indtryk fra de 2 tidligere faser, sammenholdt af respondenterne i forhold til deres vurdering af vignetpersonens videre muligheder.

Hver fase beskriver vignetpersonen, fra han indlægges på hospitalet med en blodprop (fase 1), henover den daglige træning på afdelingen (fase 2), til han skal udskrives igen (fase 3).

De varierede input i vignetten

Der er i alt udarbejdet 4 vignetversioner, som er illustreret nedenfor;

Version 1: Henning er arbejdsløs jurist og har været ledig i 1 ½ år, han har tidligere arbejdet i den lokale kommune.

Version 2: Henning er arbejdsløs pedel og har været ledig i 1 ½ år, han har tidligere arbejdet på en lokal skole.

Version 3: Henning arbejder som jurist i den lokale kommune.

Version 4: Henning arbejder som pedel på den lokale skole.

Begrundelsen for valget af ovenstående variationer, bunder i ønsket om at sammenligne respondenternes holdning til patientens beskæftigelsestatus og jobmæssige baggrund. Intentionen er

at vurdere om de generelle holdningsmæssige diskurser på beskæftigelsesområdet, kan spores på sundhedsområdet, da en sådan lokalisering i sidste ende kan indikere forskellige muligheder for patienten på baggrund af vedkommendes beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund. Dele af baggrunden for denne formodning baseres på, at der i mange patientjournaler på hospitalerne beskrives enten hvad patientens nuværende eller tidligere beskæftigelse er. Oplysningerne skal givetvis anvendes i forskellige sundhedsfaglige sammenhænge, men for undertegnede har det været vanskeligt at lokalisere koblingen mellem patientens beskæftigelsestatus og jobmæssige baggrund, til det umiddelbare behandlingssigte.

Valget bag vignetpersonens beskrivelse som enten pedel eller jurist, baseres på karakteristikkene af gode og dårlige jobs. De dårlige jobs; *"...er karakteriseret ved at arbejdsfunktionen er af en sådan karakter, at man ikke behøver større information om arbejdskraften"* (Larsen 2009 s. 32). De gode jobs *"...er karakteriseret ved, at arbejdsfunktionen er af en sådan karakter at man behøver stor information om arbejdskraften"* (ibid:32). Uddannelsesgraden bliver en statusbetegnelse for personen og et vigtigt redskab til, at signalere ens evner på (Spence 1973 i Larsen 2009 s. 26-27). Undertegnede egne oplevelser med højtuddannede patienter er, at man som terapeut sommetider møder dem med en større parathed og engagement. Herigennem kan terapeuten være parat til at yde en ekstra genoptræningsindsats, for de højtuddannede patienter. Højtuddannede patienter formår til tider at skabe en ekstra respekt eller status omkring deres person, via måden de formår at formulere eller artikulere deres genoptræningsbehov på. Formuleringen af genoptræningsbehov baseres ofte på viden om feltet. Viden kan således være medbestemmende for patienternes faktiske adgang til sundhedsydelser. Viden kommer ofte gennem uddannelse, hvilket senere hen ofte vil hænge sammen med højere jobmæssig baggrund. Patienter med lavstatusjobs formår, som udgangspunkt, ikke i samme grad, at italesætte deres behov og den faktiske adgang til sundhedsydelser kan derfor blive begrænset (Vallgård & Krasnik 2010 s. 23).

Ledighedslængden er sat til 1 ½ år, idet dagpengeperioden på nuværende tidspunkt er 2 år.

Beskrivelsen skal signalere at vignetpersonen, udover sygdommen, er presset af en snarlig overgang til kontanthjælp. Perioden er beskrevet konkret, da en udeladelse af ledighedsperioden (muligvis) vil forårsage spuriøse sammenhænge. Ved inddragelse af oplysningen omkring ledighedslængden, sikres en indsnævret tolkning, da en beskrivelse af ledighed uden angivelse af periode, ville føre til et større tolkningsspektrum, hvori respondenterne enten forestiller sig vignetperson som lige være blevet fyret eller til at have været ledig i årevis. Ved at specificere ledighedslængden, øges chancerne for at skabe en høj intern validitet i undersøgelsen (Jergerby 1999 s. 29-30).

Beskrivelse af de valgte faktorer i vignetten

I vignetfaserne er beskrevet faktorer som igennem forskningen, er knyttet til det bedst mulige outcome for følgerne efter hjerneskade. Selve diagnosen er valgt da den ofte er forekommende og må antages at være et genkendeligt genoptræningsforløb for terapeuterne. Terapeuterne kan have støt på diagnosen igennem deres arbejde, den er blevet omtalt i litteraturen (se bl.a. Tanaka, Toyonaga & Hashimoto 2011, Leung & Man 2005 & Fortmeier & Thanning 2003), eller de har stiftet bekendtskab med den under deres uddannelse. Diagnosetypen er dog irrelevant for undersøgelsens problemformulering og kunne for så hvidt have omhandlet en hjerte, lunge eller hoftediagnose. Diagnosen bruges som redskab til at skabe en platform for, at så mange terapeuter som muligt, vil have mulighed for at forholde sig konstruktivt til vignetten. Ydermere vil terapeuter ifølge Grünfeld & Monrad (2012) befinde sig indenfor et *fortolkende fællesskab*, som bevirker at terapeuterne, igennem deres fælles faglige baggrund, vil have tendens til at forstå vignetbeskrivelsen på samme måde, mens andre faggrupper vil have tendens til at forstå den anderledes. Fordelen er at samme vignetbeskrivelse opfattes nærværdig, på samme måde blandt terapeuter, således at den forståelsesmæssige usikkerhed mindskes (i Ejrnæs & Monrad 2012 s. 78-79). Selvom diagnosen er valgt ud fra ovenstående prioriteringer, vendte omkring 10 respondenter tilbage og tilkendegav, at de ikke følte sig egnede til, at forholde sig til vignetten grundet divergerende arbejdsmæssige opgaver. For respondenternes begrundelser henvises læseren til bilag 2.

Vignetten i undersøgelsen

I afsnittet argumenteres indledningsvis for den bevidst komprimerede og lettere stereotype vignetudformning. Herefter følger beskrivelsen af de 3 vignetfaser. Efter hver vignetfase beskrives spørgsmålene i tilknytning hertil.

Beskrivelsen af vignetpersonen kan fremstå forenklet og stereotyp, da der bevidst er udeladt oplysninger, som kan indebære en overdreven tolkning af vignetpersonens terapeutiske træningsmuligheder. Således ville en mere tilbundsgående beskrivelse, sløre vignettens varierede input og i stedet føre til en holdningsmæssig stillingtagen til et, for undersøgelsens sigte, irrelevant sygdomsbillede. Ved en delvis udeladelse af vignetpersonens sygdomsbillede, ønskes det i henhold til undersøgelsens problemformulering at vignetbeskrivelsen skal fungere som et fælles kontekstuel vurderingsgrundlag for respondenternes besvarelser. Beskrivelsen må dog ikke blive *for* overordnet og stereotyp, da besvarelsen derved kan fremstå *for* hypotetisk i sin karakter (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 56). Den rigtige balance vil være vanskelig at opnå, da en stereotyp vignetbeskrivelse, ofte vil efterlade respondenterne med ønsket om flere oplysninger (ibid:59).

Faserne i vignetten

I dette afsnit følger en gennemgang af vignettens 3 faser, samt markant foretagne fravalg. Ved vignetfaserne indsættes den omtalte vignetfase og spørgsmålene i tilknytning hertil beskrives. Alle faser inkluderes for at skabe et helhedsbillede af det præsenterede materiale. For at se spørgeskemaet i sin helhed, henvises læseren til bilag 3.

1. vignetfase

Henning er 51 år og arbejder som jurist i den lokale kommune. Han er fysisk aktiv og bor med sin kone i et lille et plans rækkehus. En dag da Henning er til badminton, bliver han utilpas og får et ildebefindende. Henning bliver kørt på hospitalet og det viser sig, at han har fået en blodprop i hjernen.

Henning bliver indlagt på en neurologisk afdeling, som varetager behandling og genoptræning af de indlagte patienter. Henning har lidt problemer med at strukturere og planlægge sin hverdag. Han har balanceproblemer på grund af vanskeligheder med at støtte på og styre sit venstre ben. Derfor sidder han i øjeblikket i kørestol, når han skal alene omkring på afdelingen. Henning har desuden svært ved at spise, da han motorisk ikke kan styre gaflen i sin venstre hånd på en for ham tilfredsstillende måde. Henning er meget motiveret for at træne og derigennem blive i stand til at udføre sine daglige aktiviteter igen.

* Ovenfor indsættes undersøgelsesversion 3 hvori vignetpersonen beskrives som jurist.

I 1. vignetfase beskrives vignetpersonens sygdomsbillede og baggrundsforhold, herunder jobmæssige baggrund (de varierede input), alder, civilstatus, boligsituation samt motivation. Ønsket om at skabe et klart billede af de varierede input, medfører markante fravalg i denne vignetfase. Fravalgene er primært baseret på et mangelfuldt diagnosebillede. Et for beskrivende diagnosebillede ville være forstyrrende for undersøgelsens fokus, da det sandsynligvis ville føre til, at vignetpersonens varierede input omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund, ville fortabe sig i beskrivelsen. Modsat kan en for kort beskrivelse føre til en ensidig fokusering på de varierede input, som derved vil danne et *for* begrænset sygdomsbillede og føre til et indskrænket og stereotypt vurderingsgrundlag.

Spørgsmål efter 1. vignetfase

Spørgsmålene efter 1. vignetfase, indledes med respondenternes vurdering af vignetpersonens genoptræningspotentiale (spørgsmål 8), herefter følger spørgsmål om holdningen til det ideelle genoptræningstilbud under indlæggelsen (spørgsmål 9). Spørgsmålene efter 1. vignetfase afsluttes med, at respondenterne skal angive enigheden i, at vignetpersonen - via en god træningsindsats - kan komme tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau (spørgsmål 10).

De praksisanvendte begreber omkring genoptræningspotentiale og aktivitetsniveau søges operationaliseret ind i spørgeskemaet, dels via egne erfaringer og anvendelse, dels ved diskussioner omkring begrebsanvendelsen under pilotinterviewene. Ved anvendelsen af begreberne i spørgeskemaet fremstår spørgsmålene mere virkelighedsnære og får et realistisk og troværdigt præg, som er vigtigt i en vignetundersøgelse (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 56 & Finch 1987 s. 111). For at illustrere spørgsmålenes illustrative opbygning efter 1. vignetfase, indsættes et eksempel fra spørgeskemaets spørgsmål 8 nedenfor.

8. På baggrund af historien, hvor godt eller dårligt vurderer du Hennings genoptræningspotentiale?

- (1) ☐ Meget godt
- (2) ☒ Godt
- (3) ☐ Hverken godt eller dårligt
- (4) ☐ Dårligt
- (6) ☐ Meget dårligt
- (5) ☐ Ved ikke

2. vignetfase

Efter den trænende terapeut en morgen, sammen med sine kollegaer, har koordineret dagens terapeutiske opgaver og orienteret sig omkring nyindlagte patienter, kommer hun op på afdelingen og går hen for at træne med Henning. Henning er lettere forvirret og plejepersonalet fortæller, at de har været forbi om morgenen for at bede ham om at gøre sig klar, men at han har glemt det og til sidst har de været nød til at hjælpe ham, med at komme i tøjet.

Selvom Henning er lidt forvirret, vil han gerne med terapeuten hen og træne. Træningen forløber fint og Henning viser store fremskridt, i forhold til sidste træning. Terapeuten kan mærke at Henning bliver mere motiveret, da han selv kan se at det går fremad. Til sidst i træningen fanger Henning en vigtig øvelse, som han gerne vil fortsætte med, men terapeuten skal til og afslutte træningen, for at kunne nå videre og træne med den næste patient. Henning er desværre ikke i stand til, at fortsætte træningen selvstændigt på nuværende tidspunkt.

Den næste patient er en mand på cirka samme alder som Henning, der har været indlagt cirka 2 uger på afdelingen med en apopleksi.

I 2. vignetfase følger et terapeutisk dilemma under indlæggelsen. Heri beskrives vignetpersonens mangler i forhold til selvstændigt at varetage påklædning, samt strukturere og planlægge sin dagligdag på hospitalsafdelingen. En blodprop i hjernen kan medføre vanskeligheder ved disse aktiviteter og oplysningerne fungerer derfor som et led i symptombeskrivelsen (Fortmeier & Thanning 2003 s. 39). 2. vignetfase indeholder efterfølgende en situation, hvori vignetpersonen udviser stigende motivation og indlæring under en træningsøvelse. Herefter stilles respondenterne overfor valget om at træningen, måske/måske ikke bør afbrydes af terapeuten, på grund af en træningsaftale med en anden patient. Formålet er, at respondenterne stilles overfor valget mellem vignetpersonen og en anden patient.

Spørgsmål efter 2. vignetfase

Efter 2. vignetfase præsenteres respondenterne for et spørgsmål omhandlende stillingtagen til, om terapeuten bør træne videre med vignetpersonen eller gå videre til næste patient som aftalt

(spørgsmål 11). Spørgsmålet illustrere et dagligdags terapeutisk dilemma og er konstrueret fra et tredjepersons perspektiv, da respondenternes stillingtagen skabes ud fra terapeutens ageren i vignetten (Finch 1987 s. 106). Ved spørgsmålet undersøges for sammenhænge mellem vignetpersonens varierende baggrundsoplysninger og respondenternes til- og fravalg. Respondenterne har muligheden for, at begrunde deres til - eller fravalg skriftligt, ved et efterfølgende åbent spørgsmål.

Nedenfor indsættes et eksempel på spørgsmål 11 og hvad svarafgivelsen ”Ja” fører til (eksemplet er udvalgt fra en fysioterapeutstuderendes spørgeskemabesvarelse).

11. Bør terapeuten vælge kort, at træne videre med Henning, da hun vurderer at Henning profiterer af træningen eller bør hun komme videre til den næste patient?

- (1) ☒ Ja, terapeuten bør kort vælge, at træne videre med Henning (gå til 11A)
(2) ☐ Nej, terapeuten bør komme videre til den næste patient (gå til 11B)
(3) ☐ Ved ikke (gå til næste side)

11.A. Hvis du svarede ja til, at terapeuten kort bør træne videre med Henning, angiv venligst en årsag hertil?

Tidsplaner er altid noget der bliver rykket lidt i en normal hverdag, så 5-10 ekstra træning vil ikke skade nogen.

3. vignetfase

Efter cirka halvanden måneds indlæggelse, hvor Henning nu er blevet i stand til selvstændigt, at gå sikkert med rollator og er blevet bedre til og styre gaflen i sin venstre hånd under måltider, skal han udskrives fra hospitalet. Jeg vil nu bede dig om, at forholde dig til, om du tror Henning får udarbejdet en genoptræningsplan og hvordan en sådan kommer til at se ud. Først vil jeg bede dig tage stilling til, hvad din opfattelse af det ideelle forløb vil være for Henning. Herefter tage stilling til, hvorledes du tror et tilbud til Henning i virkeligheden kommer til og se ud, ud fra din egne forestillinger omkring lignende forløb.

3. vignetfase omhandler udskrivningsfasen, hvori respondenterne skal tage stilling til hvilket genoptræningsforløb vignetpersonen skal tilbydes. Vægtningen er baseret på en tydelig trænings- og motivationsmæssig fremgang for vignetpersonen under dennes indlæggelse, hvilket skal skabe et indtryk af behovet for yderligere genoptræning efter udskrivelsen.

Spørgsmål efter 3. vignetfase

Efter 3. vignetfase bliver respondenterne bedt om at forholde sig til 2 spørgsmål og derefter at bedømme deres enighed i 3 udsagn. Efter de 2 første spørgsmål skiftes fra en indirekte eller skjult, til en mere direkte og afslørende undersøgelsesvinkel.

Ved de 2 første spørgsmål bedes respondenterne forholde sig til, hvad deres forestilling om det ideelle genoptræningstilbud ville være, efter vignetpersonen udskrives fra hospitalet (spørgsmål 12) og herefter forholde sig til, hvor intensivt de tror genoptræningstilbuddet til vignetpersonen i virkeligheden ville være (spørgsmål 13).

Herefter bedes respondenterne om at forholde sig til 3 udsagn omkring vignetpersonen (spørgsmål 14). Her angives respondenternes enighed i, at prioritere vignetpersonen højere end andre patienter pga. hans store motivation (spørgsmål 14.A), jobmæssige situation (spørgsmål 14.B) og lave alder (spørgsmål 14.C). Svarene belyses dels ud fra undersøgelsens varierede input omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund, men også direkte på den marginale svarfordeling.

Spørgeskemaet og spørgsmål

I dette afsnit beskrives spørgsmålene i spørgeskemaet overordnet, herunder hvad holdningsspørgsmål omhandler. Først gennemgås sondringen mellem faktuelle spørgsmål og holdningsspørgsmål, hvordan holdningsspørgsmålene kan inddeles i specifikke og generelle og hvorfor denne sondring er vigtig i undersøgelsen. Afsnittet beskriver herefter spørgeskemaets inddeling i en direkte og en indirekte holdningsundersøgelse. Efter denne belysning gennemgås respondenternes mulighed for at komme med afsluttende kommentarer til undersøgelsen, herunder anvendelsen af disse kommentarer. Afsnittet afsluttes med en konkret gennemgang af svarkategorierne i spørgeskemaet.

I kvantitative horisontale vignetundersøgelser, anvendes primært lukkede spørgsmål med faste svarkategorier. Fordelene er at bestemte kendetegn ved vignetpersonen kan testes og derved kan ændringerne i respondenternes samlede holdningsmæssige tendenser observeres (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 97).

Ved holdningsundersøgelser er det vigtigt at anvende ord med begrænset betydningsvidde, således at respondenterne forstår disse (nogenlunde) på samme måde. Spørgsmålet gøres derigennem mere konkret og det holdningsmæssige rum afgrænses. Hvis den begrænsede betydningsvidde ikke tænkes ind i formuleringen, opstår faren for en problematisk validitet, da undersøgelsen ikke vil måle det intenderede (Olsen 2008 s. 145).

I undersøgelsen skelnes mellem faktuelle spørgsmål og holdningsspørgsmål. De indledende spørgsmål eller baggrundsspørgsmålene fungerer som undersøgelsens faktuelle spørgsmål og sigter mod hvordan ”...noget der principielt kan iagttages, forholder sig” (Olsen 2006 s. 16).

Holdningsspørgsmålene handler om; ”...at evaluere eller vurdere fænomener, der forekommer uden for den, der vurderer”(ibid:16). Holdningsspørgsmålene kan inddeles i specifikke og generelle.

Ved specifikke spørgsmål skal respondenterne forestille sig, at agere i forhold til givne fænomener eller situationer og ved generelle spørgsmål skal respondenterne vurdere mere alment. Spørgsmål til vignetten er specifikke fordi; ”...svarpersonerne skal forestille sig at agere i forhold til foreteelser, som de skal vurdere.” (ibid:16). Specifikke spørgsmål omhandler ikke kun egne erfaringer, men også holdninger til konkrete fænomener, herunder spørgsmål til en vignet. Sondringen mellem disse holdningstyper er vigtig, da generelle holdninger kan betragtes som forestillingsbilleder af en situation, mens specifikke holdninger kan rette sig mod en potentiel handleparathed (Olsen 2008 s.

131). De specifikke holdninger er derfor tættere relaterede til handleparathed end generelle holdninger og er derfor væsentligt mere interessante for undersøgelsens sigte (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 152 & Olsen 2008 s. 48).

Ved spørgsmål til en hypotetisk vignet, skal respondenterne forholde sig til hvordan eksempelvis en terapeut bør reagere i forhold til en patient. Derfor kombineres spørgsmålene, dels ved at spørge ind til hvorledes terapeuten i vignetten vil reagere og dels ved at spørge ind til hvorledes respondenterne selv vurderer mere overordnede udsagn. Undersøgelsesdesignet er både opstillet via et indirekte metodemæssigt sigte, som måles igennem respondenternes stillingtagen til hovedparten af spørgsmålene og deres indirekte holdning til de varierede input omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund. Men også et direkte sigte, hvori respondenterne afslutningsvist adspørges om deres enighed i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter pga. hans store motivation, jobmæssige situation og hans lave alder. Fordelene ved kombination mellem en direkte og en indirekte undersøgelsesdel er, at det både vil kunne afsløres om respondenterne, direkte adspurgte, er enige i at prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund, men også om denne enighed, indirekte, kan belyses i de forudgående spørgsmål.

Baggrundsspørgsmål

Ved opbygningen af baggrundsspørgsmålene spørges ind til respondenternes køn, fødselsår, bopælskommune, uddannelsesmæssige baggrund, erfaring som terapeut, deres arbejdsplads geografiske placering samt indenfor hvilket område de primært er beskæftiget.

Baggrundsspørgsmålene kan betragtes som relevante sociologiske faktorer, som er interessante at få belyst.

De afsluttende kommentarer i spørgeskemaet

Undersøgelsen afsluttes med 2 åbne spørgsmål, hvori respondenterne først har mulighed for, at fortælle hvad de vægtede i deres vurdering (spørgsmål 15) og derefter har mulighed for at bidrage med uddybende kommentarer til undersøgelsen, vignetten eller spørgsmålene (spørgsmål 16).

Spørgsmålene medtages for at skabe et billede af respondenternes oplevelse af spørgeskemaet og vignetten, herunder om deres kommentarer indikere at spørgeskemaet og vignetten lever op til Jergebys (1999) krav om troværdighed, logiske formuleringer og et passende kompleksitetsniveau

(ibid:26). Derudover vil kommentarerne kunne anvendes undervejs i analysefasen, til at begrunde eller uddybe holdningsmæssige sammenhænge. Kommentarerne kan derfor nuancere forklaringer og fungerer som holdningsmæssige indikatorer for respondenternes besvarelser. Nedenfor indsættes eksempler på besvarelserne af de afsluttende spørgsmål, for at give læseren et billede af begrundelserne for de holdningsmæssige nuanceringer. Begge eksempler er udvalgt fra en fysioterapeutstuderendes besvarelse.

Spørgsmål 15

Her har du mulighed for, at fortælle hvad du lagde vægt på i din vurdering af Hennings genoptræning.

~~Man må~~ Godt potentiale til
at komme tilbage, det men bliver nok
aldrig lige så god som før (arbejde og ADL)

Spørgsmål 16

Har du afslutningsvis nogle uddybende kommentarer til undersøgelsen, casen om Henning eller spørgsmålene?

Må ikke gøre forvel på pt. selvom
at du udviser forskellige grader af
motivation for træning.

Svarkategorierne

Spørgsmålene i undersøgelsen består, bortset fra spørgsmål 11, 15 og 16, af lukkede og præcise svarkategorier. Fordelen er at forskeren kan observere om svarene ændrer sig, alt efter hvilke faktorer der ændres i vignetbeskrivelsen (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 97). Ydermere sikrer lukkede standardiserede svarkategorier, at besvarelserne er enkle at bearbejde og sammenligne statistisk (Olsen 2006 s. 27). De lukkede svarkategorier anvendes i spørgsmål 1-10 og 12-14. Spørgsmål 11 er opstillet som dikotomisk spørgsmål, med en "Ja", "Nej" og en "Ved ikke" kategori, men har, som sagt, mulighed for en skriftlig uddybning af det angivne svar.

I spørgsmål 8-10 og 12-14 anvendes skalasvar med midtergruppe i svarkategorierne (Harboe 2010 s. 96-97). Spørgsmålene indeholder igen dikotomiske svarkategorier, således at respondenterne kun bedes om at afgive et svar, hvis denne mulighed vælges⁸. I 8, 10 og 12-14 er spørgsmålene balancerede. Eksempelvis er der i spørgsmål 8, to kategorier med mulighed for at vælge "Meget godt" og "Godt", en kategori i midten med mulighed for at vælge "Hverken godt eller dårligt" og to

⁸ Ved gennemførelsen af undersøgelsen blandt fysioterapeutstuderende, som var den eneste gang undersøgelsen blev distribueret på papirform, var det ikke muligt, at kontrollere om der blev afkrydset i 2 svarkategorier ved et spørgsmål. Der var kun enkelte respondenter, som havde afsat 2 krydser. Disse besvarelser blev registreret som "Missing" under databearbejdningen.

muligheder for at vælge ”Dårligt” og ”Meget dårligt”. Alle opfattelser vægtes ligeligt og ingen holdning tildeles forrang frem for en anden (Olsen 2006 s. 40).

Der er inkluderet en ”Ved ikke” kategori i spørgsmålene 8-14. Kategorien er placeret sidst blandt svarmulighederne, således at respondenterne tilskyndes til at læse de andre kategorier først (Hansen mfl. 2008 s. 85). ”Ved ikke” kategorien inkluderes, da det ofte viser sig at respondenter er uden holdninger til, for nogle irrelevante holdningsobjekter (Olsen 2008 s. 108). Kategorien kan give respondenter, som kan være usikre på deres holdning, mulighed for at udtrykke denne usikkerhed eller indifferens med spørgsmålet (Harboe 2010 s. 94). Ligeledes er der større chance for, at undersøgelsen gennemføres, da respondenter kan være tilbøjelige til at forlade undersøgelsen hvis de afkræves et svar (Hansen, Marckmann & Nørregaard-Nielsen 2008 s. 153). For belysningen af spørgeskemaet i sin helhed, henvises igen til bilag 3.

Præsentationen af de udvalgte respondenter

Dette afsnit beskriver undersøgelsens udvalgte respondenter og undersøgelsens område, samt deltagergruppens antalsmæssige karakteristika. Derefter beskrives hvorfor det somatiske⁹ hospitalsmæssige og terapeutiske område er udvalgt som empirisk grundlag.

Arenaen for undersøgelsen omfatter somatiske sygehuse i Danmark. De somatiske sygehuse er udvalgt, fordi de varetager en overvejende del af den sundhedsfaglige indsats (Vallgård & Krasnik 2010 s. 166). Der er således tale om dels en statistisk dimension, der omhandler generaliserbarheden af de empirisk genererede resultater til undersøgelsespopulationen, dels at skabe bedst muligt grundlag, for en diskussion omkring overførbareheden til andre arenaer end den for undersøgelsen angivne.

Undersøgelsens fordeling sammenlignet med den samlede population

I dette afsnit sammenlignes undersøgelsens fordeling med regionalt ansatte fysio- og ergoterapeuter, der betragtes som den samlede population for undersøgelsesfeltet. Herigennem skabes et billede af undersøgelsens omfang, samt for at øge undersøgelsens repræsentativitet, validitet og muligheder for at udsige noget om resultaternes generaliserbarhed i andre sammenhænge. Derudover rummer afsnittet undersøgelsens faggruppemæssige fordeling, som består af fysio- og ergoterapeuter ansat på somatiske sygehuse i Danmark, samt fysio- og ergoterapeutstuderende fra Professionshøjskolen Metropol i København.

Regionerne beskæftiger fysio- og ergoterapeuter indenfor mange områder, herunder somatiske hospitaler, psykiatriske hospitaler samt flere andre sociale tilbud (Vallgård & Krasnik 2010 s. 169-172). Tallene over regionalt ansatte terapeuter, som med stor hjælp fra Danske Fysioterapeuter, er tilvejebragt fra Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, dækker over alle regionalt ansatte fysio- og ergoterapeuter. Tallene er derfor ikke en nøjagtig indikator for sammensætningen blandt ansatte terapeuter på somatiske sygehuse. Men de vurderes fortsat at have en stor relevans og samlignelighedsgrundlag, for undersøgelsens sammensætning på baggrundsvariable, såsom køn, alder og fagfordeling mellem fysio- og ergoterapeuter. Undersøgelsens sammensætning vil

⁹ Somatiske sygehuse har at gøre med den menneskelige krop, modsat psykiatriske sygehuse, som har at gøre med behandlingen af sindslidelser.

illustrere et nærværdigt billede, som stemmer overens med populationens sammensætning og derigennem vil mulighederne øges, for at generalisere undersøgelsens analyseresultater til andre arenaer (Hansen, Marckmann & Nørregaard-Nielsen 2008 s. 43).

Afslutningsvist præsenteres undersøgelsens erfaringsmæssige fordeling og geografiske tilknytning. Tallene var ikke mulige at sammenligne regionalt, men fordelingerne er medtaget for at bidrage til et bredere analysegrundlag og skabe et mere nuanceret billede af respondenterne i undersøgelsen.

Undersøgelsen havde deltagelse af terapeuter, ansatte på somatiske sygehuse i hele Danmark, med undtagelse af Aarhus Universitetshospital, Gentofte Hospital og Nykøbing Falster Sygehus, som af forskellige årsager ikke deltog. Derudover deltog fysio- og ergoterapeutstuderende på modul 13 og 14, fra Professionshøjskolen Metropol i København. For at belyse undersøgelsesområdets overordnede omfang, er det nødvendigt at illustrere den samlede terapeutiske fordelinger. Det samlede sundhedsområde havde pr. februar 2013 ansat 1857 fysioterapeuter og 1174 ergoterapeuter (www.krl.dk 2013). Tallene inkludere alle terapeuter ansat på offentlige sygehuse, herunder ledere, mellemledere og faglige udviklere. Gennemsnitsalderen for fysioterapeuter er på 45 år og 43,3 år for ergoterapeuter eller samlet 44,1 år. Den kønsmæssige fordeling blandt de hospitalsansatte fysioterapeuter er ca. 84% kvinder og 16% mænd, mens den for ergoterapeuter er ca. 94% kvinder og 6% mænd. Samlet for både fysio- og ergoterapeuter er der ca. 88% kvinder og 12% mænd. Det samlede antal regionaltansatte terapeuter opgjort i februar 2013, er i alt 2807 fordelt med ca. 61% fysioterapeuter og 39% ergoterapeuter. Tallene inkludere alle regionalt ansatte terapeuter, herunder psykiatriske afdelinger (se bilag 1).

For at inkludere et bredt antal fysio- og ergoterapeuter, var det oplagt at udføre undersøgelsen på somatiske sygehuse, da flest terapeuter er ansat her.

Faggruppe- og kønsmæssige fordeling

For at skabe et overblik over den samlede population, præsenteres en fordeling herfor. Fordelingen indeholder regionalt ansatte fysio- og ergoterapeuter samlede faggruppe - og kønsmæssige fordeling.

Regionalt ansatte fysio- og ergoterapeuter

	Kvinder	Mænd	Total
Fysioterapeuter	1556 (58,6%)	301(80,2%)	1857(61,2%)
Ergoterapeuter	1099 (41,4%)	74(19,7%)	1173(38,7%)
I alt	2655 (100,0%)	375(100,0%)	3030(100,0%)

*Ansatte fysio- og ergoterapeuter i Danske Regioner (www.krl.dk)

Herefter præsenteres undersøgelsens respondenter, ligeledes opgjort på faggruppe- og kønsmæssige fordeling nedenfor.

Undersøgelsens fysio- og ergoterapeuter

	Kvinder	Mænd	Total
Fysioterapeuter	309(63,8%)	51(85,0%)	360(66,2%)
Ergoterapeuter	175(36,2%)	9(15,0%)	184(33,8%)
i alt	484(100,0%)	60(100,0%)	544(100,0%)

Tabellerne viser, at undersøgelsen har en procentmæssig overrepræsentation af kvindelige fysioterapeuter på 5,2% og mandlige fysioterapeuter på 4,8% og en samlet overrepræsentation af fysioterapeuter på 4,9% i forhold til ansatte regionalt ansatte fysio- og ergoterapeuter.

Aldersmæssig fordeling

Nedenfor illustreres den aldersmæssige fordeling blandt de regionalt ansatte terapeuter og terapeuterne i undersøgelsen. Fordelingen inddeles i grupper af 20-29 årige, 30-39 årige, 40-49 årige, 50-59 årige og 60-69 årige.

Aldersfordeling for regionalt ansatte terapeuter

	20-29 årige	30-39 årige	40-49 årige	50-59 årige	60-69 årige	Total
Terapeuter i alt	445 (14,7%)	1120(37,0%)	692(22,8%)	596(19,7%)	178(5,8%)	3031(100,0%)

Aldersfordeling for undersøgelsens terapeuter

	20-29 årige	30-39 årige	40-49 årige	50-59 årige	60-69 årige	Total
Terapeuter i alt	81(14,9%)	176(32,4%)	147(27,0%)	90(16,5%)	50(9,2%)	544(100,0%)

Ovenstående tabeller viser undersøgelsen har færre terapeuter i blandt de 30-39 årige (4,6%) og de 50-59 årige (3,2%), men flere terapeuter i blandt de 20-29 årige (0,2%), de 40-49 årige (4,2%) og de 60-69 årige (3,4%).

Gennemsnitsalderen for fysio- og ergoterapeuter, i undersøgelsen er på 42 og 40 år. For regionalt ansatte terapeuter er den på 45 og 43 år. Aldersgennemsnittet for respondenterne i undersøgelsen er således 3 år lavere for både fysio- og ergoterapeuter.

Terapeuternes kommunale tilknytning

Den følgende fordeling er opdelt efter respondenternes bopælskommune. Inddelingen er foretaget ud fra Danmarks Statistiks geografiske og nationale opdeling, som inddeler de 5 regioner i yderligere 11 landsdele.

Terapeuternes kommunale tilknytning

Byen København	89(16,4%)
Københavns omegn	44(8,1%)
Nordsjælland	31(5,7%)
Bornholm	91(1,7%)
Østsjælland	31(5,7%)
Vest- og Sydsjælland	38(7,0%)
Fyn	67(12,3%)
Syddjylland	52(9,6%)
Østjylland	62(11,4%)
Vestjylland	12(2,1%)
Nordjylland	109(20,0%)
I alt	544(100,0%)

Majoriteten af respondenter er fra Københavnsområdet og Nordjylland. Herefter fordeler resten af respondenter sig mere jævnt, i resten af landet, med Bornholm som den mindste.

Terapeuternes anciennitet

Nedenfor illustreres terapeuternes anciennitet i undersøgelsen.

Terapeuternes anciennitet i undersøgelsen

	Mindre end 3 år	3-5 år	6-10 år	Mere end 10 år	Total
I alt	63(11,6%)	69(12,7%)	109(20,0%)	303(55,7%)	544(100,0%)

Majoriteten af terapeuterne i undersøgelsen har mere end 10 års erfaring. De resterende fordeler sig med en lidt større gruppe, som har 6-10 års erfaring og 2 mindre grupper med mindre end 5 års erfaring.

Der er ikke nogen nævneværdig forskel faggrupperne i mellem, bortset fra 3-5 års erfaring, som fordeler sig med lidt flere ergoterapeuter end fysioterapeuter end i de øvrige grupper.

Terapeuternes regionale arbejdsmæssige tilknytning

Nedenfor illustreres terapeuternes regionale arbejdsmæssige tilknytning i undersøgelsen.

Terapeuternes regionale arbejdsmæssige tilknytning i undersøgelsen

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Total
I alt	170(31,3%)	79(14,5%)	122(22,4%)	60(11,0%)	113(20,8%)	544(100,0%)

Majoriteten af respondenterne er fra Region Hovedstaden, herefter følger Region Syddanmark, Region Nordjylland, Region Sjælland og til sidst Region Midtjylland. Fordelingen her kan skyldes, at Aarhus Universitetshospital, der er beliggende i Region Midtjylland, Gentofte Hospital, der er beliggende i Region Hovedstaden, samt Nykøbing Falster sygehus, der er beliggende i Region Sjælland, valgte ikke at deltage i undersøgelsen. Fordelingen må derfor antages at være forskellige fra den faktiske fordeling, grundet disse hospitalers afbud.

Fysio- og ergoterapeutstuderendes fordeling

Det har ikke været muligt, at sammenholde data med undersøgelsesgruppen af fysio- og ergoterapeutstuderende. Derfor foretages præsentationen af denne gruppe separat nedenfor. Fordelingen foretages i samme rækkefølge som tidligere tabeller. Dog udelades tabellen omkring anciennitet, da studerende ikke har færdiggjort deres uddannelse endnu.

De studerendes fordeling i undersøgelsen

	Kvinder	Mænd	Total
Fysioterapeuter	15(100,0%)	22(73,3%)	37(82,2%)
Ergoterapeuter	0(0,0%)	8(2,7%)	8(17,8%)
i alt	15(100,0%)	30(100,0%)	45(100,0%)

For de studerende er der en overrepræsentation af fysioterapeutstuderende. Ligeledes har ingen mandlige ergoterapeutstuderende valgt at deltage.

De studerendes aldersmæssige fordeling

	20-29 årige	30-39 årige	40-49 årige	50-59 årige	60-69 årige	Total
Studerende i alt	36(80,0%)	7(15,6%)	2(4,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	45(100,0%)

Majoriteten af de studerende, befinder sig i aldersgruppen 20-29 årige, dog befinder 15,6% af de studerende sig i gruppen blandt de 30-39 årige, hvori også forskellen blandt fysio- og ergoterapeutstuderende afviger fra det samlede billede. 4 ud af 7 ergoterapeutstuderende befinder sig i gruppen blandt de 30-39 årige.

Den følgende fordeling er opdelt efter de studerendes bopælskommune.

De studerendes kommunale tilknytning

Byen København	41 (91,2%)
Københavns omegn	1 (2,2%)
Nordsjælland	1(2,2%)
Bornholm	0(0,0%)
Østsjælland	1(2,2%)
Vest- og Sydsjælland	0(0,0%)
Fyn	0(0,0%)
Syddjylland	0(0,0%)
Østjylland	1(2,2%)
Vestjylland	0(0,0%)
Nordjylland	0(0,0%)
I alt	45(100,0%)

Majoriteten af de studerende er bosiddende i København, hvilket er naturligt da undersøgelsen havde deltagelse af studerende fra Professionshøjskolen Metropol i København.

De studerendes seneste praktikperiode i undersøgelse

	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Total
Studerende i alt	40(88,9%)	3(6,7%)	2(4,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	45(100,0%)

Majoriteten af de studerende har haft deres seneste praktikperiode i tilknytning til Region Hovedstaden og der er ingen studerende, som har haft deres seneste praktikperiode i tilknytning til Region Midtjylland eller Nordjylland.

Pilottest og planlægning

Afsnittet beskriver indledningsvist hvorfor og med hvilke overvejelser, der blev foretaget 3 pilottest i undersøgelsen. Dernæst følger en gennemgang af pilottestene, herunder hvilke overvejelser og tilpasninger, der blev foretaget undervejs. Afslutningsvist konkluderes på pilottestene, for overordnet at illustrere det opnåede udbytte.

Formålet med pilottesten er i første omgang at sikre en høj intern validitet, som kan danne grundlag for en samlignelighed, da undersøgelsen formål hviler herpå (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 142).

Pilottesten kan forebygge validitetsproblemer og sikre, at respondenterne har samme referencer i deres svar (Jergerby 1999 s. 34 og Ejrnæs & Monrad 2012 s. 144).

Pilottesten er vigtigt at gennemføre, da testen; ”...fører spørgeskemaer til eksamen, ved at belyse, hvordan spørgsmål og svarkategorier fungerer i praksis” (Olsen 2006 s. 68). Ønsket om standardisering og muligheden for samlignelighed af spørgskemabesvarelsenerne er essentielt. For at sikre at respondenterne opnår, tilnærmelsesvis samme reference i besvarelsen, er det vigtigt at få skabt mulighed for en fælles forståelse og opfattelse af vignetten.

Det er derfor relevant at gennemføre flere pilottest, for, at vurdere respondenternes opfattelse af vignetten og spørgsmålsformuleringerne, da; ”...a careful pilot test conducted by interviewers is the most direct way of discovering these problem words” (Sudman and Bradburn 1982 i Presser mfl. 2004 s. 3).

I spørgeskemaundersøgelsen adspørges respondenterne ikke direkte omkring deres fortolkninger af spørgsmålene¹⁰. Derfor er det vigtigt, at få gennemgået og efterprøvet spørgsmålene ved pilottest, selvom ændringer og tilpasninger fortsat hviler på forskerens intuition, i forhold til at omformulere og lokalisere konkrete problemer (Presser mfl. 2004 s. 3). Ydermere er pilottesten vigtigt at foretage, i det; ”...best practice recommendations provide little guidance about most specific wording choices or question orderings”(Krosnick & Presser 2010 s. 295). Dermed sagt, at de kontekstuelle terapeutiske elementer, samt de diagnosemæssige spørgsmål og overvejelser vanskeligt lader sig besvare af metodelitteraturen alene.

I denne undersøgelse blev der i første omgang planlagt 2 pilottest. Den 1. test blev planlagt igennem en tidligere studiekammerat, på et hospital i Region Hovedstaden, men grundet arbejdspress hos

¹⁰ I spørgeskemaundersøgelsen efterlades respondenterne, med muligheden for, at komme med uddybende kommentarer omkring undersøgelsens indhold, herunder også spørgsmålene (se bilag 3 spørgsmål 15 og 16).

terapeuterne, måtte testen flyttes. Herefter blev der taget kontakt til en kommune i Storkøbenhavn, hvor undertegnede tidligere har været ansat og for at være sikker på at kunne opnå en pilottest, blev et andet hospital i Region Hovedstaden samtidig kontaktet. Begge steder indvillige i at deltage og derfor gennemførtes begge pilottest med et mellemrum på cirka 20 dage. Begge pilottest kunne derfor bruges til at; "...*determine whether the revisions have succeeded in their aim and not caused new problems*" (Krosnick & Presser 2010 s. 299). Herigennem øges undersøgelsens interne validitet, da rettelser/tilføjelser fra den 1. pilottest, kunne implementeres til den 2. pilottest.

Udgangspunktet for undersøgelsens 1. pilotinterview baseredes indledningsvist på "*conventional pretesting*" (Krosnick & Presser 2010 s. 296). Metoden baseres på at respondenterne får tilsendt spørgeskemaet eller et der ligger tæt op af det, inden pilottesten finder sted. Ved pilottesten, foretages en gruppediskussion/fokusgruppeinterview omhandlende spørgsmålenes effekt. Evalueringsmetoden er velegnet som fundament til mange testmetoder, heriblandt vignetundersøgelser (ibid:296).

Under planlægningen af det 1. pilotinterview, blev der planlagt en kodning af spørgsmålene, med udgangspunkt i Willis og Lesslers (1999) "*Question Appraisal System*" (QAS-99). QAS-99 er en guide til, at teste spørgeskemaer, før de sendes ud til respondenterne (ibid:1-1). Metoden omfatter 8 skridt, "...*that helps to spot potential problems in the wording or structure of the questions that may lead to difficulties in question administration, miscommunication, or other failings*" (ibid:1-1). De 8 skridt inddeles med forskellig underspørgsmål, eksempelvis er skridt 2 "*instructions*" hvor underspørgsmålet omfatter; "...*conflicting or inaccurate instructions, introductions or explanations*". Hver af de 8 skridt indeholder mellem 2 og 7 underspørgsmål, som enten kan besvares med ja eller nej.

Ved den 1. pilottest i kommunen, fungerede anvendelse af QAS-99 guiden ikke i praksis, da det var vanskeligt for undertegnede, både at være nærværende overfor deltagerne og samtidig orientere sig i systemet, som er ret omfattende. Ved den 2. pilottest antog gruppeinterviewet derfor en mere semistruktureret form. QAS-99 kom således ikke til at fungere i praksis, men bidrog i stedet som en overordnet referenceramme, da guidens systematiske overvejelser og mulighed for gennemgang af spørgsmålene, blev ansat som et velegnet redskab til sikring af en fyldestgørende planlægning, strukturering og gennemførelse af pilottesten.

Pilottest i kommunen

Den 1. pilottest foregik i kommunen og her deltog 5 terapeuter (2 ergoterapeuter og 3 fysioterapeuter). De kommunale terapeuter var ikke en del af undersøgelsen, hvilket skabte muligheder for at diskutere både den direkte, men også den indirekte problemstillingen omkring at efterprøve og evaluere på, hvad de varierede input, ville betyde for de hospitalsansatte terapeuters holdning.

Pilottesten i kommunen førte til formuleringsmæssige rettelser i spørgsmålene og vignetten. Men også til en diskussion omkring terapeuternes opfattelse af situationen i vignetten.

Ved 2. vignettefase, bar den 1. version præg af organisatoriske vanskeligheder på afdelingen, da undertegnede havde beskrevet, at vignettepersonen ikke var kommet i tøjet endnu. Formuleringen var foretaget, idet undertegnede ville signalere at vignettepersonen var kognitivt skadet som følge af sin blodprop og derfor ikke havde formået at klæde sig på. Terapeuterne opfattede imidlertid oplysningen som organisatoriske mangler, idet de anså påklædningen som værende plejepersonalets opgave. Opfattelsen blev delt af en tidligere kollega, der ved en elektronisk afprøvning af spørgeskemaet, gav udtryk for, at patienten ikke skal rammes af dårlig organisering af det tværfaglige samarbejde. 2. vignettefase blev herefter tilrettet, da undertegnede ingen intentioner havde om, at få respondenternes holdning til, hvordan det tværfaglige samarbejde organiseres. Pilottesten i kommunen indeholdt ligeledes en diskussion af begreberne genoptræningspotentialer og aktivitetsniveau. Ønsket bag diskussionen var, at belyse om der kunne spores konsensus eller en fælles forståelse omkring disse begreber, afledt af respondenternes tilknytning til det fortolkende fællesskab, således at begreberne problemfrit kunne operationaliseres i spørgeskemaet (Grünfeld & Monrad i Ejrnæs & Monrad 2012 s. 78). Således modsvarede terapeuternes overordnede forståelse af begreberne i pilotinterviewet, i grove træk, beskrivelsen i 2. del af undersøgelsens indledende afsnit omkring anvendte begreber.

Pilottest på hospitalet

Pilottesten på hospitalet blev tilrettelagt, gennem kontakt til tidligere kollegaer. Det pågældende hospital havde ligeledes givet tilsagn om deltagelse i den endelige undersøgelse. Ved pilottesten var der deltagelse af 2 ergoterapeuter og 2 fysioterapeuter.

Pilottesten omhandlede en gennemgang af vignetten, da der ikke var mange kommentarer til spørgsmålene i undersøgelsen. Dette kan skyldes, at gennemførelsen af rettelser og korrektioner, fra

1. pilottest i kommunen, var implementeret i spørgeskemaet. Dette faktum er medvirkende til at øge validiteten i spørgeskemaet.

I 1. vignettefase var deltagernes indtryk, at vignettepersonen havde stort genoptræningspotentiale. Det blev bemærket, at vignettepersonen var gående ved indlæggelsen og gående ved udskrivelsen.

Terapeuterne foreslog, at vignettepersonens træningsmæssige fremgang, tydeligere kunne illustreres, hvis han sad i kørestol ved indlæggelsen og efterfølgende blev trænet til, at kunne anvende rollator ved udskrivelsestidspunktet. Ligeledes blev indlæggelsestiden ændret fra 3 uger, til 1 ½ måned, da terapeuterne vurderede at denne indlæggelsesperiode var mere realistisk.

Forsøg på opstart af undersøgelsen blandt ergoterapeutstuderende

Efter gennemførelsen af begge pilottests, skulle undersøgelsen opstartes. For at få deltagelse af fysio- og ergoterapeutstuderende, blev der taget kontakt til en tidligere kollega, som er tilknyttet ergoterapeutuddannelsen som underviser. Undersøgelsen blev aftalt gennemført tirsdagen inden påskeferien. Her dukkede der desværre kun 12 studerende op. På grund af det lave antal ergoterapeutstuderende, blev det planlagt at udskyde opstarten af undersøgelsen. I stedet blev dagen anvendt til en 3. pilottest. Overvejelserne og de efterfølgende tilpasninger af spørgeskemaet, der fremkom som et led i den tilfældigt opståede pilottest, viste sig dog meget frugtbare. Ligeledes anbefales det flere steder, at gennemføre flere pilottest for at opfange misforståelser og fejl og mangler i spørgeskemaet (Harboe 2010 s. 46, Ejrnæs & Monrad 2012 s. 61 og Jergeby 1999 s. 34).

Pilottest blandt ergoterapeutstuderende

Undersøgelsens formål blev indledningsvist præsenteret for de studerende. Undersøgelsen blev præsenteret som en holdningsundersøgelsen, omkring hvilke faktorer ved borgeren, der er udslagsgivende for den terapeutiske vurdering under indlæggelsen på hospitalet. Ved anvendelse af denne mere overordnede, beskrivelse, som i øvrigt også blev anvendt ved kontakten til de deltagende hospitaler, kunne det undgås at afsløre undersøgelsens indirekte del, men samtidig få spørgeskemaet til at fremstå relevant for deltagerne.

Da spørgeskemaet var blevet udfyldt og indsamlet, spurgte undertegnede ind til de studerendes opfattelse af spørgeskemaet og om der var noget de konkret havde bidt mærke i. De studerende nævnte udelukkende vignettepersonens beskrevne sygdomsbillede og hans efterfølgende muligheder for, at opnå et tilstrækkeligt højt aktivitetsniveau igennem den efterfølgende genoptræning.

På baggrund af pilottesten blandt de studerende, blev vignetten tilrettet yderligere. Herigennem blev de ”forgæves” udførte besvarelser og den efterfølgende åbne diskussion af spørgeskemaet, anvendelige, idet 3 ud af 12 studerende skriftligt, påpegede mangler ved svarkategorierne vedrørende muligheden for, at vignettepersonen selvstændigt kunne træne videre efter 2. vignettefase. Dette blev rettet således, at der i vignetten blev beskrevet, at vignettepersonen ikke var i stand til at træne videre selvstændigt.

Den tilfældigt opståede pilottest tilførte væsentligt mere kvalitet til spørgeskemaet, kvalitet som i sidste ende øgede undersøgelsen reliabilitet. Den øgede reliabilitet skyldes, at ændringer foretaget på baggrunden af spørgeskemaafprøvningen, førte til afgørende præciseringer, som medførte mere konkrete til- og fravalg hos respondenterne i den endelige undersøgelse. Disse tilretninger vil øge chancen for at andre ville kunne opnå samme resultater ved en gentagelse af undersøgelsen (Skytte 2002 s. 184).

Konklusion på de 3 pilottests

På baggrund af de 3 pilottests er det muligt at konkludere, at pilottestdeltagernes samlede opfattelse af vignetten, om end der var behov for at foretage markante ændringer efterfølgende, har været realistisk og relevant. Noget som er helt afgørende for at skabe kvalitet i undersøgelsen (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 56 og Jergeby 1999 s. 26). Balancegangen med at gøre vignetten simpel, men alligevel få den til at indeholde tilstrækkelige oplysninger, således at der undgås ”it depends”

reaktioner fra respondenterne, lader til at være opnået i betragtning af undersøgelsens tid- og ressourcemæssige rammer (Finch 1987 s. 107).

På baggrund heraf var det ikke muligt, at belyse hvorledes opfattelsen af undersøgelsen foregik ude på de enkelte hospitaler, da de kontekstuelle betingelser vil være forskellige. Derfor har det principielt været muligt for respondenterne, i den endelige undersøgelse, at afsløre undersøgelsens indirekte del og de varierede input igennem samtaler med kollegaer, som har modtaget andre undersøgelsesversioner. Derigennem kan det risikeres, at respondenternes svar kan være tilpasset, om end det vurderes vanskeligt at koordinere 589 besvarelser.

Undersøgelsens forløb

Overvejelser omkring undersøgelsesdesign og respondenter

Dette afsnit indledes med overvejelser omkring undersøgelsens indledningsvise tilrettelæggelse og omfang. Herefter argumenteres for, hvorfor fysio- og ergoterapeuter blev udvalgt som respondentgruppe, hvilke fordele der var forbundet hermed, samt hvorledes disse er blevet kontaktet og hvilke overvejelser, der ligger bag. Derefter beskrives kontakten til hospitalerne, samt undersøgelsesdistribuerings forløb.

Dernæst følger et afsnit omkring den tekniske fordeling af respondenternes e-mailadresser, i de 4 forskellige undersøgelsesversioner. Efterfølgende præsenteres et afsnit omkring distribueringen, først den e-mailbaserede del, som blev foretaget blandt de nuværende hospitalsansatte terapeuter og undersøgelsens deltagende ergoterapeutstuderende, herefter den papiromdelte del, som blev foretaget blandt fysioterapeutstuderende på Professionshøjskolen Metropol i København. Det sidste afsnit indeholder ligeledes undertegnede overvejelser og krav til de studerende i undersøgelsen.

Undersøgelsen er opstartet medio januar og afsluttet 16. maj 2013. Efter undersøgelsens problemformulering, i hovedtræk var defineret, blev det overvejet hvilken type respondenter, der skulle inkluderes. I første omgang var intentionen, at inkludere hele den tværfaglige gruppe på landets hospitalsafdelinger. Det tværfaglige personale skulle opdeles ud fra deres daglige arbejde med forskellige patienttyper. Patienttyperne skulle defineres ud fra diagnoser, i henhold til de sygdomme, som ifølge Danmarks Statistik er de hyppigste dødsårsager i Danmark (se bilag 4). Vignetterne kunne herigennem målrettes således, at det tværfaglige personale på en kræftafdeling ville modtage en vignette omhandlende en kræftpatient, personalet på en hjerteafdeling ville modtage en vignette omhandlende en hjertepatient og personalet på en neurologisk afdeling, ville modtage en vignette omhandlende en apopleksipatient. Vignetterne skulle være enslydende, bortset fra sygdomsbeskrivelserne, samt de fastholdte variationer, som anvendes i undersøgelsen. Vignetterne ville derved kunne målrettes det sundhedsfaglige personales daglige arbejde, hvilket dels kunne sikre en højere svarprocent, idet personalet præsenteres for en undersøgelse på deres eget område, hvilket ville lede til et større engagement, dels ville der kunne spores holdningsmæssige forskelle på tværs af diagnosegrupper, herunder om der eksempelvis kan spores mere positive holdninger til eksempelvis kræftpatienter end til hjertepatienter.

Det stod dog hurtigt klart, at det ikke var praktisk muligt at udføre undersøgelsen som indledningsvist intenderet.

Overvejelser og planlægning af den e-mailbaserede del af undersøgelsen

Undersøgelsen måtte begrænses i forhold til den givne tidsramme. Derfor blev det besluttet, udelukkende at inkludere fysio- og ergoterapeuter. Fordelene herved er, at selvom terapeuterne ofte arbejder tværgående på forskellige hospitalsafdelinger, er terapiafdelingerne normalvis en selvstændig enhed, hvor terapeuterne har deres formelle tilknytning. Herigennem var det muligt at kontakte den ledende terapeut, på det pågældende hospital, der som *"gatekeeper"* ville kunne tage stilling til, samt bistå med kontaktoplysninger på de ansatte fysio- og ergoterapeuter (Kristiansen & Krogstrup 1999 s. 139). Ydermere kunne undertegnede præsentere en formel tilknytning til universitetet, der betragtes som en legitim institution (ibid:137). Dog er det ikke altid givet at en tilknytningen hertil skaber uddelt begejstring, da de fleste organisationer bekymrer sig om hvilket billede der tegnes af dem udadtil (ibid:140). Derfor var egen terapeutiske baggrund en stor fordel, da der kunne tegnes en kollegial profil. Ved at pointere og stadfæste rollen som ergoterapeut og kollega, blev rollen også tilskrevet undertegnede af lederne på sygehusene (ibid:141). Herigennem placerede lederne undertegnede som ergoterapeut i deres erfaringshorisont og derved mindskes muligheden for, at blive betragtet som en kontrollant, som tilknytningen til universitetet i nogle sammenhænge ville føre med sig (ibid:142).

Kontakten til hospitalerne

Efter udvælgelsen af faggrupperne til deltagelse i undersøgelsen, opstillede undertegnede en kontaktliste på alle landets sygehuse. Herefter blev sygehusenes hjemmesider besøgt og en liste med relevante personer blev udarbejdet. Personerne skulle efterfølgende kontaktes telefonisk, angående deltagelse. Kontaktrækkefølgen skulle først tilgå lederen af terapiafsnittet på det pågældende sygehus, hvis vedkommende ikke var tilstede kontaktes afdelingslederen (hvis en sådan fandtes) og til sidst en fagligudviklingsterapeut eller anden tilsvarende stilling. Valget med at kontakte lederen først, var naturlig, idet deltagelse i undersøgelsen ville være en tidsmæssig omkostning for det pågældende hospital. Eksempelvis ville et hospital med 50 ansatte bruge sammenlagt 7,5 personaletimer på deltagelsen¹¹.

Flere hospitaler var lettere skeptiske over deltagelsen i undersøgelsen, dels på grund af den tidsmæssige faktor for terapeuterne, dels på grund af at enkelte havde svært ved at se relevansen i,

¹¹ Den tidsmæssige besvarelse lå på ca. 9 minutter pr. terapeut.

at alle terapeuter skulle forholde sig til en vignette omkring en apopleksipatient. Problemet blev i begyndelsen imødekommet med forklaringer omkring, at diagnosebeskrivelsen i vignetten ikke havde hovedfokus og senere da der var opnået en bredere deltagelsestilslutning, kunne dette faktum også anvendes som argumentation, da mange hospitalerne, tilsyneladende virkede mere motiveret for deltagelse, hvis andre hospitaler allerede deltog.

Igennem kontakten til lederen af terapiafsnittet, tog det pågældende hospital stilling til deltagelse og formidlede kontakten til terapeuterne, enten ved udlevering af terapeuternes e-mailadresser eller ved at undertegnede tilsendte lederen eller en sekretær en undersøgelsesmail indeholdende de 4 forskellige undersøgelsesversioner. Undersøgelsesmailen kunne herefter videredistribueres til terapeuterne, således at hver af de 4 versioner blev udsendt til 25% af terapeuterne på det pågældende hospital. Fordelingen skulle foregå ud fra en split-sample tilgang, hvori stikprøven tilfældigt deles op i mindre grupper (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 102).

Hovedparten af hospitalerne valgte at tilsende undertegnede en liste med e-mailadresser enten skrevet direkte i e-mailen eller videresendt via en kort informationsmail, til terapeuterne omkring undersøgelsen og hvor undertegnede e-mailadresse blev sat i Cc (Carbon copy), således at undertegnede modtog e-mailadresserne på terapeuterne og herefter kunne distribuere spørgeskemaet.

Hvis fordelingen og udsendelsen af de 4 undersøgelsesversioner i stedet skulle foregå ude på det enkelte hospital, blev den pågældende som skulle stå for distribueringen, instrueret heri.

Esbjerg, Slagelse, Næstved samt dele af Sygehus Lillebælt, valgte selv at videredistribuere undersøgelsen, hvilket i alt drejede sig om 189 terapeuter ud af 1210 deltagere eller cirka 16%.

Undersøgelsesmailen var udarbejdet af undertegnede for at give mindst muligt arbejde til lederne, som oftest stod for videredistribueringen. Herved skulle lederne blot klippe teksten ind i en ny mail og videresende den til de ansatte terapeuter. Udover at aflaste lederne, var fordelingen at undertegnede selv fik muligheden for at præsentere undersøgelsen som tilsigtet (se mailen til lederne i bilag 5).

Fordelingen af e-mailadresserne i de 4 undersøgelsesversioner

De modtagne e-mailadresser blev inddelt ved hjælp af *simple random sampling* metoden. Fordelen herved er, at hver respondent har en lige chance for at blive inddelt i hver af de 4 undersøgelsesversioner (Agresti & Finlay 2009 s. 15). Der blev genereret et sæt tilfældige numre i Excel mellem 0 og 1, således at mailadresser mellem 0-0,249 modtog undersøgelsesversion 1 (hvor i vignettepersonen fremstilles som arbejdsløs jurist), mailadresser mellem 0,250-0,499 modtog

undersøgelsesversion 2 (hvor i vignetpersonen fremstilles som arbejdsløs pedel), mailadresser mellem 0,500-0,749 modtog undersøgelsesversion 3 (hvor i vignetpersonen fremstilles som jurist) og mailadresser mellem 0,750-1,0 modtog undersøgelsesversion 4 (hvor i vignetpersonen fremstilles som pedel). Herved sikredes en tilfældig fordeling af hvilke terapeuter, der modtog hvilken undersøgelsesversion.

Efter brug blev e-mailadresserne slettet, hvilket var flere af hospitalernes betingelse for deltagelse.

Distribueringsperioden af den e-mailbaserede del af undersøgelsen

Undersøgelsen blev startet op i begyndelsen af april 2013. På daværende tidspunkt havde undertegnede kun modtaget ca. 54 procent af det totale antal respondenter, som skulle modtage spørgeskemaet via e-mail. Disse respondenter fik derfor tilsendt spørgeskemaet i dagene 2. til 5. April 2013. Beslutningen om at rundsende spørgeskemaet af flere omgange, blev foretaget for at overholde undersøgelsens stramme tidsramme, samt at undertegnede ikke på daværende tidspunkt, havde et samlet overblik over det endelige antal respondenter. Dette skyldes at hospitalerne bekræftede deres deltagelse undervejs. Efterfølgende kom flere og flere respondenter til og det endte med at distribueringsperioden kom til at vare fra 2. april til 3. maj 2013.

Distribueringsperioden var i første omgang afgrænset til 2-24. april, men da et sidste hospital ønskede at deltage, blev perioden udvidet yderligere.

Den formelle undersøgelsesperiode, kom således til at løbe fra 2. april til 16. maj 2013. Hermed havde 45% af undersøgelsens deltagere, haft op i mod 31 dage længere til at besvare spørgeskemaet i, end de respondenter, som først fik tilsendt undersøgelsen 3. maj.

Gennemførelsen af undersøgelsen blandt fysioterapeutstuderende

Den fysiske uddeling af spørgeskemaer, blev udelukkende gennemført blandt undersøgelsens fysioterapeutstuderende. De studerende blev i første omgang inddraget i undersøgelsen, for at sikre et minimum af data til bearbejdning, da det på daværende tidspunkt, var uvist om den e-mailbaserede undersøgelse blandt de hospitalsansatte terapeuter, rent praktisk kunne lade sig gøre. Da begge indsamlingsformer lykkedes, åbnede det mulighed for at kunne identificeres holdningsmæssige forskelle blandt nuværende og kommende terapeuter.

Kontakten blev, som tidligere fortalt, formidlet igennem en tidligere kollega, som nu er underviser på ergoterapeutuddannelsen. Undertegnede krævede af de studerende, at de minimum gik på

modul 13 på uddannelsen. Kravet kom sig af, at de studerende på dette tidspunkt havde været/var i gang med at gennemføre de relevante kliniske forløb (praktikker), som fysio- og ergoterapeutstuderende skal igennem. Gennemførelsen af de kliniske forløb sikrer, at de studerende har en bredere forståelse af praktiske forhold og har dannet sig holdninger og fordomme omkring den praktiske virkelighed som færdiguddannet terapeut. Derfor vurderes de studerende på dette tidspunkt i uddannelsen, i stand til at forholde sig til vignetten.

Ergoterapeutunderviseren fandt frem til et hold ergoterapeutiske bachelorstuderende på modul 14, som havde mulighed for at deltage. Da der dukkede for få studerende (se afsnit omkring pilotinterview), blev det aftalt med ergoterapeutunderviseren, at han ville tilsende e-mailadresser på ergoterapeutstuderende på modul 13 i stedet. Holdet bestod af 31 ergoterapeutstuderende, som fik undersøgelsen tilsendt. Så vidt vides blev de studerende ikke orienteret omkring undersøgelsen inden den blev udsendt. Alt i alt valgte 7 ud af 30 studerende at gennemføre undersøgelsen, heraf måtte 1 frafaldes grundet fejl i e-mailadressen.

Ergoterapeutunderviseren formidlede ligeledes kontakten til en fysioterapeutunderviser, omkring deltagelse af fysioterapeutstuderende på modul 14 (bachelormodulet). Fysioterapeutunderviseren fik lavet en aftale med en anden underviser, som havde undervisning med de studerende den pågældende dag, om at undertegnede kunne komme forbi og præsentere spørgeskemaet.

For at give de studerende, som skulle videre til vejledning, mulighed for at deltage i undersøgelsen, blev der udarbejdet en liste, hvori de havde mulighed for at skrive deres e-mailadresser ned, således at de kunne få undersøgelsen tilsendt. 28 studerende valgte at blive i lokalet og udfylde spørgeskemaet og 13 studerende valgte at nedskrive deres e-mail og få undersøgelsen tilsendt elektronisk, ud af de 13 valgte 4 at besvare undersøgelsen. Alt i alt deltog 41 fysioterapeutstuderende.

Rykkerprocedurer

I dette afsnit beskrives rykkerprocedurerne for den e-mailbaserede del af undersøgelsen, samt for de respondenter, som fik undersøgelsen udsendt via et eksternt link.

For den store gruppe, som fik undersøgelsen tilsendt via e-mail, har det været muligt at lave et nogenlunde systematisk rykkerprocedureforløb. Rykkerprocedurene har ikke været mulige at følge i forhold til de respondenter, som har fået udsendt et link til undersøgelsen. Lederen eller sekretæren har i stedet fået tilsendt en e-mail en uge før undersøgelsen skulle afsluttes, hvori vedkommende

opfordres til at minde terapeuterne om at svare. Det kan dog ikke vides hvordan vedkommende reagerede på rykkermailen.

Rykkermailene blev udsendt af 3 omgange, henholdsvis 19. og 24. April og 1. til 5. Maj 2013.

Undersøgelsens svarprocent

Undersøgelsen blev præsenteret for i alt 1210 nuværende og kommende fysio- og ergoterapeuter.

Undersøgelsen er for ca. 82% af respondenterne udsendt direkte via e-mail, mens ca. 16% har fået undersøgelsen udsendt via e-mail indeholdende et link til spørgeskemaet. De resterende papiromdelte spørgeskemaer, som udelukkende blev uddelt til fysioterapeutstuderende, omfatter ca. 2%.

Undersøgelsens distribueringsformer

Distribueringsformer	Antal respondenter	Procent
E-mailbaseret	993	82,1%
Via eksternt link	189	15,6%
Papiromdelte	28	2,3%
Total	1210	100,0%

Undersøgelsen består, som tidligere fortalt, af 4 forskellige undersøgelsesversioner. Da respondenterne er fordelt tilfældigt heri og der ikke er nogen nævneværdige antalsmæssige forskelle i versionerne, præsenteres undersøgelsens deltagelse samlet nedenfor.

Deltagelse i undersøgelsen

	Antal respondenter	Procent
Antal gennemførte	589	48,7%
Antal ikke besvarede	549	45,4%
Antal frafaldet	72	6,0%
Tota	1210	100,0%

*Kategorien "Antal frafaldet" indeholder de respondenter, som er frafaldet pga. barselsorlov, fyldte indbakker (så de ikke kunne modtage spørgeskemaet) og respondenter, som enten besvarede spørgeskemaet delvist, eller meldte tilbage at de ikke ønskede at deltage.

På baggrund af ovenstående tabel, er undersøgelsens samlede svarprocent på 48,7%. Svarprocenten er i den lave ende, da en svarprocent mellem 35-40% kan opnås, hvis man blot sender et spørgeskema ud til en gruppe mennesker (Hansen, Marckmann & Nørregaard-Nielsen 2008 s. 56). Men dels var undersøgelsen begrænset af de tids- og ressourcemæssige rammer, dels var stikprøven stor i forhold til den samlede population, da 1210 terapeuter ud af 3031 blev adspurgt. De 3031 regionalt ansatte terapeuter dækker, som sagt over alle regionale områder hvori terapeuter er ansat, herunder psykiatri, regionale bo-tilbud og specialinstitutioner (Vallgård & Krasnik 2010 s. 177-178). Om de 1210 terapeuter dækker over alle somatisk ansatte terapeuter, er tvivlsomt, men stikprøven må siges at være omfattende, hvilket øger chancerne for at den afspejler totalpopulationen og gør resultaterne mere præcise (Hansen, Marckmann & Nørregaard-Nielsen 2008 s. 43).

Den procentuelle svarfordeling, for de forskellige distribueringsformer, viser en svarprocent på 48,0% ved distribuering via e-mail. Distribueringen via e-mail er en enkel metode, idet kontaktoplysninger blev tilgængelige, for størstedelen af respondenterne, efter kontakten til sygehusene. Terapeuterne må alle formodes, at have adgang til en computer og må antages at tjekke deres e-mail regelmæssigt, selvom meget af arbejdet foregår ”på gulvet” (ibid:148-151). Isoleret set er en svarprocent på 48,0% for den e-mailbaserede del, stadig i den lave ende, men ud fra de givne tids- og ressourcemæssige rammer er det fuldt ud tilfredsstillende.

Undersøgelsen svage punkt, har været distribueringen af spørgeskemaer via eksternt link. For denne distribueringsform, opnåedes en markant lavere svarprocent på 19,3%. Den lave svarprocent kan skyldes, at det ikke har været muligt at udføre systematisk rykkerprocedure for denne respondentgruppe og at distribueringen af undersøgelsen er foretaget internt, på det enkelte hospital. Rykkerprocedurene er derfor ikke blevet gennemført med samme systematik og er givetvis, heller ikke nået ud til respondenterne i det ønskede omfang. Muligheden for at rykke respondenterne direkte via e-mail, vil ofte give en højere svarprocent (ibid:55).

Gennemførelsen af de papiromdelte spørgeskemaer er foretaget med en svargennemførelse på 100,0%. Dette skyldes, at præsentation og gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen, foregik samme dag og i et begrænset tidsmæssigt omfang. Spørgeskemaerne blev derfor indsamlet med det samme, således at respondenterne skulle færdiggøre undersøgelsen, mens de blev i lokalet (ibid:143). Fordelen herved er, at respondenterne ikke skal besvare spørgeskemaet efterfølgende, da denne fremgangsmåde medfører en markant lavere svarprocent (Skytte 2002 s. 186). Dette blev

ligeledes bekræftet af de 13 studerende, som forlod lokalet og i stedet fik undersøgelsen tilsendt via e-mail. Ud af de 13 gennemførte 6 respondenter undersøgelsen, eller ca. 46,2%.

Analyse

Analysen vil foretages med udgangspunkt i problemformuleringen og de 4 undersøgelsestemaer (1.0-1.3). Analysen af problemformuleringen og undersøgelsestemaerne overlapper hinanden, således at der løbende vil blive henvist til tidligere passager. Problemformuleringen og undersøgelsestemaerne fra 1.0-1.3 belyses dels ud fra en kritisk rationalistisk fremstilling, hvori hovedvægten ligger i den empiriske bearbejdning, som vil foregå ud fra et påvisende sigte, hvori problemformuleringen forsøges afspejlet igennem belysning af de statistiske sammenhænge. Analyseresultaterne vil således forsøge at belyse statistiske sammenhænge, men vil aldrig kunne verificere hypoteserne endeligt (Juul & Pedersen 2012 s. 40).

Dels ud fra en filosofisk hermeneutisk tilgang, som vil tage udgangspunkt i fordomme på feltet. Fordommene vil i dette lys kunne verificeres eller nuanceres igennem opsamlingen af de empiriske fund. Der arbejdes derfor med den hermeneutiske cirkel som en illustrativ metodologiske ramme, hvori det søges at fortolke sammenhængene mellem del og helhed eller mellem indledningsvist belyste fordomme og de empiriske sammenhænge (ibid:120). Undersøgelsens resultater vil ikke, belyse en endegyldige sand holdning på undersøgelsesfeltet, men vil i stedet belyse holdningsmæssige tendenser.

Analyselstrategi

Analysen vil foretages med udgangspunkt i undersøgelsens opdeling mellem en indirekte og en mere direkte del. Den indirekte del vil belyse respondenternes holdninger til vignetpersonens rehabiliteringsforløb, ud fra vignetpersonens varierede baggrundsmæssige oplysninger omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund. Den direkte del vil belyse respondenternes enighed i, at ville prioritere i mellem vignetpersonen og andre patienter ud fra forskellige faktorer. I forbindelse med analysen, søges der at foretage en kombination, hvori de statistiske resultater først belyses, hvorefter de fortolkes og analyseres. Kombinationen foretages undervejs for at skabe et mere læsevenligt formidlingsform og for at skabe mere flow i belysningen af de empiriske fund. Undervejs i analysen vil der løbende blive refereret til de anvendte spørgsmål. Spørgsmålene vil forsøges udfoldet bedst muligt undervejs, men skulle læseren finde et yderligere behov for at få ekspliciteret et givent spørgsmål, henvises nok en gang til bilag 3, hvori hele spørgeskemaet er illustreret.

Selve den tekniske konstruktion af variablene, samt de statistiske sammenhænge vil kort blive refereret til under hver tabel. For yderligere belysning af undersøgelsens eksakte statistiske beregninger, henvises læseren undervejs til bilagene, hvori en del af beregninger vil være belyst. Inden analysen foretages, har det være nødvendigt at flytte data fra det anvendte spørgeskemaprogram SurveyXact til SPSS statistikprogram. Flytningen af data har haft implikationer for undersøgelsen deltagelsesmæssige antal. Læseren kan orientere sig nærmere herom i bilag 6.

Analysen vil indledningsvist tydeliggøre undersøgelsestema 1.0, som vil belyse en holdningsmæssig prioriteringstendens blandt terapeuterne, der indikere en villighed til at differentiere i mellem patienterne pga. motivation, job- eller aldersmæssige faktorer. Belysningen foretages indledningsvist, da den har implikationer for den efterfølgende analyse af problemformuleringen.

Herefter analyseres problemformuleringen hvori der ikke kan illustreres nogen sammenhænge i undersøgelsens indirekte del, mens der i den direkte del ligeledes kan belyses en prioriteringstendens, som hænger sammen med undersøgelsens varierede faktorer omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund.

Efter analysen af problemformuleringen belyses og analyseres undersøgelsestema 1.1, som vil illustrere holdningsmæssige forskelle iblandt undersøgelsens involverede faggrupper.

Herefter følger undersøgelsestema 1.2, som vil belyse holdningsmæssige tendenser, belyst ud fra på terapeuternes baggrundsmæssige sociologiske faktorer. Belysningen af undersøgelsestema 1.2 er formuleret i mere overordnede termer og de konkrete tabeller og formuleringer kan betragtes i bilagene 13 til 16. Grunden hertil skal findes i undersøgelsens halveksperimentielle design, som bevirker at de 4 forskellige undersøgelsesversioner er fordelt tilfældigt blandt respondenterne. Derigennem kommer respondenternes sociologiske baggrundsmæssige faktorer til at spille en mindre rolle, i det samlede billede af respondenternes holdning til beskæftigelsesstatus og jobmæssigbaggrund. For yderligere uddybning af de korrelerede baggrundsmæssige sociologiske faktorer henvises læseren til bilag 12.

Afslutningsvis analyseres undersøgelsestema 1.3. Undersøgelsestemaet er mere overordnet i sin karakter og vil forsøge at belyse, om terapeuter holdningsmæssigt bidrager til social inklusion eller eksklusion i sundhedssystemet. Undersøgelsestema 1.3 baseres i overvejende grad på eksplicitiseringer og konkretiseringer i lyset af de nye erfaringer, opstået ud fra de forudgående analyser (Juul & Pedersen 2012 s. 129).

Analyse af undersøgelsestema 1.0

I dette afsnit analyseres undersøgelsestemaet 1.0. Afsnittet tager udgangspunkt i undersøgelsens direkte del og belyser primært de marginale svarfordelinger heri. Undersøgelsestemaet søger at belyse om der;

”Opleves en holdningsmæssig tendens til, at terapeuter er parate til at prioritere patienter forskelligt på grund af motivations, job- eller aldersmæssige faktorer”.

Undersøgelsestemaet illustrerer den tendentielle prioriteringstendens, som vil kunne lokaliseres i undersøgelsens resultater og som øjensynligt praktiseres i større eller mindre grad, blandt terapeuterne på det sundhedsfaglige område.

Ovenstående undersøgelsestema relateres til spørgsmålene 14.A, B og C. Spørgsmålene omhandler respondenternes enighed i, at prioritere vignetpersonen højere end andre patienter pga. hans høje motivation, jobmæssige baggrund eller lave alder. Spørgsmål 14.B omkring jobmæssig baggrund vil belyses nærmere i besvarelsen af problemformuleringen, derfor berøres spørgsmålet kun på et overordnet plan i dette afsnit.

I afsnittet indsættes først frekvenstabellerne for de 3 spørgsmål, for at illustrere den faktiske fordeling i respondenternes besvarelser. Først foretages en belysning af spørgsmål 14.A omkring respondenternes enighed i, at ville prioritere vignettepersonen højere end andre patienter pga. hans store motivation.

Tabel 1^a

(Motivation)		Frequency	Percent
Valid	Helt uenig	30	5,7
	Delvist uenig	68	12,8
	Hverken enig eller uenig	85	16,0
	Delvist enig	230	43,4
	Helt enig	72	13,6
	Total	485	91,5
Missing	System	45	8,5
Total		530	100,0

a. Fodnote: De respondenter, som har svaret "Ved ikke" er blevet kodet som "Missing".

For tabel 1 omkring motivation, lader 57,0% af respondenterne til at være enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere vignettepersonen over andre, pga. hans store motivation. Modsat lader 18,5% til, at være enten "Delvist uenig" eller "Helt uenig" i, at ville prioritere vignettepersonen over andre patienter, pga. hans store motivation. 16,0% er "Hverken enig eller uenig".

Tabel 1 indikerer, at majoriteten af respondenterne er enige i at ville prioritere vignettepersonen højere end andre patienter, pga. hans store motivation. Det tyder på at respondenterne i overvejende grad, er villige til at prioritere i patienterne. Motivation betragtes af mange respondenter som et vigtigt element, i forhold til vurderingen af patienterne og ligeledes i deres holdning til vignettepersonen. Dette kan skyldes, at en stor forudsætning for at lykkedes med en terapeutisk intervention, baseres på, at fange patientens motivation. Mange af respondenterne nævner netop motivation som en vigtig faktor i argumentationen for deres besvarelse. Nedenfor indsættes et udsnit af respondenternes begrundelser for at illustrere dette;

"Hans motivation var den største faktor", "Hans motivation og de store fremskridt han allerede har gjort", "Han har fanget motivation, - det virker!!!" og "At han er meget motiveret selv".

Kommentarerne illustrere tydeligvis respondenternes holdning til vigtigheden i at fange patientens motivation, for at lykkedes med den terapeutiske intervention.

Nedenfor ledes læseren over i respondenternes enighed i, at ville prioritere vignettepersonen over

andre patienter pga. hans jobmæssige baggrund. Besvarelsene relatere sig til undersøgelsens spørgsmål 14.B, samt til undersøgelsens varierede input. Spørgsmålet vil kort blive gennemgået her, men vil som sagt blive yderligere belyst, under analysen af problemformuleringen. Det lader dog til at flere respondenter tilkendegiver, at vignetpersonens jobmæssige baggrund spiller en rolle for dem i deres vurdering. Eksempelvis tilkendegiver en respondent at;

”Motivation, alder og erhvervsaktiv er væsentlige faktorer, der for mig, er med til at prioritere. Men fremskridtet hos patienten er også meget væsentligt og det er lidt svært at vurdere ud fra casen hvor godt/hurtigt det er gået fremad”.

Ud fra ovenstående kommentar, er det tydeligvis en pålidelig årsag, at prioritere i mellem patienterne bl.a. ud fra vedkommendes beskæftigelsesstatus, dog synes den personlige relation mellem terapeut og patient ligeledes at spille en vigtig rolle. Metodevalget umuliggør at den personlige relation mellem terapeut og patient kan afdækkes yderligere, så derfor vil respondenternes kommentarer være undersøgelsens eneste vej til belysningen af vigtigheden heri. Således lader det til, at jobmæssig baggrund spiller en rolle for flere terapeuters holdning til patienten og at det ydermere, af nogle terapeuter, betragtes som et legitimt prioriteringsgrundlag.

Nedenfor belyses respondenternes besvarelser i forhold til spørgsmål 14.C, omkring enigheden i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter, pga. hans lave alder.

Tabel 2^a

(Alder)		Frequency	Percent
Valid	Helt uenig	36	6,8
	Delvist uenig	65	12,3
	Hverken enig eller uenig	96	18,1
	Delvist enig	231	43,6
	Helt enig	58	10,9
	Total	486	91,7
Missing	System	44	8,3
Total		530	100,0

a. Fodnote: De respondenter, som har svaret "Ved ikke" er blevet kodet som "Missing."

For ovenstående tabel 2, lader 54,5% til at være enten ”Delvist enig” eller ”Helt enig” i, at prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans lave alder. Modsat lader 19,1% til, at være enten ”Helt uenig” eller ”Delvist uenig” heri. 18,1% er ”Hverken enig eller uenig”.

Flere respondenter nævner specifikt vignetpersonens lave alder, som holdningsmæssige indikatorer

i undersøgelse. Eksempelvis siger en respondent; *"At han kun er 51 år og har et stort ønske om at komme i arbejde igen"*. En anden respondent siger; *"Jeg vurderer at der er gode genoptræningsmuligheder pga. hans alder"*.

Lav alder lader således til, at være en vigtig faktor for nogle terapeuter i forhold til deres holdning til patienten. Det lader til at terapeuterne er overvejende enige i, at ville prioritere en yngre patient højere end andre patienter, hvis de adspørges direkte.

For de 3 tabeller lader motivation og lav alder til at være faktorer, som, for terapeuterne skaber enighed i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter. Begge faktorer bliver betragtet som plausible og et grundlag for terapeuternes villighed til, at ville prioritere nogle patienter højere end andre.

Indledningsvist er hvert spørgsmåls marginale fordeling belyst, hvilket illustrerede at nogle terapeuter har en individuel villighed til eller betragter det som en nødvendighed, at prioritere i patienterne, ud fra givne faktorer såsom motivation og alder.

For at belyse hvilke af undersøgelsens varierede input, omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund der kan være udslagsgivende for, at ville prioritere nogle patienter over andre, inddrages på næste side undersøgelsens varierede input omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund i en krydstabel med spørgsmål 14.A omkring motivation.

Tabel 3^{a,b,c}

				Motivation_enig					Total
				Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	8	14	24	62	16	124
			% within Arbejde	6,5%	11,3%	19,4%	50,0%	12,9%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count	5	21	27	53	18	124
			% within Arbejde	4,0%	16,9%	21,8%	42,7%	14,5%	100,0%
	Total	Arbejde	Count	13	35	51	115	34	248
			% within Arbejde	5,2%	14,1%	20,6%	46,4%	13,7%	100,0%
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	8	21	17	65	22	133
			% within Arbejde	6,0%	15,8%	12,8%	48,9%	16,5%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count	9	12	17	50	16	104
			% within Arbejde	8,7%	11,5%	16,3%	48,1%	15,4%	100,0%
	Total	Arbejde	Count	17	33	34	115	38	237
			% within Arbejde	7,2%	13,9%	14,3%	48,5%	16,0%	100,0%
Total	Arbejde	Arbejdsløs	Count	16	35	41	127	38	257
			% within Arbejde	6,2%	13,6%	16,0%	49,4%	14,8%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count	14	33	44	103	34	228
			% within Arbejde	6,1%	14,5%	19,3%	45,2%	14,9%	100,0%
	Total	Arbejde	Count	30	68	85	230	72	485
			% within Arbejde	6,2%	14,0%	17,5%	47,4%	14,8%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variablen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som pedel. Variablen "Arbejde" kodes som 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde, mens værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variablen "Pedel" Chi-i-anden=3,091; df=4; svarende til en p-værdi på 0,543

c. Fodnote: For variablen "Jurist" Chi-i-anden=1,897; df=4; svarende til en p-værdi på 0,755

For ovenstående tabel 3 er 62,9% af terapeuterne, som har modtaget en version, hvori vignetpersonen er beskrevet som arbejdsløs pedel "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere ham over andre patienter, pga. hans store motivation. Omvendt er 17,8% "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

Hvis terapeuterne har modtaget en version, hvori vignetpersonen beskrives som pedel i arbejde, er 57,2% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere ham over andre patienter, pga. hans store motivation. Omvendt er 20,9% "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

Hvis vignetpersonen beskrives som arbejdsløs jurist er 65,4% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere ham over andre patienter, pga. hans store motivation. Omvendt er 21,8% enten "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

Hvis vignetpersonen beskrives som jurist i arbejde er 63,5% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere ham over andre patienter, pga., hans store motivation. Omvendt er 20,2% enten "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

Terapeuterne lader fortsat til at være enige i at ville prioritere mellem patienterne, men ovenstående resultater tyder på, at beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund ikke spiller nogen afgørende

rolle for terapeuternes enighed eller uenighed i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter pga. hans store motivation. Fordelingerne er meget enslydende og marginale og der er ingen statistisk sammenhæng mellem variablene, hvilket er illustreret i fodnote b under tabel 3.

Dog kan fordelingerne i tabellen indikere, at terapeuterne er lidt mere enige i at ville prioritere den arbejdsløse jurist højere, pga. hans store motivation end hvis den arbejdende pedel udviser stor motivation. Ligeledes ser det ud til at respondenterne er lidt mere uenige i, at ville prioritere den arbejdsløse pedel over andre patienter pga. hans store motivation. Den jobmæssige faktor omkring høj- og lavstatusjobs ser dog ikke ud til at spille nogen rolle for terapeuternes holdninger, da svarene overordnet fordeler sig meget ens i de 4 forskellige undersøgelsesversioner.

Det lader derfor til at undersøgelsens varierede baggrundsmæssige faktorer, omkring vignetpersonen beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund, ikke spiller den store rolle i forhold til terapeuternes enighed i, at prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans store motivation.

Motivation ser derimod ud til at være en vigtig faktor i sig selv. Baseret på spørgsmål 14.A's marginale fordeling (tabel 1) lader det til, at terapeuterne er parate til at prioritere nogle patienter højere, hvis de udviser stor motivation.

Hvis samme fordeling skal illustreres i forhold til respondenternes enighed i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter, pga. hans lave alder, illustreres fordelingen nedenfor;

Tabel 4^{a,b,c}

				Alder enig					Total
				Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Pedel	Arbejde	Arbejdsløs	Count	11	14	29	55	15	124
			% within Arbejde	8,9%	11,3%	23,4%	44,4%	12,1%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count	4	14	27	63	17	125
			% within Arbejde	3,2%	11,2%	21,6%	50,4%	13,6%	100,0%
	Total	Arbejdsløs	Count	15	28	56	118	32	249
			% within Arbejde	6,0%	11,2%	22,5%	47,4%	12,9%	100,0%
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	13	25	22	62	11	133
			% within Arbejde	9,8%	18,8%	16,5%	46,6%	8,3%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count	8	12	18	51	15	104
			% within Arbejde	7,7%	11,5%	17,3%	49,0%	14,4%	100,0%
	Total	Arbejdsløs	Count	21	37	40	113	26	237
			% within Arbejde	8,9%	15,6%	16,9%	47,7%	11,0%	100,0%
Total	Arbejde	Arbejdsløs	Count	24	39	51	117	26	257
			% within Arbejde	9,3%	15,2%	19,8%	45,5%	10,1%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count	12	26	45	114	32	229
			% within Arbejde	5,2%	11,4%	19,7%	49,8%	14,0%	100,0%
	Total	Arbejdsløs	Count	36	65	96	231	58	486
			% within Arbejde	7,4%	13,4%	19,8%	47,5%	11,9%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som pedel. Variablen "Arbejde" kodes som 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde, mens værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Pedel" Chi-i-anden=4,002; df=4; svarende til en p-værdi på 0,406

c. Fodnote: For variabelen "Jurist" Chi-i-anden=4,361; df=4; svarende til en p-værdi på 0,359

For ovenstående tabel 4 er 56,5% af respondenterne, som har modtaget en version hvori vignetpersonen beskrives som arbejdsløs pedel, enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans lave alder. Omvendt er 20,2% enten "Helt uenig" eller "Delvist uenig heri".

Hvis terapeuterne har modtaget en version, hvori vignetpersonen beskrives som pedel i arbejde er 64,0% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere ham over andre patienter, pga. hans lave alder. Omvendt er 14,4% "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

Hvis vignetpersonen beskrives som arbejdsløs jurist er 54,9% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere ham over andre patienter, pga. hans lave alder. Omvendt er 28,6% enten "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

Hvis vignetpersonen beskrives som jurist i arbejde er 63,4% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere ham over andre patienter, pga., hans lave alder. Omvendt er 19,2% enten "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

For alle 4 undersøgelsesvariationer opleves dog differentierede holdninger, da mellem 16,5% og

23,4% er ”Hverken enig eller uenig” i spørgsmålet omkring alder.

Det tyder på at beskæftigelsesstatus, kombineret med jobmæssige baggrund spiller en rolle i forhold til, respondenternes enighed eller uenighed i at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter.

Hvis vignetpersonen beskrives som pedel i arbejde er der 7,5% større enighed i, at prioritere ham over andre patienter pga. hans lave alder, end hvis han beskrives som værende arbejdsløs pedel.

Omvendt er der 5,8% større uenighed hvis han beskrives som arbejdsløs pedel frem for arbejdende pedel.

Hvis vignetpersonen beskrives som jurist i arbejde, er der 8,5% større enighed i at ville prioritere ham over andre patienter pga. hans lave alder, end hvis han beskrives som værende arbejdsløs jurist. Omvendt er der 9,4% større uenighed hvis han beskrives som arbejdsløs jurist, frem for arbejdende jurist.

Det lader derfor til at den jobmæssige baggrund, holdningsmæssigt deler respondenterne. Men den lader til at spille en rolle for respondenternes enighed i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans lave alder. Enigheden bliver således lidt større hvis han besidder et højstatusjob, frem for hvis han besidder et lavstatusjob.

Vignetpersonens beskæftigelsesstatus, lader samtidig til at spille en rolle. Hvis vignetpersonen er arbejdsløs, men har besiddet et højstatusjob, er respondenterne således mere uenige i at ville prioritere ham over andre patienter pga. hans lave alder. Uenigheden er ikke helt så markant hvis han er arbejdsløs og har besiddet et lavstatus job. Noget kunne derfor tyde på, at beskrivelsen omkring 1 ½ års ledighed og derved en snarlig overgang til kontanthjælp, skaber mindre sympati hos respondenterne, hvis vignetpersonen beskrives som jurist, frem for hvis han beskrives som pedel.

Ud fra undersøgelsens resultater er det ikke muligt at finde frem til, hvad de forskellige enigheder og uenigheder skyldes, men det antages at der må være en større skepsis blandt terapeuterne, omkring arbejdsløse patienter som tidligere har besiddet et højstatusjob.

Opsamling af undersøgelsestema 1.1

Terapeuterne lader til at være splittede omkring holdningen til patientens lave alder og store motivation. Overordnet opleves dog en holdningsmæssig tendens til, at terapeuterne er enige i, at prioritere vignetspersonen højere end andre patienter pga. hans store motivation og lave alder. Både motivation og lav alder spiller i sig selv en rolle for terapeuterne, da disse faktorer tilsyneladende skaber større enighed i, at ville prioritere vignetspersonen højere end andre patienter. I forhold til patientens motivation og terapeuternes enighed i at prioritere vignetspersonen over andre patienter, spiller vignetspersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund en mindre rolle.

I forhold til enigheden i at ville prioritere vignetspersonen højere end andre patienter, pga. hans lave alder, lader beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund til at spille en rolle. Således er respondenterne tilsyneladende mere enige og mindre uenige i, at ville prioritere vignetspersonen højere end andre patienter, pga. hans lave alder, hvis han samtidig har en tilknytning til arbejdsmarkedet. Denne enighed lader til at blive en anelse større, hvis patienten samtidig besidder et høj- frem for et lavstatusjob. Omvendt lader uenigheden til at blive større, hvis vignetspersonen beskrives som havende et højstatusjob, samtidig med at han beskrives som værende arbejdsløs. Uenigheden er mindre hvis han beskrives som arbejdsløs men har besiddet et lavstatusjob.

Sammenhængene kan skyldes at der tilsyneladende skabes mere sympati for vignetspersonens snarlige overgang til kontanthjælp blandt terapeuterne, hvis han beskrives som pedel frem for jurist.

Besvarelsen af problemformuleringen

I dette afsnit analyseres besvarelsen af problemformuleringen.

Afsnittet vil først belyse betydningen af undersøgelsens varierede oplysninger omkring beskæftigelsesstatus. Herefter belyses betydningen af jobmæssig baggrund. Begge afsnit afsluttes med en opsummering. Derefter belyses betydningen af både beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund samtidig. Afslutningsvist foretages en sammenfatning omkring besvarelsen af problemformuleringen i sin helhed.

Alle afsnit indledes først med belysningen af undersøgelsens indirekte del og efterfølgende en belysning af den direkte del.

Undersøgelsens problemformulering er som følger;

Hvordan er nuværende og kommende hospitalsansatte terapeuters holdning til genoptræning, påvirket af patientens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund?

For at undersøge om nuværende og kommende hospitalsansatte terapeuters holdning til genoptræning, er påvirket af patientens beskæftigelsesstatus eller jobmæssige baggrund, undersøges først på sammenhænge i forhold til undersøgelsens indirekte eller ”skjulte” del, hvori respondenterne ikke er vidende om vignettepersonens varierede input omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund. Undersøgelsens indirekte del, består således af respondenternes holdning til vignettens genoptræningsmæssige spørgsmål og belyses ud fra betydningen af undersøgelsens varierede input. Respondenterne er således ikke vidende om, at der måles på om vignettepersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund, har holdningsmæssige implikationer.

Derefter belyses undersøgelsens direkte del, hvori respondenternes enighed i, at prioritere vignettepersonen over andre patienter, pga. hans jobmæssige baggrund illustreres. Ved undersøgelsens direkte del bliver respondenterne delvist opmærksomme på, at der analyseres på deres enighed i, at prioritere i mellem patienterne. Men respondenterne er ikke vidende om, at der 4 forskellige undersøgelsesversioner og at formålet er en sammenholdning af disse.

Beskæftigelsesstatus

For at undersøge om der kan spores sammenhænge mellem respondenternes holdning til vignetpersonens genoptræningspotentiale og hans beskæftigelsesstatus, som værende enten arbejdsløs eller i arbejde, er spørgsmål 8 relevant. Spørgsmål 8 kan betragtes som en indikator for, hvorledes respondenterne vurderer vignetpersonens træningsmæssige muligheder eller potentiale, ud fra det, i vignetbeskrivelsen angivne, sygdoms- og diagnosemæssige billede. Derfor henledes læserens fokus på om værdien af den forklarende variabel (Genoptræningspotentiale) ændrer sig pga. responsvariablen (Arbejde). For at besvare dette, opstilles en krydstabel for, at belyse det totale antal besvarelser for alle kombinationer af de 2 variable. Nedenfor indsættes først spørgsmål 8 omkring genoptræningspotentiale.

8. På baggrund af historien, hvor godt eller dårligt vurderer du Hennings genoptræningspotentiale?

- (1) ☐ Meget godt
- (2) ☐ Godt
- (3) ☐ Hverken godt eller dårligt
- (4) ☐ Dårligt
- (6) ☐ Meget dårligt
- (5) ☐ Ved ikke

Herefter indsættes en krydstabel, hvori betydningen af det ovenfor beskrevne spørgsmål omkring genoptræningspotentiale er illustreret. Derudover illustreres vignetpersonens beskæftigelsesstatus, der enten er varieret som værende arbejdsløs eller i arbejde.

Tabel 5^{a,b}

			Genoptræningspotentiale					Total
			Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt	
Arbejde	Arbejdsløs	Count	12	1	9	140	115	277
		% within Arbejde	4,3%	0,4%	3,2%	50,5%	41,5%	100,0%
	Arbejde	Count	13	2	9	120	109	253
		% within Arbejde	5,1%	0,8%	3,6%	47,4%	43,1%	100,0%
Total		Count	25	3	18	260	224	530
		% within Arbejde	4,7%	0,6%	3,4%	49,1%	42,3%	100,0%

a. Fodnote: For variablen "Arbejde" kodes værdien 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variablen "Arbejde" Chi-i-anden = 0,988; df = 4; svarende til en p-værdi på 0,912

Ovenstående tabel 5 viser, at 92,0%, har vurderet vignetpersonens genoptræningspotentiale som enten "Godt" eller "Meget godt", hvis de har modtaget en undersøgelsesversion hvori vignetpersonen beskrives som værende arbejdsløs, mens 90,5% har vurderet vignetpersonens genoptrænings "Godt" eller "Meget godt" hvis de har modtaget en version hvori han beskrives som værende i arbejde. De resterende svar fordeler sig ligeligt i de 3 sidste svarkategorier. Der lader ikke til, at være forskelle på respondenternes holdningsmæssige vurdering af vignetpersonens genoptræningspotentiale, da forskellen i fordelingen er på 1,5% alt efter om han beskrives som værende arbejdsløs frem for at være i arbejde. Sammenhængen kan testes statistisk og er illustreret i fodnote b under tabel 5 ovenfor. På baggrund heraf, lader der heller ikke til at være nogen statistisk sammenhæng, mellem respondenternes holdning til vignetpersonens genoptræningspotentiale og hans baggrund, som enten arbejdsløs eller værende i arbejde. For yderligere specificeringer af beregninger se bilag 7.

Resultatet betyder, at vignetpersonens varierede input omkring beskæftigelsesstatus, øjensynligt ikke har nogen holdningsmæssig betydning for terapeuternes vurdering af vedkommendes genoptræningspotentiale. Det tyder derfor på, at patientens beskæftigelsesstatus som enten arbejdsløs eller værende i arbejde, ikke har betydning for terapeuternes holdningsmæssige vurdering af vignetpersonens potentielle muligheder for at kunne genoptræne.

Hvis tilsvarende analyse omkring vignetpersonens beskæftigelsesstatus, som enten arbejdsløs eller i arbejde skal foretages på et andet af undersøgelsens spørgsmål, kan spørgsmål 10 omkring

respondenternes holdning til, om vignetpersonen, med en god træningsindsats, kan vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau, være relevant. Spørgsmålet belyser respondenternes holdning til, om genoptræningen får det intenderede udfald. Dette er interessant da respondenternes holdning hertil, kan være influeret af vignetpersonens baggrundsmæssige variationer omkring beskæftigelsesstatus.

10. Med udgangspunkt i beskrivelsen af Hennings situation, hvor enig er du i følgende?

"Henning kan, med en god træningsindsats, komme tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau".

- (1) ☐ Helt enig
 (2) ☐ Delvist enig
 (3) ☐ Hverken enig eller uenig
 (4) ☐ Delvist uenig
 (5) ☐ Helt uenig
 (6) ☐ Ved ikke

Tabel 6^{a,b}

			Aktivitet_tidligere					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Arbejde	Arbejdsløs	Count	1	17	32	166	42	258
		% within Arbejde	0,4%	6,6%	12,4%	64,3%	16,3%	100,0%
	Arbejde	Count	1	12	31	158	29	231
		% within Arbejde	0,4%	5,2%	13,4%	68,4%	12,6%	100,0%
Total		Count	2	29	63	324	71	489
		% within Arbejde	0,4%	5,9%	12,9%	66,3%	14,5%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variablen "Arbejde" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 gives hvis vignetpersonen beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: Chi-i-anden = 1,971; df = 4 svarende til en p-værdi på 0,741

Ovenstående tabel 6 viser, ligesom den tidligere tabel 5 omhandlende genoptræningspotentialer, at 80,6% enten er "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at vignetpersonen, med en god træningsindsats, kan komme tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau, hvis de har modtaget en undersøgelsesversion, hvori vignetpersonen beskrives som arbejdsløs. Hvis de i stedet har modtaget en version, hvori han beskrives som værende i arbejde, er 81,0% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" heri. Da forskellene i respondenternes vurdering kun er på 0,4%, tyder det ikke på, at der nogen

sammenhæng mellem vignetpersonens beskæftigelsesstatus og terapeuternes vurdering af om vignetpersonen, med en god træningsindsats, kan komme tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Formodningen viser sig at holde stik, da der ingen statistisk sammenhæng er mellem de 2 variable. Det tyder derfor på, at vignetpersonens skjulte baggrundsoplysninger omkring beskæftigelsesstatus og enten at være i arbejde, eller at være arbejdsløs, ingen betydning har for respondenternes holdning til vignetpersonens genoptræningspotentiale og hans muligheder for at komme tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau.

For spørgsmålene 9, 11, 12 og 13 i spørgeskemaets indirekte del, kan der heller ikke findes nogen sammenhænge mellem vignetpersonens varierede beskæftigelsesstatus, som enten værende arbejdsløs eller i arbejde og respondenternes holdning. Tabellerne kan betragtes i bilag 8.

I undersøgelsens indirekte del lader terapeuternes holdning ikke til at være påvirket af vignetpersonens beskæftigelsesstatus. Fordomme på feltet og de samfundsmæssige diskurser på beskæftigelsesområdet, omkring en negativ holdning til personers manglende arbejdsmarkedstilknnytning, lader sig tilsyneladende ikke lokalisere blandt terapeuterne. Ligeledes lader det ikke til, at beskrivelsen af vignetpersonens ledighedslængde på 1 ½ år havde nogen holdningsmæssige betydning. Anvendte begreber såsom RTW, som indledningsvist er beskrevet, baseres på en beskæftigelsesfokuseringen i det sundhedsfaglige arbejde, som har mange paralleller til sigtet på beskæftigelsesområdet. På baggrund af undersøgelsens indirekte del omkring betydningen af jobmæssig baggrund, tyder det ikke på at sigtet i RTW begrebet kan betragtes som en styrende indikator for terapeuterne i deres vurdering af patienten. Tilsyneladende lader vignetpersonens sygdomsmæssige beskrivelser og store genoptræningsmæssige fremskridt, til at være den væsentligste faktor i den terapeutiske vurdering. Resultatet tyder på at terapeuternes handletendenser, tilsyneladende illustrerer et udgangspunkt i genoptræningsmæssige behov med patienten i centrum, frem for en operationalisering af sundhedsfaglige begreber i behandlingssigtet. Således tyder intet på at terapeuterne skulle agere ud fra samfundsmæssige eller politiske fokuseringer på, at personer skal eller bør have en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Undersøgelsens manglende sammenhænge kan antages at være en indikator for, en inkluderende sundhedsfaglig tilgang blandt terapeuterne, illustreret gennem deres (manglende) holdninger til arbejdsløse patienter. Den inkluderende tilgang på sundhedsområdet, kan skabe forudsætninger hos den arbejdsmarkedsmarginaliserede patient, som kan medvirke til eller skabe grundlag for en senere inklusion på beskæftigelsesområdet efter endt sygdom eller genoptræning. Belyst ud fra

undersøgelsens indirekte eller skjulte del er der således ingen indikationer på, at en status som arbejdsløs skulle føre til forringede genoptræningsmæssige muligheder på det sundhedsfaglige område, belyst ud fra terapeuternes holdninger til vignetpersonen.

For undersøgelsen direkte del, hvori respondenterne spørges til deres enighed i, at prioritere vignetpersonen over andre patienter, med udgangspunkt i hans jobmæssige situation, viser der sig et andet og mere differentieret billede. Nedenfor indsættes undersøgelsens marginale fordeling for respondenternes besvarelse af spørgsmål 14.B omkring enigheden i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans jobmæssige situation.

Tabel 7^a

(Job enig)^a		Frequency	Percent
Valid	Helt uenig	81	15,3
	Delvist uenig	80	15,1
	Hverken enig eller uenig	127	24,0
	Delvist enig	154	29,1
	Helt enig	43	8,1
	Total	485	91,5
Missing	System	45	8,5
Total		530	100,0

a. Fodnote: De respondenter, som har svaret "Ved ikke" er blevet kodet som "Missing".

Ovenstående tabel 7 viser, at 30,4% enten er ”Helt uenig” eller ”Delvist uenig” i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans jobmæssige situation. Omvendt er 37,2% enten ”Helt enig” eller delvist enig” heri. 24,0% er ”Hverken enig eller uenig”. Spørgsmålet illustrere tydeligvis en stærkt differentieret holdning i undersøgelsens direkte holdningsmæssige del, til spørgsmålet om terapeuternes enighed i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter pga. hans jobmæssige situation.

Spørgsmålet er nu, om den differentierede holdningsmæssige tendens ligeledes kan belyses ud fra undersøgelsens varierede input omkring beskæftigelsesstatus?

For at undersøge dette, indsættes en krydstabel, som illustrere ovenstående spørgsmål 14.B omkring enigheden i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans jobmæssige situation. Krydstabellen kombineres med de respondenter, som har modtaget undersøgelsesversionen med en arbejdsløs vignetperson og de respondenter, som har modtaget en version hvori vignetpersonen beskrives som værende i arbejde.

Tabel 8^{a,b}

			Job_enig					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Arbejde	Arbejdsløs	Count	51	46	74	70	16	257
		% within Arbejde	19,8%	17,9%	28,8%	27,2%	6,2%	100,0%
	Arbejde	Count	30	34	53	84	27	228
		% within Arbejde	13,2%	14,9%	23,2%	36,8%	11,8%	100,0%
Total		Count	81	80	127	154	43	485
		% within Arbejde	16,7%	16,5%	26,2%	31,8%	8,9%	100,0%

a. Fodnote: For variablen "Arbejde" kodes værdien 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variablen "Arbejde" Chi-i-anden = 13,116; df = 4; svarende til en p-værdi på 0,011

For ovenstående tabel 8, bemærkes fortsat en stor spredning i respondenternes enighed i, at prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans jobmæssige situation. Tabellen viser at 33,4% af de respondenter, som har modtaget en undersøgelsesversion, hvori vignetpersonen beskrives som arbejdsløs, enten er "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at prioritere vedkommende over andre patienter pga. hans jobmæssige situation. Omvendt er 48,6% af respondenterne, som har modtaget versionen med en arbejdende vignetperson, "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere ham over andre. Ligeledes kan forskellene spores i modsatte ende af tabellen, hvor 37,7% enten er "Helt uenig" eller "Delvist uenig" i, at prioritere den arbejdsløse vignetperson over andre patienter, mens 28,1% enten er "Helt uenig" eller "Delvist uenig" i, at prioritere den arbejdende vignetperson over andre patienter. 23,2% er "Hverken enig eller uenig", hvis vignetpersonen beskrives som arbejdsløs og 28,8% hvis han beskrives som værende i arbejde. Der er en signifikant statistisk sammenhæng mellem de 2 variable.

Hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde er der således 15,2% større enighed i, at ville prioritere ham højere end andre patienter pga. hans jobmæssige situation, i forhold til hvis vignetpersonen var beskrevet som arbejdsløs. Hvis vignetpersonen omvendt beskrives som arbejdsløs er der 9,6% større uenighed i at ville prioritere ham over andre patienter pga. hans jobmæssige situation i forhold til hvis han var beskrevet som værende i arbejde.

Resultaterne i undersøgelsens direkte del, tyder på at patientens beskæftigelsesstatus, tilsyneladende spiller en rolle for terapeuternes holdning til patienten og deres villighed til at prioritere i mellem dem. Holdningerne er dog meget splittede, da resultaterne dels indikere at nogle terapeuter er parate til, at prioritere arbejdende patienter over andre, mens andre omvendt er villige til at prioritere arbejdsløse patienter over andre.

Holdningerne kan dels illustrere, at nogle terapeuter kan være påvirkede af de negative samfundsmæssige diskurser omkring arbejdsløse på beskæftigelsesområdet og tydeligt anlægger en workfare linje i deres behandlingssigte, dels at de kan være påvirkede af de (begrænsede) ressourcemæssigt givne rammer i de enkelte organisationer. Ligeledes kan begrebet RTW spores i terapeuternes holdninger, da en del terapeuter, individuelt fokusere på at den arbejdende vignetperson bør prioriteres højt, således at han kan blive rask og returnere til beskæftigelse hurtigst muligt.

Omvendt kan holdningerne indikere, at nogle terapeuter er meget bevidste omkring at fordele deres (begrænsede) terapeutressourcer, på et sådan måde, at de patienter som har et større behov for professionel hjælp også får det. Terapeuterne lader til at være påvirkede af, at den arbejdsløse vignetperson er presset i forhold til en snarlig overgang til kontanthjælp og nogle terapeuter føler tilsyneladende en sympati og et større behov for at yde en ekstra indsats til vedkommende. Terapeuterne vurderer tydeligvis behovet for terapeutisk intervention, større hos den arbejdsløse patient, i forhold til at opnå tilstrækkelige muligheder for inklusion på sundhedsområdet. Der lader således til at være en opmærksomhed fra en del af terapeuterne på, at patienter som i udgangspunktet virker til at have et større behov for hjælp, også skal have dette behov dækket. Resultaterne tyder på, at terapeuterne har meget differentierede individuelle holdninger til patienten. Undersøgelsens resultater belyser dog ikke om disse holdninger, direkte kan lokaliseres i terapeuternes konkrete eller relationelle arbejde med patienten. Undersøgelsen resultater kan grundet metodevalget, udelukkende fungerer som en indikator for terapeuternes handletendenser. Derigennem kan det ikke endegyldigt påvises, om terapeuternes differentierede holdninger til patientens beskæftigelsesstatus, direkte kommer til udtryk i det daglige sundhedsfaglige arbejde på hospitalerne.

Opsummering af betydningen af beskæftigelsesstatus

Undersøgelsens indirekte eller skjulte del kan ikke belyse, at nuværende og kommende terapeuters individuelle holdninger, skulle være påvirket af patientens beskæftigelsesstatus under den terapeutiske behandling. I stedet tyder det på, at terapeuterne primært fokusere på sygdoms- og genoptræningsmæssige indikationer og at disse øjensynligt er styrende for det terapeutiske behandlingssigte. De samfundsmæssige diskurser omkring et mere negativt syn på patienter med manglende arbejdsmarkedstilknytning og fordommen omkring terapeuternes overvejende fokusering på at få patienterne raske, således at de kan returnere til beskæftigelse igen, kan derfor ikke belyses i undersøgelsens indirekte del.

Undersøgelsens direkte del indikere at terapeuternes individuelle holdninger til patienterne er tydeligt differentierede. De differentierede holdninger og villigheden til at prioritere i patienterne, indikere et terapeutisk fokus på de (begrænsede) tilrådighedsværende ressourcer på de enkelte afdelinger. Prioriteringstendensen kan illustreres i terapeuternes kommentarer til undersøgelsen.

Bl.a. siger en terapeut;

"Ideelt set skal træningstilbuddet være ens uanset alder, job og motivation".

Kommentaren kan illustrere, at prioriteringer af patienterne betragtes som et vilkår i terapeuternes daglige arbejde da den pågældende terapeut betragter det som en naturligt element.

Den næste terapeut tilkendegiver hvilke faktorer, der har betydning for vedkommendes prioriteringer;

"I begrebet prioritering kan ligge flere forhold. Jeg synes bestemt at Hennings lave alder , erhvervsaktive status og motivation har stor betydning for hvor meget genoptræning der skal/bør tilbydes... "

En terapeut italesætter direkte baggrunden for at prioritere, ud fra en hensyntagen til samfundsøkonomien;

"Trods kravet om lighed i sundhedsvæsenet bør sundhedsprofessionelle også prioritere efter, hvor stor en effekt indsatsen forventes at give (a.h.t. samfundsøkonomien OG patientens tarv)".

Selvom terapeuterne er vidende omkring lighed blandt patienterne i behandlingssigtet, er der tilsyneladende implikationer, som tilskynder prioriteringstendensen hos terapeuterne.

Denne holdningstendens kan illustreres i undersøgelsens direkte del, men ikke i den indirekte del.

Holdningen til patientens beskæftigelsesstatus lader både til at skabe enighed og uenighed blandt terapeuterne. Nogle terapeuter lader til at være enige i at ville prioritere den arbejdende patient, over andre patienter og er uenige i at ville prioritere den arbejdsløse patient over andre. Disse holdninger kan indikere beskæftigelsesområdet's negative syn på arbejdsløse, ligeledes kan påvirke eller belyses i det sundhedsfaglige arbejde. Påvirkningen kan tilsyneladende medføre at nogle terapeuter anlægger en workfare linje i deres behandlingssigte, hvori fokus er på beskæftigelse som et led i rehabiliteringen.

Andre terapeuter ser omvendt ud til at være mere enige i, at prioritere de arbejdsløse patienter over andre og mere uenige i at prioritere de arbejdende patienter over andre. Enigheden kan indikere en bevidsthed omkring, at mindre ressourcestærke patienter i højere grad kan have et behov for professionel støtte for at vende tilbage til tidligere aktivitetsniveau. Ydermere kan enigheden indikere en anerkendende klientcentreret tilgang, hvori terapeuterne tilsyneladende tager udgangspunkt i patientens individuelle ønsker og behov og er bevidste omkring deres svære situation, da de tilsyneladende påvirkes af patientens arbejdsløshed og snarlige overgang til kontanthjælp. Således lægger denne terapeutgruppe op til individorienteret tilgang, med fokus på den enkelte (Dahl, Haugbølle & Thanning i Borg, Runge & Tjørnov 2003 s. 167).

Jobmæssige baggrund

For problemformuleringens 2. del, omkring den holdningsmæssige betydning af patientens jobmæssige baggrund, belyses terapeuternes holdning ligeledes ud fra undersøgelsens varierede input. De varierede input medfører, at vignetpersonen enten er beskrevet som besiddende et lavstatusjob som pedel, eller et højstatusjob som jurist. Herigennem kan det undersøges om terapeuterne holdningsmæssigt lader sig påvirke af patientens jobmæssige baggrund. For at undersøge respondenternes svarfordeling, anvendes igen en krydstabel mellem variabelen genoptræningspotentiale, kombineret med vignetpersonens jobmæssige baggrund som enten pedel eller jurist. Respondenternes holdning til vignetpersonens genoptræningspotentiale, indikerer igen hvilke træningsmæssige muligheder de ser vignetpersonen have. Igen undersøges ud fra, om værdien af den forklarende variabel (Genoptræningspotentiale) ændrer sig pga. responsvariabelen (Jobmæssig baggrund).

Tabel 9^{a,b}

			Genoptræningspotentiale					Total
			Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt	
Jurist	Pedel	Count	8	2	10	142	105	267
		% within Jurist	3,0%	0,7%	3,7%	53,2%	39,3%	100,0%
	Jurist	Count	17	1	8	118	119	263
		% within Jurist	6,5%	0,4%	3,0%	44,9%	45,2%	100,0%
Total		Count	25	3	18	260	224	530
		% within Jurist	4,7%	0,6%	3,4%	49,1%	42,3%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis vignetpersonen beskrives som værende pedel. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: Chi-i-anden = 6,856; df = 4 svarende til en p-værdi på 0,144

For ovenstående tabel 9, har 92,5% af terapeuterne vurderet vignetpersonens genoptræningspotentiale som værende enten "Godt" eller "Meget godt", hvis de har modtaget en undersøgelsesversion hvori vignetpersonen beskrives som pedel. Modsat har 90,1% vurderet genoptræningspotentialet enten "Godt" eller "Meget godt", hvis de har modtaget en version hvori vignetpersonen beskrives som jurist. I modsatte ende af tabellen har 3,0% vurderet vignetpersonens genoptræningspotentiale "Meget dårligt" hvis han beskrives som pedel, mens 6,5% har vurderet "Meget dårligt" hvis han beskrives som jurist. Overordnet set er fordelingerne meget ens og forskellene fordeler sig marginalt mellem eksempelvis "Godt" eller "Meget godt". Forskellen mellem at vurdere "Godt" eller "Meget godt" vurderes derfor uden reel praktisk betydning. Der er

ingen statistiske sammenhænge mellem vignetpersonens jobmæssige baggrund som enten pedel eller jurist og terapeuternes vurdering af hans genoptræningspotentiale. For en belysning af de konkrete beregninger, henvises læseren til bilag 9.

Nedenfor illustreres igen terapeuternes tilsyneladende manglende holdningsmæssige påvirkning af vignetpersonens jobmæssige baggrund. Den manglende sammenhæng illustreres igennem endnu en krydstabel, for at belyse at den forklarende variabel (Aktivitet_tidligere) ikke ændrer sig pga. responsvariabelen (Jobmæssige baggrund). Belysningen indikerer terapeuternes enighed i, at vignetpersonens, via en god genoptræningsmæssig indsats, kan vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Spørgsmålet belyser respondenternes holdning til om vignetpersonen er i stand til, at blive rask igen ovenpå sin blodprop. Spørgsmålet sammenholdes med betydningen af vignetpersonens jobmæssige baggrund som enten pedel eller jurist.

Tabel 10^{a,b}

			Aktivitet_tidligere					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Jurist	Pedel	Count	2	17	26	169	36	250
		% within Jurist	0,8%	6,8%	10,4%	67,6%	14,4%	100,0%
	Jurist	Count	0	12	37	155	35	239
		% within Jurist	0,0%	5,0%	15,5%	64,9%	14,6%	100,0%
Total		Count	2	29	63	324	71	489
		% within Jurist	0,4%	5,9%	12,9%	66,3%	14,5%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis vignetpersonen beskrives som værende pedel. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: Chi-i-anden = 5,157; df = 4 svarende til en p-værdi på 0,272

Hvis terapeuterne har modtaget en undersøgelsesversion hvori vignetpersonen beskrives som pedel, viser ovenstående tabel 10, at 82,0% enten er "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at vignetpersonen, via en god trænings indsats, kan vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Hvis han beskrives som jurist er 79,5% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" heri. I tabellens modsatte ende er billedet ligeledes meget enslydende. Der kan udelukkende belyses små marginale forskelle i ovenstående tabel 10. Forskellene ligger primært i kategorien "Hverken enig eller uenig". Forskellen i denne kategori ligger på 5,1% mellem de to forskellige jobmæssige baggrunde. For undersøgelsesversionen med pedellen, ser svarene i stedet ud til at være "rykket" til kategorien "Delvist enig".

Forskellene mellem vignetpersonens varierede baggrundsoplysninger, må derfor siges at være marginale og derfor uden reel betydning for terapeuternes holdning til om vignetpersonen, via en god træningsindsats, kan vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Der er desuden heller ingen statistisk sammenhæng mellem de to variable.

I undersøgelsens indirekte del, lader terapeuterne således ikke til at være påvirkede af vignetpersonens jobmæssige baggrund. Resultaterne tyder på, at patientens status som enten besiddende et høj- eller et lavstatusjob, tilsyneladende ikke spiller nogen rolle for terapeuterne under deres arbejde med patienten. Resultaterne tyder i stedet på, at terapeuterne vurderer patienten med udgangspunkt i hans sygdoms- og genoptræningsmæssige indikationer.

I indeværende afsnit omkring belysningen af jobmæssig baggrund, er udvalgt 2 spørgsmål i undersøgelsen, for at illustrere de manglende sammenhænge mellem terapeuternes holdning og vignetpersonens jobmæssige baggrund. For undersøgelsens resterende indirekte spørgsmål 9, 11, 12 og 13 kan der heller ikke findes nogen sammenhænge mellem terapeuternes vurdering og vignetpersonens jobmæssige baggrund. For belysning heraf henvises læseren til bilag 10.

Resultaterne fra undersøgelsens indirekte eller ”skjulte” del, tyder derfor på at vignetpersonens jobmæssige baggrund som enten pedel eller jurist, ikke har nogen betydning for terapeuternes vurdering eller holdning til vignetpersonen. Patienter med højstatusjobs lader således ikke til, at få en anderledes vurdering eller behandling end patienter med lavstatusjobs.

For undersøgelsens direkte del belyses nedenfor igen terapeuternes enighed i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans jobmæssige baggrund. Sammenhængen kan være interessant at belyse, da vignetpersonens baggrund som havende enten et højstatusjob som jurist eller et lavstatusjob som pedel, kan influere på terapeuternes holdning. Igen indsættes en krydstabel for at belyse de forskellige scenarier;

Tabel 11^{a,b}

			Job_enig					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Jurist	Pedel	Count	24	44	63	93	24	248
		% within Jurist	9,7%	17,7%	25,4%	37,5%	9,7%	100,0%
Jurist	Jurist	Count	57	36	64	61	19	237
		% within Jurist	24,1%	15,2%	27,0%	25,7%	8,0%	100,0%
Total		Count	81	80	127	154	43	485
		% within Jurist	16,7%	16,5%	26,2%	31,8%	8,9%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende pedel. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 21,245; df = 4; svarende til en p-værdi på 0,000

Hvis terapeuterne har modtaget en undersøgelsesversion hvori vignetpersonen beskrives som pedel, viser ovenstående tabel 11, at 47,2% er "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans jobmæssige situation. Hvis han derimod beskrives som jurist, er 33,7% "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at prioritere ham over andre patienter pga. hans jobmæssige situation. I den modsatte ende af tabellen er 9,7% "Helt uenig" i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans jobmæssige situation, hvis han beskrives som pedel, mens hele 24,1% er "Helt uenig" hvis han beskrives som jurist. Igen er der en stor midterkategori mellem 25,4 og 27,0%, som er "Hverken enig eller uenig" og derigennem illustrere spørgsmålet store holdningsmæssige differentiering.

Vignetpersonens beskrivelse som jurist og dermed tilhørende en højstatusjob gruppe bevirker, at respondenterne er meget splittede, men mindre enige og væsentligt mere uenige i, at ville prioritere ham højere end andre patienter pga. hans jobmæssige situation. Fordelingen illustrere at terapeuterne, direkte adspurgt, har en bevidsthed omkring ikke at ville favorisere patienter med højstatusjobs. Bevidstheden kan skyldes at denne jobbeskrivelse, tilsyneladende indikere at patienten kan betragtes som ressourcestærk i forvejen og derigennem ønsker terapeuterne givetvis ikke at favorisere vedkommende yderligere. Terapeuterne virker i stedet til, at være mere enige i at ville prioritere vignetpersonen højere hvis han beskrives som pedel. Dette kan skyldes, at selvom

terapeuterne ikke nødvendigvis betragter vignetpersonens stilling som pedel, som værende et lavstatus job, skaber denne jobbeskrivelse ikke samme negative opmærksomhed og derigennem opstår implikationer for mere positive holdninger. Jobbeskrivelsen skaber således ikke samme opmærksomhed i forhold til terapeuternes enighed i, at ville prioritere i mellem patienterne, som jobbeskrivelsen som jurist tilsyneladende gør. Derigennem kan det igen belyses, at terapeuterne fortsat er enige i at ville prioritere i patienterne, men de er tilsyneladende bevidste omkring, ikke at prioritere i forvejen ressourcestærke patienter højere end andre patienter.

Opsummering af betydningen af jobmæssige baggrund

For undersøgelsens indirekte eller skjulte del, hvori respondenterne ikke er vidende om at der fokuseres på betydningen af vignetpersonens jobmæssige baggrund, lader der ikke til at være nogen sammenhæng mellem terapeuternes holdning til vignetpersonen og dennes beskrivelse som enten havende et højstatusjob som jurist eller et lavstatusjob som pedel. Således afspejler resultaterne, at terapeuterne i højere grad fokusere på sygdoms- og genoptræningsmæssige indikationer og i mindre grad på patientens jobmæssige baggrund.

I undersøgelsens direkte del, hvori terapeuterne spørges til deres enighed i at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter, pga. hans jobmæssige situation, lader terapeuterne til at være enige i at ville prioritere nogle patienter over andre, men de er tydeligvis opmærksomme på ikke at prioritere patienter med højstatusjobs højere, da denne jobstatus øjensynligt indikere en ressourcemæssige styrke, som for terapeuterne skaber en manglende enighed i, at ville favorisere denne gruppe yderligere. Vignetpersonens beskrivelse som havende et lavstatusjob, medfører ikke samme opmærksomhed og terapeuterne er her overvejende enige i at ville prioritere denne gruppe højere end andre patienter. Således er terapeuterne overordnede villige til at prioritere i patienterne, men er opmærksomme på ikke at favorisere patienter, som i forvejen besidder et højstatusjob. Undersøgelsen kan dog ikke belyse om personer med højstatusjobs relationelt formår at påvirke terapeuterne under vurderingen, således at terapeuterne indirekte vil favorisere disse patienter alligevel.

Den samlede betydning af beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund

Undersøgelsen åbner ligeledes op for muligheden for at måle betydningen af både beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund samtidig. Vil der eksempelvis være forskel på respondenternes holdning til vignetpersonen, hvis han besidder et højstatusjob og samtidig er arbejdsløs og snarligt overgående til kontanthjælp end hvis han besidder et lavstatus job og samtidig er arbejdsløs og snarligt overgående til kontanthjælp?

På næste side forsøges disse kombinationer illustreret i en krydstabel, hvori de 4 forskellige undersøgelsesvariationer kombineres (pedel, arbejdsløs pedel, jurist og arbejdsløs jurist).

Betydningen af undersøgelsens 4 varierede input, måles igen ud fra respondenternes holdning til spørgsmålet omkring vignetpersonens genoptræningspotentiale, som er tilknyttet undersøgelsens indirekte del.

Vignetpersonens genoptræningspotentiale bliver således den afhængige variabel og vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund bliver de uafhængige variable i nedenstående krydstabel.

Tabel 12^{a,b,c}

				Genoptræningspotentiale					Total
				Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt	
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	4	0	5	70	53	132
			% within Arbejde	3,0%	0,0%	3,8%	53,0%	40,2%	100,0%
	Arbejde		Count	4	2	5	72	52	135
			% within Arbejde	3,0%	1,5%	3,7%	53,3%	38,5%	100,0%
	Total		Count	8	2	10	142	105	267
			% within Arbejde	3,0%	0,7%	3,7%	53,2%	39,3%	100,0%
Pedel	Arbejde	Arbejdsløs	Count	8	1	4	70	62	145
			% within Arbejde	5,5%	0,7%	2,8%	48,3%	42,8%	100,0%
	Arbejde		Count	9	0	4	48	57	118
			% within Arbejde	7,6%	0,0%	3,4%	40,7%	48,3%	100,0%
	Total		Count	17	1	8	118	119	263
			% within Arbejde	6,5%	0,4%	3,0%	44,9%	45,2%	100,0%
Total	Arbejde	Arbejdsløs	Count	12	1	9	140	115	277
			% within Arbejde	4,3%	0,4%	3,2%	50,5%	41,5%	100,0%
	Arbejde		Count	13	2	9	120	109	253
			% within Arbejde	5,1%	0,8%	3,6%	47,4%	43,1%	100,0%
	Total		Count	25	3	18	260	224	530
			% within Arbejde	4,7%	0,6%	3,4%	49,1%	42,3%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende pedel. For variabelen "Arbejde" kodes værdien 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "missing".

b. Fodnote: For variabelen "Pedel" Chi-i-anden=2,004; df = 4; svarende til en p-værdi på 0,735

c. Fodnote: For variabelen "Jurist" Chi-i-anden=2,626; df = 4; svarende til en p-værdi på 0,622

For ovenstående tabel 12 er terapeuternes holdning meget ens, hvis vignetpersonen beskrives som pedel og enten værende arbejdsløs eller i arbejde. 93,2% af terapeuterne, beskriver enten vignetpersonens genoptræningspotentiale som værende "Godt" eller "Meget godt", hvis han beskrives som værende arbejdsløs pedel. Hvis han beskrives som pedel i arbejde er der næsten ingen forskel, da 91,8% vurderer genoptræningspotentialet som enten "Godt" eller "Meget godt". I den modsatte ende af tabellen er der heller ingen markante forskelle. Det tyder derfor på, at terapeuterne ikke har forskellige holdninger til vignetpersonens genoptræningspotentiale, alt efter om han beskrives som arbejdsløs pedel eller arbejdende pedel.

Samme mønster kan belyses, hvis vignetpersonen beskrives som enten arbejdsløs jurist eller jurist. For de terapeuter som har modtaget undersøgelsesversionen med den arbejdsløse jurist, fordeler svarene sig med 91,1% i kategorierne "Godt" og "Meget godt". Hvis de i stedet har modtaget versionen hvori han beskrives som jurist, vurderer 89,0% enten "Godt" eller "Meget godt". I modsatte ende af tabellen er der heller ingen markante forskelle.

For tabel 12, tyder der ikke på at være nogen holdningsmæssige forskelle i terapeuternes vurdering af vignetpersonens genoptræningspotentiale, alt efter hvordan undersøgelsens 4 varierede input kombineres. Det lader derfor ikke til at have indflydelse på terapeuternes holdning, i undersøgelsens indirekte eller skjulte del, hvordan vignetpersonens baggrundsmæssige oplysninger varieres. Ovenstående billede er enslydende for spørgsmålene 9 til 13, som alle relateres til undersøgelsens indirekte del. Således lader vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund sammenlagt til at være uden betydning. For yderligere belysning heraf, henvises læseren til bilag 11.

Herefter belyses undersøgelsens direkte del ud fra spørgsmålet omkring respondenternes enighed i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter, pga. hans jobmæssige situation. Igen betragtes spørgsmålet ud fra undersøgelsens 4 varierede input (pedel, arbejdsløs pedel, jurist og arbejdsløs jurist). Spørgsmålet omkring den jobmæssige enighed, bliver således den afhængige variabel og vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund bliver igen de uafhængige variable i nedenstående krydstabel.

Tabel 13^{a,b,c}

				Job_enig					Total
				Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Pedel	Arbejde	Arbejdsløs	Count	15	25	37	38	9	124
			% within Arbejde	12,1%	20,2%	29,8%	30,6%	7,3%	100,0%
	Arbejde		Count	9	19	26	55	15	124
			% within Arbejde	7,3%	15,3%	21,0%	44,4%	12,1%	100,0%
	Total		Count	24	44	63	93	24	248
			% within Arbejde	9,7%	17,7%	25,4%	37,5%	9,7%	100,0%
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	36	21	37	32	7	133
			% within Arbejde	27,1%	15,8%	27,8%	24,1%	5,3%	100,0%
	Arbejde		Count	21	15	27	29	12	104
			% within Arbejde	20,2%	14,4%	26,0%	27,9%	11,5%	100,0%
	Total		Count	57	36	64	61	19	237
			% within Arbejde	24,1%	15,2%	27,0%	25,7%	8,0%	100,0%
Total	Arbejde	Arbejdsløs	Count	51	46	74	70	16	257
			% within Arbejde	19,8%	17,9%	28,8%	27,2%	6,2%	100,0%
	Arbejde		Count	30	34	53	84	27	228
			% within Arbejde	13,2%	14,9%	23,2%	36,8%	11,8%	100,0%
	Total		Count	81	80	127	154	43	485
			% within Arbejde	16,7%	16,5%	26,2%	31,8%	8,9%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variablen "Jurist" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende pedel. For variablen "Arbejde" kodes værdien 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "missing".

b. Fodnote: For variablen "Pedel" Chi-i-anden=8,846; df = 4; svarende til en p-værdi på 0,065

c. Fodnote: For variablen "Jurist" Chi-i-anden=4,492; df = 4; svarende til en p-værdi på 0,344

For ovenstående tabel 13 er der igen en stor spredning i svarene, alt afhængig af hvilken undersøgelsesversion terapeutterne har modtaget.

Hvis pedellen beskrives som arbejdsløs er 37,9% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at prioritere ham over andre patienter pga. hans jobmæssige situation. Omvendt er 12,1% "Helt uenig" heri.

Hvis pedellen derimod beskrives som værende i arbejde er 56,5% "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at prioritere ham over andre patienter pga. hans jobmæssige situation. Omvendt er 7,3% "Helt uenig" heri.

Hvis juristen beskrives som værende arbejdsløs, er 29,4% enten "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at prioritere ham over andre patienter pga. hans jobmæssige situation. Omvendt er 27,1% "Helt uenig" heri.

Hvis juristen beskrives som værende i arbejde, er 39,4% enten ”Delvist enig” eller ”Helt enig” i, at ville prioritere ham over andre patienter pga. hans jobmæssige situation. Omvendt er 20,2% ”Helt uenig” heri.

Igen bemærkes det store antal terapeuter som er ”Hverken enig eller uenig”, i spørgsmålet i alle undersøgelsesversionerne. Mellem 21,0% og 29,8% afgiver deres svar i denne kategori, hvilket må betegnes som en indikator for en stor holdningsmæssige differentiering ved spørgsmålet blandt terapeuterne.

Hvis vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund kombineres, er der ligeledes interessant holdninger at spore.

Hvis vignetpersonen beskrives som arbejdende pedel er terapeuterne 18,6% mere enige i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans jobmæssige situation, frem for hvis han beskrives som arbejdsløs pedel. Omvendt er 4,8% flere terapeuter ”Helt uenig” i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans jobmæssige situation, hvis han beskrives som arbejdsløs pedel frem for arbejdende pedel.

Hvis vignetpersonen omvendt beskrives som arbejdende jurist er terapeuterne 10,0% mere enige i, at ville prioritere ham over andre patienter pga. hans jobmæssige situation, frem for hvis han beskrives som arbejdsløs jurist. Omvendt er 6,9% flere terapeuter ”Helt uenig” i, at ville prioritere vignetpersonen over andre, hvis han beskrives som arbejdsløs jurist frem for arbejdende jurist.

Terapeuternes overordnede svarfordeling, må antages at være en indikator for at de er meget splittede omkring deres holdning, til at prioritere i patienterne ud fra deres jobmæssige situation.

Terapeuterne er tilsyneladende mere enige i at ville prioritere arbejdende patienter, som besidder et lavstatusjob højere end arbejdende patienter, som besidder et højstatus job. Den større enighed, kan indikere at vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund sammen spiller en rolle for terapeuternes holdninger. Hvis vignetpersonen tilhøre en lav- frem for en højstatusjob gruppe, lader beskæftigelsesstatus således til at skabe 17,1% større enighed. Hvis patienten omvendt tilhører en høj- frem for en lavstatusjob skaber beskæftigelsesstatus 12,9% større uenighed.

Således lader manglende beskæftigelsesstatus til at skabe 8,5% større enighed hvis vignetpersonen tilhører en lav- frem for en højstatusjob gruppe og 15,0% mindre uenighed. Resultaterne indikere at en tilknytning til en lavstatusjob gruppe, som må betragtes som en mindre markant jobbeskrivelse, ikke skaber samme opmærksomhed omkring en manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, som tilknytningen til en højstatusjob gruppe tydeligvis gør. Tilknytningen til en højstatusjob gruppe

skaber derfor ikke samme sympati omkring vignetpersonens snarlige overgang til kontanthjælp, som tilknytningen til en lavstatusjob gruppe tilsyneladende gør.

Svarfordelingen ved dette spørgsmål adressere nok en gang, terapeuternes meget splittede direkte holdning til, at ville prioritere mellem patienterne. Holdningen er tilstede og noget tyder på at den er individuel og baseret på faktorer ved patienten, som enten skaber større eller mindre enighed eller større eller mindre uenighed. Holdningen kan tages som en indikator for, at terapeuterne er villige til at gøre noget ekstraordinært for nogle patienter, hvis der opstår et behov. Men samtidig kan denne villighed også blive et problem for andre patienter, da flere terapeuter i undersøgelsen adressere de knappe tilrådighedsværende ressourcer på sundhedsområdet.

Sammenfatning af besvarelsen af problemformulering

For problemformuleringens første hovedfokus omkring den holdningsmæssige betydning af vignetpersonens beskæftigelsesstatus, lader der ved undersøgelsens indirekte del, ikke til at være nogen sammenhænge. Således lader vignetpersonens beskæftigelsesstatus ikke til at spille nogen umiddelbar rolle, for terapeuternes holdning til patientens rehabiliteringsforløb. Terapeuterne tager tilsyneladende udgangspunkt i vignetpersonens sygdoms- og genoptræningsmæssige indikationer, baseret på deres holdning til vignetpersonens genoptræningspotentiale og muligheder for at vende tilbage til tidligere aktivitetsniveau.

For undersøgelsens direkte del, tyder det på at terapeuterne er villige til at ville prioritere i patienterne, ud fra beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund. Holdningerne er dog stærkt differentierede. Nogle terapeuter er enige i at prioritere patienten i arbejde over andre patienter, hvilke kan være en indikation på, at nogle terapeuter opfatter arbejdsmarkedstilknytning som et normative udgangspunkt for patienterne. Der kan således argumenteres for at disse terapeuter anlægger en workfare linje og vil prioritere den arbejdende patientgruppe højere, end andre patienter i deres overordnede behandlingssigte. Andre terapeuter lader til at tænke anderledes og er omvendt mere enige i, at prioritere de arbejdsløse patienter højere end andre patienter. Terapeuterne betragter tilsyneladende patientens manglende tilknytning til arbejdsmarkedet som en indikation for manglende ressourcer, baseret på at vignetpersonen beskrives som havende været ledig i 1 ½ år. For disse terapeuter indikere patientens manglende arbejdstilknytning, tilsyneladende et mere presserende behov for en professionel sundhedsfaglig indsats. Flere terapeuter lader dog til at være mere enige i, at ville prioritere patienter med tilknytning til arbejdsmarkedet højere end patienter med manglende arbejdsmarkedstilknytning.

De meget forskellige holdningsmæssige nuancer må dog igen understreges, således at undersøgelsen resultater ikke skaber en fuldstændig ensidig retning i læserens fortolkning.

Terapeuterne kan generelt siges at være meget splittede og terapeuterne synes tilsyneladende parate til at prioritere, ud fra egen individuelle overbevisning. Villigheden til at prioritere i mellem patienterne er ikke juridisk givet, men er ifølge mange terapeuter, et nødvendigt vilkår for at kunne varetage den terapeutiske indsats, i et sundhedssystem som har begrænsede tilrådighedsværende ressourcer.

For problemformuleringens andet hovedfokus omkring vignetpersonens jobmæssige baggrund, lader der ved undersøgelsens indirekte del ikke til at være nogen sammenhæng mellem vignetpersonens tilknytningen til enten en høj- eller lavstatusjob gruppe. Indikationen kan igen pege på, at terapeuterne prioriterer med udgangspunkt i patientens træningsmæssige muligheder og derigennem spiller jobmæssig baggrund tilsyneladende en mindre rolle. Undersøgelsen giver dog et lettere unuanceret billede af denne betydning. Dette skyldes at ressourcestærke borgere, som besidder et højstatusjob, ofte vil have en evne til at italesætte egne behov og besidder generelt en større viden omkring behandlingsmulighederne på feltet (Vallgård & Krasnik 2010 s. 173). Patientens egen viden og evnen til at italesætte genoptræningsmæssige behov, må betragtes som medvirkende faktorer til en given behandling og derigennem vurderes det muligt, at patienter med højstatusjobs fortsat vil have bedre muligheder for, at påvirke prioriteringen af dem i en favoriserende retning, i forhold til personer med lavstatusjobs.

Patientens viden og personlige indvirkning på terapeuten, undersøges ikke, da den relationelle kontakt naturligvis ikke kan belyses igennem en spørgeskemaundersøgelse. Undersøgelsens anvendte metodeform kan således være noget af forklaringen på de manglende sammenhænge i undersøgelsens indirekte del.

Ved den direkte holdningsmåling, lader vignetpersonens jobmæssige baggrund til at spille en rolle. Terapeuterne er således villige til at prioritere i patienterne, men er tilsyneladende opmærksomme på, ikke at prioritere patienter, der besidder et højstatusjob som jurist, der i forvejen må betegnes som tilhørende en ressourcestærk gruppe, højere end andre patienter. Omvendt lader patienter som besidder et lavstatusjob, ikke til at have samme forhindringer i terapeuternes prioritering. Terapeuterne er således villige til at prioritere vignetpersonen højere end andre patienter, hvis han beskrives som pedel.

Når der i undersøgelsen både fokuseres på beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund, lader der i undersøgelsens indirekte del ikke til at være nogen sammenhænge.

I undersøgelsens direkte del tyder det på, at beskæftigelsesstatus skaber 17,1% større enighed hvis patienten samtidig besidder et lavstatusjob frem for et højstatusjob set i forhold til terapeuternes enighed i at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter pga. hans jobmæssige situation. Hvis patienten har besiddet et højstatusjob skabes 12,9% større uenighed blandt terapeuterne, i forhold til at ville prioritere ham over andre pga. hans jobmæssige situation.

Således skaber manglende beskæftigelsesstatus 8,5% mindre enighed hvis patienten tilhører en høj- frem for en lavstatusjob gruppe og 15,0% mere uenighed.

Terapeuterne lader således til at være mere positive omkring patientens arbejdsmarkedstilknnytning, hvis han besidder et lavstatusjob som pedel i forhold til hvis han besidder et højstatusjob som jurist. Hvis patienten modsat bliver arbejdsløs og er på vej til en snarlig overgang til kontanthjælp, skabes der tilsyneladende mere sympati hos terapeuterne, hvis patienten besidder et lav- frem for et højstatusjob. Terapeuterne har tilsyneladende mere sympati for en arbejdsløs pedel med snarlig overgang til kontanthjælp, end de har for en jurist med snarlig overgang til kontanthjælp.

Analyse af undersøgelsestemaerne 1.1-1.3

I dette afsnit analyseres undersøgelsestemaerne 1.1-1.3 i nævnte rækkefølge. Belysningen af undersøgelsestemaerne foretages ligeledes ud fra en opdeling i undersøgelsens indirekte og direkte del.

Indledningsvist belyses undersøgelsestema 1.1, som er indsat nedenfor;

Undersøgelsestema 1.1

”Opleves holdningsmæssige forskelle iblandt undersøgelsens involverede faggrupper (fysio- og ergoterapeuter samt studerende) i deres vurdering af patienten”.

Relevansen i at belyse holdningsmæssige forskelle blandt undersøgelsens involverede faggrupper, er bl.a. at skabe et billede af, hvor prioriteringstendensen, som kunne belyses i tidligere afsnits analyser af undersøgelsestema 1.0 og problemformuleringen, kan stamme fra. Kan den allerede lokaliseres under uddannelsen igennem fysio- og ergoterapeutstuderendes holdninger og kan den derigennem være strukturelt funderet i faget? Eller kan den udelukkende belyses ude i praksis, blandt færdiguddannede fysio- og ergoterapeuter?

Belysningen foretages ved at efterprøve empirisk, om der kan spores holdningsmæssige forskelle iblandt de involverede faggrupper (fysio- og ergoterapeuter samt studerende) og om holdningerne er forskellige alt efter tilknytningen til den ene eller den anden faggruppe. Fysio- og ergoterapeuter bør, på trods af deres forskellige uddannelsesmæssige baggrund, i store træk have en overordnet fælles holdning til patienter, baseret på en fælles faglig viden og erfaring omkring effekten og tilrettelæggelsen af den bedst mulige genoptræningsindsats.

Praksispåvirkningen kan for den færdiguddannede terapeut, medføre ændrede holdninger til patienten og dennes genoptræning. Disse ændringer kan skyldes påvirkningen fra rammerne og vilkårene for det terapeutiske arbejde, når de færdiguddannede terapeuter møder sundhedsområdet efter endt uddannelse.

Nedenfor indledes med en belysning af de holdningsmæssige forskelle, som kan findes mellem fysio- og ergoterapeuter samt studerende i undersøgelsens indirekte del. Indledningsvist er det igen vigtigt at understrege, at gruppen af studerende er væsentligt mindre end gruppen af nuværende terapeuter. Årsagen hertil skyldes undersøgelsens begrænsede tids- og ressourcemæssige rammer.

Den reducerede gruppe af studerende, kan medvirke til usikkerhedsmomenter omkring de fundne sammenhænge, da resultaterne givetvis kunne have været anderledes, hvis et større antal studerende havde deltaget. Ydermere er gruppen af fysio- og ergoterapeutstuderende slået sammen til en gruppe kaldet studerende.

Nedenfor inddrages spørgsmål 9 i en krydstabel belyst ud fra respondenternes fagligebaggrund som enten fysioterapeut, ergoterapeut eller studerende. Spørgsmålet giver læseren et indblik i, hvorledes de forskellige faggruppers holdning er til træningen under vignetpersonens indlæggelse. Herunder hvilket omfang der i den ideelle verden bør tilbydes.

Tabel 14^{a,b}

			Ideelt tilbud indlæggelse				Total
			Ingen træning	2-3 gange træning	4-6 gange træning	Træning dagligt	
Fagligbaggrund	Fysioterapeut	Count	16	3	64	243	326
		% within Fagligbaggrund	4,9%	0,9%	19,6%	74,5%	100,0%
	Ergoterapeut	Count	4	6	34	122	166
		% within Fagligbaggrund	2,4%	3,6%	20,5%	73,5%	100,0%
	Studerende	Count	0	2	1	34	37
		% within Fagligbaggrund	0,0%	5,4%	2,7%	91,9%	100,0%
Total		Count	20	11	99	399	529
		% within Fagligbaggrund	3,8%	2,1%	18,7%	75,4%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel er fysio- og ergoterapeutstuderende lagt sammen i en gruppe kaldet "Studerende". For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variablen "Fagligbaggrund" Chi-i-anden = 16,215; df = 6; svarende til en p-værdi på 0,013

I ovenstående tabel 14 er der en signifikant statistiske sammenhæng mellem terapeuternes fagligebaggrund og deres holdning til vignetpersonens ideelle genoptræningstilbud, under indlæggelsen. Således vurderer 74,5% af fysioterapeuterne og 73,5% af ergoterapeuterne, at vignetpersonen, i den ideelle verden, bør få træning dagligt under hospitalsindlæggelsen. Hele 91,9% af de studerende vurderer derimod daglig træning, som det mest ideelle tilbud til vignetpersonen. Denne forskel kan afspejle, at de studerende er mere idealistiske i deres holdning til genoptræning og i mindre grad lader til, at tage hensyn til de (begrænsende) ressourcemæssige rammer i praksis. Fysio- og ergoterapeuter har derimod sværere ved at fralægge sig påvirkningen fra praksis, da begge grupper tilsyneladende er mere tilbageholdende, i deres forestilling omkring det ideelle genoptræningsforløb for vignetpersonen, under dennes indlæggelsen. Forskellene vil dog ikke have den store praktiske betydning, da respondenternes besvarelser primært fordeler sig mellem 4-6 gange ugentligt træning og daglig træning.

Der burde givetvis være faggruppemæssige forskelle, belyst ud fra terapeuternes forskellige faggruppemæssige tilknytning, som kunne indikere et forskelligt behandlingssigte. Men denne

forskel er ikke tilstede, da fysio- og ergoterapeuter lader til at have næsten enslydende holdninger. Det lader derfor til, at fysio- og ergoterapeuters holdninger baseres på en fælles faglig viden og erfaring omkring tilrettelæggelse og effekten af den genoptræningsmæssige indsats. Ligeledes lader både fysio- og ergoterapeuter til at have vanskeligheder ved, at sætte sig ud over egen forforståelse omkring, hvad der er praktisk muligt at tilbyde patienterne under en hospitalsindlæggelse. Dels kan respondenternes svar tyde på, at de færdiguddannede terapeuter i højere grad, er påvirket af deres kendskab til den praktiske (begrænsende) virkelighed og derfor holdningsmæssigt er lidt mere tilbageholdende end de studerende. Dels kan holdningen indikere at vignetpersonens sygdomsbillede er beskrevet meget entydigt og derigennem efterlader et begrænset tolkningsrum for respondenterne.

Tilsvarende sammenhænge af de faggruppemæssige forskelle, kan findes i spørgsmål 10 omkring vignetpersonens muligheder for, via en god træningsmæssig indsats, at kunne vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Spørgsmålet belyser terapeuternes holdning til genoptræningens intenderede udfald. Spørgsmålet vurderes igen sammen med terapeuternes fagligebaggrund i nedenstående krydstabel;

Tabel 15^{a,b}

			Aktivitet_tidligere					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Fagligbaggrund	Fysioterapeut	Count	2	18	42	196	39	297
		% within Fagligbaggrund	0,7%	6,1%	14,1%	66,0%	13,1%	100,0%
	Ergoterapeut	Count	0	8	21	105	20	154
		% within Fagligbaggrund	0,0%	5,2%	13,6%	68,2%	13,0%	100,0%
	Studerende	Count	0	3	0	22	12	37
		% within Fagligbaggrund	0,0%	8,1%	0,0%	59,5%	32,4%	100,0%
Total		Count	2	29	63	323	71	488
		% within Fagligbaggrund	0,4%	5,9%	12,9%	66,2%	14,5%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel er fysio- og ergoterapeutstuderende lagt sammen i en gruppe kaldet "Studerende". For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing"

b. Fodnote: For variablen "Fagligbaggrund" Chi-i-anden = 16,068; df = 8; svarende til en p-værdi på 0,041

Ved tabel 15 er der igen en signifikant statistisk sammenhæng mellem terapeuternes fagligebaggrund og deres enighed i, om vignetpersonen, via en god træningsmæssig indsats, er i stand til at vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. 13,1% af fysioterapeuterne og 13,0% af ergoterapeuterne er således "Helt enig" i, at vignetpersonen kan trænes op til sit tidligere aktivitetsniveau. Igen er der forskelle mellem nuværende og kommende terapeuter, da 32,4% af de studerende er "Helt enig" heri. Ligeledes er ingen studerende "Hverken enig eller uenig" i

spørgsmålet, hvorimod 14,1% af fysioterapeuterne og 13,6% er ergoterapeuterne vælger denne kategori.

Sammenhængen tyder det på, at de kommende terapeuter er mere optimistiske i forhold til vignetpersonens muligheder for, at komme tilbage til tidligere aktivitetsniveau end de nuværende terapeuter.

Der lader igen til at være stor enighed mellem fysio- og ergoterapeuter, som begge kan betegnes som værende mere skeptiske om end fortsat positive omkring muligheden for, at vignetpersonen, via en god træningsmæssig indsats, kan vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. En Skepsis som både kan skyldes manglende ressourcer i praksis, men også kan skyldes at de færdiguddannede terapeuter har en større erfaring med, at genoptræningen ikke altid får det intenderede udfald og derigennem har et mere realistisk billede af de genoptræningsmæssige muligheder end de studerende. Der er således meget små marginale forskelle blandt fysio- og ergoterapeuter, hvilket tyder på at begge faggrupper igennem deres møde med praksis, opnår et mere enslydende og realistisk billede af patientens genoptræningsmuligheder. Igennem erfaringen fra praksis kan faggruppeforskelle mellem fysio- og ergoterapeuter givetvis blive mindre og ud fra ovenstående sammenhæng være næsten udviskede.

Hvis fokus igen flyttes over på undersøgelsens direkte del omkring prioriteringen af patienterne, er det interessant at belyse om der er holdningsmæssige forskelle blandt faggrupperne. Eksempelvis om færdiguddannede er mere villige til at prioritere i patienterne end de studerende. I nedenstående krydstabel kombineres respondenternes faglige baggrund, med spørgsmålet omkring enigheden i at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans lave alder.

Tabel 16^{a,b}

			Alder enig					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Fagligbaggrund	Fysioterapeut	Count % within Fagligbaggrund	17 5,8%	35 12,0%	59 20,2%	143 49,0%	38 13,0%	292 100,0%
	Ergoterapeut	Count % within Fagligbaggrund	11 7,1%	21 13,5%	30 19,2%	74 47,4%	20 12,8%	156 100,0%
	Studerende	Count % within Fagligbaggrund	8 21,6%	9 24,3%	6 16,2%	14 37,8%	0 0,0%	37 100,0%
Total		Count % within Fagligbaggrund	36 7,4%	65 13,4%	95 19,6%	231 47,6%	58 12,0%	485 100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel er fysio- og ergoterapeutstuderende lagt sammen i en gruppe kaldet "Studerende". For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variablen "Fagligbaggrund" Chi-i-anden = 20,749; df = 8; svarende til en p-værdi på 0,008

Tabel 16 illustrerer en signifikant statistisk sammenhæng mellem respondenternes faglige baggrund og deres enighed i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans lave alder. 62,0% af fysioterapeuterne og 60,2% af ergoterapeuterne lader til at være "Delvist enig" eller "Helt enig" i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans lave alder. Omvendt lader 17,8% af fysioterapeuterne og 20,6% af ergoterapeuterne til at være enten "Delvist uenig" eller "Helt uenig" heri. For de studerende er 37,8% "Delvist enig" i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans lave alder. Omvendt er 45,9% enten "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

De kommende terapeuter synes mere bevidste omkring, ikke at prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans lave alder end de nuværende terapeuter. Således lader de studerende til, at have en mere idealistiske holdning til prioriteringstendensen. Forskellene kan givetvis tilskrives en praksispåvirkning, da der kun er meget små og marginale forskelle mellem fysio- og ergoterapeuter. Resultaterne kunne indikere, at nuværende terapeuter i højere grad prioriterer ud fra en organisatoriske hensyntagen, som kan medføre at faktorer ved patienten kan blive afgørende for en given holdning og prioritering af vedkommende.

Fordelingen i mellem faggrupperne synes anderledes, hvis der i stedet spørges ind til enigheden i, at prioritere vignetpersonen højere end andre patienter pga. hans store motivation. Denne fordeling illustreres nedenfor.

Tabel 17^{a,b}

			Motivation_enig					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Fagligbaggrund	Fysioterapeut	Count	14	36	51	145	46	292
		% within Fagligbaggrund	4,8%	12,3%	17,5%	49,7%	15,8%	100,0%
	Ergoterapeut	Count	12	22	29	69	23	155
		% within Fagligbaggrund	7,7%	14,2%	18,7%	44,5%	14,8%	100,0%
	Studerende	Count	4	10	4	16	3	37
		% within Fagligbaggrund	10,8%	27,0%	10,8%	43,2%	8,1%	100,0%
Total		Count	30	68	84	230	72	484
		% within Fagligbaggrund	6,2%	14,0%	17,4%	47,5%	14,9%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel er fysio- og ergoterapeutstuderende lagt sammen i en gruppe kaldet "Studerende". For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Fagligbaggrund" Chi-i-anden = 10,934; df = 8; svarende til en p-værdi på 0,205

I ovenstående tabel 17, er der ingen statistisk sammenhæng mellem respondenternes faglige baggrund og deres enighed i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans store motivation. Fordelingen blandt fysio- og ergoterapeuter er fortsat meget enslydende, dog er 49,7% fysioterapeuter "Delvist enig", mens det kun er tilfældet for 44,5% af ergoterapeuterne. Ligeledes er kun 8,1% af de studerende "Helt enig". I tabellens modsatte ende, er 4,8% af fysioterapeuterne "Helt uenige" i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter, pga. hans store motivation, mens dette er tilfældet for 7,7% af ergoterapeuterne og 10,8% af de studerende. De studerendes holdning til spørgsmålet omkring motivation, synes ikke så markant som ved tidligere spørgsmål. Motivation lader derfor til, som tidligere beskrevet i undersøgelsestema 1.0, at være et mere tilforladeligt prioriteringsgrundlag end alder og jobmæssig baggrund. Heller ikke ved spørgsmålet omkring motivation, kan der spores nævneværdige holdningsmæssige forskelle blandt fysio- og ergoterapeuter. Begge faggrupper vurderer tilsyneladende motivation som en plausibel prioriteringsfaktor.

Opsamling af undersøgelsestema 1.1

For undersøgelsens indirekte del tyder sammenhængene på, at kommende terapeuter kan betegnes som værende mere idealistiske, dels i deres forestilling om det ideelle genoptræningstilbud og dels i deres tro på effekten af den genoptræningsmæssig indsats, end nuværende terapeuter.

Sammenhængene kan dels skyldes at nuværende terapeuter er præget negativt af de givne organisatoriske vilkår og derfor har vanskeligere ved at forestille sig et ideelt tilbud, uden hensyntagen til praktiske forudsætninger. Dels kan det skyldes, at nuværende terapeuter er mere realistiske omkring patienters rehabilitering og igennem deres erfaring og viden har oparbejdet en større realisme omkring at genoptræningen mange gange ikke får det intenderede udfald.

I undersøgelsens direkte del tyder sammenhængene på, at kommende terapeuter er mere opmærksomme end nuværende terapeuter, på ikke at prioritere patienterne forskelligt. Årsagen hertil kan være, at studerende ikke på samme måde har oplevet nødvendigheden i at prioritere mellem patienterne. Prioriteringstendensen kan ikke afvises at være strukturelt defineret i faget, men da kommende terapeuter tydeligvis er mere bevidste omkring, ikke at skulle prioritere imellem patienterne, tyder undersøgelsens resultater på, at tendensen først opstår under arbejdet i praksis. Praksispåvirkningen kan desuden underbygges af de manglende faggruppemæssige forskelle blandt fysio- og ergoterapeuter. De manglende forskelle kan skyldes en enslydende praksis og organisatorisk påvirkning, som får begge faggrupper til, i overvejende grad, at være fortalere for prioriteringstendensen. Det tyder på, at praksispåvirkningen fra de organisatoriske tilrådgivelsesværende rammer er stærke faktorer, som tilsyneladende udviser faggruppemæssige forskelle blandt fysio- og ergoterapeuter og givetvis vil gøre dem mindre idealistiske, men mere realistiske i deres terapeutiske tilgang.

Undersøgelsens resultater kan ligeledes indikere, at prioriteringstendensen tilsyneladende ikke skyldes et fagligt skøn, baseret på en baggrund som enten fysio- eller ergoterapeut, men i stedet et rent individuelt skøn, som i højere grad er baseret på terapeutens egne værdier og holdninger til givne faktorer. Undersøgelsens indirekte del lader til at aktivere en fælles faglig viden blandt fysio- og ergoterapeuter, som kan være erfaringsbaseret, mens prioriteringstendensen, som kan lokaliseres i undersøgelsens direkte del, lader til at aktivere nogle mere overordnede personlige værdier hos den enkelte, som gør den holdningsmæssige svarfordeling mere differentieret.

Undersøgelsestema 1.2

Undersøgelsestemaet vil antage en mere overordnet form og læseren vil løbende blive henvist til bilag undervejs. Dette skyldes at undersøgelsens hovedformål belyses ud fra variationerne i vignetten. Undersøgelsestemaet vil forsøge at illustrere om nogle af terapeuternes holdninger, kan være prægede af respondenternes baggrundsfaktorer.

Undersøgelsestemaet basere sig således på respondenternes sociologiske baggrundsfaktorer, som kan have holdningsmæssig betydning for respondenternes besvarelser. Flere af respondenternes baggrundsfaktorer er indbyrdes korrelerede. For belysningen af disse se bilag 12.

Nedenfor indsættes undersøgelsestemaet.

”Opleves forskellige holdningsmæssige tendenser, alt efter terapeuternes forskellige baggrund - herunder køn, alder, anciennitet, faggruppemæssige forskelle og regional arbejdsmæssig tilknytning”.

Afsnittet vil belyse respondenternes baggrundsfaktorer, i ovenstående rækkefølge. Derved rettes opmærksomheden indledningsvist på betydningen af respondenternes køn.

I undersøgelsens indirekte del, kan der lokaliseres forskelle i holdningen blandt mandlige og kvindelige respondenter, i forhold til deres vurdering af vignetpersonens genoptræningspotentiale. Selvom der kan belyses en statistisk sammenhæng og der således tyder på at være en forskel, tyder den konkrete fordeling på at disse er marginale, dvs. fra eksempelvis ”Godt” til ”Meget godt”. Den praktiske betydning af de kønsmæssige forskelle vil derfor være meget begrænset. Resultaterne kan i stedet tyde på, at de mandlige respondenter holdningsmæssigt givetvis er mere splittede end de kvindelige. De kvindelige respondenter lader desuden til, at være mere enige og mindre uenige om, at vignetpersonen, via en god træningsindsats, kan komme tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau end de mandlige respondenter.

For undersøgelsens direkte del, lader de kvindelige respondenter til at være mere enige og mindre uenige end deres mandlige kollegaer i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans jobmæssige situation og lave alder. For de uddybede sammenhænge og tabeller i forhold til respondenternes køn, henvises læseren til bilag 13.

For undersøgelsens indirekte del, lader terapeuternes alder og anciennitet ikke til at have nogen holdningsmæssig betydning, i forhold til respondenternes vurdering af vignetpersonens

genoptræningspotentialer. Dog lader det til, at ældre terapeuter med højere anciennitet er mindre enige i og givetvis mere realistiske om at vignetpersonen, med en god træningsindsats, kan vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau.

For undersøgelsens direkte del, lader terapeuter fra 30 år og opefter til at være mere enige og mindre uenige i, at prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans store motivation og lave alder end de yngre terapeuter, som også inkluderer de studerende. For belysning heraf henvises læseren til bilag 14.

Hvis der igen fokuseres på den rent faggruppemæssige forskel eller mangel på samme, blandt fysio- og ergoterapeuter, lader der primært til at være marginale forskelle blandt de to grupper, som fordeler sig mellem kategorier som eksempelvis ”Godt” og ”Meget godt”. Derfor er den praktiske sammenhæng, uden reel betydning.

Dog har fysio- og ergoterapeuter forskellige forestillinger omkring det ideelle genoptrænings tilbud til vignetpersonen, efter han udskrives fra hospitalet og deres faktiske forestilling om, hvordan genoptræningstilbuddet i virkeligheden kommer til at forme sig. Igen er forskellene af mindre betydning, da fordelinger i de 2 spørgsmål er beliggende i kategorierne ”4-6 gange ugentlig træning” og ”Daglig træning”. Derfor er den reelle praktiske betydning mindre væsentlig. For belysning heraf henvises læseren til bilag 15.

For respondenternes regionale arbejdsmæssige tilknytning, lader der ikke til at være nogle forskelle i forhold til undersøgelsens indirekte og direkte del. Disse manglende sammenhænge tyder ligeledes på, at den belyste prioriteringstendens blandt terapeuterne er individuelt defineret og forankret og foregår i større eller mindre omfang i alle regioner. Forklaringen på terapeuternes individuelle prioriteringstendens skal på baggrund heraf, findes i respondenternes individuelle skøn og/eller i New Public Management filosofien som fokuserer på udvikling af kvalitetsstandarder og en effektiv, men kortere behandlingstid (Vallgård & Krasnik 2010 s. 145). Tilgangen kan betyde, at terapeuterne i højere grad påvirkes af og fokuserer på organisatoriske udstukne rammebeskrivelser og i mindre grad på den rent faglige klientcentrerede vurdering. For yderligere belysning af de manglende regionale arbejdsmæssige forskelle henvises læseren til bilag 16.

Undersøgelsestema 1.3

Belysningen af undersøgelsestemaet i dette afsnit antager en mere overordnet karakter, da analysen tager udgangspunkt i, om nuværende og kommende hospitalsansatte terapeuter, i lyset af undersøgelsens empiriske resultater i de forudgående afsnit, kan siges at bidrage til inklusion eller eksklusion af patienterne på sundhedsområdet. Undersøgelsestemaet vil ikke belyse de empiriske sammenhænge ud fra analysens tidligere skarpe opdeling i undersøgelsens indirekte og direkte del. Undersøgelsestemaet præsenteres i stedet ud fra en mere argumenterende belysning. Nedenfor indsættes undersøgelsestemaet, som søges tydeliggjort.

”Bidrager terapeuter til social inklusion eller eksklusion i sundhedssystemet, igennem deres holdning til patienten og dennes baggrundsmæssige faktorer”.

Terapeuternes holdninger er tilsyneladende påvirket af patientens beskæftigelsesstatus. De negative samfundsmæssige beskæftigelsesdiskurser lader til at påvirke terapeuterne på sundhedsområdet og lader sig empirisk belyse igennem terapeuternes differentierede holdninger. Fysio- og ergoterapeuter lader tilsyneladende til, at imødekomme en prioritering mellem patienterne. Prioriteringstendens baseres bl.a. på patientens beskæftigelsesstatus. Terapeuternes holdninger lader sig dog lokalisere på et overordnet og mere individualistisk plan, da de holdningsmæssige forskelle primært er udslagsgivende i undersøgelsens direkte del. Anvendte begreber såsom RTW, lader til at spille en rolle for terapeuterne, da en del af dem tilsyneladende prioriterer i patienterne ud fra et ønske om, at de hurtigst muligt skal kunne gøres arbejdsmarkedsparate igen og kunne bidrage til samfundet. Hvis holdningerne kan betragtes som indikatorer for terapeuternes handletendenser, ude på deres respektive arbejdspladser, vil det betyde at patientens rolle som arbejdsløs, ud fra undersøgelsens resultater og en del af terapeuternes holdninger, kan betragtes som en negativ faktor. Patientens arbejdsmarkedsmarginisering og snarlige overgang til kontanthjælp kan derfor, i yderste konsekvens, føre til marginalisering på sundhedsområdet i form af forringede muligheder, hvis patienten vurderes af den ”forkerte” terapeut med negative holdninger.

Årsagen bag terapeuternes villighed til at prioritere i patienterne ud fra deres beskæftigelsesstatus, kan givetvis lokalisere i en organisatorisk påvirkning. Formodningen skyldes, at prioriteringstendensen ikke i samme omfang kan lokalisere blandt kommende terapeuter og heller ikke i forhold til respondenternes regionale arbejdsmæssige tilknytning. Holdningen kan derfor antages at være individuelt defineret og bl.a. baseret på terapeutens eget individuelle syn på

patienternes karakteristika som er påvirket af de organisatoriske rammer hvori terapeuten arbejder. Om disse holdninger enten er positive, negative eller neutrale kan skyldes mange ting. Men undersøgelsens resultater indikere, at terapeuterne påvirkes holdningsmæssigt i deres møde med praksis. Ved mødet med praksis ser terapeuternes idealisme og realisme tilsyneladende ud til at ændre sig. Idealismen ser ud til at ville aftage og strukturelle og organisatoriske normer omkring effektivisering og accelererede patientforløb, ser herefter i højere grad ud til at på influere på nogle af terapeuternes holdninger. Mens realismen bevirker at terapeuterne igennem deres større erfaring, ikke betragter genoptræning som værende lige enkelt.

Ved denne fokuseringsændring kan effektiviteten i behandlingen og dokumentationen af terapeuternes kliniske indsats, gradvist risikere at medvirke til en holdningsændring, hvori fokus flyttes fra patienten, til et sundhedsprofessionelt ansvar overfor organisationen. Omvendt er en realistisk tilgang til patienten ofte en positiv indgangsvinkel, da det bliver nemmere at opsætte realistiske mål for genoptræningens effekt sammen med patienten.

Da forskellige patienter vil kræve forskellige tilgange afhængige af deres sygdomsbillede, kan specifikke holdninger til nogle patienter, medføre at terapeuter vil have en overordnet negativ tilgang til nogle patienter og en positiv tilgang til andre, bl.a. baseret på deres egne personlige holdninger. Hvis de personlige holdninger antagelsesvis er organisatorisk påvirket og organisationen overordnet arbejder ud fra en New Public Management filosofi med fokus på effektivitet og kortest mulige indlæggelsesforløb, vil terapeuterne i højere grad tænke i hvem det kan "betale sig" at behandle, frem for hvilke behov patienterne måtte have. Derigennem kan patienterne inkluderes i forhold til en given indsats, hvis den pågældende patients givne træk, holdningsmæssigt korrelere med terapeutens egen overbevisning omkring hvilke patienter det kan svare sig at behandle. I yderste konsekvens kan det føre til at nogle patienter inkluderes og får en mere omfattende behandling og indsats, mens andre patienter vil ekskluderes og får en mindre omfattende indsats, på baggrund af terapeuternes individuelle holdninger til vedkommende. Ud fra undersøgelsens resultater viser disse holdninger sig ikke nødvendigvis i mødet med patienten, men vurderes fortsat som værende tilstede hos den enkelte terapeut og må derfor, i et vist omfang, influere på vurderingen. Formodningen kan belyses gennem flere respondenters holdningsmæssige prioriteringer, undervejs i deres besvarelse;

"I nogle situationer vil en patient/borger som Henning uden tvivl blive prioriteret frem for andre - fx en ældre dement patient/borger, som i forvejen er afhængig af hjælp, men det må bero på individuelle vurderinger".

Kommentaren fra denne terapeut er en vedkendelse af prioriteringstendensen, ude på de enkelte hospitaler og at denne tendens kan risikere at påvirke andre patienter. Desuden belyser kommentaren at prioriteringen, tilsyneladende afhænger af en individuel vurdering, som omhandler et holdningsmæssigt skøn af patientens karakteristika. I ovenstående tilfælde en dement patient. Derigennem lader det til, at terapeuternes individuelle holdninger, om end de antager en mere overordnet karakter eller ej, alligevel må tænkes at have implikationer for terapeuternes indsats i forhold til patienten.

Det må dog afslutningsvist pointeres at fordi terapeuterne skulle besidde negative holdninger til nogle patienter, som overordnede indikerede at de ikke mente det kunne "betale sig" at behandle dem, er der naturligvis fortsat love og rammebeskrivelser for den terapeutiske indsats i de forskellige organisationer, som overordnet bestemmer hvilke patienter, der skal have en given behandling. Terapeuterne kan således ikke prioritere frit i deres egen arbejdstid ud fra personlige holdninger til patienterne.

Overførbarheden af undersøgelsens resultater, samt styrker og svagheder herved

I dette afsnit beskrives hvorvidt undersøgelsens resultater, direkte kan generaliseres til at inkludere andre terapeuter, som arbejder på andre områder end den for undersøgelsen belyste. Afslutningsvist kommenteres på styrker og svagheder i relation hertil.

Undersøgelsens resultater og belyste sammenhænge er bundet til den konkret anvendte vignette. Derfor kan undersøgelsesresultaterne ikke umiddelbart sige noget om andre områder (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 185). Dog kan de empiriske resultater godt skabe indikationer på andre områder, da undersøgelsens kontekstuelle betingelser og vilkår er beskrevet nøje og efterprøvet af bl.a. terapeuter i den kommunale kontekst. Selvom spørgsmålene er specifikt relaterede til vignetten og som udgangspunkt ikke giver muligheder for generaliseringer, gives fortsat mulighed for, at skabe mulige generelle billeder af terapeuternes handletendenser. Handletendenserne eller holdningens konative komponent, skal principielt belyses ud fra en anden type opfølgende undersøgelse, såsom anden spørgeskemaundersøgelse, kvalitative interviews eller direkte efterprøvning i praksis. Omvendt kan det også bekræftes, at afgørelser truffet i vignetter, ligner de afgørelser som træffes mellem patienter og professionelle (Taylor 2006 s. 1198 i Ejrnæs & Monrad 2012 s. 149). Herigennem antydes at muligheden for generalisering til andre områder er til stede, da de fundne holdninger til vignetten er adresseret til en stor stikprøve, af den samlede terapeutpopulation. På baggrund heraf, er det sandsynligt, at de fundne holdninger kan danne grundlag for en analytisk generalisering, således at de empirisk fund også ville kunne gøre sig gældende i andre sammenhænge (Ejrnæs & Monrad 2012 s. 186). Gyldigheden og realismen i vignetten er blevet gennemgået ved 3 forskellige pilotinterviews, i 3 forskellige kontekster. Alle 3 steder har haft indflydelse på tilretninger og ændringer, som blev præsenteret i den endelige undersøgelsesversion. Derfor vurderes undersøgelsens vignette og resultaterne udledt heraf, til at kunne skabe indikationer for generelle holdninger på området. Dermed sagt, at prioriteringstendensen og de fundne negative og for nogle terapeuter også positive holdninger til patientens manglende beskæftigelsesstatus, givetvis også ville være tilstede på andre områder. Hvis undersøgelsens resultater senere skulle anvendes, som et led i at skabe opmærksomhed omkring problematikkerne på området, ville tiltag i form af oplysning omkring undersøgelsens holdningsmæssige tendenser, sandsynligvis også have en bredere effekt, som derved også ville kunne have gennemslagskraft på andre områder.

Styrkerne i undersøgelsen baseres bl.a. på et grundigt og delvist gennemtænkt forløb omkring pilotinterviews, ud fra et ønske om standardisering og samlignelighed, på tværs af de individuelle besvarelser. Pilotinterviewene har alle steder afstedkommet nyttige bidrag, der fik materialet til at fremstå relevant og forståelsesmæssigt enkelt, således at der kunne skabes rum for samlignelighed, på tværs af forholdsvis mange besvarelser. Undersøgelsens holdningsmæssige sammenhænge, kan derfor betragtes som en valid indikator for mere overordnede holdningsmæssige indikationer på området.

Undersøgelsens svagheder er bl.a. den alt for positive vignetbeskrivelse, som efterlod et meget begrænset tolkningsrum for respondenternes besvarelser. Havde tolkningsrummet været anderledes, eksempelvis igennem en mere nuanceret og dilemmafyldt vignetbeskrivelse, havde der givetvis kunne lokaliseres endnu flere holdningsmæssige tendenser i materialet. Ydermere er vignetbeskrivelsen diagnosemæssige faktorer en mangelfuld indikator, da flere terapeuter ikke har erfaring med eller arbejder med denne diagnosetype på daglig basis. Undersøgelsens resultater kan derfor fremkomme mere overordnede, end hvis undersøgelsen i stedet havde været målrettet til det enkelte fagområdes specifikationer. Derigennem vil undersøgelsen udelukkende kunne bidrage med mere overordnede holdningsmæssige implikationer og vil holde sig fra at udsige noget direkte, omkring terapeuternes handletendenser under det relationelle arbejde med patienten.

Diskussion

Dette afsnit vil indeholde en argumentation for hvilken viden, undersøgelsen har tilvejebragt og hvorledes denne viden vil udfordre og nuancere indledningsvise fordomme på feltet. Afsnittet vil således søge at afdække interaktionsprocessen mellem fordomme og de empiriske resultater (Juul & Pedersen 2012 s. 127).

Afsnittet indledes med en diskussion af resultaterne, ud fra undersøgelsens direkte og indirekte del. Diskussionen belyses først ud fra beskæftigelsesstatus og herefter jobmæssig baggrund. Afsnittet belyser herefter de mulige konsekvenserne for sundhedsvæsenet og den terapeutiske indsats, hvis terapeuternes hensyntagen til en organisatorisk dagsorden bliver den overvejende indgangsvinkel, i patientkontakten.

Afslutningsvist belyses regeringens nuværende fokus på sundhedsområdet, der kan fungere som en anledning til, at terapeuterne kan fokusere på og italesætte deres kernekompetence, som er en anerkendende klientcentreret tilgang, der i samarbejde med patienten skal definere vedkommendes genoptræningsmæssige behov og mål.

Undersøgelsens resultater har medført, at indledningsvise fordomme igennem horisontsammensmeltningen er bragt i spil og udfordret i mødet med nye horisonter, som de empiriske sammenhænge har genereret. De indledningsvise fordomme er blevet provokeret, således at forståelseshorisonten er ændret og resultaterne derfor giver en ny betydning af det udforskede, således at der opstår nye problemstillinger på undersøgelsesfeltet (Gadamer 2004 s. 269).

Fordomme på feltet baserede sig indledningsvist på, at patientens status som arbejdsløs kunne føre til kumulativ deprivation, da terapeuterne ville favorisere patienter i arbejde, således at adgangen til sundhedssystemet ville være begrænset for de arbejdsmarkedsmarginaliserede patienter.

Fordommen om at terapeuterne besidder et ønske om, at patienter hurtigst muligt skulle returnere til arbejdsmarkedet efter sygdom og hospitalsindlæggelse, har været styrende. Fordommen kan begrebsmæssigt beskrives gennem RTW, der for nogle fagpersoner bliver et nationalt og internationalt parameter for det terapeutiske rehabiliterende sigte, til dels for at reducere samfundsmæssige udgifter, til dels for efterfølgende at reducere de sociale omkostninger for den enkelte patient (Tanaka, Toyonaga & Hashimoto 2011 s. 743). Begrebet RTW kan lokaliseres i terapeuternes holdninger til patientens beskæftigelsesstatus. Således kan fordommen til dels opretholdes, men må nuanceres. Terapeuterne lader til at være parate og villige til at prioritere i

patienter og faktorer som arbejdsløshed bliver en holdningsmæssige indikator for, at nogle terapeuter holdningsmæssigt vil nedprioritere denne patientgruppe. Prioriteringstendensen lader sig ikke belyse i undersøgelsens skjulte del og lader derfor til, at antage en mere overordnet, men fortsat tilstedeværende karakter, da holdningen primært kan spores individuelt og desuden er meget differentieret. Nogle terapeuters holdninger afspejler således et ønske om, at prioritere arbejdsløse højere mens andre terapeuters holdninger afspejler et ønske om at prioritere arbejdsløse lavere. Undersøgelsens resultater kan derfor til dels afspejle en opdeling i 1. og 2. rangsborgere, hvori patienten kan være afhængig af at få den ”rigtige” terapeut og få skabt den rigtige sympati, for at opnå lige adgang til sundhedssystemets ydelser. Opdelingen foregår bl.a. ud fra patientens beskæftigelsesstatus. Patientens eventuelle marginalisering på arbejdsmarkedet kan i yderste konsekvens, føre til en kumulativ deprivation, som kommer til udtryk i et udsnit af terapeuternes mere overordnede negative holdninger til arbejdsløse. Således kan patientens manglende arbejdsmarkedstilknytning givetvis være en medvirkende faktor, som i sidste ende kan føre til eksklusion på sundhedsområdet, hvis disse terapeuters mere overordnede holdninger, operationaliseres under arbejdet med patienten.

Belyst ud fra undersøgelsens indirekte eller skjulte del, er der dog ingen indikationer af at terapeuternes handletendenser, skulle afspejle en ekskluderende holdning til arbejdsløse. Hvis den indirekte eller skjulte holdningsmåling skal antages at være den egentlige indikator for handletendensen, formår terapeuterne at holde den kumulative deprivation på et relativt niveau. Undersøgelsens indirekte del kan således ikke lokalisere sammenhænge, som skulle indikere at terapeuten skulle blive holdningsmæssigt påvirket af patientens arbejdsmarkedsmarginaliseringen, under den terapeutiske stillingtagen, vurdering og planlægning af vedkommendes genoptræning. Undersøgelsens manglende sammenhænge, kan dels skyldes det anvendte metodevalg og den meget positive vignetbeskrivelse, men den kan også skyldes at terapeuterne, som gav udtryk for mere negativ holdninger til arbejdsløse patienter i undersøgelsens direkte del, ikke lader sig påvirke eller formår at nedtone deres negative holdning under den relationelle kontakt til patienten. Hvis gruppen omvendt lader sig påvirke eller ikke formår at nedtone deres negative holdninger, kan patientens beskæftigelsesstatus alligevel komme til at spille en rolle for terapeutens direkte relation til patienten.

Anderledes forholder det sig med høj- og lavstatusjobs. Fordomme på feltet baserede sig indledningsvist på, at personer med højstatusjobs ville være i stand til at maksimere udbyttet af den

sundhedsfaglige indsats, da terapeuter selv uden en egentlig kontakt, ville være påvirket af patientens jobmæssige baggrund, som ofte er beskrevet i patientjournalen. Terapeuter ville lade sig påvirke af højtuddannede patienters tillærte måde, at artikulere og formulere deres ønsker og krav for den terapeutiske indsats på. Påvirkningen kunne af gode grunde ikke finde sted i undersøgelsen, men terapeuterne ville ud fra egne fordomme på feltet, fortsat tillægge den højtuddannede vignetperson disse egenskaber, igennem deres læsning og fortolkning af vignetten (Grünfeld & Monrad 2012 i Ejrnæs & Monrad 2012 s. 73). Resultaterne fra undersøgelsens indirekte del, viste at terapeuterne ikke lader sig påvirke af patientens jobmæssige baggrund. Men da påvirkningen i højere grad må formodes at foregå igennem en relationel interaktion mellem terapeut og patient og da undersøgelsens metodemæssige anvendelse ikke åbner muligheder for afdækning heraf, lader der fortsat til at være et åbent spørgsmål omkring terapeuternes holdningsmæssige påvirkning, af patienter med højstatusjobs.

Undersøgelsens direkte del belyste dog at terapeuterne lader til at have en opmærksomhed på, ikke at skulle forfordele eller prioritere patienter med højstatusjob højere end andre patienter. Denne opmærksomhed vil også være tilstede i praksis og vil eksempelvis kunne lokaliseres allerede ved terapeuternes journallæsning. Om denne opmærksomhed også vil være tilstrækkeligt til at denne tendens helt undgås, kan ikke for nuværende besvares her. Terapeuternes opmærksomhed på ikke at favorisere patienter med højstatusjobs, må dog betragtes som en positiv indikation for, at de er bevidste omkring Regeringens begyndende italesættelse, af den stigende ulighed i sundhedsvæsenet.

Terapeuterne bør kunne vurdere og prioritere ud fra faglige intentionelle handlemønstre, hvilket vil føre til at patienterne mødes hvor de er og ikke inkluderes eller ekskluderes ud fra en individuel holdning for eller i mod arbejdsløse eller høj- og lavstatusjob. Ansvar for villigheden til, at ville prioritere i mellem patienterne, skal i høj grad findes i de sundhedsfaglige organisationer, hvori den terapeutiske indsats udføres. Heri ligger presset for at få effektiviseret og nedbringe indlæggelsestiden mest muligt. Noget som terapeuterne, som ansatte i disse organisationer skal bidrage til. Denne New Public Management filosofi, er ikke et nyt element, men er gradvist indfaset siden 90'erne, med inspiration fra det private erhvervsliv (Vallgård & Krasnik 2010 s. 121). Filosofien bevirker, at terapeuterne tilsyneladende både prioriterer og behandler ud fra en terapeutisk horisont, men også ud fra en hensyntagen til det omkringliggende samfunds økonomiske fundament. Herigennem kan terapeuternes prioriteringstendens givetvis opstå.

Regeringens forskellige tiltag omkring bekæmpelse af uligheden i sundhedsvæsenet, ser ud til at have en berettigelse. Ikke kun for terapeuterne, men for hele det sundhedsfaglige personale, da en prioritering mellem patienterne ikke bør foretages, før det politisk italesættes igennem lovgivningen og de efterfølgende rammebeskrivelser, i de pågældende organisationer.

Debatten tyder på at Regeringen rent faktisk ønsker at italesætte problemet, illustreret ved deres sundhedsudspil *"Mere borger mindre patient"* fra Maj 2013, som blev fulgt op af udnævnelsen af såkaldte lighedsambassadører (Ministeriet For Sundhed Og Forebyggelse 2013). Her opfordrer sundhedsminister Astrid Krag i et personligt brev udvalgte personer til at blive lighedsambassadører. I brevet står bl.a. at en lighedsambassadør har til opgave at *"Bidrage til, at alle i Danmark får mulighed for at leve et sundt og langt liv, uanset hvilken indkomst eller uddannelse de har"* og *"Sætte ulighed i sundhed på dagsordenen der, hvor jeg er"* (Ministeriet For Sundhed Og Forebyggelse 2013). Flere indflydelsesrige personer har taget i mod tilbuddet, som indebærer at personen skal udforme 3 initiativer til, hvordan vedkommende eller vedkommendes organisation vil bidrage til større lighed i sundhed i løbet af de kommende år (Ministeriet For Sundhed Og Forebyggelse 2013). Noget tyder derfor på, at Regeringen ikke har tænkt sig at imødekomme prioriteringstendensen, men snarere ønsker det modsatte. Derigennem bør organisationerne hvori terapeuterne er ansat, muliggøre og medvirke til at terapeuterne fortsat kan og skal arbejde ud fra en anerkendende klientcentreret tilgang, som indikere eller muliggør en lydhørhed og åbenhed overfor patientens opfattelser og syn på egen situation (Dekkers & Hartvig i Borg, Runge & Tjørnov 2003 s. 594). Det lader til at de organisatoriske rammer vanskeliggør en sådan tilgang, da organisationerne tilsyneladende ikke leverer de nødvendige ressourcer og rammer hertil. Terapeuterne har naturligvis også et ansvar og bør fastholde fagprofessionelle indgangsvinkler, som muliggør en klientcentreret tilgang til patienten og en mindre hensyntagen til organisatoriske og samfundsmæssige rammer for indsatsen.

Konklusion

I dette afsnit konkluderes på undersøgelsens resultater, herunder hvilke svar undersøgelsen har tilvejebragt til besvarelsen af problemformuleringen.

I undersøgelsens indirekte eller skjulte del, som har belyst terapeuternes holdninger til den fiktive vignetpersons rehabiliteringsforløb under hospitalsindlæggelsen, samt deres overvejelser omkring det videre forløb efter udskrivelse, lader terapeuterne til at tage udgangspunkt i de beskrevne sygdoms- og genoptræningsmæssige skildringer. Tilsyneladende havde undersøgelsens varierede input omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund ikke påvirket terapeuternes holdninger. Terapeuterne lod i stedet til at skabe deres holdning til vignetpersonen ud fra dennes sygdoms- og genoptræningsmæssige indikatorer og vurderede tilsyneladende herefter.

Resultaterne indikere at terapeuternes handletendenser afspejler en fokusering på patienternes genoptræningsmæssige behov og ikke på baggrundsfaktorer. Terapeuternes handletendenser afspejler tilsyneladende en inkluderende tilgang til patienterne, hvori der tages udgangspunkt i patientens genoptræningsmæssige implikationer i det terapeutiske sigte. Terapeuterne formår tilsyneladende at distancere sig fra egne holdninger til patientens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund, da disse faktorer ikke lader sig påvise.

I undersøgelsens direkte del, hvori terapeuterne skal forholde sig til mere direkte adresserede spørgsmål, tyder resultaterne på at terapeuterne besidder en villighed til at prioritere mellem patienterne. Prioriteringstendens foretages tilsyneladende ud fra individuelle personlige holdninger, som kan være enten positive eller negative. Holdningerne kan ændre sig, alt efter patientens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund.

De differentierede holdninger afspejles igennem terapeuternes enighed i, at ville prioritere i patienterne ud fra deres beskæftigelsesstatus. En gruppe terapeuter lader til at være enige i at prioritere patienter i arbejde højere end andre patienter og anlægger således en overordnet workfare linje i sigtet for den terapeutiske intervention. Omvendt lader andre terapeuter til at være enige i, at prioritere arbejdsløse patienter, med snarlig overgang til kontanthjælp over andre. Resultatet kan givetvis opfattes som et udtryk for, at terapeuterne vurderer den arbejdsløse patientgruppe som havende færre ressourcer og derigennem et større behov for en terapeutisk indsats.

Behandlingssigtet for disse terapeuter, tager tilsyneladende udgangspunkt i en opmærksomhed omkring patientens tilsyneladende dårligere situation.

Prioriteringstendensen kan ligeledes lokaliseres i forhold til patientens jobmæssige baggrund.

Terapeuterne lader til at være opmærksomme på ikke at forfordele eller favorisere patienter besiddende et højstatusjob, da en sådan status tilsyneladende indikere flere ressourcer. Omvendt lader en tilknytning til en lavstatusjob gruppe og en mere neutral jobmæssig baggrund, ikke til at skabe samme implikationer, da terapeuterne tilsyneladende er villige til at prioritere denne gruppe højere end andre patienter.

Sammenhængene indikerer at terapeuterne er villige til at prioritere i patienterne og at patientens tilknytningen til en højstatusjob gruppe medfører en opmærksomhed, som indikere at terapeuterne ikke ønsker at forfordele denne patientgruppe yderligere. Omvendt skaber tilknytningen til en lavstatusjob gruppe, ikke samme opmærksomhed.

Undersøgelsens resultater indikere at terapeuternes holdning til patientens beskæftigelsesstatus kan være afhængig af patientens jobmæssige baggrund. Resultaterne belyser at tilknytningen til en lavstatusjob gruppe, ikke skaber samme opmærksomhed omkring patientens manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, som tilknytningen til en højstatusjob gruppe tydeligvis gør. Tilknytningen til en højstatusjob gruppe skaber således ikke samme sympati omkring vignetpersonens snarlige overgang til kontanthjælp, som tilknytningen til en lavstatusjob gruppe tilsyneladende gør.

Arbejdsmarkedsmarginalisering lader således til at være en stærkere negativ holdningsfaktor hos terapeuterne, hvis patienten samtidig har en markant jobmæssig baggrund.

Prioriteringstendensen blandt terapeuterne indikere, udover at være parate til at prioritere i patienterne ud fra beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund, ydermere en villighed hos nogle terapeuter til at prioritere blandt patienterne, ud fra deres lave alder og store motivation.

Prioriteringen ud fra patientens store motivation kan betragtes som en naturlig indikator for den terapeutiske tilgang, som mange gange baseres på netop at fange patientens motivation i en genoptræningsmæssig sammenhæng. Prioriteringstendens ud fra patientens lave alder, kan betegnes som et forsøg på at efterleve organisatoriske og samfundsmæssige krav, omkring effektivisering i behandlingen ud fra et rationale om hvem det kan "betale sig" at genoptræne. Terapeuterne kan holdningsmæssigt føle sig tvunget ud i disse valg og vælger derfor at prioritere i patienterne som løsning herpå.

Undersøgelsen kan ikke belyse om prioriteringstendensen konkret kan belyses i praksis, men flere terapeuters skriftlige kommentarer til undersøgelsen, indikere at tendensen af mange betragtes som

et vilkår. Hvis vilkårene er som beskrevet, kan terapeuterne være medvirkende til en ekskluderende tilgang, hvori nogle patienter prioriteres forskelligt ud fra baggrundsmæssige faktorer, som ofte er irrelevante for patientens rehabiliteringsproces.

Perspektivering

I dette afsnit reflekteres over, hvorledes holdningen kan afdækkes yderligere i sundhedssystemet, samt hvordan undersøgelsens resultater kan danne ramme for fagligudvikling, med fokus på holdningsbearbejdning som et led i præsentationen af resultaterne.

Undersøgelsen kunne udvides til andre faggrupper, herunder læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, for at lokalisere om belysningen af terapeuternes holdninger også kunne være gældende tværfagligt i sundhedssystemet.

En sådan holdningsmåling kunne indikere, om beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund, som på et overordnet plan burde være irelevante faktorer for indsatsen, er styrende for den tværfaglige sundhedssektorielle holdning og derigennem vil skabe bedre muligheder for at patienter, som besidder den ”korrekte” beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund. Det vurderes dog ikke muligt helt at sætte sig ud over patientens baggrundsfaktorer, da relationelt arbejde med mennesker altid involverer komplekse problemstillinger, som sjældent lader sig afgøre af enkelte tiltag.

En anerkendende klientcentreret behandlingstilgang må i dag betragtes som en udfordring, da den offentlige sektors nuværende fokus, herunder sundhedsområdet, er på produktions og effektivitetsmålinger. Det er dog vanskeligt udelukkende at opgøre den offentlige sektor ud fra disse parametre. Dette skyldes at den offentlige sektor, skal fokusere på ligebehandling af patienterne, som vanskeliggør prioriteringer af knappe ressourcer (Produktivitetskommissionen 2013 s. 13). Problemet bliver at opgørelsen af sundhedsudgifterne, foretages ud fra et output mål, der opgøres ud fra antallet af behandlede patienter i en given diagnosegruppe, herunder hører også terapeuternes rådgivning omkring genoptræning (ibid:20). Når fokuseringen primært rettes mod færdigbehandling af patienter, vil det føre til accelererede patientforløb, som vil påvirke terapeuterne til at skulle afslutte patienterne inden de, i samarbejde med den pågældende patient, overhovedet formår at identificere hvilken genoptræning, der kunne være den optimale.

Herigennem skabes en ubalance hvori terapeuterne på den ene side skal fokusere på produktivitets og effektivitetsmål og på den anden side skal fastholde en faglig kvalitet i behandlingssigtet. Denne ubalance betyder, at det vil være stadigt sværere at udføre sundhedsfaglige opgaver fremover og der derfor vil være behov for stadigt skarpere og hurtigere faglige vurderinger. Det er denne vanskelige balancegang og udfordring terapeuterne i sundhedssektoren må erkende og forholde sig til.

Derigennem bliver undersøgelsens sigte relevant, da resultaterne forhåbentligt vil være medvirkende til, at skabe en opmærksomhed omkring, hvilke faktorer hos patienterne der terapeuternes holdning. Herigennem kan terapeuterne blive bevidste herom og medtage denne bevidsthed i deres behandlingssigte. En større bevidsthed kan forhåbentligt være medvirkende til, at terapeuterne i mindre grad påvirkes af en hensyntagen til overordnede krav, fokuseringer og organisatorisk hensyntagen og i højere grad af faglige refleksioner, som er forankret i de terapeutisk fag.

Litteraturliste

Agresti, Alan & Finlay, Barbara (2009): Statistical Methods for the Social Sciences, 4. udgave. Pearson

Andersen, Jørgen Goul, Jan Bendix Jensen & Christian Albrekt Larsen (2003)
Marginalisering og velfærds politik - Arbejdsløshed, jobchancer og trivsel. Frydenlund

Anker, Mads (2011) *Fredericiamodellen.* Danske kommuner I NO. 22

Borg, Tove, Runge, Ulla & Tjørnov, Jytte (2003) *Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet.* Munksgaard Danmark

Ejrnæs, Morten & Monrad, Merete (2012). *Vignetmetoden - Sociologisk metode og redskab til faglig udvikling.* Akademisk Forlag

Ejrnæs, Morten (2004) *Faglighed og tværfaglighed. Vilkaarene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere.* København: Akademisk forlag

Finch, Janet (1987) The vignette technique in survey research. *Sociology*, 21(1), s.105-114

Fuglsang, Lars & Olsen, Poul Bitsch (2009) *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne – På tværs af fagkulturer og paradigmer.* Roskilde Universitetsforlag

Fortmeier, Susanne & Thanning, Gitte 2003 *Set med patientens øjne - ergoterapi og rehabilitering som patientens egen virksomhed.* FADL's Forlag

Gadamer, Hans-Georg (2004) *Sandhed og metode,* Systime

Hansen, Niels-Henrik M., Marckmann, Bella & Nørregård-Nielsen, Esther (2008)
Spørgeskemaer i virkeligheden: Målgrupper, design og svarkategorier. Forlaget Samfundslitteratur

Harboe, Thomas (2010) *Metode og projektskrivning - En introduction*. Samfundslitteratur

Høgsbro, Kjeld (2012) *International journal and Self Help & Self Care*, Vol. 6, Number 1 - 2012
“*Social Policy and Self-Help in Denmark - A Foucauldian Perspective*”

Jergeby, Ulla (1999) *Att bedöma en social situation. Tillämpning av vinjettmotoden*. Stockholm:
Institutet för utveckling av metoder i social arbete. Socialstyrelsen

Johansen, Lars Evald, Majbritt Mostrup Pedersen & Ole Laursen (2004) *Hjerneskadecentrets
follow-up undersøgelse*. Hjerneskadecentret i Århus

Juul, Søren & Pedersen, Bransholm Kirsten (2012) *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori –
en indføring*. Hans Reitzels forlag

Kjærsgaard, Annette & Leanne Langhorn (2007) *Dysfagi - et overset problem i
neurorehabiliteringen*. Ugeskrift For Læger 169/3

Krarup, Lars-Henrik mfl. (2008) *Prestroke physical activity is associated with severity and long-
term outcome from first-ever stroke*. Neurology [0028-3878] år: 2008 vol.:71 iss:17 s.:1313

Kristiansen, Søren & Krogstrup, Hanne Kathrine (1999) *Deltagende observation – introduktion
til en forskningsmetodik*. Hans Reitzels Forlag

Kristensen, Hanne Kaae & Nielsen, Grethe Egmont (2006) “*Ergoterapi og Hjerneskade -
aktiviteter i kognitiv rehabilitering*” FADLS’s Forlag

Krosnick, Jon A. & Stanley Presser. (2010) *Question and questionnaire design*. In *Handbook of
survey research*, eds. Peter V. Marsden, James D. Wright, 263-313. Bingley: Emerald.

Larsen, Christian Albrekt & Jørgen Goul Andersen (2009). *Strukturledighed - et barn af
økonomiske ideer?* I Økonomi & Politik vol. 82 nr.1

Larsen, Flemming (2009) *Kommunal beskæftigelsespolitik – Kommunale jobcentre mellem statslig styring og kommunal autonomi*. Frydenlund Academic

Leung, K.L & Man, David W.K (2005) *Prediction of vocational outcome of people with brain injury after rehabilitation: A discriminant analyses*. Work 25 (2005) 333-340. IOS Press

Lund, Hans, Bjørnlund, Inger Birthe & Sjöberg, Niels Erik (2010) *Basisbog i fysioterapi*. Munksgaard Danmark

MacEachen, Ellen, Clarke, Judy, Franche, Renee-Louise Franche & Irvin, Emma (2006) *Systematic review of the qualitative literature on return to work after injury*. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health Vol. 32, No.4 pp. 257-269.

Marshall, T. H (1965) *The right to welfare*. The Sociological Review
Volume 13, Issue 3, pages 261–272

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013) *Vejledning om træning*. www.sum.dk

Ministeriet For Sundhed og Forebyggelse (2013) *Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen*. www.sum.dk

Ministeriet For Sundhed og Forebyggelse (2013) Sekretariatet for Lighedsambassadørene
*Lighedsambassadørene – et sundere liv for alle, interview med Lene Witte direktør i
Gigtforeningen*. <http://lighedsambassador.dk/Lighedsambassadoer.aspx>

Ministeriet For Sundhed og Forebyggelse (2006) *Sundhedsloven: BEK nr. 1266 Lov af 5.
december 2006*. København

Møller, Iver Hornemann (1996) *Marginalisering på arbejdsmarkedet*. Socialvetenskapelig
tidskrift, nr. 1 – 2

Olsen, Henning 2008 *Holder holdninger? Holdningsbegreber og holdningsmålinger*. Akademisk Forlag

Olsen, Henning (2006). *Guide til gode spørgeskemaer*. København: Socialforskningsinstituttet

Olsen, Poul Bitsch & Pedersen, Kaare (1997) *Problemorienteret projektarbejde - en værktøjsbog* Roskilde Universitetsforlag.

Pedersen, Ove K (2011) *Konkurrencestaten*. Hans Reitzels forlag

Presser, S., Rothgeb, Couper., J.M., Lessler, J.T., Martin, E., Martin, J. & Singer, E. (EDS) (2004) *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. New York. Wiley

Produktivitetskommissionen 2013 *Måling af produktivitet i den offentlige sektor*, Baggrundsrapport april 2013. København. Produktivitetskommissionen

Skytte, Marianne (2002) ”Anbringelse af etniske minoritetsbørn – om socialarbejderes vurderinger og handlinger” Lund: Socialhögskolan. Lund Universitet kapitel 9

Soydan, Haluk (1996) *Using the vignette method in cross-cultural comparisons*. In L. Hantrais, & S. Mangen (Eds), *Cross-national research methods in the social sciences* (s. 120-128) London & New York: Pinter ISBN 1 85567 345 2

Tanaka, Hirotaka, Toyonaga, Toshihiro & Hashimoto, Hideki (2011) *Functional and Occupational Characteristics Associated With Very Early Return to Work After Stroke in Japan*. Arch Phys Med Rehabil 2011; 92:743-8

Vallgård, Signild & Krasnik, Allan (2010) *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik 2*. Udgave, 1. oplag. Munksgaard Danmark

Willis, Gordon & Judith Lessler (1999) *Question Appraisal System QAS-99*. Rockville, MD: Research Triangle Institute.

Links

Center For Hjerneskade (03.04.2013) www.cfh.ku.dk

Danske Regioner (03.04.2013) www.regioner.dk

<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Temaer/Fakta+om+regionernes+effektivitet+og+økonomi/Kopi+af+Fakta+om+sundhedsvæsenet.aspx>

Danmarks Statistik (2013) www.statistikbanken.dk

Hjerneskadecentret (03.04.2013) www.hjerneskadecentret.dk

Kommunerne og Regionernes Løndata Kontor (06.06.2013) www.krl.dk

Nordfyns Kommune (26.04.2013) <http://www.nordfynskommune.dk/Borger/Sundhed-og-sygdom/Traening/Genoptraening>

VIA University College (26.03.2013) www.viauc.dk

Bilag

Bilagsoversigt

Bilagsnummer	Bilagsemne
Bilag 1	Tabel over regionalt ansatte terapeuter.
Bilag 2	Respondenternes begrundelser for ikke at ville deltage i undersøgelsen.
Bilag 3	Spørgeskemaet.
Bilag 4	Tabel over de hyppigste dødsårsager i Danmark.
Bilag 5	Informationsmail omkring undersøgelsen.
Bilag 6	Dataflytning fra SurveyXact til SPSS
Bilag 7	Belysning af statistiske beregninger mellem genoptræningspotentiale og beskæftigelsesstatus.
Bilag 8	Statistisk belysning af beskæftigelsesstatus og spørgsmål 9 til 13.
Bilag 9	Statistisk belysning af beregninger mellem genoptræningspotentiale og jobmæssig baggrund.
Bilag 10	Statistisk belysning af de manglende sammenhænge mellem jobmæssig baggrund og spørgsmål 9 og spørgsmål 11 til 13.
Bilag 11	Statistisk belysning af de manglende sammenhænge mellem kombinationen beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund.
Bilag 12	Tabel over respondenternes indbyrdes korrelerede sociologiske faktorer.
Bilag 13	Statistisk belysning af sammenhængene mellem respondenternes køn og deres holdninger.
Bilag 14	Statistisk belysning af sammenhængene mellem respondenternes alder og anciennitet og deres holdninger.
Bilag 15	Statistisk belysning af forskellene mellem fysio- og ergoterapeuter.
Bilag 16	Statistisk belysning af de manglende forskelle mellem respondenternes regionale arbejdsmæssige tilknytning og deres holdninger.

Bilag

Bilag 1.

Bilaget indeholder en tabel over alle regionalt ansatte terapeuter opgjort i februar 2013 (www.Krl.dk). Se nedenfor;

Overenskomstområde	Stilling	Fuldtid	Gennemsnitsalder	Fuldt. under 20	Fuldt. 20-29	Fuldt. 30-39	Fuldt. 40-49	Fuldt. 50-59	Fuldt. 60-69
I alt	I alt	3.030,50	41	0	445	1119	692	595	178
Ledere på Sundhedskartellets område	I alt	221,6	50	0	0	31	67	96	28
Ledere på Sundhedskartellets område	Ledende ergoterapeuter	90,4	49	0	0	18	30	34	9
Ledere på Sundhedskartellets område	Ledende fysioterapeuter	131,1	51	0	0	13	38	62	19
Syge- og sundhedspersonale, ikke ledende	I alt	2808,9	40	0	445	1089	625	500	150
Syge- og sundhedspersonale, ikke ledende	Ergoterapeuter	914,0	39	0	159	391	187	129	48
Syge- og sundhedspersonale, ikke ledende	Ergoterapeuter med udvidet arb.opg.	169,1	42	0	12	70	49	34	5
Syge- og sundhedspersonale, ikke ledende	Fysioterapeuter	1.609,4	40	0	269	588	359	299	94
Syge- og sundhedspersonale, ikke ledende	Fysioterapeuter med udvidet arb.opg.	116,2	44	0	5	40	30	37	4

Bilag 2.

Bilaget indeholder terapeuternes grunde til ikke at ville deltage i undersøgelsen. Se begrundelser nedenfor;

Respondenternes begrundelser for ikke at ville deltage i undersøgelsen, var primært en tilknytning til divergerende terapeutiske arbejdsområder, der derfor gjorde dem ude af stand til at svare på en vignet omhandlende en apopleksidiagnose. Omfanget af disse kommentarer må anses for naturligt, da det vurderes umuligt at udarbejde en diagnosebeskrivelse i en vignet, som passer på alle terapeuter i Danmark.

Nedenfor opstilles et udsnit af kommentarerne:

d. 22/4-2013

“Jeg har lige set på dit spørgeskema og vil gøre opmærksom på at jeg er børneergoterapeut! Derfor har jeg ikke udfyldt det. (Jeg er ikke helt klar over hvor du fik min e-mail adresse fra.) Så du må finde en terapeut som har med den type patienter at gøre, for at få svar på dit spørgeskema”.

Mvh.

Ergoterapeut XX

d. 9/5-2013

“Mit område er indenfor gynækologisk obstetrisk fysioterapi - derfor er jeg ikke den rette til at besvare dit skema”.

Med venlig hilsen

Fysioterapeut XX

d. 10/5-2013

“Hej Esben

Jeg har ikke besvaret din mail fordi jeg ikke beskæftiger mig med genoptræning i mit arbejde i ganglaboratoriet på OUH. Held og lykke med undersøgelsen”.

Med venlig hilsen

Fysioterapeut XX

d. 13/5-2013

Hej Esben!

“Jeg har ikke svaret på dit spørgeskema, da jeg har forsvindende lidt erfaring og viden om neurologiske patienter og dermed ikke rigtigt har forudsætninger for at svare relevant på dine spørgsmål!”.

Venlig hilsen

XX

Fysioterapeut

Bilag 3

Bilaget indeholder spørgeskemaet, som respondenterne blev præsenteret for i undersøgelsen. Spørgeskemaet er illustreret nedenfor;

Først besvares 7 baggrundsspørgsmål omhandlende køn, fødselsår, din bopælskommune, uddannelsesmæssig baggrund, erfaring som fysio- eller ergoterapeut, i hvilken region din arbejdsplads eller seneste arbejdsplads geografisk er placeret samt indenfor hvilket område du primært er beskæftiget.

Herefter følger en fiktiv case om Henning. Casen er i 3 korte stadier og efter hvert stadie bedes du forholde dig til nogle spørgsmål.

**Jeg takker igen, for at du vil bruge din tid på, at deltage i undersøgelsen.
God fornøjelse**

1. Køn

-
- (1) ☐ **Mand**
- (2) ☐ **Kvinde**

2. Fødselsår

3. I hvilken kommune har du bopæl?

4. Uddannelsesmæssige baggrund

- (1) ☐ Fysioterapeut
- (2) ☐ Ergoterapeut
- (3) ☐ Fysioterapeutstuderende
- (4) ☐ Ergoterapeutstuderende
- (5) ☐ Andet

5. Hvor mange års erfaring har du som enten fysio- eller ergoterapeut?

- (1) ☐ Ikke afsluttet min uddannelse endnu
- (2) ☐ Mindre end 3 år
- (3) ☐ 3-5 år
- (4) ☐ 6-10 år
- (5) ☐ Mere end 10 år

6. I hvilken region er din arbejdsplads, seneste arbejdsplads eller seneste praktiksted placeret?

- (1) ☐ Region Hovedstaden
- (2) ☐ Region Sjælland
- (3) ☐ Region Syddanmark
- (4) ☐ Region Midtjylland
- (5) ☐ Region Nordjylland

7. Indenfor hvilket område er du primært beskæftiget?

(for studerende angives primære beskæftigelsesområde i praktikperioden)

- (1) ☐ Somatik
- (2) ☐ Psykiatri

Jeg vil nu bede dig forholde dig til en fiktiv case om Henning. Casen efterfølges af 3 spørgsmål.

Henning er 51 år og arbejder som jurist i den lokale kommune. Han er fysisk aktiv og bor med sin kone i et lille et plans rækkehus. En dag da Henning er til badminton, bliver han utilpas og får et ildebefindende. Henning bliver kørt på hospitalet og det viser sig, at han har fået en blodprop i hjernen.

Henning bliver indlagt på en neurologisk afdeling, som varetager behandling og genoptræning af de indlagte patienter. Henning har lidt problemer med at strukturere og planlægge sin hverdag. Han har balanceproblemer på grund af vanskeligheder med at støtte på og styre sit venstre ben. Derfor sidder han i øjeblikket i kørestol, når han skal alene omkring på afdelingen. Henning har desuden svært ved at spise, da han motorisk ikke kan styre gaflen i sin venstre hånd på en for ham tilfredsstillende måde. Henning er meget motiveret for at træne og derigennem blive i stand til at udføre sine daglige aktiviteter igen.

8. På baggrund af historien, hvor godt eller dårligt vurderer du Hennings genoptræningspotentiale?

- (1) ☐ Meget godt
- (2) ☐ Godt
- (3) ☐ Hverken godt eller dårligt
- (4) ☐ Dårligt
- (6) ☐ Meget dårligt
- (5) ☐ Ved ikke

9. Hvordan mener du, at et samlet fysio- og ergoterapeutisk genoptræningstilbud, under Hennings indlæggelse, ideelt set burde være?

- (1) ☐ Henning modtager træning dagligt, eller flere gange dagligt
- (2) ☐ Henning modtager træning 4-6 gange ugentligt
- (3) ☐ Henning modtager træning 2-3 gange ugentligt
- (4) ☐ Henning modtager træning 1 gang ugentligt
- (7) ☐ Henning modtager mindre end 1 gang ugentlig træning
- (5) ☐ Henning modtager intet tilbud om træning
- (6) ☐ Ved ikke

10. Med udgangspunkt i beskrivelsen af Hennings situation, hvor enig er du i følgende?

"Henning kan, med en god træningsindsats, komme tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau".

- (1) ☐ Helt enig
- (2) ☐ Delvist enig
- (3) ☐ Hverken enig eller uenig
- (4) ☐ Delvist uenig
- (5) ☐ Helt uenig
- (6) ☐ Ved ikke

Jeg vil nu bede dig om, at forholde dig til en hypotetisk situation, hvor du skal tage stilling til hvorledes terapeuten, på den afdeling hvor Henning er indlagt, bør handle. Situationen omhandler planlægning og udførelse af Hennings daglige træning.

Efter den trænende terapeut en morgen, sammen med sine kollegaer, har koordineret dagens terapeutiske opgaver og orienteret sig omkring nyindlagte patienter, kommer hun op på afdelingen og går hen for at træne med Henning. Henning er lettere forvirret og plejepersonalet fortæller, at de har været forbi om morgenen for at bede ham om at gøre sig klar, men at han har glemt det og til sidst har de været nød til at hjælpe ham, med at komme i tøjet.

Selvom Henning er lidt forvirret, vil han gerne med terapeuten hen og træne.

Træningen forløber fint og Henning viser store fremskridt, i forhold til sidste træning. Terapeuten kan mærke at Henning bliver mere motiveret, da han selv kan se at det går fremad. Til sidst i træningen fanger Henning en vigtig øvelse, som han gerne vil fortsætte med, men terapeuten skal til og afslutte træningen, for at kunne nå videre og træne med den næste patient. Henning er desværre ikke i stand til, at fortsætte træningen selvstændigt på nuværende tidspunkt.

Den næste patient er en mand på cirka samme alder som Henning, der har været indlagt cirka 2 uger på afdelingen med en apopleksi.

11. Bør terapeuten vælge kort, at træne videre med Henning, da hun vurderer at Henning profiterer af træningen eller bør hun komme videre til den næste patient?

- (1) ☐ Ja, terapeuten bør kort vælge, at træne videre med Henning (gå til 11A)
- (2) ☐ Nej, terapeuten bør komme videre til den næste patient (gå til 11B)
- (3) ☐ Ved ikke (gå til næste side)

11.A. Hvis du svarede ja til, at terapeuten kort bør træne videre med Henning, angiv venligst en årsag hertil?

11.B. Hvis du svarede nej, til at terapeuten bør træne videre med Henning og komme videre til den næste patient, angiv venligst en årsag hertil?

Efter cirka halvanden måneds indlæggelse, hvor Henning nu er blevet i stand til selvstændigt, at gå sikkert med rollator og er blevet bedre til og styre gaflen i sin venstre hånd under måltider, skal han udskrives fra hospitalet. Jeg vil nu bede dig om, at forholde dig til, om du tror Henning får udarbejdet en genoptræningsplan og hvordan en sådan kommer til at se ud.

Først vil jeg bede dig tage stilling til, hvad din opfattelse af det ideelle forløb vil være for Henning. Herefter tage stilling til, hvorledes du tror et tilbud til Henning i virkeligheden kommer til og se ud, ud fra din egne forestillinger omkring lignende forløb.

12. Hvis du skulle beskrive et ideelt tilbud til Henning efter hans udskrivelse, hvorledes kunne et sådant tilbud se ud?

- (1) ☐ Henning kommer på døgngenoptræningsophold eller lignende, med træning dagligt, eller flere gange dagligt
- (2) ☐ Henning modtager træning 4-6 gange ugentlig fra/i hjemmet
- (3) ☐ Henning modtager træning 2-3 gange ugentlig fra/i hjemmet
- (4) ☐ Henning modtager træning 1 gang ugentlig fra/i hjemmet
- (7) ☐ Henning vil modtage træning mindre end 1 gang ugentligt fra/i hjemmet
- (5) ☐ Henning ville ikke få udarbejdet en genoptræningsplan
- (6) ☐ Ved ikke

13. Hvor intensivt tror du genoptræningstilbuddet til Henning i virkeligheden ville være?

- (1) ☐ Henning ville i virkeligheden komme på døgngenoptræningsophold eller lignende, med træning dagligt eller flere gange dagligt
- (2) ☐ Henning ville i virkeligheden modtage træning 4-6 gange ugentlig fra/i hjemmet
- (3) ☐ Henning ville i virkeligheden modtage træning 2-3 gange ugentlig fra/i hjemmet
- (4) ☐ Henning ville i virkeligheden modtage træning 1 gang ugentlig eller færre fra/i hjemmet
- (7) ☐ Henning ville i virkeligheden modtage træning mindre end 1 gang ugentligt fra/i hjemmet
- (5) ☐ Henning ville i virkeligheden ikke få udarbejdet en genoptræningsplan
- (6) ☐ Ved ikke

14. Hvor enig er du i følgende udsagn?

	Helt enig	Delvist enig	Hverken enig eller uenig	Delvist uenig	Helt uenig	Ved ikke
<i>”Det er oplagt, at prioritere Henning højere end andre patienter i en lignende situation pga. hans store motivation”.</i>	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
<i>”Det er oplagt, at prioritere Henning højere end andre patienter i en lignende situation pga. hans jobmæssige situation”.</i>	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
<i>”Det er oplagt, at prioritere Henning højere end andre patienter i en lignende situation pga. hans lave alder”.</i>	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

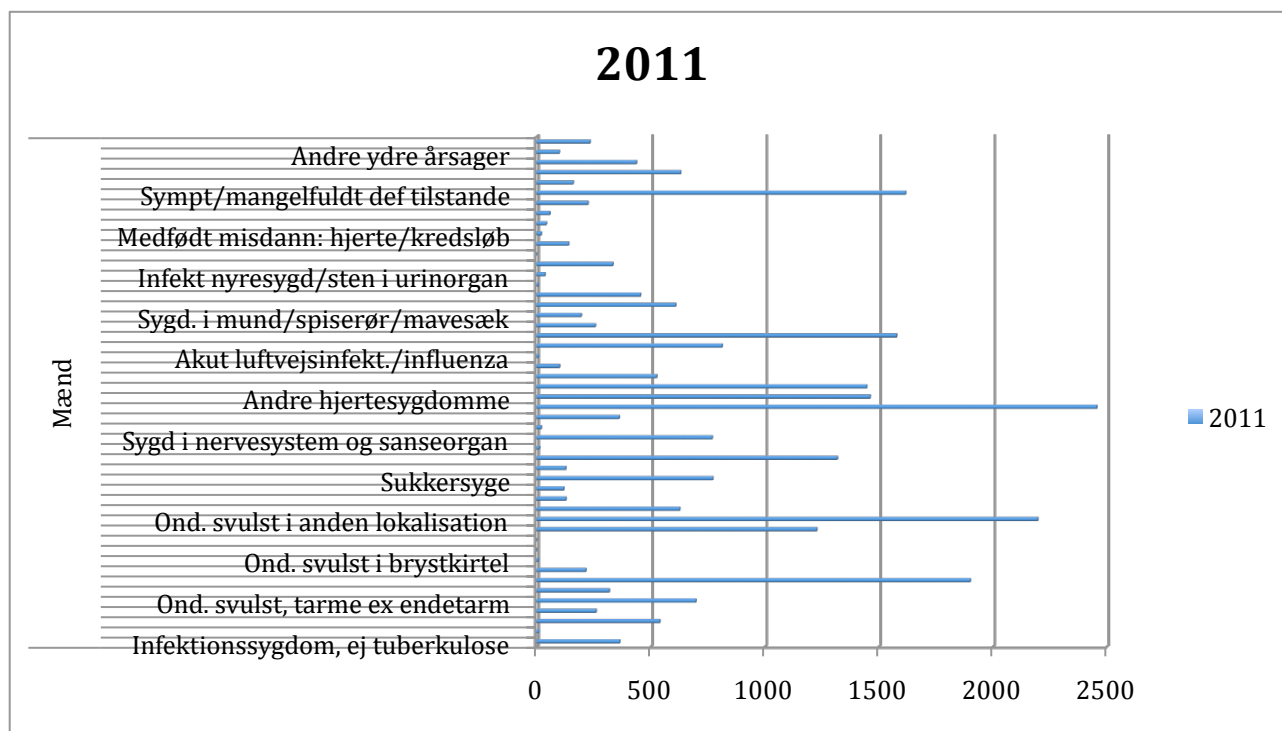
15. Her har du mulighed for, at fortælle hvad du lagde vægt på i din vurdering af Hennings genoptræning.

16. Har du afslutningsvis nogle uddybende kommentarer til undersøgelsen, casen om Henning eller spørgsmålene?

Jeg takker mange gange for din deltagelse i undersøgelsen.

Bilag 4

I dette bilag belyses nedenfor en tabel over befolkningens hyppigste dødsårsager i Danmark (www.statistikbanken.dk 2013).



* Figuren viser de hyppigste dødsårsager i Danmark og stammer fra Danmarks Statistik.

Bilag 5

Dette bilag indeholder e-mailen som lederne blev præsenteret for og som de skulle videresende til deres ansatte terapeuter. E-mailen indsættes nedenfor;

Holdningsundersøgelse omkring genoptræning

Jeg henvender mig til jer med henblik på deltagelse i en holdningsundersøgelse omkring genoptræning.

Jeg er uddannet ergoterapeut fra København i 2008. Jeg er nu ved at skrive speciale på Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde ved Aalborg Universitet. Mit speciale drejer sig om fysio- og ergoterapeuters holdninger til genoptræning.

Formålet er at generere ny viden, skabe faglig udvikling og debat omkring hvorfor terapeuter prioriterer og agerer som de gør i dagligdagen på de enkelte hospitalsafdelinger.

Undersøgelsen foregår naturligvis anonymt.

Jeg vil bede dig om at afsætte 5-10 minutter på at forholde dig til casen i min undersøgelse, samt besvare de dertilhørende spørgsmål. Din deltagelse er utrolig vigtig for undersøgelsens kvalitet og jeg takker mange gange for din tid.

Er der eventuelle spørgsmål til spørgeskemaet eller til mit speciale kan jeg kontaktes på emadse11@student.aau.dk eller på telefon 26150282

Bilag 6

Dette bilag indeholder en argumentation for flytningen af data fra spørgeskemaprogrammet SurveyXact til statistikprogrammet SPSS. Flytningen af data har haft antalsmæssige konsekvenser for undersøgelsen. Disse er illustreret i bilag 6's tabel.

For at bearbejde den indkomne data mere minutiøst, har det været nødvendigt at flytte data fra spørgeskemaundersøgelserprogrammet SurveyXact til SPSS statistikprogram. Flytningen af data forårsagede ændringer i antallet af respondenter. Dette skyldes, at respondenter, som eksempelvis ikke har trykket gennemført ved afslutningen af spørgeskemaet, selvom de har svaret på alle spørgsmålene er blevet kodet som en missing værdi og fremgår derfor ikke i de efterfølgende tabeller og beregninger fra SPSS. Det forholdsvis store frafald skyldes, at undersøgelsesversion 3 hvori vignettepersonen er beskrevet som jurist, ikke registrerede hvis respondenter afgav to svar i samme spørgeskemakategori og heller ikke registrerede alle respondenter når de afsluttede spørgeskemaet elektronisk. Alt i alt drejede det sig om 35 respondenter. Frafaldet af respondenter under dataflytningen kan betragtes på næste side.

Tabel (Frafald af respondenter efter flytning af data til SPSS)

	Mænd	Kvinder	Samlet antal respondenter før flytning til SPSS
Fysioterapeuter	51 (68,0%)	309(60,1%)	360(61,1%)
Ergoterapeuter	9(12,0%)	175(34,0%)	184(31,2%)
Fysioterapeutstuderende	15(20,0%)	22(4,3%)	37(6,3%)
Ergoterapeutstuderende	0(0,0%)	8(1,6%)	8(6,3%)
I alt	75(100,0%)	514(100,0%)	589(100,0%)
	Frafald Mænd	Frafald Kvinder	Samlet frafald
Fysioterapeuter	4(66,6%)	30(55,5%)	34(56,7%)
Ergoterapeuter	1(16,7%)	17(31,5%)	18(30,0%)
Fysioterapeutstuderende	1(16,7%)	5(9,3%)	6(10,0%)
Ergoterapeutstuderende	0(0,0%)	2(3,7%)	2(3,3%)
I alt	6(100,0%)	54(100,0%)	60(100,0%)
	Mænd	Kvinder	Samlet antal respondenter efter flytning til SPSS
Fysioterapeuter	47(68,1%)	279(60,7%)	326(61,6%)
Ergoterapeuter	8(11,6%)	158(34,3%)	166(31,4%)
Fysioterapeutstuderende	14(20,3%)	17(3,7%)	31(5,9%)
Ergoterapeutstuderende	0(0,0%)	6(1,3%)	6(1,1%)
I alt	69(100,0%)	460(100,0%)	529(100,0%)

Tabellens øverste del viser antal respondenter før flytning af data til SPSS, hvor der i alt var 589. Herefter flyttes data til SPSS og frafaldet bliver sammenlagt på 60 respondenter, som kan ses i tabellens midterste del, således at antallet herefter bliver på 69 mænd + 460 kvinder = 529 respondenter i tabellens nederste del.

Bilag 7

I dette bilag belyses de statistiske beregninger af Chi-i-anden testen mellem variablene ”Genoptræningspotentiale” og ”Arbejde”.

For at efterprøve statistisk om der er forskelle i respondenternes holdning til vignetpersonens genoptræningspotentiale, alt efter om han beskrives som værende arbejdsløs eller i arbejde, anvendes nedenfor en Chi-i-anden test af uafhængigheden mellem de 2 variable (Genoptræningspotentiale og Arbejde). Chi-i-anden testen sammenligner de observerede frekvenser i ovenstående tabel, med værdier som opfylder nulhypotesen for uafhængighed (Agresti & Finlay 2009 s. 225). Chi-i-anden testen vil i undersøgelsen anvendes på givne signifikansniveauer eller p-værdier. P-værdien er de niveauer, som viser den beviselige styrke hvormed nulhypotesen kan forkastes på et givent niveau. I denne undersøgelsen vil p-værdien anvendes på et 95% eller 99% niveau (Agresti & Finlay 2009 s. 154).

Ved nulhypotesen forventes ingen sammenhæng mellem respondenternes stillingtagen til vignetpersonens genoptræningspotentiale og dennes status som arbejdsløs;

H_0 : Variablene er statistisk uafhængige

Under alternativhypotesen forventes en sammenhæng. Den forventede sammenhæng baseres på undertegnets egne erfaringer og de negative samfundsmæssige diskurser omkring holdninger til rollen som arbejdsløs. Det antages derfor, at der kan være en sammenhæng mellem respondenternes vurdering af genoptræningspotentialet, som kan være forbundet med patientens rolle som arbejdsløs.

Derfor opstilles alternativhypotesen som nedenfor beskrevet;

H_A : Variablene er statistisk afhængige

Tabel 1 (bilag 7)^{a,b}

			Genoptræningspotentiale					Total
			Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt	
Arbejde	Arbejdsløs	Count	12	1	9	140	115	277
		Expected Count	13,1	1,6	9,4	135,9	117,1	277,0
		% within Arbejde	4,3%	0,4%	3,2%	50,5%	41,5%	100,0%
	Arbejde	Count	13	2	9	120	109	253
		Expected Count	11,9	1,4	8,6	124,1	106,9	253,0
		% within Arbejde	5,1%	0,8%	3,6%	47,4%	43,1%	100,0%
Total	Count	25	3	18	260	224	530	
	Expected Count	25,0	3,0	18,0	260,0	224,0	530,0	
	% within Arbejde	4,7%	0,6%	3,4%	49,1%	42,3%	100,0%	

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variablen "Arbejde" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignettepersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variablen "Arbejde" Chi-i-anden = 0,988; df = 4; svarende til en p-værdi på 0,912.

For at forkaste eller undlade at forkaste nulhypotesen og for at kunne bekræfte alternativhypotesen, foretages en Chi-i-anden test for, at opsummere hvor tæt den forventede frekvens falder på den observerede frekvens (Agresti & Finlay 2009 s. 225).

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

For hver celle i ovenstående tabel 1 kvadreres forskellen mellem den observerede og forventede frekvens (tælleren) for herefter, at dividere med den forventede frekvens (tælleren).

De forventede værdier i ovenstående tabel 1 (Expected Count) udregnes efter formlen;

$$f = \frac{(\text{rækkens total} \times \text{kolonnens antal})}{n}$$

Eksempelvis for Arbejdsløs i kategorien "Meget dårligt"

$$f = \frac{(25 \times 277)}{530} = 13,1$$

og for Arbejde i kategorien "Meget dårligt"

$$f = \frac{(25 \times 253)}{530} = 11,9$$

Herefter udregnes for hver celle i tabel 1 på forrige side:

$$\chi^2 = \frac{(O-F)^2}{F}$$

	Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt
Arbejdsløs	$\chi^2=(12-13,1)^2/13,1$	$\chi^2=(1-1,6)^2/1,6$	$\chi^2=(9-9,4)^2/9,4$	$\chi^2=(140-135,9)/135,9$	$\chi^2=(115-117,1)^2/117,1$
Arbejde	$\chi^2=(13-11,9)^2/13$	$\chi^2=(2-1,4)^2/1,4$	$\chi^2=(9-8,6)^2/8,6$	$\chi^2=(120-124,1)^2/124,1$	$\chi^2=(109-106,9)^2/106,9$

Resultater af χ^2 for hver celle

	Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt
Arbejdsløs	0,092366412	0,225	0,017021277	0,123693893	0,03766012
Arbejde	0,101680672	0,257142857	0,018604651	0,135455278	0,041253508

Herefter lægges alle cellerne sammen og Chi-i-anden værdien kan aflæses til 1,0.

Resultatet kan ligeledes aflæses nedenfor, under Person Chi-Square i udregningen fra det anvendte statistik program SPSS. Forskellene i tallene skyldes afrunding.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,988 ^a	4	,912
N of Valid Cases	530		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5.
The minimum expected count is 1,43.

For at fortolke teststørrelsen af chi-i-anden og derigennem fastslå hvor stor teststørrelsen må være før nulhypotesen kan forkastes, sammenlignes teststørrelsen med den kritiske værdi på 9,49, som er

den kritiske i en chi-i-anden fordeling med 4 frihedsgrader¹² på et 5% signifikansniveau. Ovenstående chi-i-anden testværdi på 0,988 er lavere end den kritiske værdi på et 95% signifikansniveau med 4 frihedsgrader og derfor kan nulhypotesen ikke forkastes, da meget små og ens chi-i-anden værdier i alle celler, tyder på at nulhypotesen ikke kan forkastes. Der er derfor ingen sammenhæng mellem vignetpersonens status som arbejdsløs og respondenternes vurdering af genoptræningspotentialet.

¹² Frihedsgrader (df) er et resultat af, antal rækker og antal søjler i den anvendte tabel. Jo flere kolonner og rækker, jo højere bliver den kritiske værdi i chi-i-anden fordelingen og jo sværere bliver det at acceptere alternativhypotesen. Formlen for frihedsgraderne er; $df = (rækker-1)(kolonner-1)$. P-værdien, som kan slås op i tabellen (Agresti & Finlay 2009 s. 594) bliver (Asymp. Sig. (2-sided)) et udtryk for at få et resultat, som ligger over den observerede chi-i-anden værdi. En lav p-værdi indikerer en stærk statistisk sammenhæng og dermed forkastelse af nulhypotesen (ibid:154).

Bilag 8

Bilag 8 vil illustrere krydstabeller mellem vignetpersonens beskæftigelsesstatus og spørgsmål 9, 11, 12 og 13. Illustrationen foretages for at belyse de manglende sammenhænge i undersøgelsens indirekte del.

Krydstabel for spørgsmål 9 og vignetpersonens beskæftigelsesstatus:

Tabel 1 (bilag 8)^{a,b}

			Ideelt_tilbudl_indlaeggelse				Total
			Ingen træning	2-3 gange træning	4-6 gange træning	Træning dagligt	
Arbejde	Arbejdsløs	Count	9	5	49	214	277
		% within Arbejde	3,2%	1,8%	17,7%	77,3%	100,0%
	Arbejde	Count	11	6	50	186	253
		% within Arbejde	4,3%	2,4%	19,8%	73,5%	100,0%
Total		Count	20	11	99	400	530
		% within Arbejde	3,8%	2,1%	18,7%	75,5%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Arbejde" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Arbejde" Chi-i-anden = 1,177; df = 3; svarende til en p-værdi på 0,759

Krydstabel for spørgsmål 11 og vignettepersonens beskæftigelsesstatus:

Tabel 2 (bilag 8)^{a,b}

			Dilemma		Total
			Ja, terapeuten bør kort vælge, at træne videre	Nej, terapeuten bør komme videre til den næste patient	
Arbejde	Arbejdsløs	Count	90	149	239
		% within Arbejde	37,7%	62,3%	100,0%
	Arbejde	Count	77	133	210
		% within Arbejde	36,7%	63,3%	100,0%
Total		Count	167	282	449
		% within Arbejde	37,2%	62,8%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Arbejde" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignettepersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Arbejde" Chi-i-anden = 0,047; df = 1; svarende til en p-værdi på 0,829.

Krydstabel for spørgsmål 12 og vignettepersonens beskæftigelsesstatus:

Tabel 3 (bilag 8)^{a,b}

			Ideelttilbud_udskrivelse				Total
			1 gang ugentlig træning	2-3 gange ugentlig træning	4-6 gange ugentlig træning	Daglig træning	
Arbejde	Arbejdsløs	Count	1	32	115	113	261
		% within Arbejde	0,4%	12,3%	44,1%	43,3%	100,0%
	Arbejde	Count	1	32	100	96	229
		% within Arbejde	0,4%	14,0%	43,7%	41,9%	100,0%
Total		Count	2	64	215	209	490
		% within Arbejde	0,4%	13,1%	43,9%	42,7%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Arbejde" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignettepersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Arbejde" Chi-i-anden = 0,341; df = 3; svarende til en p-værdi på 0,952.

Krydstabel for spørgsmål 13 og vignetpersonens beskæftigelsesstatus:

Tabel 4 (bilag 8)^{a,b}

			i_virkeligheden_genop						Total
			Ingen træning	Mindre end 1 gang ugentlig træning	1 gang ugentlig træning eller færre	2-3 gange ugentlig træning	4-6 gange ugentlig træning	Daglig træning	
Arbejde	Arbejdsløs	Count	1	5	48	171	4	23	252
		% within Arbejde	0,4%	2,0%	19,0%	67,9%	1,6%	9,1%	100,0%
	Arbejde	Count	0	1	37	147	6	23	214
		% within Arbejde	0,0%	0,5%	17,3%	68,7%	2,8%	10,7%	100,0%
Total	Count	1	6	85	318	10	46	466	
	% within Arbejde	0,2%	1,3%	18,2%	68,2%	2,1%	9,9%	100,0%	

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Arbejde" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Arbejde" Chi-i-anden = 4,231; df = 5; svarende til en p-værdi på 0,517.

Bilag 9

Dette bilag indeholder de konkrete beregninger for Chi-i-anden testen af sammenhængen mellem respondenternes vurdering af vignetpersonens genoptræningspotentiale og hans beskrevne jobmæssige baggrund, som enten jurist eller pedel.

Ved nulhypotesen forventes ingen sammenhæng mellem respondenternes vurdering af genoptræningspotentiale og vignetpersonens baggrund som jurist.

H_0 : Variablene er statistisk uafhængige

Under alternativhypotesen forventes en sammenhæng, hvis respondenterne vurderer vignetpersonens genoptræningspotentiale anderledes, hvis han beskrives som jurist. Dette baseres på egne fordomme på feltet, som bygger på, at der kan findes en sammenhæng, da terapeuters ageren overfor patienter med højstatusjobs er anderledes end for patienter med lavstatusjobs.

H_A : Variablene er statistisk afhængige

Tabel 1 (bilag 9)^{a,b}

			Genoptræningspotentiale					Total
			Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt	
Jurist	Pedel	Count	8	2	10	142	105	267
		% within Jurist	3,0%	0,7%	3,7%	53,2%	39,3%	100,0%
	Jurist	Count	17	1	8	118	119	263
		% within Jurist	6,5%	0,4%	3,0%	44,9%	45,2%	100,0%
Total		Count	25	3	18	260	224	530
		% within Jurist	4,7%	0,6%	3,4%	49,1%	42,3%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende pedel. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 6,856; df = 4; svarende til en p-værdi på 0,144.

For ovenstående tabel 1 betyder det, at testen viser en (lille) sammenhæng mellem de to variable, da teststørrelsen er 6,856 svarende til en p-værdi på 14,4%. Variablene er dermed statistisk uafhængige på et 99% og 95% signifikansniveau. Sammenhængen kan dog bekræftes på et 85,6% signifikansniveau ved 4 frihedsgrader.

Bilag 10

I dette afsnit illustreres de manglende sammenhænge mellem vignetpersonens jobmæssige baggrund som enten jurist eller pedel, i forhold til spørgsmål 9, 11, 12 og 13. Nedenfor illustreres krydstabellerne for de manglende sammenhænge.

Krydstabel for spørgsmål 9 og vignetpersonens jobmæssige baggrund:

Tabel 1 (bilag 10)^{a,b}

			Ideelt_tilbudl_indlaeggelse				Total
			Ingen træning	2-3 gange træning	4-6 gange træning	Træning dagligt	
Jurist	Pedel	Count	7	5	55	200	267
		% within Jurist	2,6%	1,9%	20,6%	74,9%	100,0%
	Jurist	Count	13	6	44	200	263
		% within Jurist	4,9%	2,3%	16,7%	76,0%	100,0%
Total		Count	20	11	99	400	530
		% within Jurist	3,8%	2,1%	18,7%	75,5%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende pedel. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 3,083; df = 3; svarende til en p-værdi på 0,379.

Krydstabel for spørgsmål 11 og vignetpersonens jobmæssige baggrund:

Tabel 2 (bilag 10)^{a,b}

			Dilemma		Total
			Ja, terapeuten bør kort vælge, at træne videre	Nej, terapeuten bør komme videre til den næste patient	
Jurist	Pedel	Count	85	140	225
		% within Jurist	37,8%	62,2%	100,0%
	Jurist	Count	82	142	224
		% within Jurist	36,6%	63,4%	100,0%
Total		Count	167	282	449
		% within Jurist	37,2%	62,8%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende pedel. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 0,066; df = 1; svarende til en p-værdi på 0,797.

Krydstabel for spørgsmål 12 og vignettepersonens jobmæssige baggrund:

Tabel 3 (bilag 10)^{a,b}

			Ideelttilbud_udskrivelse				Total
			1 gang ugentlig træning	2-3 gange ugentlig træning	4-6 gange ugentlig træning	Daglig træning	
Jurist	Pedel	Count	1	34	109	107	251
		% within Jurist	0,4%	13,5%	43,4%	42,6%	100,0%
	Jurist	Count	1	30	106	102	239
		% within Jurist	0,4%	12,6%	44,4%	42,7%	100,0%
Total		Count	2	64	215	209	490
		% within Jurist	0,4%	13,1%	43,9%	42,7%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignettepersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende pedel. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 0,118; df = 3; svarende til en p-værdi på 0,990.

Krydstabel for spørgsmål 13 og vignettepersonens jobmæssige baggrund:

Tabel 4 (bilag 10)^{a,b}

			i_virkeligheden_genop						Total
			Ingen træning	Mindre end 1 gang ugentlig træning	1 gang ugentlig træning eller færre	2-3 gange ugentlig træning	4-6 gange ugentlig træning	Daglig træning	
Jurist	Pedel	Count	0	4	44	166	5	21	240
		% within Jurist	0,0%	1,7%	18,3%	69,2%	2,1%	8,8%	100,0%
	Jurist	Count	1	2	41	152	5	25	226
		% within Jurist	0,4%	0,9%	18,1%	67,3%	2,2%	11,1%	100,0%
Total		Count	1	6	85	318	10	46	466
		% within Jurist	0,2%	1,3%	18,2%	68,2%	2,1%	9,9%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignettepersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som værende pedel. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 2,318; df = 5; svarende til en p-værdi på 0,804.

Bilag 11

Dette bilag illustreres de manglende sammenhænge i undersøgelsen, hvis vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund kombineres. I dette bilag illustreres krydstabellerne for spørgsmål 9 til 13 nedenfor;

Spørgsmål 9 kombineret med vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund:

Tabel 1 (bilag 11)^{a,b}

				Ideelt_tilbudl_indlaeggelse				Total
				Ingen træning	2-3 gange træning	4-6 gange træning	Træning dagligt	
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	4	3	26	99	132
			% within Arbejde	3,0%	2,3%	19,7%	75,0%	100,0%
	Arbejde		Count	3	2	29	101	135
			% within Arbejde	2,2%	1,5%	21,5%	74,8%	100,0%
	Total		Count	7	5	55	200	267
			% within Arbejde	2,6%	1,9%	20,6%	74,9%	100,0%
	Arbejde		Count	5	2	23	115	145
			% within Arbejde	3,4%	1,4%	15,9%	79,3%	100,0%
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	8	4	21	85	118
			% within Arbejde	6,8%	3,4%	17,8%	72,0%	100,0%
	Total		Count	13	6	44	200	263
			% within Arbejde	4,9%	2,3%	16,7%	76,0%	100,0%
	Arbejde		Count	9	5	49	214	277
			% within Arbejde	3,2%	1,8%	17,7%	77,3%	100,0%
	Total		Count	11	6	50	186	253
			% within Arbejde	4,3%	2,4%	19,8%	73,5%	100,0%
Total	Arbejde	Arbejdsløs	Count	20	11	99	400	530
			% within Arbejde	3,8%	2,1%	18,7%	75,5%	100,0%
	Total		Count					
			% within Arbejde					

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som pedel. Variablen "Arbejde" kodes som 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde, mens værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen Pedel: Chi-i-anden = 0,493; df = 3 svarende til en p-værdi på 0,920. For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 3,212; df = 3 svarende til en p-værdi på 0,360.

Spørgsmål 10 kombineret med vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund:

Tabel 2 (bilag 11)^{a,b}

				Aktivitet_tidligere					Total
				Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	1	9	12	82	20	124
			% within Arbejde	0,8%	7,3%	9,7%	66,1%	16,1%	100,0%
	Arbejde		Count	1	8	14	87	16	126
			% within Arbejde	0,8%	6,3%	11,1%	69,0%	12,7%	100,0%
	Total		Count	2	17	26	169	36	250
			% within Arbejde	0,8%	6,8%	10,4%	67,6%	14,4%	100,0%
	Arbejde		Count		8	20	84	22	134
			% within Arbejde		6,0%	14,9%	62,7%	16,4%	100,0%
Jurist	Arbejde		Count		4	17	71	13	105
			% within Arbejde		3,8%	16,2%	67,6%	12,4%	100,0%
	Total		Count		12	37	155	35	239
			% within Arbejde		5,0%	15,5%	64,9%	14,6%	100,0%
	Arbejde		Count	1	17	32	166	42	258
			% within Arbejde	0,4%	6,6%	12,4%	64,3%	16,3%	100,0%
	Arbejde		Count	1	12	31	158	29	231
			% within Arbejde	0,4%	5,2%	13,4%	68,4%	12,6%	100,0%
Total	Arbejde		Count	2	29	63	324	71	489
			% within Arbejde	0,4%	5,9%	12,9%	66,3%	14,5%	100,0%
	Arbejde		Count						
			% within Arbejde						

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binærvariabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som pedel. Variabelen "Arbejde" kodes som 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde, mens værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen Pedel: Chi-i-anden = 0,789; df = 4 svarende til en p-værdi på 0,940. For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 1,484; df = 3 svarende til en p-værdi på 0,686.

Spørgsmål 11 kombineret med vignettepersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund:

Tabel 3 (bilag 11)^{a,b}

				Dilemma		Total
				Ja, terapeuten bør kort vælge, at træne videre	Nej, terapeuten bør komme videre til den næste patient	
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	42	70	112
			% within Arbejde	37,5%	62,5%	100,0%
	Arbejde	Arbejdsløs	Count	43	70	113
			% within Arbejde	38,1%	61,9%	100,0%
	Total	Arbejdsløs	Count	85	140	225
			% within Arbejde	37,8%	62,2%	100,0%
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	48	79	127
			% within Arbejde	37,8%	62,2%	100,0%
	Arbejde	Arbejdsløs	Count	34	63	97
			% within Arbejde	35,1%	64,9%	100,0%
	Total	Arbejdsløs	Count	82	142	224
			% within Arbejde	36,6%	63,4%	100,0%
Total	Arbejde	Arbejdsløs	Count	90	149	239
			% within Arbejde	37,7%	62,3%	100,0%
	Arbejde	Arbejdsløs	Count	77	133	210
			% within Arbejde	36,7%	63,3%	100,0%
	Total	Arbejdsløs	Count	167	282	449
			% within Arbejde	37,2%	62,8%	100,0%

- a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variablen "Jurist" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignettepersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som pedel. Variablen "Arbejde" kodes som 1 hvis vignettepersonen beskrives som værende i arbejde, mens værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".
- b. Fodnote: For variablen Pedel: Chi-i-anden = 0,007; df = 1 svarende til en p-værdi på 0,932. For variablen "Jurist" Chi-i-anden = 0,178; df = 1 svarende til en p-værdi på 0,673.

Spørgsmål 12 kombineret med vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund:

Tabel 4 (bilag 11)^{a,b}

				Ideelttilbud_udskrivelse				Total
				1 gang ugentlig træning	2-3 gange ugentlig træning	4-6 gange ugentlig træning	Daglig træning	
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count	0	15	54	57	126
			% within Arbejde	0,0%	11,9%	42,9%	45,2%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count	1	19	55	50	125
			% within Arbejde	0,8%	15,2%	44,0%	40,0%	100,0%
	Total	Arbejde	Count	1	34	109	107	251
			% within Arbejde	0,4%	13,5%	43,4%	42,6%	100,0%
	Arbejdsløs	Arbejdsløs	Count	1	17	61	56	135
			% within Arbejde	0,7%	12,6%	45,2%	41,5%	100,0%
Pedel	Arbejde	Arbejdsløs	Count	0	13	45	46	104
			% within Arbejde	0,0%	12,5%	43,3%	44,2%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count	1	30	106	102	239
			% within Arbejde	0,4%	12,6%	44,4%	42,7%	100,0%
	Total	Arbejde	Count	1	32	115	113	261
			% within Arbejde	0,4%	12,3%	44,1%	43,3%	100,0%
	Arbejdsløs	Arbejdsløs	Count	1	32	100	96	229
			% within Arbejde	0,4%	14,0%	43,7%	41,9%	100,0%
Total	Arbejde	Arbejdsløs	Count	2	64	215	209	490
			% within Arbejde	0,4%	13,1%	43,9%	42,7%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som pedel. Variabelen "Arbejde" kodes som 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde, mens værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen Pedel: Chi-i-anden = 1,934; df = 3 svarende til en p-værdi på 0,586. For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 0,923; df = 3 svarende til en p-værdi på 0,820.

Spørgsmål 13 kombineret med vignetpersonens beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund:

Tabel 5 (bilag 11)^{a,b}

				i_virkeligheden_genop						Total
				Ingen træning	Mindre end 1 gang ugentlig træning	1 gang ugentlig træning eller færre	2-3 gange ugentlig træning	4-6 gange ugentlig træning	Daglig træning	
Jurist	Arbejde	Arbejdsløs	Count		3	27	80	2	10	122
			% within Arbejde		2,5%	22,1%	65,6%	1,6%	8,2%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count		1	17	86	3	11	118
			% within Arbejde		0,8%	14,4%	72,9%	2,5%	9,3%	100,0%
	Total	Arbejde	Count		4	44	166	5	21	240
			% within Arbejde		1,7%	18,3%	69,2%	2,1%	8,8%	100,0%
	Arbejdsløs	Arbejdsløs	Count	1	2	21	91	2	13	130
			% within Arbejde	0,8%	1,5%	16,2%	70,0%	1,5%	10,0%	100,0%
Pedel	Arbejde	Arbejdsløs	Count	0	0	20	61	3	12	96
			% within Arbejde	0,0%	0,0%	20,8%	63,5%	3,1%	12,5%	100,0%
	Arbejde	Arbejde	Count	1	2	41	152	5	25	226
			% within Arbejde	0,4%	0,9%	18,1%	67,3%	2,2%	11,1%	100,0%
	Total	Arbejde	Count	1	5	48	171	4	23	252
			% within Arbejde	0,4%	2,0%	19,0%	67,9%	1,6%	9,1%	100,0%
	Arbejdsløs	Arbejdsløs	Count	0	1	37	147	6	23	214
			% within Arbejde	0,0%	0,5%	17,3%	68,7%	2,8%	10,7%	100,0%
Total	Arbejde	Arbejdsløs	Count	1	6	85	318	10	46	466
			% within Arbejde	0,2%	1,3%	18,2%	68,2%	2,1%	9,9%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Jurist" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis vignetpersonen beskrives som jurist og værdien 0 gives hvis han beskrives som pedel. Variabelen "Arbejde" kodes som 1 hvis vignetpersonen beskrives som værende i arbejde, mens værdien 0 gives hvis han beskrives som værende arbejdsløs. For at øge testens styrke, kodes kategorien "Ved ikke" som "Missing".

b. Fodnote: For variabelen Pedel: Chi-i-anden = 3,672; df = 4 svarende til en p-værdi på 0,472. For variabelen "Jurist" Chi-i-anden = 4,165; df = 5 svarende til en p-værdi på 0,526.

Bilag 12

I dette bilag beskrives respondenternes indbyrdes korrelerede baggrundsmæssige faktorer.

For at undersøge om de uafhængige variabler er indbyrdes korrelerede, indsættes nedenfor en korrelationsmatrix, som beskriver eventuelle sammenhænge mellem de uafhængige variabler i undersøgelsen. Korrelationsmatricen er et udsnit af de anvendte variabler og indeholder sociologiske faktorer såsom; Anciennitet, Region, Alder, Kvinde (køn), Fagligbaggrund og vignetpersonens varierede baggrundsuplysninger, som er; Arbejde og Jurist. Korrelationsmatrixen viser hvert par af variable 2 gange, således at hver variabel ”parres” med de andre.

Korrelationsmatrixen viser eksempelvis i 4. række, en stærk positiv korrelation mellem alder og sandsynligheden for, at respondenterne er kvinde, dvs. de kvindelige respondenter åbenbart er ældre (og flere) end de mandlige i undersøgelsen. Yderligere viser tabellen en stærk negativ korrelation mellem anciennitet og respondenternes fagligbaggrund. Dette skyldes, at over halvdelen af respondenterne har mere end 10 års erfaring. Tabellen vidner i det hele taget om en række indbyrdes korrelationer mellem de uafhængige variabler.

Correlations								
		anciennitet	Region	Alder	Kvinde	Fagligbaggrund	Arbejde	Jurist
anciennitet	Pearson Correlation	1	-,197**	,757**	,253**	-,434**	,035	,006
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,418	,893
	N	530	530	530	530	529	530	530
Region	Pearson Correlation	-,197**	1	-,058	-,125**	,183**	,004	,013
	Sig. (2-tailed)	,000		,183	,004	,000	,923	,768
	N	530	530	530	530	529	530	530
Alder	Pearson Correlation	,757**	-,058	1	,188**	-,268**	,032	,039
	Sig. (2-tailed)	,000	,183		,000	,000	,469	,373
	N	530	530	530	530	529	530	530
Kvinde	Pearson Correlation	,253**	-,125**	,188**	1	-,033	,055	,059
	Sig. (2-tailed)	,000	,004	,000		,444	,203	,177
	N	530	530	530	530	529	530	530
Fagligbaggrund	Pearson Correlation	-,434**	,183**	-,268**	-,033	1	-,032	,027
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,444		,456	,536
	N	529	529	529	529	529	529	529
Arbejde	Pearson Correlation	,035	,004	,032	,055	-,032	1	-,057
	Sig. (2-tailed)	,418	,923	,469	,203	,456		,190
	N	530	530	530	530	529	530	530
Jurist	Pearson Correlation	,006	,013	,039	,059	,027	-,057	1
	Sig. (2-tailed)	,893	,768	,373	,177	,536	,190	
	N	530	530	530	530	529	530	530

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabellen på forrige side viser dog ikke nogen indbyrdes korrelationer mellem undersøgelsens varierede baggrundsmæssige oplysninger, omkring beskæftigelsesstatus og jobmæssig baggrund og respondenternes sociologiske faktorer. Denne manglende sammenhæng kan betragtes som et udtryk for, at undersøgelsen netop undersøger betydningen af beskæftigelsesstatus og jobmæssige baggrund, som derved ikke lader til at være afhængige af terapeuternes sociologiske faktorer. Intentionen var at udlevere de forskellige undersøgelsesversioner tilfældigt. Intentionen ser på baggrund af de manglende sammenhænge ud til at være lykkedes.

Bilag 13

I dette bilag belyses sammenhænge mellem respondenternes køn og deres holdninger.

Nedenfor indledes med en sammenhæng mellem respondenternes køn og deres holdning til, om vignetpersonen, via en god træningsindsats, er i stand til at vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Spørgsmålet indikerer respondenternes forventning til, om genoptræningen får det intenderede udfald.

Tabel 1 (bilag 13)^{a,b}

			Aktivitet_tidligere					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Kvinde	Mand	Count	1	8	6	34	15	64
		% within Kvinde	1,6%	12,5%	9,4%	53,1%	23,4%	100,0%
	Kvinde	Count	1	21	57	290	56	425
		% within Kvinde	0,2%	4,9%	13,4%	68,2%	13,2%	100,0%
Total		Count	2	29	63	324	71	489
		% within Kvinde	0,4%	5,9%	12,9%	66,3%	14,5%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variablen "Kvinde" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis respondenter er kvinde og værdien 0 hvis respondenter er mand.

b. Fodnote: Chi-i-anden = 12,278; df=4 svarende til en p-værdi på 0,006

Fordelingen af respondenternes besvarelser i ovenstående tabel, viser igen, at de kvindelige respondenter er mere positive end de mandlige respondenter.

76,5% af de mandlige respondenter er enten "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at vignetpersonen, via en god træningsindsats, kan vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Omvendt er 14,1% enten "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

81,4% af de kvindelige respondenter har angivet, at være "Helt enig" eller "Delvist enig" i, at vignetpersonen, via en god træningsindsats, kan vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Omvendt er 5,1% "Helt uenig" eller "Delvist uenig" heri.

Det tyder på, at de mandlige respondenter er mere splittede i deres holdning end de kvindelige respondenter. Dog tyder det på, at de kvindelige respondenter er mere enige og mindre uenige i, at vignetpersonen, via en god træningsindsats, kan vende tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau end deres mandlige kollegaer.

Tabel 2 (bilag 13)^{a,b}

			Genoptræningspotentiale					Total
			Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt	
Kvinde	Mand	Count	4	1	0	45	19	69
		% within Kvinde	5,8%	1,4%	0,0%	65,2%	27,5%	100,0%
	Kvinde	Count	21	2	18	215	205	461
		% within Kvinde	4,6%	0,4%	3,9%	46,6%	44,5%	100,0%
Total		Count	25	3	18	260	224	530
		% within Kvinde	4,7%	0,6%	3,4%	49,1%	42,3%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Kvinde" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis respondenter er kvinde og værdien 0 hvis respondenter er mand.

b. Fodnote: Chi-i-anden = 12,278; df=4 svarende til en p-værdi på 0,015

Ovenstående tabel 2 viser, at 27,5% af de mandlige respondenter vurderer vignetpersonens genoptræningspotential som "Meget godt", mens det er tilfældet for 44,5% af de kvindelige respondenter. Omvendt vurderer 65,2% af de mandlige vignetpersonens genoptræningspotentiale som "Godt", mens 46,6% af de kvindelige respondenter gør det samme. Ovenstående tabel tyder på, at kvindelige terapeuter er mere positive end deres mandlige kollegaer, i deres vurdering af vignetpersonens genoptræningspotentiale. Men fordelingerne ligger primært mellem "Godt" eller "Meget godt" og må derfor betragtes som marginale, selvom sammenhængen fortsat er signifikant mellem de variablene "Kvinde" (køn) og "Genoptræningspotentiale".

Tabel 3 (bilag 13)^{a,b}

			Job_enig					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Kvinde	Mand	Count	20	12	17	16	0	65
		% within Kvinde	30,8%	18,5%	26,2%	24,6%	0,0%	100,0%
	Kvinde	Count	61	68	110	138	43	420
		% within Kvinde	14,5%	16,2%	26,2%	32,9%	10,2%	100,0%
Total		Count	81	80	127	154	43	485
		% within Kvinde	16,7%	16,5%	26,2%	31,8%	8,9%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Kvinde" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis respondenter er kvinde og værdien 0 hvis respondenter er mand.

b. Fodnote: Chi-i-anden = 16,930; df = 4 svarende til en p-værdi på 0,002

Ovenstående tabel 3 viser, at 24,6% af de mandlige respondenter er "Delvist enig" og 0% er "Helt enig" i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans jobmæssige baggrund. Omvendt er 49,3% af de mandlige respondenter "Helt uenig" eller "Delvist uenig" her.

32,9% af de kvindelige respondenter er ”Delvist enig”, mens 10,2% er ”Helt enig” i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter, pga. hans jobmæssige baggrund. Omvendt er kun 30,7% af de kvindelige respondenter enten ”Helt uenig” eller ”Delvist uenig” heri.

Tabel 3 tyder på, at mandlige respondenter er mindre enige og mere uenige i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter pga. hans jobmæssige baggrund end deres kvindelige kollegaer. Mandlige terapeuter lader således til at være mere skeptiske omkring prioriteringstendensen end deres kvindelige kollegaer.

Nedenfor belyses sammenhængen mellem respondenternes enighed i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter pga. hans lave alder og respondenternes køn.

Tabel 4 (bilag 13)^{a,b}

			Alder enig					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Kvinde	Mand	Count	9	14	11	29	2	65
		% within Kvinde	13,8%	21,5%	16,9%	44,6%	3,1%	100,0%
	Kvinde	Count	27	51	85	202	56	421
		% within Kvinde	6,4%	12,1%	20,2%	48,0%	13,3%	100,0%
Total		Count	36	65	96	231	58	486
		% within Kvinde	7,4%	13,4%	19,8%	47,5%	11,9%	100,0%

a. Fodnote: For ovenstående tabel kodes variabelen "Kvinde" som en binær variabel, hvor værdien 1 gives, hvis respondenterne er kvinde og værdien 0 hvis respondenterne er mand.

b. Fodnote: Chi-i-anden = 13,310; df = 4 svarende til en p-værdi på 0,010

Det lader til, at 47,7% af de mandlige respondenter enten er ”Delvist enig” eller ”Helt enig” i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans lave alder. Omvendt er 35,3% ”Helt uenig” eller ”Delvist uenig” heri.

61,3% af de kvindelige respondenter er enten ”Delvist enig” eller ”Helt enig” i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter, pga. hans lave alder. Omvendt er 18,5% af de kvindelige respondenter enten ”Helt uenig” eller ”Delvist uenig” heri.

Det tyder igen på, at de kvindelige respondenter er væsentligt mere enige og mindre uenige i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans lave alder end deres mandlige kollegaer. Igen tyder resultaterne på at mandlige terapeuter er mere skeptiske omkring prioriteringstendensen end deres kvindelige kollegaer.

Bilag 14

I dette bilag belyses sammenhænge mellem respondenternes alder og anciennitet og deres holdninger.

Tabel 1 (bilag 14)^a

			Genoptræningspotentiale					Total
			Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt	
Anciennitet	Ikke afsluttet min uddannelse endnu	Count	0	0	2	21	13	36
		% within Anciennitet	0,0%	0,0%	5,6%	58,3%	36,1%	100,0%
	Mindre end 3 år	Count	3	1	1	33	20	58
		% within Anciennitet	5,2%	1,7%	1,7%	56,9%	34,5%	100,0%
	3-5 år	Count	2	0	0	28	25	55
		% within Anciennitet	3,6%	0,0%	0,0%	50,9%	45,5%	100,0%
	6-10 år	Count	5	0	3	45	43	96
		% within Anciennitet	5,2%	0,0%	3,1%	46,9%	44,8%	100,0%
	Mere end 10 år	Count	15	2	12	133	123	285
		% within Anciennitet	5,3%	0,7%	4,2%	46,7%	43,2%	100,0%
Total	Count	25	3	18	260	224	530	
	% within Anciennitet	4,7%	0,6%	3,4%	49,1%	42,3%	100,0%	

a. Fodnote: Chi-i-anden = 11,338; df = 16 svarende til en p-værdi på 0,788

For ovenstående tabel 1 med kombination af variablene genoptræningspotentiale og respondenternes anciennitet, lader der ikke til, at være nogen markante forskelle. Gruppen der ikke har afsluttet sin uddannelse endnu er de studerende. Denne gruppe er væsentligt mindre, end de færdiguddannede terapeuter, hvilket kan forklare, at der ikke er nogen i denne gruppe, som har vurderet vignetpersonens genoptræningspotentiale ”Meget dårligt” eller ”Dårligt”. Respondenternes besvarelser placere sig primært i kategorierne ”Godt” eller ”Meget godt” og forskellene herimellem er derfor uden reel betydning.

Tabel 2 (bilag 14)^a

			Genoptræningspotentiale					Total
			Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt	
Alder_opdelt	20-29 år	Count	2	1	3	51	34	91
		% within Alder_opdelt	2,2%	1,1%	3,3%	56,0%	37,4%	100,0%
	30-39 år	Count	8	0	5	86	79	178
		% within Alder_opdelt	4,5%	0,0%	2,8%	48,3%	44,4%	100,0%
	40-49 år	Count	3	2	5	72	47	129
		% within Alder_opdelt	2,3%	1,6%	3,9%	55,8%	36,4%	100,0%
	50-59 år	Count	6	0	2	34	38	80
		% within Alder_opdelt	7,5%	0,0%	2,5%	42,5%	47,5%	100,0%
	60-69 år	Count	6	0	3	17	26	52
		% within Alder_opdelt	11,5%	0,0%	5,8%	32,7%	50,0%	100,0%
	Total	Count	25	3	18	260	224	530
		% within Alder_opdelt	4,7%	0,6%	3,4%	49,1%	42,3%	100,0%

a. Fodnote: Chi-i-anden = 23,657; df = 16 svarende til en p-værdi på 0,097

Ovenstående tabel 2 illustrere ligeledes små forskydninger i det overordnede billede, men igen er der ingen signifikante sammenhænge. Respondenternes besvarelser fordeler sig primært igen i kategorierne ”Godt” eller ”Meget godt”.

Tabel 3 (bilag 14)^a

			Aktivitet_tidligere					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Alder_opdelt	20-29 år	Count	0	4	8	53	24	89
		% within Alder_opdelt	0,0%	4,5%	9,0%	59,6%	27,0%	100,0%
	30-39 år	Count	0	8	18	121	17	164
		% within Alder_opdelt	0,0%	4,9%	11,0%	73,8%	10,4%	100,0%
	40-49 år	Count	1	11	21	66	18	117
		% within Alder_opdelt	0,9%	9,4%	17,9%	56,4%	15,4%	100,0%
	50-59 år	Count	1	4	8	55	5	73
		% within Alder_opdelt	1,4%	5,5%	11,0%	75,3%	6,8%	100,0%
	60-69 år	Count	0	2	8	29	7	46
		% within Alder_opdelt	0,0%	4,3%	17,4%	63,0%	15,2%	100,0%
	Total	Count	2	29	63	324	71	489
		% within Alder_opdelt	0,4%	5,9%	12,9%	66,3%	14,5%	100,0%

a. Fodnote: Chi-i-anden = 30,605; df = 16 svarende til en p-værdi på 0,015

For ovenstående tabel 3 tyder det på, at jo mere anciennitet respondenterne har, desto mindre enige er de i at vignetpersonen, via en god træningsindsats, kan komme tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Fordelingerne kan igen beskrives som marginale, da forskellene primært ligger mellem kategorierne ”Delvist enig” og ”Helt enig”.

Tabel 4 (bilag 14)^a

			Aktivitet_tidligere					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Anciennitet	Ikke afsluttet min uddannelse endnu	Count						0
		% within Anciennitet	0,0%	5,6%	0,0%	63,9%	30,6%	100,0%
	Mindre end 3 år	Count	0	2	7	31	15	55
		% within Anciennitet	0,0%	3,6%	12,7%	56,4%	27,3%	100,0%
	3-5 år	Count	0	2	5	38	6	51
		% within Anciennitet	0,0%	3,9%	9,8%	74,5%	11,8%	100,0%
	6-10 år	Count	0	2	11	65	9	87
		% within Anciennitet	0,0%	2,3%	12,6%	74,7%	10,3%	100,0%
	Mere end 10 år	Count	2	21	40	167	30	260
		% within Anciennitet	0,8%	8,1%	15,4%	64,2%	11,5%	100,0%
Total		Count	2	29	63	324	71	489
		% within Anciennitet	0,4%	5,9%	12,9%	66,3%	14,5%	100,0%

a. Fodnote: Chi-i-anden = 30,747; df = 16 svarende til en p-værdi på 0,014

Samme tendens gør sig gældende ved respondenternes alder i ovenstående tabel 4. Her sker der en overordnet tendens, som bevirker, at jo ældre terapeuterne er, desto mindre enige er de i, at vignetpersonen, via en god træningsindsats, kan komme tilbage til sit tidligere aktivitetsniveau. Igen må fordelinger siges at være marginale mellem kategorierne ”Delvist enig” og ”Helt enig”.

Nedenfor belyses sammenhængen mellem respondenternes enighed i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans lave alder ud fra respondenternes aldersmæssige sammensætning.

Tabel 5 (bilag 14)^a

			Alder_enig					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Alder_opdelt	20-29 år	Count	10	19	11	34	12	86
		% within Alder_opdelt	11,6%	22,1%	12,8%	39,5%	14,0%	100,0%
	30-39 år	Count	9	21	31	93	12	166
		% within Alder_opdelt	5,4%	12,7%	18,7%	56,0%	7,2%	100,0%
	40-49 år	Count	10	10	27	52	18	117
		% within Alder_opdelt	8,5%	8,5%	23,1%	44,4%	15,4%	100,0%
	50-59 år	Count	6	11	14	31	11	73
		% within Alder_opdelt	8,2%	15,1%	19,2%	42,5%	15,1%	100,0%
	60-69 år	Count	1	4	13	21	5	44
		% within Alder_opdelt	2,3%	9,1%	29,5%	47,7%	11,4%	100,0%
Total	Count	36	65	96	231	58	486	
	% within Alder_opdelt	7,4%	13,4%	19,8%	47,5%	11,9%	100,0%	

a. Fodnote: For variabelen "Alder_opdelt": Chi-i-anden = 27,009; df = 16 svarende til en p-værdi på 0,041.

For ovenstående tabel 5 er der en signifikant sammenhæng mellem de to variable. Tabellen indikere en større enighed i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans lave alder. Enigheden er stigende med terapeuternes alder, dog er gruppen mellem 30-39 år mest enige heri

med 63,2% som enten er ”Delvist enig” eller ”Helt enig”. Gruppen fra 20-29 år (som også inkluderer de studerende) er mindre enige heri, da 53,5% angiver at være ”Delvist enig” eller ”Helt enig” heri. Omvendt lader det til at gruppen fra 20-29 år også er uenige i, at ville prioritere vignetpersonen højere end andre patienter. Således er 33,7% enten ”Helt uenig” eller ”Delvist uenig” heri.

Resultaterne tyder på, at ældre terapeuter, fra 30 år og opefter tilsyneladende er mere enige og mindre uenige i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans lave alder.

Nærved samme billede skabes i forhold til respondenternes enighed i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter pga. hans store motivation, som belyses nedenfor.

Tabel 6 (bilag 14)^a

			Motivation_enig					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Anciennitet	Ikke afsluttet min uddannelse endnu	Count	5	9	3	16	3	36
		% within Anciennitet	13,9%	25,0%	8,3%	44,4%	8,3%	100,0%
	Mindre end 3 år	Count	5	9	11	19	7	51
		% within Anciennitet	9,8%	17,6%	21,6%	37,3%	13,7%	100,0%
	3-5 år	Count	3	7	7	32	3	52
		% within Anciennitet	5,8%	13,5%	13,5%	61,5%	5,8%	100,0%
	6-10 år	Count	5	10	23	44	6	88
		% within Anciennitet	5,7%	11,4%	26,1%	50,0%	6,8%	100,0%
	Mere end 10 år	Count	12	33	41	119	53	258
		% within Anciennitet	4,7%	12,8%	15,9%	46,1%	20,5%	100,0%
Total	Count	30	68	85	230	72	485	
	% within Anciennitet	6,2%	14,0%	17,5%	47,4%	14,8%	100,0%	

a. Fodnote: For variabelen Anciennitet: Chi-i-anden = 33,687; df = 16 svarende til en p-værdi på 0,006

Bilag 15

I dette bilag fokuseres på de enkelte fundne forskelle mellem nuværende fysio- og ergoterapeuter.

Tabel 1 (bilag 15)^a

			Ideelttilbud_udskrivelse				Total
			1 gang ugentlig træning	2-3 gange ugentlig træning	4-6 gange ugentlig træning	Daglig træning	
Fysio_og_ergoterapeuter	Fysioterapeuter	Count	1	38	110	148	297
		% within Fysio_og_ergoterapeuter	0,3%	12,8%	37,0%	49,8%	100,0%
	Ergoterapeuter	Count	0	22	85	48	155
		% within Fysio_og_ergoterapeuter	0,0%	14,2%	54,8%	31,0%	100,0%
Total		Count	1	60	195	196	452
		% within Fysio_og_ergoterapeuter	0,2%	13,3%	43,1%	43,4%	100,0%

a. Fodnote: For variablen Anciennitet: Chi-i-anden = 16,511; df = 3 svarende til en p-værdi på 0,001

For ovenstående tabel 1 omkring fysio- og ergoterapeuternes holdning til vignetpersonens ideelle tilbud efter udskrivelsen fra hospitalet, vurderer 49,8% af fysioterapeuterne, at vignetpersonen i den ideelle verden burde få træning dagligt efter udskrivelse, mens kun 31,0 % af ergoterapeuterne vurderer dette. Ergoterapeuternes forestilling om vignetpersonens ideelle genoptrænings tilbud efter udskrivelsen, er generelt mindre omfangsrigt end fysioterapeuternes. Forskellene er dog meget små, dvs. i en forskydning fra 4-6 gange ugentlig træning til daglig træning, så derfor vil den praktiske betydning være uden reel betydning. Begge faggrupper vurderer således tilbuddet som værende i den høje ende af skalaen. Ergoterapeuter kan dog siges at hælde til et mere moderat træningstilbud end fysioterapeuter.

Der lader derfor til, at være en signifikant statistisk sammenhæng mellem fysio- og ergoterapeuter og deres forestilling om det ideelle genoptræningsforløb.

Ligeledes tegner billedet af terapeuternes holdning til det faktisk bevillige genoptræningsforløb sig på samme måde hvilket illustreres på næste side.

Tabel 2 (bilag 15)^a

			i_virkeligheden_genop						Total
			Ingen træning	Mindre end 1 gang ugentlig træning	1 gang ugentlig træning eller færre	2-3 gange ugentlig træning	4-6 gange ugentlig træning	Daglig træning	
Fysio_og_ergoterapeuter	Fysioterapeuter	Count	1	2	39	200	6	33	281
		% within Fysio_og_ergoterapeuter	0,4%	0,7%	13,9%	71,2%	2,1%	11,7%	100,0%
	Ergoterapeuter	Count	0	4	38	92	4	12	150
		% within Fysio_og_ergoterapeuter	0,0%	2,7%	25,3%	61,3%	2,7%	8,0%	100,0%
Total		Count	1	6	77	292	10	45	431
		% within Fysio_og_ergoterapeuter	0,2%	1,4%	17,9%	67,7%	2,3%	10,4%	100,0%

a. Fodnote: For variablen Fysio_og_ergoterapeuter: Chi-i-anden = 13,230; df = 5 svarende til en p-værdi på 0,021

For ovenstående tabel 2 omkring fysio- og ergoterapeuternes holdning til, hvor omfangsrigt genoptræningstilbuddet til vignetpersonen i virkeligheden ville være, efter hans udskrivelse fra hospitalet, tegner sig et billede af, at 85% af fysioterapeuterne vurderer det faktiske genoptræningstilbud til, at være minimum 2 gange ugentligt eller mere, mens 72% af ergoterapeuterne har denne holdning. Noget tyder derfor på, at ergoterapeuterne har mere negative forestillinger om vignetpersonens faktiske genoptræningstilbud, efter udskrivelsen fra hospitalet, end fysioterapeuterne.

Bilag 16

I dette bilag illustreres de manglende forskelle i forhold til respondenternes regionale arbejdsmæssige tilknytning. Der er ingen sammenhænge i undersøgelsens indirekte del og heller ingen i den direkte del. Nedenfor er medtaget et eksempel fra undersøgelsens direkte del, for at illustrere de manglende sammenhænge.

Nedenfor illustreres et af de spørgsmål i undersøgelsen, som generelt har skabt differentierede holdninger blandt respondenterne.

Spørgsmålet belyser enigheden i, at ville prioritere vignetpersonen over andre, pga. hans lave alder kombineret med respondenternes regionale arbejdsmæssige tilknytning;

Tabel 1 (bilag 16)^a

			Alder_enig					Total
			Helt uenig	Delvist uenig	Hverken enig eller uenig	Delvist enig	Helt enig	
Region	Region Nordjylland	Count	5	14	24	38	21	102
		% within Region	4,9%	13,7%	23,5%	37,3%	20,6%	100,0%
	Region Midtjylland	Count	1	4	10	29	6	50
		% within Region	2,0%	8,0%	20,0%	58,0%	12,0%	100,0%
	Region Syddanmark	Count	7	13	16	44	11	91
		% within Region	7,7%	14,3%	17,6%	48,4%	12,1%	100,0%
	Region Sjælland	Count	6	9	16	38	4	73
		% within Region	8,2%	12,3%	21,9%	52,1%	5,5%	100,0%
	Region Hovedstaden	Count	17	25	30	82	16	170
		% within Region	10,0%	14,7%	17,6%	48,2%	9,4%	100,0%
	Total	Count	36	65	96	231	58	486
		% within Region	7,4%	13,4%	19,8%	47,5%	11,9%	100,0%

a. Fodnote: For variablen Region: Chi-i-anden = 21,018; df = 16 svarende til en p-værdi på 0,178.

På trods af markante forskelle generelt ved dette spørgsmål, er der intet som tyder på, at respondenternes holdning til prioriteringen af vignetpersonen pga. hans lave alder, skulle være afhængig af respondenternes regionale arbejdsmæssige tilknytning.

Dog tyder det på, at respondenterne i Region Sjælland og Region Hovedstaden er en anelse mindre enige i, at ville prioritere vignetpersonen over andre patienter, pga. hans lave alder. Omvendt indikerer tabellen, at Region Hovedstaden og til dels Region Syddanmark er lidt mere uenige heri. Sammenhængene er dog ikke signifikante.

Ved undersøgelsens resterende spørgsmål er der ingen sammenhæng mellem respondenternes regionale arbejdsmæssige tilknytning og deres holdninger.