

Bacheloroppgave:

**Slå et slag for ergoterapi i  
kommunehelsetjenesten**

Forfattere:

Erik Espmark Herlofsen

Magne Jon Solsrud

Nikolai Rydmo

Dato:

07.05.2018

## Sammendrag

Tittel:	Slå et slag for ergoterapi i kommunehelsetjenesten.
Forfattere:	Erik Espmark Herlofsen 10004. Magne Jon Solsrud 10025. Nikolai Rydmo 10017.
Veileder:	Linda Stigen
Stikkord/ Nøkkelord	Hjerneslag, Kommunehelsetjenesten, Ergoterapi, Spørreundersøkelse

Antall ord: 11140	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Hensikten med bacheloroppgaven er å få en forståelse for og innblikk i hvordan ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten jobber med personer som har hatt hjerneslag.</p> <p>Samhandlingsreformen beskriver en ny kommunerolle hvor kommunene skal ha mer ansvar enn det de hadde før. I 2016 ble det registrert 8650 hjerneslag ved norske sykehus. Økning i antall eldre og høyere levealder kan føre til større forekomst av sykdommer og hjerneslag er en av disse sykdommene.</p> <p>Bacheloroppgaven er basert på kvantitativ metode, ved bruk av en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen ble lagt ut på sosiale medier og sendt ut til 69 kommuner i region øst (Oppland, Hedmark og Buskerud). Deltakerne i spørreundersøkelsen er ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten som jobber med personer som har hatt et hjerneslag.</p> <p>Med bakgrunn i resultatene fra spørreundersøkelsen ga funnene en indikator på hvordan ergoterapeuter arbeider i kommunehelsetjenesten med personer som har hatt hjerneslag. Den gir informasjon om hvordan ergoterapeuters praksis er i de ulike kommunene.</p> <p>Resultatene kan tyde på at det eksisterer utfordringer og forskjeller i hvordan kommuneergoterapeuter arbeider med personer som har hjerneslag.</p>		

## Abstract

Title:	Stroke a chord for occupational therapists in the community healthcare service.
Authors:	Erik Espmark Herlofsen 10004. Magne Jon Solsrud 10025. Nikolai Rydmo 10017.
Supervisor:	Linda Stigen
Keywords:	Stroke, Municipal healthcare service, Occupational Therapy, Survey

Number of words: 11140	Number of appendix: 3	Availability (open/confidential): Yes
---------------------------	-----------------------	--

Short description of the bachelor thesis assignment:

The purpose of this bachelor thesis is to get an understanding of and insight into how occupational therapists within municipal healthcare service work with people who have had a stroke.

The coordination reform describes a new role for the municipal healthcare service where the municipalities will have more responsibility than they had before. In 2016, 8650 strokes were registered at Norwegian hospitals. An increasing number of elderly and a higher life expectancy can lead to a greater occurrence of diseases and stroke is one of these diseases.

The Bachelor thesis is based on quantitative method, using a survey. The survey was posted on social media and sent to 69 municipalities in the region east (Oppland, Hedmark and Buskerud). Participants in the survey are occupational therapists in the municipal healthcare service working with people who have had a stroke.

Based on the results of the survey, the findings gave an indicator of how occupational therapists work in the municipal healthcare service with people who have had a stroke. It provides information on how occupational therapists practice in the different municipalities.

The results may indicate that there are challenges and differences in how occupational therapists in the municipal healthcare service work with people who have had a stroke.

## **Førord**

Vi er svært fornøyd med å endelig kunne vise frem vårt ferdige produkt. Det er godt å ha fullført og kunne se tilbake på en fin tid og en bacheloroppgave vi er stolte av.

En stor takk til Linda Stigen for god veiledning, og en stor takk til Dag Waaler for hjelp med statistikk og dataanalyse. Dag utførte matematiske tester og korrelasjoner mellom variabler i Microsoft Excel.

Vi vil takke hverandre for godt samarbeid, gode stunder og fine minner fra NTNU Gjøvik, samt en takk til alle som har støttet oss i denne perioden.

Til tross for mange lange studiedager, kan vi se tilbake på et svært godt vennskap. Det har vært en spennende, lærerik og utfordrende tid med bachelorskriving.

Håper dere finner resultatet nyttig og ikke minst interessante å lese.

Gjøvik, 07.05.2018

Erik Espmark Herlofsen, Magne Jon Solsrud og Nikolai Rydmo

## Innhold

1.0 Innledning .....	7
1.1 Bakgrunn .....	8
1.1.2 Fagligrelevans og samfunnsutfordringer .....	9
1.2 Avgrensning .....	10
1.3 Problemstilling .....	10
1.3.1 Begrepsavklaring til problemstilling .....	11
1.4 Avklaring av sentrale begrep .....	11
2.0 Teori .....	13
2.1 Teoretisk rammeverk .....	13
2.2 Offentlige utredninger .....	14
2.3 Tidligere forskning .....	17
3.0 Metode .....	20
3.1 Kvantitativ metode .....	20
3.1.1 Design .....	20
3.2. Distribusjon av spørreundersøkelsen .....	21
3.2.1 Datainnsamling – Spørreundersøkelse .....	22
3.2.2 Utforming av spørreundersøkelsen .....	22
3.3. Dataanalyse .....	23
3.3.1 Analyse av åpne spørsmål .....	24
3.3.2 Tabellanalyse .....	24
3.4 Validitet og reliabilitet .....	25
3.5 Litteratur og databaser .....	25
3.6 Forskningsetiske overveielser .....	26
4.0 Resultat .....	28
4.0.1 Empiriske funn - Deskriptiv statistikk .....	28
4.1 Respondentenes bakgrunnsopplysninger .....	28
4.2 Påstander .....	30
4.3 Spørsmål .....	30
4.4 Resultater fra tabellanalyse/hypotesetesting .....	37
4.5 Åpne spørsmål .....	38
5.0 Diskusjon .....	40
5.1 Informasjon, oppfølging, prosedyrer .....	40
5.2 Kartlegging og metode .....	43
5.3 Rapporterte utfordringer .....	45

5.4 Intervensjoner i praksis .....	47
5.5 Metodekritikk .....	48
6.0 Konklusjon .....	51
7.0 Referanseliste .....	52
Vedlegg: .....	55
Vedlegg 1: Søking og resultater .....	55
Vedlegg 2: Invitasjon til spørreundersøkelse .....	56
Vedlegg 3: Spørreundersøkelsen .....	57

## 1.0 Innledning

Hensikten med bacheloroppgaven er å få en forståelse for og innblikk i hvordan ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten jobber med personer som har hatt hjerneslag heretter referert til som PMH. Fokuset vil ligge på ergoterapeutens rolle i kommunehelsetjenesten og hvilke tilbud PMH får.

I årsrapporten for Norsk Hjerneslagregister fra 2016 (Norsk hjerneslagregister, 2016), står det at det ble registrert 8650 hjerneslag i norske sykehus i 2016 (s. 9). Samtidig kommenterer rapporten at tilbudet av omsorgstjenester i kommunehelsetjenesten varierer (s. 25), men det kommer frem i Samhandlingsformen (St.meld. 47, 2008-2009) at det er en ambisjon om at kommunene skal ha større ansvar for rehabilitering og forebygging i kommunehelsetjenesten i fremtiden (s. 15).

I Stortingsmelding 26 (St. Meld 26, 2014-2015) står det at over 100 kommuner i Norge mangler ergoterapi i kommunenes tjenestetilbud. I tillegg påpekes det at de kommunene som har ergoterapi, ofte har lang ventetid før brukere får tilbud om ergoterapi. PMH er en av pasientgruppene som har et stort behov for rehabilitering (St. Meld 26, 2014-2015, s. 105-106; Helsedirektoratet, 2016, s. 40). Sett i sammenheng kan det da være en fordel at det i 2017 ble lagt frem et lovforslag hvor det kom frem at stortingets flertall mente det ville være viktig å innlemme ergoterapi i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen kom med forslag til lovendring som inkluderer ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste. Lovkravets forslag skulle gjelde fra 2020 (Prop. 71 L, 2016-2017, s. 21).

Bacheloroppgaven bygges opp ved at det først beskrives et teoretisk rammeverk, offentlige utredninger og tidligere forskning. Videre blir den anvendte metoden beskrevet og empiriske funn presenteres i resultatdelen. Diskusjonsdelen diskuteres opp mot empiriske funn, teoretisk rammeverk, offentlige utredninger og tidligere forskning. Helt til slutt kommer konklusjonen som bygger på funnene.

## 1.1 Bakgrunn

I Stortingsmelding 47 (St.meld. 47, 2008-2009) beskrives en ny framtidig kommunerolle som bygger på samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å løse helse- og omsorgsoppgavene. Videre beskriver stortingsmeldingen at faglig kompetanse i kommunene er nødvendig for å kunne løse helse- og omsorgsoppgavene lokalt. Det er ønskelig at flere helserelaterte oppgaver løses i kommunene, fordi de i dag løses ulikt og kanskje ikke i tilstrekkelig grad. Det er en vurdering om det hadde vært en bedre pasientrelatert og samfunnsøkonomisk løsning, at helse- og omsorgsoppgaver blir løst i kommunene (St.meld. 47, 2008-2009, s. 26). På bakgrunn av dette blir det en vurdering om hvilke oppgaver kommunene skal ha ansvar for. Det er en ambisjon at kommunehelsetjenesten får mer ansvar for tidlig innsats og forebygging i sykdomsforløpet. Dette, i kombinasjon med et sterkt fokus på pasientforløp er tanken rundt en fornyet kommunerolle å hjelpe pasienter med kroniske sykdommer. Målet er at kommunene kan sørge for et helhetlig tilbud, med tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling, oppfølging og forebygging. Målsettingen er å kunne sikre et helhetlig pasientforløp og ivareta et effektivt omsorgsnivå (St.meld. 47, 2008-2009, s. 26). Dette samsvarer med loven:

*«§ 3-1. Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester...» (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2017, Kapittel 3).*

I rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (Andreassen *et al.*, 2012) skriver helsedirektoratet om utfordringer i overgangene mellom ulike instanser, forvaltningsnivåer og avdelinger. Det eksisterer retningslinjer for rehabilitering og behandling ved hjerneslag, men samtidig finnes det utfordringer rundt kapasitet, manglende rehabiliteringskultur, manglende tverrfaglig team, uvitenhet om hva som skjer etter opphold på sykehus og forskjellige tilbud fra kommune til kommune. Rapporten beskriver i tillegg utfordringer med for lite helhetlig fokus på omgivelser, livssituasjon og at det er et for stort fokus på diagnose (Andreassen *et al.*, 2012, s. 57).



### 1.1.2 Faglig relevans og samfunnsutfordringer

Det skjer endringer i Norges demografi og denne vil fortsette å utvikle seg i tiden fremover (St.meld. 47, 2008-2009, s. 43). Økning i antall eldre og høyere levealder kan føre til større forekomst av sykdommer, hvor hjerneslag er en av disse sykdommene. En utfordring er at Norge får flere eldre og en lavere vekst i den yngre generasjonen (St.meld. 47, 2008-2009, s. 43; Ergoterapeutene, 2017, s. 10). Dette gjør at det er nødvendig med nye løsninger på tjenester. Ergoterapeuter kan bidra til faglig omstilling og ressursutløsning ved bruk av metoder for mestring, endring av omgivelser, kompenserende tiltak og velferdsteknologi (Ergoterapeutene, 2017, s. 10). Ergoterapi har fokus på aktivitet og økt mulighet til selvstendighet. Det bør derfor gis mulighet til å utføre meningsfulle aktiviteter tidlig i rehabiliteringsforløpet (Kaae Kristensen og Egmont Nielsen, 2011). Ergoterapi blir beskrevet som en ressurs for å forbedre personers evne innenfor hverdagslivets aktiviteter. Dette har en stor betydning for PMH. Trening i aktiviteter i dagliglivet heretter refereres til som ADL bør derfor være en viktig del av et rehabiliteringstilbud. Ved hjelp av ADL trening kan PMH gjenopprette tapte funksjoner eller oppnå best mulig potensiell funksjon (Kaae Kristensen og Egmont Nielsen, 2011, s. 101).

For å sikre muligheten for aktivitet og deltagelse hos PMH, kreves det grundig kartlegging av rehabiliteringsbehovet, etterfulgt av planlegging og utførelse av intervensjoner både på kropps-, aktivitet og deltagelsesnivå. På bakgrunn av dette bør ergoterapeutene bruke veldokumenterte kartleggingsredskaper i rehabiliteringsprosessen, for å avdekke aktiviteter som er meningsfulle og relevante for brukeren (Backman *et al.*, 2015, s. 246).

Et utdrag av ergoterapeuters yrkesetiske retningslinjer blir beskrevet i rapporten – Alle skal kunne delta, (Ergoterapeutene, 2017):

*Tar samfunnsansvar basert på befolkningens rett og mulighet til aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. Ivaretar faglig kvalitet og forsvarlighet. Respekterer rettighetene til tjenestemottakere og tar utgangspunkt i deres behov, ønsker og interesser. Viser forståelse for pårørendes situasjon og tar hensyn til den betydningen disse har i tjenestemottakeres liv. Fremmer samarbeid med kolleger og andre samarbeidspartnere. Følger opp sine forpliktelser overfor arbeidsgivere/oppdragsgivere. Ivaretar etiske krav og hensyn i sin forskningsvirksomhet... (s. 2).*

Ergoterapeuters kompetanse kan være en viktig ressurs for å løse utfordringene med de demografiske endringene som vil skje i Norge fremover. Dette fordi det vil bli tvunget frem nye løsninger som er mer bærekraftig, enn dagens bemanningsnivå og løsninger (Ergoterapeutene, 2017).

Bacheloroppgaven ser videre på ergoterapeuters praksis i kommunehelsetjenesten igjennom en kvantitativ spørreundersøkelse i tråd med aktivitetsvitenskap, offentlige utredninger og tidligere forskning.

## 1.2 Avgrensning

Bacheloroppgaven ble begrenset til å omfatte ergoterapeuters arbeid i kommunehelsetjenesten. Det var ingen begrensninger med hensyn på prognose, neurologiske symptomer eller alder. På grunn av avgrenset tidsperspektiv og begrensning i oppgavens omfang ble utvalget i bachelorens spørreundersøkelse geografisk avgrenset til region øst (Oppland, Hedmark og Buskerud).

## 1.3 Problemstilling

Problemstillingen ble formulert ut ifra utfordringene og opplysningene som ble identifisert i offentlige utredninger. Målsetningen var å undersøke de tilbud ulike kommuner har, med tanke på kartlegging, kartleggingsverktøy, intervensjoner, praksis, prosedyrer, tverrfaglighet og demografi.

Problemstillingen det ble jobbet med var derfor:

*Hvordan jobber ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten med personer som har hatt hjerneslag?*

Spesifikke forskningsspørsmål som det var interessant å få svar på:

- Får kommunene tilstrekkelig med informasjon om PMH fra sykehusene?
- Har kommunene faste prosedyrer i arbeidet ved behandling av PMH?
- Hvordan kartlegger ergoterapeutene PMH?
- Hvilke intervensjoner igangsettes for PMH?
- Hvilket tilbud gir kommunen PMH?
- Hvilke utfordringer har ergoterapeuter i arbeidet med PMH?

### 1.3.1 Begrepsavklaring til problemstilling

Hjerneslag:

*«Hjerneslag defineres som plutselige oppståtte fokale eller globale forstyrrelser i hjernens funksjoner av vaskulær årsak som vedvarer i mer enn 24 timer eller fører til død. Hjerneslag kan skyldes blodpropp eller blødning i hjernen»*

(Folkehelseinstituttet, 2016, s. 17).

Kommunehelsetjenesten:

Helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringen, 2017) beskriver kommunal helse- og omsorgstjenester som:

*Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer. Staten har også ansvar for å føre tilsyn og kontroll (Regjeringen, 2017).*

### 1.4 Avklaring av sentrale begrep

Aktiviteter i dagliglivet (ADL):

Dette er en av ergoterapiens hovedfokus og er en samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige og praktiske aktiviteter som for eksempel egenomsorg, mobilitet, husholdning og transport (Tuntland, 2011, s. 17-18).

Personlig aktiviteter i dagliglivet (P-ADL):

Oppgaver som utføres i dagliglivet for å ivareta personlig omsorg (Tuntland, 2011, s. 20).

Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (I-ADL):

Komplekse aktiviteter som gjøres for å bevare uavhengighet i hjemmet og samfunnet. Det som skiller disse aktivitetene fra P-ADL er at de ofte består av flere trinn. De kan utføres i eller utenfor hjemmet og det trengs ofte verktøy eller redskaper for å utføre aktivitetene (Tuntland, 2011, s. 21).

Autonomi:

Kan beskrives som selvbestemmelse og er den retten individet har til å ta avgjørelser for eget liv uten å bli påvirket av utenforstående (Alsaker, Grødem Johnson og Hjelle, 2014, s. 81).

Brukermedvirkning:

Rettigheten til å delta aktivt i eget liv og medvirke i for eksempel utforming av sin egen rehabilitering. Dette for å inkludere brukeren i rehabiliteringsprosessen (Tuntland, 2011, s. 55).

Canadian occupational performance measure (COPM):

COPM er et intervjubasert kartleggingsverktøy. Dette kan brukes semistrukturert og tar utgangspunkt i ulike aktivitetsområder. Formålet med COPM er at brukeren sammen med ergoterapeuten skal avdekke og innhente informasjon om utfordring i aktivitet og betydningen av aktiviteter. Brukeren får mulighet til å vurdere egen tilfredshet og utførelse av diverse aktivitetsområder, som skal vurderes på nytt etter endt rehabilitering (Andersen og Wærnes, 2013, s. 498).

Strukturert og ustrukturert kartleggingsmetode:

Strukturert (Standardisert) baseres på fastsatt spørreskjema eller vurderingsskjema, tas i bruk ved observasjon eller intervju. Ustrukturert (Ikke-standardisert) baseres på spontan observasjon eller samtale i naturlig oppståtte situasjoner (Tuntland, 2011, s. 89).

## 2.0 Teori

Her vil det bli presentert aktuell teori som blir benyttet i diskusjonsavsnittet. Teorien ble valgt på bakgrunn av oppgavens tema, søk i databaser, referanselister og innspill fra veileder.

### 2.1 Teoretisk rammeverk

Aktivitetsvitenskap benyttes som teoretisk rammeverk i denne bacheloroppgaven. Det åpner for nye måter å oppdage kompleksitetene rundt menneskers deltakelse i aktivitet. Teorien er et eget studiefelt som har sine røtter i grunnleggende vitenskap. Målet er å skaffe underliggende kunnskap om mennesker som aktivitetsvesen og betydningen av menneskers behov for aktivitet (Hocking og Wright-St Clair, 2013, s. 83-84).

Aktivitetsvitenskapen har en holistisk (helhetlig) tilnærming til helse og oppfatter helse som både fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner (Jessen-Winge og Lindahl-Jacobsen, 2017, s. 62). Fire sentrale begreper som er med å sikre holistisk tilnærming til helse er *doing*, *being*, *becoming* og *belonging*. Doing er hva mennesker gjør, liker å gjøre og er synonymt med meningsfull aktivitet. Being defineres som et produkt av doing og handler om hva mennesker får ut av meningsfull aktivitet i form av livskvalitet og velvære, både positivt og negativt. Becoming handler om individets potensiale for forandring og utvikling, samt det å utnytte sine evner best mulig for å forme livet gjennom egne handlinger (doing) og hvem de er (being). Belonging handler om sosialisering gjennom aktivitet for å oppnå en følelse av tilhørighet. De fire begrepene påvirker hverandre på godt og vondt. Mangler man den ene så går det utover den andre (Jessen-Winge og Lindahl-Jacobsen, 2017, s. 62-63).

Occupational justice er en teori som tar for seg etiske, moralske og samfunnsmessige utfordringer. Her ligger for eksempel likestilling og rettferdighet for både individer og samfunn med fokus på mangfoldig og meningsfull aktivitet. Teorien bygger på inkluderende deltagelse i hverdagsaktiviteter for alle personer i samfunnet, uansett alder, evne, kjønn, sosial klasse eller andre forskjeller (Townsend og Wilcock, 2013, s. 541-542).

Det ergoterapeutiske bidraget til Occupationl Justice baseres på de tre sentrale begrepene aktivitet, muliggjørelse og rettferdighet. Mennesker er sosiale aktivitetsvesen med lik rett til aktivitet, men som individer har de forskjellige behov for aktivitet med tanke på ressurser, interesser og funksjon (Enemark Larsen og Morville, 2017, s. 196-197).

## 2.2 Offentlige utredninger

I rapporten «Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag» (Helsedirektoratet, 2017) anbefales det at alle kommuner tilbyr tverrfaglig rehabilitering i hjemmet til PMH med fokus på individuelle behov. Kommuner bør tilby både døgnhet, dagenhet og hjemmerehabilitering til PMH ut ifra brukers behov. Dette kan eventuelt også skje i samarbeid mellom flere kommuner etter behov. For reintegrering i samfunnet, og uavhengighet anbefales hjemmet som den beste rehabiliteringsarenaen for personer med lettere til moderat funksjonssvikt etter et hjerneslag. På denne måten kan pårørende til PMH være aktive deltakere i rehabiliteringsteamet. ADL-trening utført av et tverrfaglig team, viser også å gi en god effekt hos hjemmeboende. (Helsedirektoratet, 2017, s. 32-33). Rehabilitering burde skje ut ifra funksjonsutfallet, hos PMH. PMH med stort omsorgsbehov, alvorlige utfall eller hvor hjemmet er uegnet i rehabilitering, bør få institusjonsbasert rehabilitering. Hjemmebasert rehabilitering burde gis i kombinasjon med et dagtilbud for PMH. Dette fordi det kan gi en god rehabilitering når flere PMH er sammen, både i forhold til sosialisering, trivsel, tilhørighet og motivasjon (Helsedirektoratet, 2017, s. 33-34). I rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (Andreassen *et al.*, 2012) står det at hvis PMH mottar en godt koordinert og planlagt oppfølging i hjemmet av et tverrfaglig team etter de er utskrevet fra sykehuset, så kan dette bidra til at risikoen for død eller behov for opphold på institusjon etter 6 måneder reduseres (s. 32).

Det er variasjoner i geografi og befolkningstetthet i Norge, samt ulikheter i organiseringen i helsetjenestene. Det er viktig å tilpasse organisering ved rehabilitering av PMH etter lokale forhold samtidig som kvalitet og innhold på de enkelte elementene må samsvare med kunnskapsbaserte retningslinjer. Rehabilitering av PMH involverer mange aktører og ulike faggrupper. For å sikre effektiv ressursbruk bør organisering av rehabiliteringstilbudet være optimalt i de ulike fasene av rehabiliteringen for den enkelte bruker (Helsedirektoratet, 2017, s. 147).

I Pasient og brukerrettighetsloven (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2011), heter det:

*§ 1-1. «Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient, bruker og helse- og omsorgstjenesten for å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd...» (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2011, Kappitel. 1).*

Rapporten fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017) beskriver videre hvordan overføring av informasjon og en koordinert plan for løpet videre skal være klar ved utskrivning fra sykehus eller spesialisthelsetjenesten (s. 148). På bakgrunn av dette bør alle pasientrelaterte data være mottatt i kommunehelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten så tidlig at rehabilitering kan settes i gang så raskt som mulig. Samhandling på tvers av forvaltningsnivåene kan ha en stor betydning for at rehabiliteringen av PMH skal lykkes (s. 147-148). Tidlig støttet utskrivning fra sykehus er et tiltak som anbefales for slagrammede med mild til moderat funksjonssvikt. Det betyr at pasienten skrives ut av sykehuset direkte til hjemmet. En forutsetning her er at det er god dialog mellom spesialist- og helse- og omsorgstjenestene i kommunene (s. 149). Tidlig støttet utskrivning setter krav til tett oppfølging av et ambulerende tverrfaglig team med kompetanse på hjerneslag i kommunen, og rehabiliteringstilbud i hjemmet. Samhandling mellom sykehus, helse- og omsorgstjenester og rehabilitering i kommunen anses som viktig.

Mindre kommuner med svak økonomi eller mangler i form av fagkompetanse, kan oppleve utfordringer med å møte kravene til tiltaket. Hvis kommunen ikke møter kravene kan resultatet bli at PMH skrives ut for tidlig fra sykehuset (s. 149-150). Lengre sykehusopphold og høyt antall reinnleggelser resultere i høye kostnader for samfunnet. Selv om tidlig støttet utskrivning kan være kostbart med tanke på kravet om tverrfaglig ambulerende team, kan tiltaket på sikt være økonomisk for samfunnet av den grunn at pasienter/brukere blir boende lengre hjemme (Helsedirektoratet, 2017, s. 20).

I § 2-1. a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste fra loven om pasient- og brukerrettigheter (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2017) heter det at:

*«Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett»* (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2017, Kappitel. 2).

I helsedirektoratets «Statusrapport på hjernehelsetjeneste» (Eldøen, Gjerstad og Huseby, 2017) står det at kommunehelsetjenesten nedprioriterer behandling av brukere og fokusere mer på omsorg og pleie. Det er forskjeller på hva kommunene kan tilby. Dette kan bli en utfordring hvis kommunen ikke kan gi den oppfølgingen sykehuset eller spesialisthelsetjenesten mener er hensiktsmessig for den enkelte bruker (Eldøen, Gjerstad og Huseby, 2017, s. 60). Ett av tre mennesker blir rammet av ulike hjernesykdommer i løpet av livet. Mennesker som har fått en sykdom eller en tilstand innen hjernehelsetjeneste har behov for tidlig hjelp og langvarig oppfølging. Det kan stilles krav til koordinert tverrfaglig behandling og oppfølging gjennom hele livsløpet av slike pasienter, både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Eldøen, Gjerstad og Huseby, 2017).

Det står i Statusrapport Hjernehelsetjeneste (Eldøen, Gjerstad og Huseby, 2017) at det brukes mer penger på helse- og omsorgstjenester i kommuner med god økonomi, og underbygger videre med at relativt til inntekten så bruker små kommuner med dårligere økonomi mindre penger på helse og omsorgstjenester enn større kommuner med god økonomi (s. 106-107). Når det



gjelder helsetjenester i hjemmet og på institusjon, så er det forskjeller på utgiftsbehov, ressursbruk og prioriteringer mellom kommuner og kommunegrupper. Mellomstore og store kommuner har ofte mindre utgifter enn små kommuner (Eldøen, Gjerstad og Huseby, 2017, s. 106-107).

### 2.3 Tidligere forskning

Studier viser at personer som mottar ambulant terapi de første 30 dagene etter at de ble utskrevet fra sykehus etter hjerneslag, hadde mindre sannsynlighet for å bli reinnlagt de påfølgende 30 dagene. Dette sett i forhold til de som ikke fikk terapi (Freburger, Li og Fraher, 2018).

Hovedmålet til all ergoterapi er å legge til rette for aktivitet og deltakelse for mennesker (Holmqvist, Ivarsson og Holmefur, 2012). Kommuneergoterapeuters ansvar i kartlegging av personer med kognitiv svikt øker. Dette gjør at økt kompetanse innenfor dette området, er svært nødvendig. Tradisjonelt sett har ergoterapeuter brukt ikke-standardisert evaluering som for eksempel uformelle intervjuer og ustrukturerte observasjoner (Stigen *et al.*, 2017). COPM er et klientsentrert kartleggingsverktøy som involverer PMH i målsettingsprosessen og kan i tillegg hjelpe PMH med å huske mål. Verktøyet har vist seg å være ineffektivt i bruk hvis PMH har dårlig selvinnsikt (Holmqvist, Ivarsson og Holmefur, 2012, s. 22). Ergoterapeuter foretrekker å bruke kjente dagligdagse aktiviteter som for eksempel egenomsorg eller matlaging som kartlegging gjennom observasjon (Holmqvist, Ivarsson og Holmefur, 2012, s. 40). Forskning beskriver at det oppleves en motvilje mot å anvende standardiserte kartleggingsverktøy av ergoterapeuter. Dette med tanke på at kartlegging basert på intervjuer og observasjoner av dagligdagse aktiviteter kan virke mer nyttig og hensiktsmessig enn standardiserte kartleggingsverktøy (Holmqvist, Ivarsson og Holmefur, 2012, s. 52). Ergoterapeuter oppfatter observasjoner og samtaler som ustrukturerte, men at fokuset i kartleggingen ikke er tilfeldig grunnet den indre strukturen (Lidström Holmqvist, 2012, s. 40).

Tidligere forskning skriver at de som var utdannet etter 1996 brukte mer observasjon i kartlegging enn de som var utdannet før. Det diskuteres at bakgrunnen for dette kan være endringer i ergoterapiutdanningen på 1990 tallet, hvor kunnskapsbasert praksis og aktivitetsvitenskap ble introdusert i ergoterapiutdanningen. Det diskuteres også at nyutdannede ergoterapeuter tilegnet seg den allerede eksisterende arbeidsmetoden på arbeidsplassen (Stigen *et al.*, 2017). Videre forskning diskuterer hvordan utfordringer med dagens ergoterapipraksis kan være på grunn av mangel på tid og ressurser, samtidig som det eksisterer en opplevd oppfatning av ergoterapeuters ansvarsområde, fra annet helsepersonell. Med en høy arbeidsmengde, mange varierte oppgaver og lite tid kan det være utfordrende for ergoterapeuter å utvikle seg faglig og implementer ny kunnskap i praksis. Annet helsepersonells oppfatning av ergoterapeuters ansvarsområder kan gjøre at kommuneergoterapeuter tar på seg oppgaver som ikke har ergoterapifaglig relevans, for å tilfredsstille sine kollegers forventninger. Dette kan være spesielt utfordrende for ergoterapeuter som jobber alene i kommunen, med tanke på at de ikke har andre ergoterapeuter å diskutere og utvikle seg med (Stigen, Bjørk og Lund, 2018).

Begrepet «å bruke seg selv terapeutisk», beskrives som når ergoterapeuten bevisst bruker sine personlige karaktertrekk som empati, toneleie, oppmuntring, oppmerksomhet og engasjement i en profesjonell setting (Holmqvist, Ivarsson og Holmefur, 2012, s. 50). I tidligere forskning står det at mange ergoterapeuter velger å ikke bruke standardiserte kartleggingsverktøy i observasjon, men at de heller bruker kunnskapen som «sitter i ryggmargen». Denne typen praksis kan gjøre det vanskelig å se resultatet av rehabilitering (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Det er nødvendig å kombinere ikke-standardiserte verktøy med standardiserte verktøy for å kunne vurdere resultatene på en gyldig og pålitelig måte. MMSE og Klokketest er redskapene kommuneergoterapeuter bruker mest i kartlegging av pasienter med kognitive svekkelser. Spørsmålet er da om disse redskapene er hensiktsmessige i forhold til kartlegging av PMH. Da begge disse verktøyene er utviklet som verktøy egnet til bruk i utredning av demens og ikke hjerneslag eller nevrologiske svekkelser (Stigen *et al.*, 2017).

Mange ergoterapeuter velger i stor grad å bruke skrivebordstestene MMSE og Klokketest. Årsaken til dette kan være på grunn av endringer i Norges demografi fremover. Et økt fokus på eldreomsorg og demens i helsevesenet har gjort kartleggingsverktøy som MMSE og

Klokketest lett tilgjengelig for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. Et argument for den utbredte bruken av disse verktøyene kan være at de er godt kjent, enkel og effektive i bruk, samtidig som de er tidsbesparende (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Det mangler kunnskap om hvordan kognitive svekkelser påvirker aktivitetsutførelse og det trengs mer forskning for å få en mer effektiv ergoterapipraksis. Et annet området hvor det beskrives mangler er innenfor ADL aktiviteter, fordi ADL kan utelukke viktig informasjon. (Holmqvist, Ivarsson og Holmefur, 2012). PMH kan forbedre aktivitetsutførelse og sosial deltagelse ved hjelp av forskjellige intervensjonsstrategier. Her kan ergoterapeuter legge til rette for forbedring eller utvikling av ferdigheter, bruk av kompenserende strategier, aktivitetstilpasning og tilrettelegging i hjemmet. På generell basis eksisterer det bevis for at bruken av aktivitetsbasert intervensjon for å forbedre ADL-utførelse hos pasienter/brukere gir positiv effekt (Wolf *et al.*, 2015). En økt evne til å utføre ADL-aktiviteter kan bidra til positive endringer for livskvaliteten til PMH (Holmqvist, Kamwendo og Ivarsson, 2009).

Det kan oppstå tids-, ressurs- og organisasjonelle utfordringer rundt det å gjøre kartlegging og intervensjon i hjemmet til brukeren (Holmqvist, Kamwendo og Ivarsson, 2009).

Kommunens lokaler kan oppfattes som trygge og tilrettelagte for utførelse av aktiviteter som er utfordrende å gjøre i brukerens hjem. Samtidig kan kommunens lokaler være for godt tilpasset for en bruker med et lettere tap av kognisjon. I tillegg kan det være utfordrende for brukeren å generalisere utførelse av aktiviteter på kryss av kommunens lokaler og hjemmemiljøet (Holmqvist, Kamwendo og Ivarsson, 2009). For å sikre at PMH skal kunne bo hjemme så lenge som mulig er det viktig å bruke hjemmet som kontekst i kartlegging, siden det er her de utfører ADL på daglig basis (Stigen, Bjørk og Lund, 2018).

## 3.0 Metode

For å besvaresvare problemstillingen var det fordelaktig med kvantitativ metode fordi denne metoden gir informasjon i form av målbare enheter, i tillegg til at kvantitativ metode gir muligheten til å treffe en større andel ergoterapeuter. (Dalland, 2017, s. 52).

### 3.1 Kvantitativ metode

Ved valg av kvantitativ metode er det bestemte normer som skal følges som Dalland (2017) beskriver. Resultatene skal være i overenstemmelse med virkeligheten. Det vil si at man ikke skal spisse svarene inn mot de svar som ønskes, men forholde seg til empirien, som betyr virkeligheten. Det er derfor viktig å ha fokus på de svarene man får og ikke vinkle svarene mot det man ønsker var tilfellet (Dalland, 2017, s. 56-57). Dalland (2017) beskriver videre at resultatet skal være minst mulig avhengig av de som utførere undersøkelsen. Det betyr at hvis andre forskere hadde brukt samme metode og spørreundersøkelse ville de fått tilnærmet samme resultat. Bacheloroppgaven er kumulativ som betyr at den bygger videre på forskning som allerede foreligger (Dalland, 2017, s. 58). Innsamlede data kan bare si noe om de respondentene som har svart på spørreundersøkelsen. Av økonomiske, tidsmessige, og praktiske grunner vil det ofte være en utfordring å samle inn informasjon fra alle kandidatene man er interessert i. Halvorsen (2008) beskriver at ved å bruke det faktiske datamaterialet kan man trekke slutninger som omfatter en større gruppe enn den gruppen som svarte på spørreundersøkelsen, dette kan gi en mulighet for å generalisere (Halvorsen, 2008, s. 154).

#### 3.1.1 Design

Ringdal (2013) beskriver et design som forskerens plan eller forskningsopplegg for en undersøkelse. Det finnes fem typer design å velge mellom ut ifra hvilken type undersøkelse som skal gjennomføres og hvordan denne skal utføres (Ringdal, 2013, s. 105). Den som passet best og var mest hensiktsmessig å bruke i denne bacheloroppgaven var tversnittdesign. Dette fordi utspørringen skjer på et bestemt tidspunkt. Hvis analyseenhetene hadde blitt fulgt over en lengere tid ville et langsgående design vært mer hensiktsmessig (Ringdal, 2013, s. 106-107).

Analyseenhet/forskningsobjekter er de individene, organisasjoner, familier eller land som studeres i en undersøkelse, i dette tilfelle ergoterapeuter i region-øst (Ringdal, 2013, s. 491). Tverrsnittdesign registrerer data bare en gang, på et tidspunkt for hver analyseenhet. Tverrsnittdesign baseres på spørreundersøkelser og benyttes ofte i kvantitative forskningsstrategier (Ringdal, 2013, s. 107).

### 3.2. Distribusjon av spørreundersøkelsen

Veileder var behjelpelig med å distribuere spørreundersøkelsen til ergoterapeuter i region-øst (Oppland, Hedmark og Buskerud). En invitasjon på sosiale medier ble publisert på to private ergoterapigrupper på Facebook: Ergoterapiutdanningen NTNU Gjøvik og Ergoterapeutene region Øst. Gruppene hadde til sammen 691 medlemmer den 16.03.2018. I invitasjonen presiseres det at denne undersøkelsen er anonym og bare gjelder for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten (Dalland, 2017, s. 134). Invitasjonen ligger som vedlegg 2. Grønmo (2016) beskriver dette som utvelging av selvseleksjon, der respondenten får informasjon om studien og velger selv å delta. Ulempen kan være at man ikke vet hvem som velger å delta (Grønmo, 2016, s. 116). Derfor var det viktig og det ble presisert i eposten at hvis de selv ikke var ergoterapeut eller ikke hadde ergoterapitjeneste i kommunen, hadde det vært fint med videresending av epost til andre som var ergoterapeut eller en tilbakemelding om at de ikke hadde ergoterapitjeneste i kommunen. Dette kan bli sett i sammenheng med slik Grønmo (2016) beskriver snøballutvelging som når respondenten som mottar eposten blir bedt om å foreslå andre til utvalget. Snøballutvelging kan også bli kaldt nettverksutvelging fordi respondentene selv gis mulighet til å bruke sitt nettverk til å formidle for aktuelle kandidater om å delta. Det positive med dette er at det er bestemte kriterier for å videresende, og man kan derfor ende opp med et bestemt nettverk av kandidater (Grønmo, 2016, s. 116-117). I dette tilfellet var det ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten under region øst som var nettverket det var ønskelig å treffe.

Spørreundersøkelsen ble også blitt distribuert ved hjelp av epost. Kontaktinformasjonen er funnet på kommunenes hjemmesider i region-øst. Det ble totalt sendt ut 230 eposter til 69 ulike kommuner. Det var både ergoterapeuter, fysioterapeuter og annet relevant helsepersonell som mottok eposten. I eposten presiseres det at den gjelder for ergoterapeuter og at eposten kunne videresendes.

Eposten ble sendt ut to ganger. Første gangen ble den sendt med invitasjon til deltagelse og link til spørreundersøkelsen. Den andre gangen ble den sendt en uke etter, som en påminnelse med samme informasjon, dette for å sikre flest mulig deltakere.

### 3.2.1 Datainnsamling – Spørreundersøkelse

Grunnlaget for datainnsamlingen var en spørreundersøkelse, denne ligger som vedlegg 3. Spørreundersøkelse er en metode for å systematisk få informasjon om et bestemt utvalg, dette kan være personer, bedrifter eller organisasjoner (Ringdal, 2013, s. 190).

Spørreundersøkelsen er en strukturert utspørring. Det betyr at spørreskjemaet har faste spørsmål og som oftest faste svaralternativer (Grønmo, 2016, s. 445). Spørsmålene presenteres systematisk hvor rekkefølgene på spørsmålene er fastsatt. Spørreundersøkelsen har spørsmål hvor svaralternativene er gitt på forhånd. De er derfor lukket, og vil bli registrert systematisk (Halvorsen, 2008, s. 141-142). Spørsmålene knyttes opp mot forskningsspørsmålet er avgrenset til 17 spørsmål med svaralternativer og 2 åpne spørsmål. Spørsmålene utformes slik at de som blir spurt forstår meningsinnholdet og er konkrete slik at de ikke skaper forvirring eller irritasjon for deltagerne (Dalland, 2017, s. 128). På enkelte spørsmål var det hensiktsmessig å bruke svaralternativet «Annet». Hvis dette svaralternativet ble benyttet, fikk respondentene mulighet til å begrunne dette med egen kommentar (Dalland, 2017, s. 129).

### 3.2.2 Utforming av spørreundersøkelsen

Canadian Practice Process Framework heretter refereres til som CPPF er en prosessramme for evidensbasert klientsentrert muliggjørelse (Craick, Davis og Polatajko, 2008, s. 321). Rammen gir en grafisk illustrasjon i utvekslinger og handlinger imellom ergoterapeut og bruker. CPPF-rammen er en prosess som skaper struktur og illustrerer handlingspunkter innenfor ergoterapeuters prosess i arbeidet mellom bruker og ergoterapeut. I utvikling av spørreundersøkelsen ble CPPF brukt til strukturering og oppbygning av spørsmålene. CPPF bygges på 8 trinn: inngang, klargjøre, undersøke, målsetninger, plan, implementere plan, holde øye med, modifisere, evaluere resultatet og utgang (Craick, Davis og Polatajko, 2008, s. 321-322).

På bakgrunn av funn fra tidligere forskning og relevans for ergoterapi ble CPPF brukt som inspirasjon for å formulere spørsmål som dekket trinnene i rehabiliteringsprosessen. Boken «Metode og oppgaveskriving» av Olav Dalland (2017) ble brukt til oppbygning og strukturering av spørreundersøkelsen (Dalland, 2017, s. 130-134).

### 3.3. Dataanalyse

Under den statistiske behandlingen ble det benyttet et nettbasert verktøy ved navn Survey Monkey som heretter refereres til som SM. Dette ble brukt til utvikling av spørreundersøkelsen og oppbevaring av data. Det nettbaserte verktøyet SM har gjort det mulig å oppbevare data, få rapporter som overføres til prosjektet og lage svarstatistikk. SM ble brukt til å konstruere og formidle spørreundersøkelsen (SurveyMonkey, 2018). De fleste variablene som kommer frem i spørreundersøkelsen er på ordinalnivå, fordi svarene kan rangordnes og graderes. Derfor kan data som kommer frem etter spørreundersøkelsen måles i prosentandel og settes opp i statistiske tabeller/diagrammer. Enkelte spørsmål settes opp på andre nivåer, for eksempel kjønn, som er på nominalnivå fordi enten er man mann eller kvinne, det kan derfor ikke klassifiseres (Dalland, 2017, s. 141-142).

Grønmo (2016) beskriver deskriptiv statistikk som en metode for å analysere kvantitativt datamateriale. Metoden innebærer å indentifisere, beskrive og karakterisere mønstre i datamaterialet som analyseres (Grønmo, 2016, s. 289). Før dette kan gjøres må datamaterialet organiseres og tilrettelegges. Datamatrikse kan utføres ved at det lages en tabell, i tabellen finnes det en enhet, og kolonner for hver variabel. I rutene i tabellen settes det inn tall som beskriver verdien hver enkelt enhet har på variablene, disse tallene blir kaldt koder. Det lages en kolonne for hver kode i variablene. I denne bacheloroppgaven skal det være en spørreundersøkelse der svarene allerede er gitt. Derfor kan kodene til variablene allerede være fastsatt. Et eksempel på dette kan være variabelen kjønn. Kvinne kode 1 og mann kode 2 (Grønmo, 2016, s. 291).

### 3.3.1 Analyse av åpne spørsmål

Åpne spørsmål blir beskrevet av Ringdal (2013) som en mulighet for respondentene til å fritt formulere svarene og komme med egne kommentarer (Ringdal, 2013, s. 200). Åpne spørsmål kan gi informasjon som kan analyseres på samme måte som kvalitativ data i form av tekstdata eller så kan svarene kodes ned til et mindre antall kategorier og analyseres som kvantitativ analyse (Ringdal, 2013, s. 202). Under analyseringen av de åpne spørsmålene ble det brukt en kvalitativ tilnærming. En meningsfortetting ble gjort ved at respondentenes uttalelser blir kortet ned til mindre formuleringer. Det vil si at lange uttalelser, gjenfortelles med få ord med det samme meningsinnholdet (Kvale *et al.*, 2015, s. 232). Dette gjøres ved at det først leses igjennom all tekst i svarene for å få et helhetsinntrykk av innholdet. Deretter velges meningsenheter, det er ord eller uttrykk som brukes oftest av respondentene, som videre fører til å velge de enhetene som uttrykkes som dominerende meningsenheter. Det neste trinnet er å undersøke meningsenheten i forhold til undersøkkelens bestemte formål. Det siste trinnet er å beskrive de viktigste emnene i undersøkelsen i et deskriptivt utsagn/begrep (Kvale *et al.*, 2015, s. 232).

### 3.3.2 Tabellanalyse

For å få en større og mer helhetlig oversikt ble det også laget en tabellanalyse, for å kunne utføre hypotesetesting og se sammenhengen mellom to eller flere variabler (Ringdal, 2013, s. 31). Hypoteser kan beskrives som påstander som omhandler virkeligheten (Ringdal, 2013, s. 493). Tabellanalysen ble laget etter spørreundersøkelsen var avsluttet og resultatene var innhentet. Tabellanalysen ble kodet opp i Microsoft Office programmet Excel. For å få en oversikt over mulige sammenhenger mellom variablene ble det laget en korrelasjonsmatrise for alle variabler som videre ble beregnet. Korrelasjon kan beskrives som sammenheng mellom variabler. Hvis denne korrelasjonen er lineær, vil det si at det er en sammenheng (Ringdal, 2013, s. 22). Videre ble det laget forenklete variabler, som vil si at variabler ble slått sammen og/eller ikke relevante svar ble utelukket (Ringdal, 2013, s. 31). Respondenter som ikke svarte på alle spørsmål ble strøket, i alt 5 respondenter. Det ble laget nye variabler, hvor disse ble de respondentene som registrerte «utfordringer» og antall utfordringer. Dette ble gjort på spørsmålet hvor respondentene kunne krysse av på forskjellige utfordringer som kunne være i en kommune. Kjikvadrat-test er en statistisk test for å beregne sammenheng mellom to eller flere variabler (Ringdal, 2013, s. 495). Kjikvadrat-test ble brukt for å teste sammenheng mellom «kommunestørrelse» og «antall utfordringer», «utdanningsår» og



«antall utfordringer», «hvilket fylke» og «størrelse på kommune», «utdanningsår» og «Hvilket fylke». Signifikansnivået i en hypotesetest uttrykker hvilken grad av sikkerhet man ønsker at en konklusjon om en sammenheng skal være akseptabel (Ringdal, 2013, s. 501). Her velges signifikansnivået 95%, som er det samme som å si at sannsynligheten for å feilaktig forkaste en nullhypotese bør være lik eller mindre enn 5% (Ringdal, 2013, s. 501). Det ble også utført T-test, for å kunne se gjennomsnitt mellom to utvalg. T-test gjøres for å teste forskjellen mellom to gjennomsnitt (Ringdal, 2013, s. 504). T-test ble utført på variablene «utdanningsår» og antall «registrerte utfordringer», «bruk av prosedyrer» og «størrelse på kommune», «hvilket fylke» og «antall registrerte utfordringer».

### 3.4 Validitet og reliabilitet

Sigmund Grønmo, (2016) beskriver validitet som en betegnelse på datamaterialets gyldighet slik at man kan belyse en problemstilling. Høy validitet kan betegnes som at spørreundersøkelsen og datainnsamlingene kan kobles opp mot problemstillingen. Det er et uttrykk for hvor godt datamateriale svarer til intensjonen med spørreundersøkelsen og datainnsamlingen (Grønmo, 2016, s. 447), som i dette tilfellet er svarene fra spørreundersøkelsen. Grønmo (2016) beskriver reliabilitet som datamaterialets pålitelighet. Med en høy reliabilitet menes det at undersøkelsen skal bli gjennomført på en nøyaktig måte. Det uttrykkes ved at man ville fått tilnærmet likt samme svar, ved at andre forskere hadde brukt den samme spørreundersøkelsen og ved ulike innsamlinger av datamaterialet ville fått tilnærmet samme svar (Grønmo, 2016, s. 444).

### 3.5 Litteratur og databaser

Databasene PubMed, CINAHL og MEDLINE ble brukt for å søke etter vitenskapelige artikler. Valg av disse databasene er på bakgrunn av veiledning, kurs og skrivekvelder fra biblioteket på NTNU Gjøvik. Det har også blitt søkt i fagblader i ergoterapi, COHERAN og Scandinavian Journal of Occupational Therapy. To av artiklene som er benyttet i denne oppgaven er hentet i fra PubMed. Søk og resultater ligger som vedlegg 1.

Alle artiklene er fagfellevurdert og kvalitetssikret.

Artiklen «*Assessment of clients with cognitive impairments: A survey of Norwegian occupational therapists in municipal practice*» av Linda Stigen, Evastina Björk, Anne Lund og Cvancarova Småstuen og «*The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments*» av Linda Stigen, Evastina Björk og Anne Lund ble brukt på bakgrunn av relevans og tips fra veileder.

Fra litteraturlisten til «*Assessment of clients with cognitive impairments: A survey of Norwegian occupational therapists in municipal practice*» ble artikkelen «*Occupational therapist practice patterns in relation to clients with cognitive impairments following acquired brain injury*» funnet. Etter samtale med veileder kom det frem at denne artikkelen var en del av Kajsa Holmquist's doktorgrad (PHD) som bygger på 4 artikler innenfor temaet. Derav ble PHD'en «*Occupational therapy practice for clients with cognitive impairments following acquired brain injury*» brukt. Artikkelen «*Occupational therapists' descriptions of their work with persons suffering from cognitive impairment following acquired brain injury*» er en del Kajsa Holmquist's PHD og ble brukt som fordypning innefor noen tema.

<b>Inklusjonskriterier- For søk på artikler</b>
Vitenskapelige artikler- Fagfellevurdert
Studier som omhandler fagområdet hjerneehelse.
Studier som omhandler kommunehelsetjenesten og rehabilitering
Studier publisert etter 2005 – Som er norsk, svensk, dansk eller engelskspråklig.
Studier som omhandler ergoterapeutisk perspektiv

(Dalland, 2017, s. 211).

### 3.6 Forskningsetiske overveielser

Informasjon om spørreundersøkelsen ble gitt til alle som deltok ved bruk av et informasjonsskriv. I dette skrivet ble det informert om at det er frivillig å delta, deltagere kan når som helst trekke sitt samtykke og at alle opplysninger blir anonymisert (Dalland, 2017, s. 134).

Det kan oppstå potensielle utfordringer ved å anvende en spørreundersøkelse som sendes ut til alle ergoterapeuter i regionen. Det ble i spørreundersøkelsen stilt krav til at de som svarer på undersøkelsen jobber som ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. En risikofaktor her er at ergoterapeuter som ikke jobber i kommunehelsetjenesten velger å svare på undersøkelsen for å være med å gjøre en «forskjell». En annen utfordring kan være ergoterapeuter som føler seg utsatt på grunn av manglende kompetanse innen feltet eller utfordringer med praksisen i kommunen de jobber i. Her kan ergoterapeuten velge å ikke svare, svare upålitelig eller useriøst. Dette vil i større eller mindre grad kunne gå ut over studiens reliabilitet (Grønmo, 2016, s. 209).

Prosjektet er ikke meldepliktig til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Et prosjekt er meldepliktig dersom personopplysninger blir behandlet. Spørreundersøkelsen skal utelukkende registrere anonyme opplysninger. Datamaterialet består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere de personene som deltar (Dalland, 2017, s. 237). I punkt 3 i vilkår for bruk av SM står det at *«Du beholder eierskap av innholdet ditt. Du beholder materielle rettigheter til innholdet ditt. SM påstår ikke eierskap over noe av innholdet ditt. Disse vilkårene gir oss ikke noen lisenser eller rettigheter til innholdet ditt, med unntak av de begrensede rettighetene som trengs for at vi skal levere tjenestene, og som ellers er beskrevet i disse vilkårene»* (SurveyMonkey, 2018). På bakgrunn av dette kan diagrammer og all informasjon utarbeidet i SM anvendes i bacheloroppgaven uten spesielle rettigheter eller kildehenvisning.

## 4.0 Resultat

Resultatene fra spørreundersøkelsen er presentert under. Til sammen var det i alt 920 personer som hadde mulighet til å svare på spørreundersøkelsen, da er det lagt sammen antall medlemmer på de sosiale gruppene på Facebook og antall utsendte eposter. Det var gitt mulighet til å videresende eposten til andre relevante deltagere, derfor er det ikke mulig å regne ut bruttoutvalget (Grønmo, 2016, s. 208). Spørreundersøkelsen var åpen fra 16/03/2018 til 30/03/2018. Det var 75 personer som deltok, og 70 som svarte på alle spørsmålene i spørreundersøkelsen.

### 4.0.1 Empiriske funn - Deskriptiv statistikk

Funnene baseres på respondentenes svar i både åpne og lukkede spørsmål. Under spørsmål hvor det står flervalgsspørsmål, var det mulig for respondentene og velge flere svaralternativ. N= Blir brukt under empirisk funn som antall respondenter som har svart på spørsmålet.

## 4.1 Respondentenes bakgrunnsopplysninger

Det ble registrert totalt 75 svar. Det var 72 kvinner og 3 menn som svarte på undersøkelsen. Alle 75 av respondentene jobbet i kommunen.

**Tabell 1:** Tabellen viser hvilken periode respondentene utdannet seg.

<b>Utdanningsår?</b>	<b>n=75</b>
1980-1989	14
1990-1999	8
2000-2009	29
2010-2017	24

**Tabell 2:** Tabellen viser størrelsen på kommunen ut ifra antall innbyggere i kommunen hvor respondentene jobbet.

<b>Størrelse på kommune?</b>	<b>N=75</b>
Stor (Over 20 000 innbyggere)	18
Mellom (5000-2000 innbyggere)	32
Liten (under 5000 innbyggere)	25

**Tabell 3:** Tabellen viser antall ergoterapeuter ansatt i respondentens kommune.

<b>Hvor mange ergoterapeuter er ansatt i kommunen?</b>	<b>N=75</b>
1 ergoterapeut	20
2 ergoterapeuter	17
3 ergoterapeuter	8
4 ergoterapeuter	5
Annet	25
Annet svarene gikk fra 6 til 20 ergoterapeuter i kommunen. To svarte 0 ergoterapeuter, andre nevnte 50% stillinger og ergoterapeutstillinger i sykehus eller innenfor andre avdelinger eller områder. I tillegg til dette ble det gitt 3 tilbakemeldinger via epost om at det ikke var ergoterapitjeneste i kommunen.	

**Tabell 4:** Tabellen viser hvilket fylke respondenten var ansatt i.

<b>Hvilket fylke er du ansatt i?</b>	<b>N=75</b>
Oppland	31
Hedmark	25
Buskerud	13
Annet	(6)
-Hordaland	3
-Trøndelag	3

## 4.2 Påstander

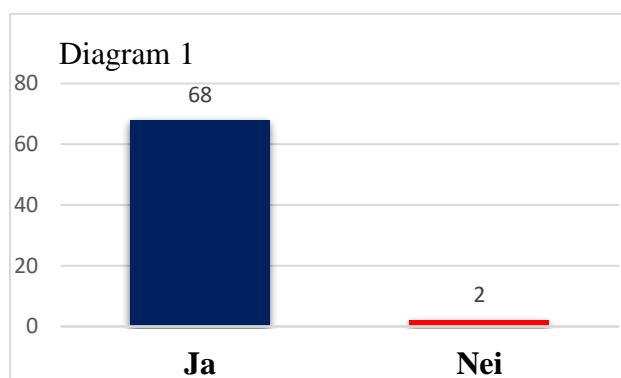
**Tabell 5:** Tabellen viser ulike påstander. Respondentene fikk mulighet til å gradere svarene fra stor grad via i noen grad og i liten grad til svært liten grad. Respondentene kunne også svare vet ikke.

Påstand	Stor grad	I noen grad	I liten grad	Svært liten grad	Vet ikke
Påstand 1: Du får den informasjonen du trenger fra sykehuset for å igangsette intervensjoner N=74	15	45	10	3	1
Påstand 2: Kommunen har faste prosedyrer for arbeid med personer som har hatt hjerneslag N=73	6	42	15	3	7
Påstand 3: Kommunen har god oppfølging av personer som har hatt hjerneslag N=73	25	39	6	0	4

## 4.3 Spørsmål

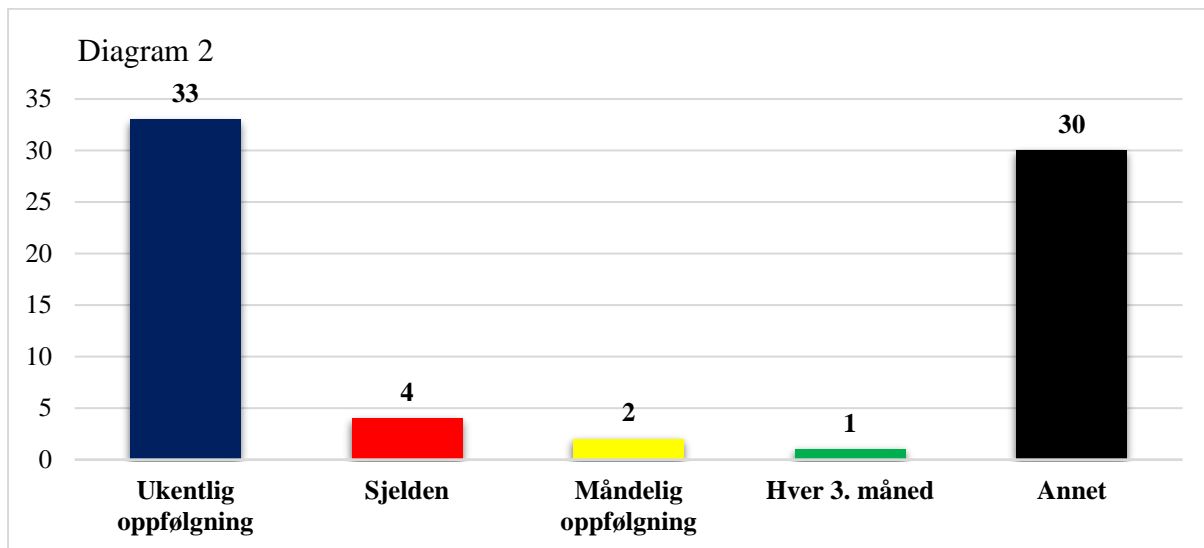
Svarstatistikken på spørsmålene blir illustrert ved bruk av diagrammer. Det blir visst spørsmål, svaralternativ og antall fordelte svar. Under diagrammene blir det presentert svarene som kom frem under alternativet «annet».

**Jobber du tverrfaglig med rehabilitering av personer som har hatt hjerneslag i kommunen? N=70**



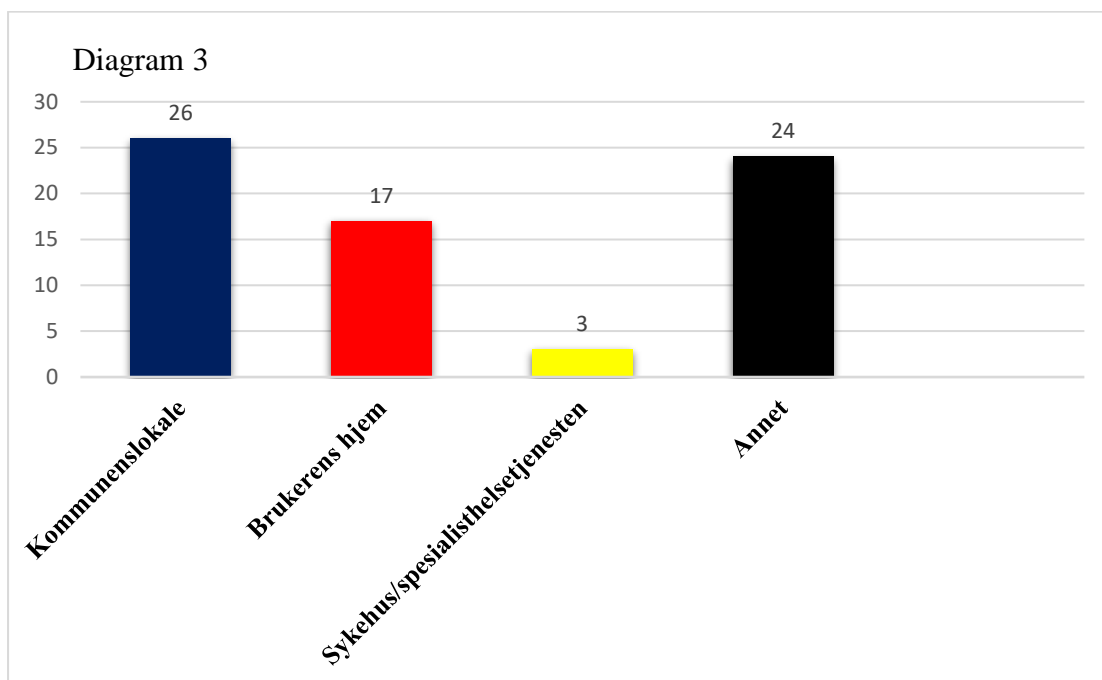
## Hvor ofte får personer som har hatt hjerneslag oppfølging av deg som ergoterapeut?

N=70.



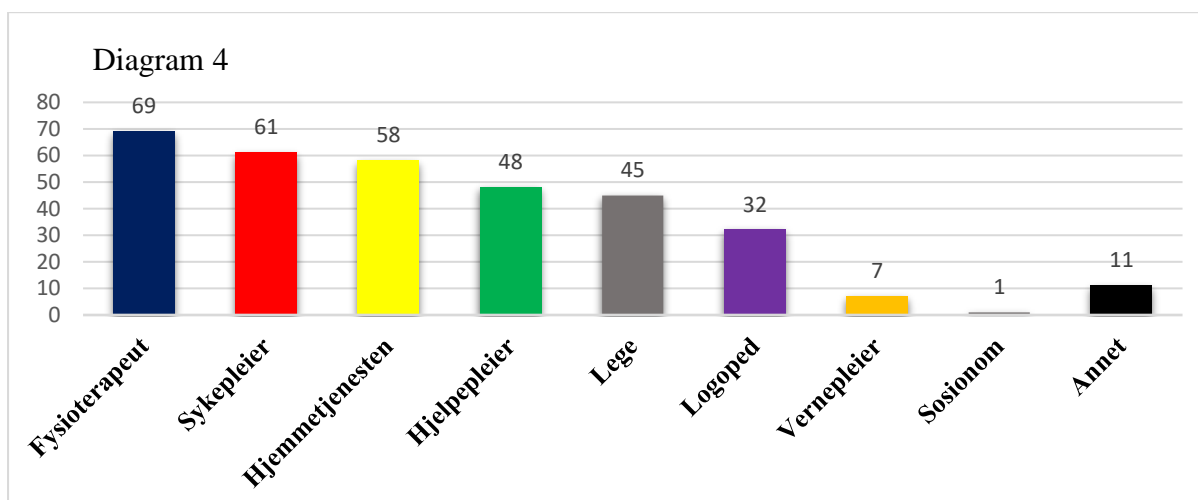
Av de 30 respondentene som har svart annet er det i alt 16 svar som referere til at de har ukentlig oppfølging i startfasen når de kommer fra sykehus men at det blir sjeldnere etter hvert. «Ofte intensivt i starten. veldig avhengig av behovet», «Brukere som er på korttidsopphold på sykehjem får ukentlig, ellers er det sjelden hos de som har kommet hjem». De skriver at det derfor blir mer etter behov eller oppfølging av hjelpemiddel. De gjenstående svarene omhandler at det avhenger av behov, utfall eller hvor brukeren oppholder seg under rehabiliteringsperioden.

### Første møte med bruker skjer i? N=70.



Under svaralternativet «annet» har 24 svart. Det er 9 som svarer at det både kan skje i brukerens hjem eller ved rehabiliteringsavdeling på sykehus. Det er 7 som skriver at første møte med bruker kan skje ved alle svaralternativene. 5 av respondentene skriver at første møte skjer enten i brukerens hjem eller ved korttidsavdeling i kommunen.

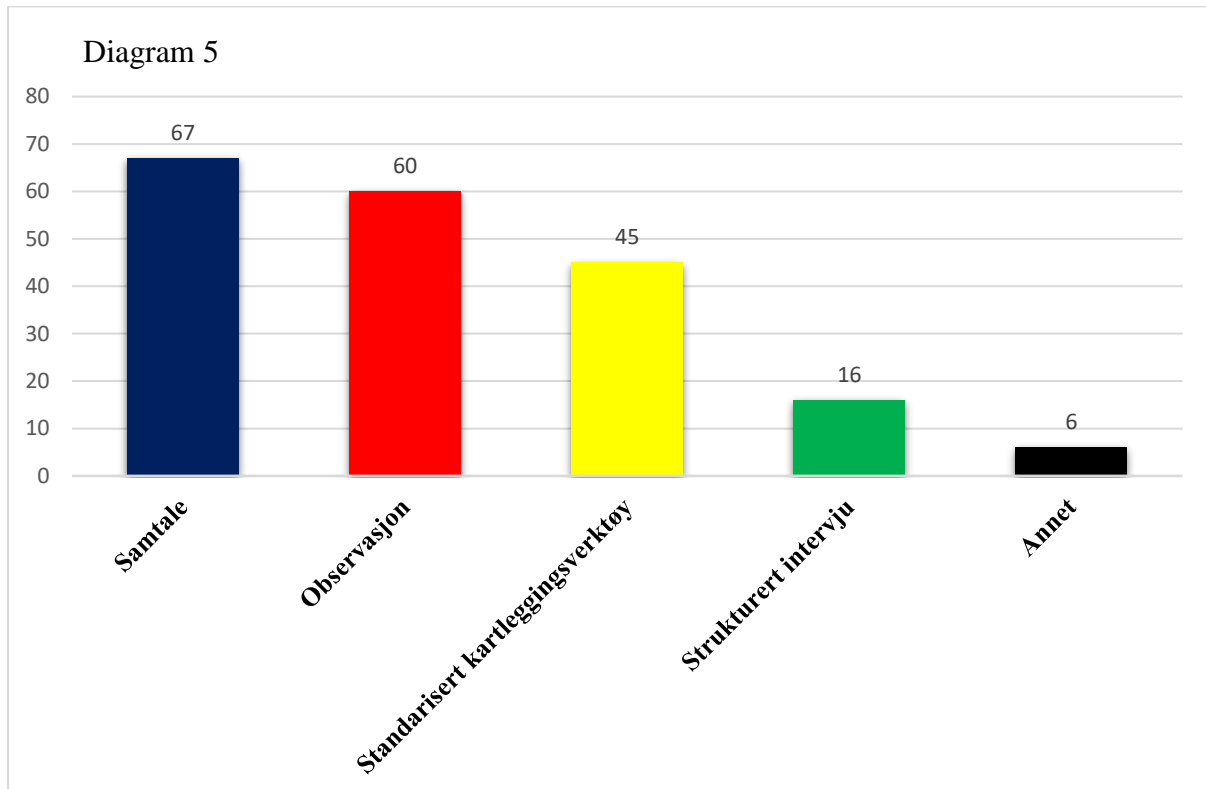
### Hvilke faggrupper samarbeider du med i behandling av personer som har hatt hjerneslag? N=69. (Flervalgsspørsmål)





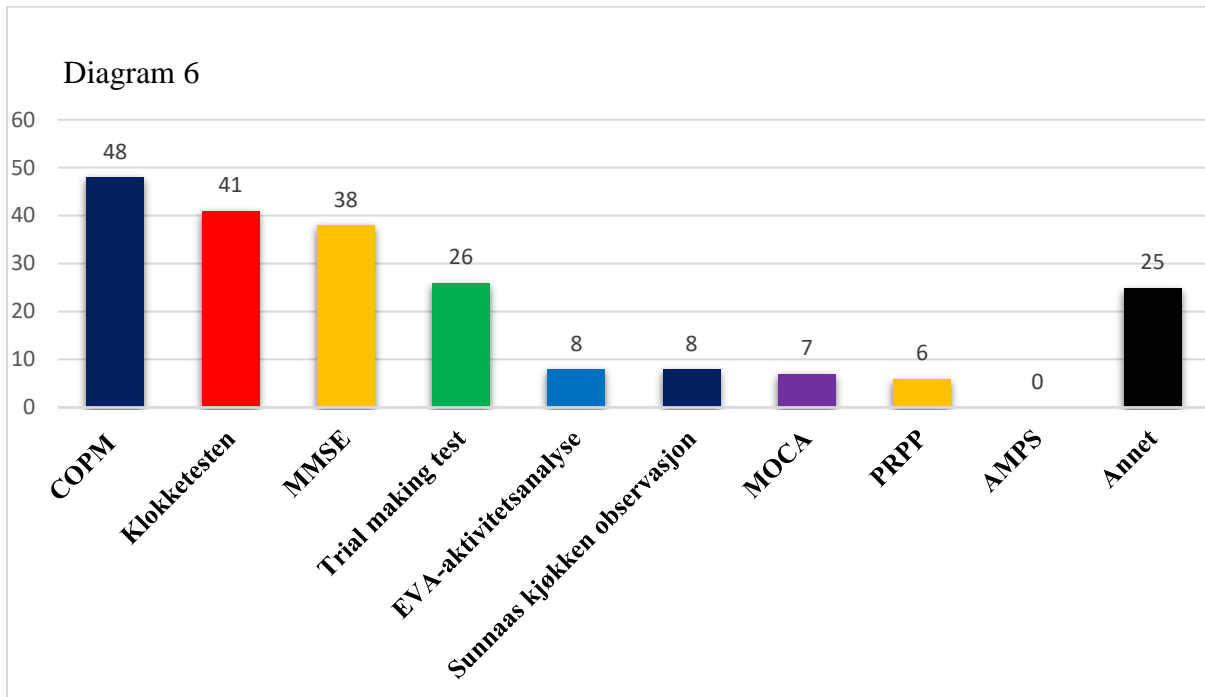
Under de 11 respondentene som svarte annet kom det frem at det var vaktmester og aktivitør som ble nevnt mest (aktivitør 3 og vaktmester 2). Andre områder som ble nevnt var samarbeidspartnere i hjelpemiddelsentral og synspedagog.

**Hvilken metode benyttes i kartlegging av personer som har hatt hjerneslag? N=70.  
(Flervalgsspørsmål)**



Under svaralternativet annet svarte 6 respondenter. Det var to respondenter som svarte at kartleggingen skjedde i et samarbeidsmøte med fysioterapeut og/eller sykepleier. To respondenters svar tilsier at de bruker aktivitet som kartleggingsmetode. En respondent sier at det brukes observasjon og samtale og en respondent sier at det avhenger av hvilken informasjon som foreligger fra sykehus eller hvordan utfallet er.

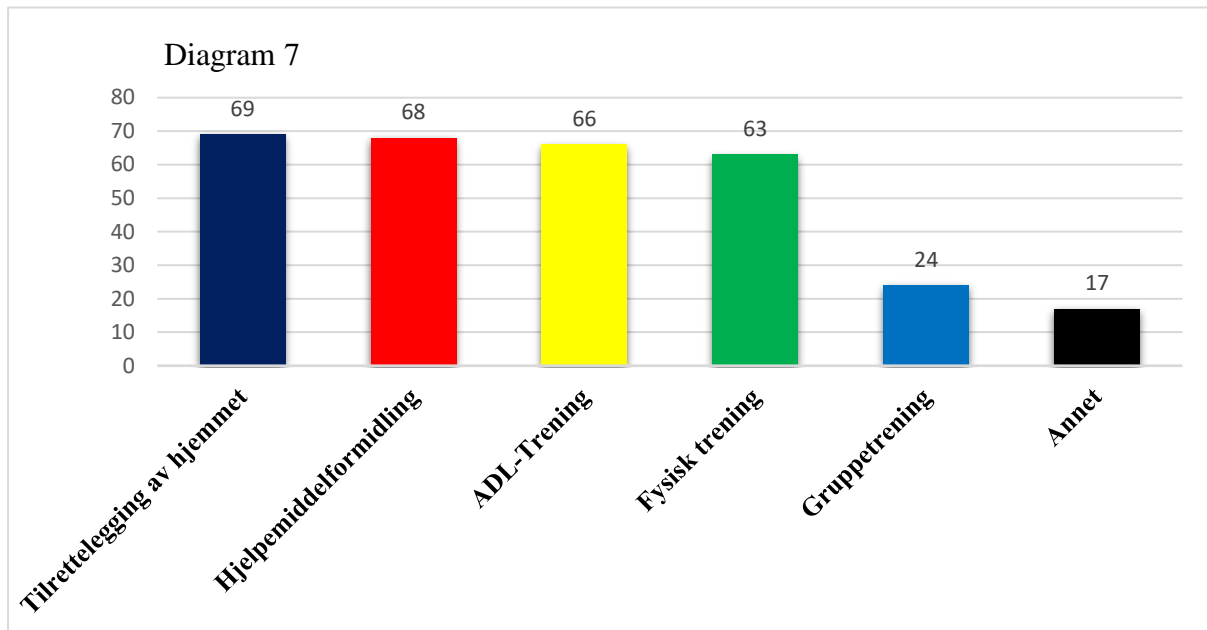
### Hvilke kartleggingsverktøy brukes oftest? N=70. (Flervalgsspørsmål)



På svaralternativet annet svarte 25 respondenter. Det var 6 respondenter som svarte at det var lite kartlegging fordi pasientene allerede var kartlagt på sykehus og at det derfor var stor variasjon. Tre av respondentene svarte ADL-kartleggingsverktøy og tre andre respondenter svarte observasjon i aktivitet. Det var også tre som svarte at det ikke var noen standardisert kartlegging. Disse kartleggingsverktøyene ble bare nevnt en gang av en person hver, Sunnas ADL-index, BIT-amster grid og Barthel index.

## Hvilke tilbud har kommunen til personer som har hatt hjerneslag? N=70

(Flervalgsspørsmål)



Under svaralternativet annet svarte 17 respondenter. Hvorav 4 av disse svarte logoped, 3 kognitiv trening, 3 hverdagsrehabilitering, 1 synstrening, 1 håndtrening og 1 rehabiliteringsopphold i institusjon. Det var 6 respondenter som svarte at det var gruppeaktivitetstilbud i kommunen som PMH kunne delta i, men at gruppetreningen ikke var rettet spesifikt mot PMH.

**Hvilke av disse påstander er for deg de største utfordringene ved å jobbe med personer som har hatt hjerneslag? N=70 (Flervalgsspørsmål)**

**Tabell 6:** På grunn av lange svaralternativ blir resultatet fra dette spørsmålet presentert i en tabell.

<b>Utfordringer</b>	<b>N=70</b>	
Det er for lite tid til å arbeide med personer som har hatt er hjerneslag	50%	35
Det er for lite ressurser til å arbeide med personer som har hatt et hjerneslag	47%	33
Manglende tverrfaglig samarbeid	23%	16
For mye fokus på hjelpemidler og tilrettelegging	23%	16
Lang ventetid på hjelpemidler	17%	12
Lang venteliste på ergoterapi	17%	12
Manglende kompetanse om kartlegging av personer med hjerneslag	14%	10
Manglende kompetanse om intervensjoner for personer med hjerneslag	13%	9
Manglende muligheter for opptrening	6%	4
Annet	27%	19

Det var 19 respondenter som svarte annet. Det er 4 som skriver at PMH er en stor prioritet i kommunen, men at det kan være en utfordring med lite tid og ressurser. Svarene var veldig forskjellig og individuelle. Det nevnes at på grunn av lite ressurser må det prioriteres hjelpemidler og boligtilpassing istedenfor trening. Det rapporteres for lite tid til trening, mangel på satsing i kommunen på ergoterapi, mangel på utstyr, manglende overordnede koordinering, manglende logoped i kommunen og lite systematiske tilbud for PMH. Det nevnes også at det er for lite fokus på kunnskap om psykiske ettervirkninger av hjerneslag. En respondent skriver at det er vanskelig å få i gang tverrfaglig samarbeid og at man blir alene som ergoterapeut. En annen nevner at pasienter ønsker annet tilbud enn det som kan tilbys i kommunen, spesielt håndtrening.

#### 4.4 Resultater fra tabellanalyse/hypotesetesting

Variablene det ble funnet statistisk signifikante likheter i var:

- Størrelse på kommune og utfordringer ved å jobbe med PMH.
- Høyere bruk av fagprosedyrer i større kommuner enn i mindre kommuner.
- Større utfordring med manglende kompetanse i intervensjoner i små kommuner enn i store kommuner.
- Større utfordring med manglende kompetanse om kartlegging i små kommuner enn i store kommuner.
- Høyere grad av venteliste i store kommuner enn i små kommuner.

På bakgrunn av dette kan man si at utfordringer med kompetanse reduseres etter økt størrelse på kommunen og at utfordring med venteliste på ergoterapi gradvis øker med størrelse på kommune, og andel respondenter som rapporterer utfordring med «for lite tid» øker statistisk signifikant med kommunestørrelse.

De som har lengst erfaring beskriver markant mindre utfordringer enn de som har mindre erfaring. Senere utdanningsår rapporterer flere utfordringer i gjennomsnitt. Det er statistisk signifikant økning (positiv sammenheng) imellom utdanningsår og rapportering av antall utfordringer. Det ble også sett på om det var noe sammenheng mellom respondentenes utdanningsår og størrelsen på kommunen de jobber i, det var ingen sammenheng. Derfor er det utdanningsår og kommunestørrelse hver for seg som har betydning for antall utfordringer de rapporterer.

Det kan se ut som at andelen som er utdannet senest benytter mer kartlegging enn de som er tidligst utdannet, statistikken tilsier også at det kan være en tilfeldighet med tanke på utvalget.

## 4.5 Åpne spørsmål

**Spørsmål: Hvis du kunne se bort fra tid og rammer – hvilke intervensjoner skulle du ønske du kunne jobbet med? N=52.**

Meningsfortetningen viser at 17 respondenter nevner P-ADL, ADL-trening eller ADL. Kognisjon eller kognitiv trening er det 12 av respondentene som nevner. Det er 13 som nevner trening. Dette innebærer trening av kognisjon, håndtrening og praktisk trening. De aller fleste gangene det blir nevnt trening omhandler det ADL-trening eller håndtrening. Andre emner som blir nevnt: Prioritere mer tid på trening og aktivitet, veiledning og oppfølging i forhold til kognitive utfordringer. Møte med spesialisthelsetjenesten før utskrivning og tidlig inn å kartlegge tverrfaglig. Utvikle felles mål og plan for bruker. Langvarig oppfølging, trening med splint/speilterapi og ønske om å arbeide med bildeterapi. Tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten for en bedre overgang til kommunehelsetjenesten. Intensiv daglig trening med bruk av daglige aktiviteter (spesielt fokus på arm/hånd- og kognisjons trening), rehabiliteringsteam og hverdagsrehabilitering.

*«Tidlig intervensjon, få informasjon om brukeren tidligere fra sykehus. Daglig oppfølging de første 6 månedene etter slaget»*

**Helt til slutt; har du noe du vil tilføye som ikke har kommet frem gjennom spørreskjemaet? N=25.**

Det var 11 av svarene som ikke var relevant å ta med fordi de kun var svart med «Punktum» eller «nei». Det var i alt 4 svar som omhandler at PMH er svært forskjellige og derfor er det vanskelig med et bestemt pakkeforløp. Brukerne behandles ut ifra hvilket behov de har, men tid og ressurser kan være en utfordring da det er få ergoterapeuter i kommunen. Tre svar er at de synes det er vanskelig å behandle alle PMH likt, da det spesielt er stor variasjon mellom eldre og yngre, men at det i hovedsak er avhengig av alvorlighetsgraden av utfallet. Det er to svar som omhandler at det er ønskelig med mer ergoterapi og at de gleder seg til det skal bli lovpålagt med ergoterapeut i kommunen i 2020. To respondenter ønsker konkrete føringer av tilbud/tiltak i kommunehelsetjenesten, hvor det bør være tilbud til PMH med kognitive vansker, synsvansker og oppfølging i senfasen. Andre tema som nevnes er feil holdninger til faget og at det lett kan bli knyttet til hjelpemidler og kompensierende tiltak. Ergoterapifaget er bredt, og kunnskapsnivået til ergoterapeuter er mangfoldig.

Ergoterapifaget er viktig og bør utvikles på systemnivå. Ønske om en samkjørt tverrfaglig tilnærming med kartlegging av brukerens ønsker og behov for PMH.

«Vi ser fram til at kommunen må ta stilling til egen ergoterapeut innen 2020 vi ønsker oss konkrete føringer på tilbud/tiltak som skal være i kommunale helsetjeneste»

«Oppfølging av pasienter med lite/ingen fysiske utfall er mangelfull. Blir sendt rett hjem uten oppfølging. Kognitive vansker blir ofte ikke avdekket før etter hjemreise. Liggetid på sykehus er kanskje bare en natt. Bør få tilbud om gruppetilbud/kurs om kognitive problemer etter hjemkomst/evt etter litt tid».

<b>Eksempel på meningsfortetning av uttalelsene</b>			
<b>Originalt utsagn</b>	<b>Forkortet utsagn</b>	<b>Meningsenhet</b>	<b>Tema</b>
Primær og sekundær ADL, kognitiv funksjon, synsutfall og andre synsvansker, mestring av andre aktiviteter, daglige gjøremål i forhold til jobb, skole, sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter som er viktig for pasienten.	Primær og sekundær ADL. Kognitiv, synsvansker, mestring av daglige aktiviteter. Aktiviteter som er viktig for pasienten.	I og P ADL. Kognitiv trening Synsvansker Mestring av daglig aktivitet Daglige aktiviteter.	ADL-trening Kognitiv trening Synsvansker
Mer PADL/ADL, håndtrening. Kognitive utfordringer	I og P-ADL Håndtrening Kognisjon	I og P-ADL Kognitiv trening Håndtrening	ADL-trening Kognitiv trening Håndtrening
Trening rettet mot kognisjon for å muliggjøre mer aktivitet og deltagelse. Ofte blir denne gruppen isolert. Særlig de yngre	Kognitiv trening. Muliggjørelse Aktivitet og deltagelse. Isolert brukergruppe, særlig yngre	Kognitiv trening. Aktivitet og deltagelse. Muliggjørelse. Yngre brukergruppe Isolert	Kognitiv trening. ADL-Trening

## 5.0 Diskusjon

Hensikten med bacheloroppgaven var å finne ut hvordan ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten jobber med PMH. Interessante områder som det var ønskelig å få svar på var: informasjon fra sykehuset om PMH, prosedyrer, kartlegging, intervensjoner, tilbud i kommunen og utfordringer ergoterapeuter hadde i arbeidet med PMH.

Diskusjonen deles opp i 4 deler: «Informasjon, oppfølging og prosedyrer», «Kartlegging og metode», «Rapporterte utfordringer» og «Intervensjon i praksis» som diskuteres opp mot offentlige utfordringer og tidligere forskning i tråd med aktivitetsvitenskap og occupational justice. Helt til slutt kommer «Metodekritikk» hvor metoden for bacheloroppgaven evalueres.

### 5.1 Informasjon, oppfølging, prosedyrer

Resultatene (Tabell 5) viser at informasjonen respondentene får fra sykehuset om PMH er tilstrekkelig, selv om noen av respondentene opplever det som en utfordring. Dette kan sees i sammenheng med det som står i Statusrapport hjernehelse (Eldøen, Gjerstad og Huseby, 2017). Etter endt rehabilitering kan det være forskjeller på hva sykehusene mener er viktig oppfølging og hva hver enkelt kommunene har mulighet til å tilby (s. 60). På spørsmål om tid og rammer skriver en respondent «*Tidlig intervensjon, få informasjon om brukeren tidligere fra sykehus. Daglig oppfølging de første 6 månedene etter slaget*». Dette samsvarer med det helsedirektoratet skriver (Helsedirektoratet, 2017), at ved utskrivning fra sykehus bør alle pasientrelatert data være mottatt av rehabiliteringspersonalet i kommunehelsetjenesten for å få satt i gang tiltak så raskt som mulig (s. 148).

Resultatene (Diagram 1) viser at kommunene følger faste prosedyrer med tanke på oppfølging og tverrfaglig samarbeid, men samtidig er det en betydelig andel som rapporterer mangler og utfordringer i sin praksis. På en annen side viser tabellanalysen at bruk av faste prosedyrer hos PMH er signifikant høyere i store kommuner. Her kan det diskuteres om store kommuner har en større organisasjon med flere ledd som gjør det desto viktigere å ha gode prosedyrer på tvers av fagfeltene. En innvirkning kan være at forskjellen på antall ansatte i store og små kommuner ikke er proporsjonalt til befolkningstallet i kommunene.



I mindre kommuner hvor det er færre ansatte og kanskje færre faggrupper kan det være mindre å holde styr på, derav mindre behov for faste prosedyrer. På en annen side kan det være en sannsynlighet at mindre kommuner får tilstrekkelig informasjon, men ikke får satt i gang tidlig intervensjon på grunn av mangel på faste fagprosedyrer. Helsedirektoratet skriver (Helsedirektoratet, 2017) at tidlig støttet utskrivning fra sykehus er et tiltak som anbefales for slagrammede med mild til moderat funksjonssvikt. Det betyr at pasienten skrives ut fra sykehuset direkte til hjemmet. Da er det en forutsetning at det er god dialog mellom spesialist- helse- og omsorgstjenestene i kommunene (Helsedirektoratet, 2017, s. 149-150). Små kommuner med svak økonomi eller mangel i form av fagkompetanse, kan dermed oppleve utfordringer med å møte kravene til tiltaket. Hvis kommunen ikke møter kravene kan resultatet bli at PMH skrives ut for tidlig fra sykehuset (ibid.). På en annen side står det i Statusrapport Hjerne helse (Eldøen, Gjerstad og Huseby, 2017) at store kommuner med god økonomi bruker mindre penger på helse,- og omsorgstjenester enn små kommuner med dårligere økonomi (s. 106-107).

Resultatene viser at store kommuner har «lange ventelister på ergoterapi» og «for lite tid», i forhold til små kommuner. Dette kan dermed tyde på at de store kommunene har ineffektive prosedyrer som ikke får ned tidspresset eller ventelistene. Resultatene sett i sammenheng med at Norges geografi og befolkningstetthet varierer (Helsedirektoratet, 2017, s. 147), samtidig som det er ulikheter i organiseringene av helsetjenestene. Det er derfor viktig å tilpasse organisering av rehabilitering av PMH etter lokale forhold. Like viktig er det at innhold og kvalitet på de enkelte elementene må være i samsvar med kunnskapsbaserte retningslinjer (ibid.).

Funnene fra tabellanalysen viser at det eksisterer utfordringer med kompetanse og at den reduseres etter økt størrelse på kommunen. Utfordringer med venteliste på ergoterapi øker gradvis med størrelsen på kommunen og andelen respondenter som rapporterer utfordring med «for lite tid» øker statistisk signifikant med kommunestørrelse. Dette kan diskuteres opp mot det Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2017) skriver, rehabilitering av PMH involverer mange aktører og ulike faggrupper.

For å sikre effektiv ressursbruk bør organisering av rehabiliteringstilbudet være optimalt i de ulike fasene av rehabiliteringen for den enkelte bruker (s. 147). Grunnen til at dette kan diskuteres er at mangel på tid, ressurser og venteliste burde ikke være argumenter for at brukeren ikke får optimalt rehabiliteringstilbud.

I loven om pasient- og brukerrettigheter heter det at: «*Pasient og bruker har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven...*» (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2017, Kapittel 2). Occupational justice teorien presiserer at mennesker som aktivitetsvesen, i samfunnsmessig sammenheng har rett til å opprettholde kapasiteten til å utføre meningsfulle aktiviteter for å sikre god helse og livskvalitet (Enemark Larsen og Morville, 2017, s. 196). Sammenhengen mellom loven, occupational justice og det helsedirektoratet skriver burde være en forutsetning for at brukeren selv skal få ta del i rehabiliteringen. Dette for å sikre hensiktsmessig intervensjon i forhold til brukerens ønsker og krav til aktivitet og deltagelse. Dette kan forklares ved bruk av begrepet autonomi, som betyr selvbestemmelse og retten man har til å ta beslutninger om sitt eget liv (Alsaker, Grødem Johnson og Hjelle, 2014, s. 81).

Det kommer frem at respondentene prioriterer ukentlig oppfølging den første tiden etter PMH kommer hjem fra sykehus. I resultatet (Diagram 2) var det 16 respondenter som refererte til at de har ukentlig oppfølging i startfasen når brukerne kommer fra sykehuset, men det ble mindre oppfølging etter hvert. I rapporten «Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet» (Andreassen *et al.*, 2012) står det at PMH som mottar godt planlagt og koordinert oppfølging i hjemmet av et tverrfaglig team etter de er utskrevet fra sykehus, reduserer risikoen for død eller behov for opphold på institusjon (s. 32). På spørsmål om oppfølging valgte 30 respondenter å svare med fritekst på annet. En respondent skriver «*Ofte intensivt i starten. veldig avhengig av behovet*» og en annen, «*Brukere som er på korttidsopphold på sykehjem får ukentlig, ellers er det sjelden hos de som har kommet hjem*». utfordringer med dette kan være at brukere blir nedprioritert etter oppfølgingen i startfasen og da kan fokus på hjelpemidler og tilrettelegging i hjemmet blir prioritert ovenfor kognitiv trening og ADL-trening.

På en annen side viser resultatene at PMH får god oppfølging i startfasen, noe som kan være med på hindre reinnleggelse på sykehus. Forskning skriver at personer som mottar terapi de første 30 dagene etter at de er utskrevet fra sykehus har mindre sjanse for å bli reinnlagt, igjen, i løpet av de påfølgende 30 dagene (Freburger, Li og Fraher, 2018).

Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009) skriver at kommunene bør ha mer ansvar og at det er en ambisjon om at kommunehelsetjenesten skal sørge for et helhetlig tilbud. Det vil si tidlig diagnostikk, tidlig intervensjon, oppfølging og behandling for å sikre et helhetlig pasientforløp (s. 26). Ut ifra tabellanalysen er det statistisk signifikant høyere bruk av fagprosedyrer i større kommuner enn i mindre kommuner, men det var også signifikant høyere grad av venteliste i store kommuner. Det var statistisk signifikant større utfordring med manglende kompetanse i intervensjoner og kartlegging i små kommuner enn i store kommuner. Utfordringer med kompetanse reduseres etter økt størrelse på kommunen, og ventelister på ergoterapi gradvis øker med størrelse på kommunen. Dette kan så diskuteres opp imot ambisjonen om tidlig intervensjon. Oppfølging og behandling for å sikre et helhetlig pasientforløp i kommunene bør være et mål for fremtiden, fordi resultatene viser at det fortsatt eksisterer utfordringer med kompetanse, intervensjoner, lange ventelister og forskjeller i bruk av fagprosedyrer.

## 5.2 Kartlegging og metode

Det kommer frem i resultatet at de fleste respondentene bruker samtale og observasjon som metode for PMH (Diagram 5). Det vil si ikke-standardisert evaluering i form av uformelle intervjuer og ustrukturerte observasjoner. Dette kommer frem i resultatet og kan underbygges av tidligere forskning (Stigen *et al.*, 2017). Selv om respondentene svarer at de bruker samtale og observasjon som metode, er det de standardiserte kartleggingsverktøyene MMSE og Klokketest som er blant de mest brukte verktøyene. Ut ifra tidligere forskning kan det stilles spørsmål ved at disse kartleggingsverktøyene er neuropsykologiske verktøy som ikke er utviklet for ergoterapifeltet og egner seg best i kartlegging av for eksempel utredning av demens. Det kan da vurderes hvor nyttig de er i kartlegging av PMH (Holmqvist, Ivarsson og Holmefur, 2012, s. 23; Stigen *et al.*, 2017). Endringer i Norges demografi fremover kan være en del av årsaken til at MMSE og Klokketest er så mye brukt av ergoterapeuter (Stigen, Bjørk og Lund, 2018).

Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008-2009) beskriver at forberedelser på eldrebølgen har de siste årene resultert i økt fokus på eldreomsorg og demens i helsevesenet (s. 43). Dette kan ha en sammenheng med at kartleggingsverktøy som MMSE og Klokketest blitt lett tilgjengelig for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Resultatene om kartleggingsmetode og kartleggingsverktøy samsvarer i stor grad med tidligere forskning (Stigen *et al.*, 2017), derav kan det være utfordrende å diskutere, men det styrker validiteten på denne bacheloroppgaven.

Det er store variasjoner på hvor respondentene gjør det første møte med PMH, men ifølge resultatet (Diagram 3) skjer det som oftest i kommunenes lokale eller i brukerens hjem. Helsedirektoratet skriver (Helsedirektoratet, 2017) at hjemmet bør være en foretrukket arena for rehabilitering (s. 33-34). Forskning beskriver derimot at det kan oppstå tids- ressurs- og organisasjonelle utfordringer rundt det å gjøre kartlegging og intervensjon i hjemmet til brukeren (Holmqvist, Kamwendo og Ivarsson, 2009). Flere respondenter gir tilbakemelding på at de ikke kartlegger PMH, og det begrunner de med at brukeren ble kartlagt på sykehuset før hjemreise. Det kan diskuteres både fordeler og ulemper ved å gjøre kartlegging på institusjon (kommunens lokaler). Studier skriver at kommunens lokaler kan oppfattes som trygge og tilrettelagte for utførelse av aktiviteter som er utfordrende å gjøre i brukerens hjem (Holmqvist, Kamwendo og Ivarsson, 2009). På en annen side kan kommunens lokaler være for godt tilpasset for en bruker med et lettere tap av kognisjon. I tillegg kan det være utfordrende for brukeren å generalisere utførelse av aktiviteter på kryss av kommunens lokaler og hjemmemiljøet (Holmqvist, Kamwendo og Ivarsson, 2009). Amerikansk forskning skriver at bruk av aktivitetsbasert intervensjon i hjemmet med fokus på ADL, etter utskrivning fra sykehus øker ADL-utførelsen hos PMH (Wolf *et al.*, 2015). En økt evne til å utføre ADL-aktiviteter kan bidra til positive endringer for livskvaliteten til PMH (Holmqvist, Ivarsson og Holmefur, 2012). Dette kan trekkes opp mot aktivitetsvitenskapens holistiske (helhetlig) tilnærming til helse som oppfatter helse som både fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner. Det handler om å sikre menneskers livskvalitet og velvære gjennom meningsfull aktivitet og deltagelse ved å legge til rette for menneskets potensiale for forandring og utvikling. Muligheten til å leve sitt eget liv ut ifra egne handlinger kan være med å gi mennesker en følelse av hverdagsmestring og tilhørighet i samfunnet (Jessen-Winge og Lindahl-Jacobsen, 2017, s. 62-63). Med tanke på de demografiske endringene i Norge (St.meld. 47, 2008-2009, s. 43) er det en forutsetning å sikre at PMH skal kunne bo hjemme så lenge som mulig (Helsedirektoratet, 2017, s. 20).

Da er det viktig å bruke hjemmet som kontekst i kartlegging, siden det er der PMH utfører ADL på daglig basis (Stigen, Bjørk og Lund, 2018).

I resultatene var det en høy svarprosent som svarte observasjon som metode i kartlegging av PMH. På spørsmålet om hvilke kartleggingsverktøy som brukes oftest, var det veldig lav svarprosent på de kartleggingsverktøyene hvor observasjon anvendes. Tidligere forskning sier at mange ergoterapeuter velger å ikke bruke standardiserte kartleggingsverktøy i observasjon, men at de heller bruker kunnskapen som «sitter i ryggmargen» (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Det kan ses i sammenheng med at noen respondenter brukte ADL-kartleggingsverktøy og observasjon i aktivitet uten å spesifisere hvilke verktøy som ble brukt. Det ble også nevnt av noen respondenter at de ikke brukte standardiserte kartleggingsverktøy i sin praksis. Dette kan diskuteres i sammenheng med resultat i tabellanalysen, hvor det kommer frem at mindre kommuner har større utfordring med manglende kompetanse om kartlegging. Det kan derfor tyde på at ergoterapeutene i kommunehelsetjenesten til en stor grad bruker den «tause kunnskapen» i kartlegging av PMH (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Dette kan beskrives som «å bruke seg selv terapeutisk». Det er når ergoterapeuten bevisst bruker sine personlige karaktertrekk som empati, toneleie, oppmuntring, oppmerksomhet og engasjement i en profesjonell setting (Lidström Holmqvist, 2012, s. 50).

### 5.3 Rapporterte utfordringer

Tabellanalysen viser at de med lengst erfaring, rapporterer markant mindre utfordringer enn de som har lite erfaring. Det er statistisk signifikant positiv sammenheng mellom utdanningsår og antall rapporterte utfordringer, noe som betyr at de som er senere utdannet, rapportere flere utfordringer. En mulig sammenheng her kan være endringer i ergoterapiutdanningen på 1990-tallet (Stigen *et al.*, 2017). Forskningen diskuterer hvordan dette kan ha en sammenheng med at nyutdannede ergoterapeuter tilegner seg den allerede eksisterende arbeidsmetoden på arbeidsplassen (*ibid.*). Det kan derfor være vanskelig å trekke konkrete slutninger på dette emnet opp mot funnene fra resultatet og tidligere forskningen (*ibid.*), da det på grunn av forenkling av variabler i tabellanalysen er uvisst hvilke utfordringer som blir rapportert. Det kan diskuteres om den positive sammenhengen mellom utdanningsår og rapporterte antall utfordringer er på grunn av at nyutdannede ergoterapeuter kommer med ny kunnskap og arbeidsmetoder som ikke finnes på arbeidsplassen.

Derfor kan det bli en utfordring og skulle benytte seg av den nye kunnskapen, istedenfor å følge de normene eller arbeidsmetodene som blir brukt på arbeidsplassen (Stigen *et al.*, 2017). Her kan det se ut som det eksisterer utfordringer med kompetanse, utvikling og/eller implementering av ny kunnskap i kommunehelsetjenestens praksis. Sett i sammenheng med forholdet mellom aktivitetsvitenskapen og ergoterapien, hvor man tar basiskunnskapen fra dagens praksis og setter den opp mot aktivitetsvitenskapelig teori for å skape ny ergoterapipraksis. Sammenhengen beskrives som en evig runddans for å utvikle, teste og implementere ny praksis og kunnskap for ergoterapifaget (Asaba, Jonsson og Josephsson, 2017, s. 36-37).

Videre forskning (Stigen, Bjørk og Lund, 2018) diskuterer hvordan et argument for utfordringer med kompetanse i kommunehelsetjenesten kan være mangel på tid, ressurser og en opplevd forventning til kommuneergoterapeuter. Stor arbeidsmengde, lite tid og et for bredt ansvarsområde kan gjøre det utfordrende for kommuneergoterapeuter å utvikle seg faglig, samt implementere ny kunnskap i praksis. Spesielt utfordrende kan det være for ergoterapeuter som jobber alene i kommunen, hvor de står ansvarlig for alle ergoterapifaglige områder i kommunen, samtidig som de prøver å tilfredsstille sine kollegers oppfatning av ergoterapeuters ansvarsområde (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Dette kan sees i sammenheng med resultatet, hvor en stor andel respondenter rapporterte utfordringer med både tid og ressurser i arbeidet med PMH. Samtidig som det i tillegg ble rapportert utfordringer med manglende kompetanse i både kartlegging og intervensjon i arbeidet med PMH. Behandling og rehabilitering av PMH er bare et av mange ansvarsområder for kommuneergoterapeuter, så det kan derav diskuteres at for å gi brukere på kryss av diagnoser og svekkelser hensiktsmessig behandling, bør både kompetanse- og bemanningsnivået i kommunehelsetjenesten økes.

Resultatene (Diagram 6) viser at det semistrukturerte kartleggingsverktøyet COPM (Andersen og Wærnes, 2013, s. 498) brukes mest i kartlegging av PMH. «Semistrukturert kartleggingsverktøy» var ikke et svaralternativ i spørreundersøkelsen, men på bakgrunn av den høye svarprosenten på COPM kan det se ut som at en stor andel av ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten bruker semistrukturert intervju i kartlegging av PMH.

I tidligere forskning (Holmqvist, Ivarsson og Holmefur, 2012) står det at COPM kan være problematisk i bruk med PMH. COPM kan hjelpe PMH med å huske mål, og å føle seg mer involvert i målsettingen. Det kan dermed være en utfordring å tolke resultater fra en COPM-kartlegging hvis brukeren har dårlig selvinnsett (Lidström Holmqvist, 2012, s. 22). Her kan det da diskuteres om COPM til en stor grad brukes imot sin hensikt, siden ikke alle PMH er like. I resultatet var det tre respondenter som sa «*at det var vanskelig å behandle PMH likt, men tanke på store variasjoner i utfallets alvorlighetsgrad*». Det kan derav tenkes at COPM er mest hensiktsmessig i bruk på PMH som har mild til moderat funksjonssvikt.

#### 5.4 Intervensjoner i praksis

Det var fem kommuner som rapporterte at de ikke hadde ergoterapeut. I Stortingsmelding 26 (St. Meld 26, 2014-2015) står det at det er over 100 kommuner i Norge som ikke har ergoterapitjeneste (s. 106). I en rapport om endringer i helselovgivning fra 2017 (Prop. 71 L, 2016-2017) ble det lagt frem et forslag om lovpålagt ergoterapi i samtlige kommuner innen 2020 (s. 21). En respondent skrev, «*Vi ser fram til at kommunen må ta stilling til egen ergoterapeut innen 2020 vi ønsker oss konkrete føringer på tilbud/tiltak som skal være i kommunale helsetjeneste*». Ut ifra resultatet kom det frem at de fleste respondentene jobbet primært med tilrettelegging av hjem og hjelpemidler, men under de åpne spørsmålene kom det frem at en stor andel av respondentene ville jobbe mer med trening i aktivitet. Da kan det tenkes at ved å innføre flere ergoterapistillinger i kommunehelsetjenesten vil det kunne resultere i redusert arbeidsmengde for den enkelte ergoterapeut, som kan legge til rette for økt fokus på det kognitive og trening av kroppsfunksjon istedenfor kompenserende tiltak som tilrettelegging av hjem og hjelpemidler. Tidligere forskning påpeker at hovedmålet til all ergoterapi er å legge til rette for aktivitet og deltakelse for mennesker (Lidström Holmqvist, 2012, s. 12). Ergoterapeuter kan bidra til å forbedre aktivitetsutførelse og sosial deltagelse hos PMH ved hjelp av forskjellige intervensjonsstrategier. Eksempler her kan være forbedring eller utvikling av ferdigheter, bruk av kompenserende strategier, aktivitetstilpasning og tilrettelegging i hjemmet (Wolf *et al.*, 2015).

Resultatene viser at det er en statistisk signifikant større utfordring med manglende kompetanse om intervensjoner i små kommuner enn i store. Det var høy forekomst av ADL-relaterte svar i de åpne spørsmålene. Mange respondenter svarte at hvis de kunne sett bort ifra tid og rammer så ville de jobbet mer med ADL i intervensjon.

Tabellanalysen viser at det er en statistisk signifikant større utfordring med for lite tid i store kommuner, i forhold til de små kommunene. Samtidig svarer flertallet at kommunen de jobber i, tilbyr ADL-trening for PMH. Her kan det tyde på at, det tilbys ADL-trening i kommunen, men det eksisterer utfordringer rundt tid og ressurser. Det er også en stor forekomst av respondenter som sier at på grunn av for lite tid og ressurser er det for mye fokus på hjelpemidler og tilrettelegging. Aktivitetsvitenskapen beskriver hvordan forståelse for aktivitet i et hverdagslivsperspektiv kan være med å skape en referanseramme for ergoterapiens faglige utvikling og kliniske arbeid. PMH kan oppleve et gap mellom hvilke aktiviteter de faktisk får til å utføre og hvilke aktiviteter de vil gjøre. Aktivitetsgapet kan oppleves som et brudd i hverdagen, hvor man ikke lengre kan ta hverdagslige aktiviteter for gitt. Ergoterapeuters oppmerksomhet rundt detaljer og nyanser i hverdagslivet til for eksempel PMH er en forutsetning for å kunne legge til rette for forandring, samt realisere muligheter og underbygge individets potensiale (Arntzen, Gramstad og Kaae Kristensen, 2017, s. 171-172).

## 5.5 Metodekritikk

Ut ifra resultatene som kom frem i spørreundersøkelsen kan man se likhetstrekk med tidligere forskning som er gjort i Norge og Sverige. Blant annet med tanke på metoder kommuneergoterapeuter bruker i praksis. Dette styrker derfor validiteten til resultatdelen i oppgaven og kunne gitt en mulighet for generalisering. Det ble funnet enkelte hull i spørreundersøkelsen som diskuteres nedenfor.

Som nevnt i metoddelen ble det valgt en kvantitativ tilnærming, for å kunne treffe en bredere gruppe ergoterapeuter. Metodevalg kan ha hatt innvirkning på resultatene, med tanke på at en kvalitativ tilnærming ville gitt svar i dybden, som ikke kan tallfestes eller måles og gir derfor mange opplysninger om få enheter (Dalland, 2017, s. 53). Ved valg av en kvalitativ tilnærming kunne det gitt en dypere forståelse i hvordan ergoterapeuter arbeider. På en annen side ga den kvantitative metoden et bredere svar på hvordan ergoterapeuter arbeider i kommunehelsetjenesten med PMH. Det kunne dermed vært spennende med videre forskning på samme tema med en kvalitativ tilnærming, for å forsterke og fordype svarene.



Til ettertanke kunne svaralternativ vært utformet annerledes, spesielt på spørsmål hvor man kunne svare «I svært liten grad eller I noen grad». Slike svaralternativer er vanskelig å skille fra hverandre, fordi de er tilnærmet like og det kunne blitt vanskelig å vite hva respondenten egentlig mente. Hvis spørreundersøkelsen skulle utformes på nytt, kunne det vært fordelaktig med forskjellige typer svaralternativ på alle spørsmål. Det kan tenkes at dette kunne gjort analyseringen av spørsmålene lettere, fordi svaralternativene hadde hatt ulike kategorier.

Andre spørsmål som kunne vært utbedret var spørsmål om antall ergoterapeuter i kommunen og utdanningsår. Disse kunne vært utformet med kun en kommentar, slik at respondentene kunne svart eksakt tall. Dette for å gjøre gyldigheten bedre og analysen av spørreundersøkelsen lettere. Det sees også at å enkelte «svaralternativ» kunne det vært lurt og hatt med. Spesielt svaralternativ «semistrukturert kartleggingsmetode» i spørsmål om «hvilke kartleggingsmetoder benyttes oftest». Dette fordi svaralternativene skulle vært mer samkjørte i forhold til spørsmålene.

Ut ifra de respondentene som svarte ser man at det ble et skjevt utvalg, der de fleste respondentene er fra Hedmark og Oppland, og med færrest i Buskerud. Derfor kunne det vært lurt og fulgt med på hvilket fylke respondentene svarte de var fra, da spørreundersøkelsen var åpen. Anonymiteten til deltagerne i studien kunne blitt svekket hvis dette hadde blitt gjort, fordi det måtte blitt brukt nye metoder til å anskaffe informasjon. Da kunne det ha blitt sendt ut flere påminnelser til eposter i Buskerud, slik at utvalget hadde blitt tilnærmet likt i fylkene. Dette kan derfor være grunn til å være kritisk til hvordan spørreundersøkelsen ble sendt ut, og om dette kunne blitt gjort på en bedre måte for å treffe flere ergoterapeuter.

Spørsmål som kunne vært ønskelig og hatt med etter å ha sett resultatet er spørsmål om, eller mulighet til å kommentere angående pårørende, hverdagsrehabilitering, tilbud etter endt rehabilitering, hvor treningen foregår, målsetning og brukermedvirkning. Dette med bakgrunn i at det var kommentarer angående disse emnene i de åpne spørsmålene og at det er emner som nevnes som viktige, i rapporten «Nasjonal fagligretningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag» (Helsedirektoratet, 2017, s. 233).

Under siste spørsmål «er det noe du ønsker å tilføye?» kom det frem enkelte kommentarer fra respondentene som har blitt diskutert i ettertid. Det var tilbakemeldinger om at spørreundersøkelsen var noe negativt ladet og at det er vanskelig å svare da hjerneslagdiagnosen er så forskjellig fra personer til person. Spørreundersøkelsen kan ha blitt «negativ ladet» da denne og forskningsspørsmålet for bacheloroppgaven er basert på tidligere forskning og offentlige utredninger. Det kan virke som om oppgaven er skrevet med en negativ og forutinntatt holdning til kommunehelsetjenesten. Spørreundersøkelsen kan derav oppfattes som «negativ» på grunn av at den baserer seg på utfordringene som beskrives i tidligere forskning og offentlige utredninger.

På spørsmål om hvor ofte brukere får oppfølging av deg som ergoterapeut, er det 30 respondenter som har svart annet, og det er et gjentatagende svar at de har ukentlig oppfølging i startfasen, men at det blir mindre og mindre oppfølging etter hvert. Det er i alt 16 svar som referere til at de har ukentlig oppfølging i startfasen når de kommer fra sykehus og at det blir sjeldnere etter hvert. De skriver derfor at det blir mer etter behov eller oppfølging av hjelpemiddel. I en videre forskning kunne det derfor vært spennende å se på hvilke tilbud PMH får etter rehabilitering og hva som skjer med brukerne etter at ergoterapeuter trekker seg ut?

## 6.0 Konklusjon

Problemstillingen for bacheloroppgaven var «Hvordan jobber ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten med personer som har hatt hjerneslag?».

Resultatene viser at informasjonen kommunene får fra sykehusene til å igangsette intervensjoner er tilstrekkelig. kommuneergoterapeuter har i noen grad faste fagprosedyrer, men dette varierer med størrelse på kommunene. Ergoterapeutene bruker forskjellige kartellingsmetoder og verktøy, men det er enkelte likhetstrekk. Tilbudet ergoterapeuter gir er tilnærmet likt i alle kommuner. Resultatene viser at flertallet svarer at de i stor grad jobber med hjelpemiddelformidling og tilrettelegging av hjem, men det kommer også frem at det er et ønske om mer arbeid med ADL-trening. Funn fra resultatene indikerer at det eksisterer noen utfordringer i arbeidet med personer som har hatt hjerneslag i kommunehelsetjenesten som de offentlige utredningene og tidligere forskning viste i forkant.

Bacheloroppgaven har gitt et innblikk i hvordan kommuneergoterapeuter jobber med personer som har hatt hjerneslag. Det kan virke som mangel på tid, ressurser og kompetanse er de faktorene som hindrer kommuneergoterapeuter mest i arbeidet med personer som har hatt hjerneslag. Lange ventelister, mange ansvarsområder og et mangfold av brukergrupper kan gjøre det vanskelig å gi personer som har hatt hjerneslag tilstrekkelig oppfølging. Med tanke på de nye forventningene til kommunehelsetjenesten som ble lagt frem i samhandlingsreformen blir det spennende å se hvilke eventuelle endringer lovforslaget om pålagt ergoterapi i alle kommuner innen 2020 vil bringe med seg.

Det kunne for fremtiden vært interessant for videre forskning å anvende en kvalitativ metode på dette teamet for å få en dypere forståelse for de ulike utfordringene som er beskrevet i denne bacheloroppgaven.

## 7.0 Referanseliste

- Alsaker, S., Grødem Johnson, S. og Hjelle, K. M. (2014) Hvordan kan eldre hverdagskompetanse synliggjøres og anvendes i hverdagsrehabilitering?, i Tuntland, H. og Ness, N. E. (red.) *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 75-88.
- Andersen, B. og Wærnes, E. E. (2013) Redskaper til evaluering af neurorehabilitering, i Wæhrens, E. E., et al. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. udg. utg. København: Munksgaard, s. 477-500.
- Andreassen, B. A. et al. (2012) *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Arntzen, C., Gramstad, A. og Kaae Kristensen, H. (2017) Aktivitet i et hverdagsperspektiv, i Kaae Kristensen, H., et al. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard, s. 171-192.
- Asaba, E., Jonsson, H. og Josephsson, S. (2017) Videnskabsteoretisk, filosofisk og teoretisk grundlag for aktivitetsvidenskab, i Kaae Kristensen, H., et al. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard, s. 29-48.
- Backman, N. H. et al. (2015) Rehabilitering af personer med fokal hjerneskade (CVA), i Wæhrens, E. E., et al. (red.) *Neurologi og neurorehabilitering*. Solvenia: Ednas print, s. 238-252.
- Craick, J., Davis, J. og Polatajko, H. J. (2008) Den Canadiske Ramme for Praksisprocessen (CPPF): Præcisering af omgivelserne, i Polatajko, H. J. og Townsend, E. A. (red.) *Menneskelig aktivitet II : en ergoterapeutisk vision om sundhed , trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. København: Munksgaard, s. 317-338.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eldøen, G., Gjerstad, L. og Huseby, I. (2017) *Statusrapport hjerneehelse*. (IS-2588). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1280/Statusrapport%20hjerneehelse%20endelig.pdf> (Hentet: 05.03.2018).
- Enemark Larsen, A. og Morville, A.-L. (2017) Occupational justice - at fremme retten til aktiviteter, i Kaae Kristensen, H., et al. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard, s. 193-214.
- Ergoterapeutene (2017) *Ergoterapeuters kjernekompetanse - Alle skal kunne delta*. Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kjernekompetanse> (Hentet: 27.03 2018).
- Folkehelseinstituttet (2016) *Hjerte- og karregisteret*. (Rapport for 2015). Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2016/hjerte--og-karregisteret-rapport-2015/> (Hentet: 27.02.2018).
- Freburger, J. K., Li, D. og Fraher, E. P. (2018) Community Use of Physical and Occupational Therapy After Stroke and Risk of Hospital Readmission, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(1), s. 26-34.e25. doi: 10.1016/j.apmr.2017.07.011.
- Grønmo, S. (2016) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Halvorsen, K. (2008) *Å forske på samfunnet : en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. utg. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Helsedirektoratet (2016) *Kartlegging av behandlings- og tjenestetilbudet til personer som har diagnoser som er definert under begrepet hjerneehelse*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Hjerneehelse%20-%20endelig%20rapport.pdf> (Hentet: 27.02.2018).

- Helsedirektoratet (2017) *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Hjerneslag.pdf> (Hentet: 23.04 2018).
- Hocking, C. og Wright-St Clair, V. A. (2013) Occupational science - The study of occupation, i Schell, B. A. B., et al. (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12th ed. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 82-96.
- Holmqvist, K., Kamwendo, K. og Ivarsson, A.-B. (2009) Occupational therapists descriptions of their work with persons suffering from cognitive impairment following acquired brain injury, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2009, Vol.16(1), p.13-24, 16(1), s. 13-24. doi: 10.1080/11038120802123520.
- Holmqvist, K., Ivarsson, A.-B. og Holmefur, M. (2012) Occupational therapists' practice patterns for clients having cognitive impairments following acquired brain injury, *Brain Injury*, 26(4-5), s. 458-459. doi: 10.3109/02699052.2012.660091.
- Jessen-Winge, C. og Lindahl-Jacobsen, L. (2017) Meningsfulde aktiviteterets betydning for sundhed og velvære, i Kaae Kristensen, H., et al. (red.) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard, s. 61-76.
- Kaae Kristensen, H. og Egmont Nielsen, G. (2011) *Ergoterapi og hjerneskade : aktivitetsbasert ergoterapi til pasienter med kognitive utfald*. 4. udg. utg. København: Munksgaard.
- Kvale, S. et al. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lidström Holmqvist, K. (2012) Occupational therapy practice for clients with cognitive impairments following acquired brain injury: occupational therapists' perspective.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2017) *Helse- og omsorgstjenesteloven*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3) (Hentet: 05.03 2018).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (2011) *Pasient og brukerrettighetsloven*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 28.03 2018).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (2017) *Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste*. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2) (Hentet: 28.03 2018).
- Norsk hjerneslagregister (2016) *Årsrapport 2016*. (Med plan for forbedringstiltak 6). Norsk hjerneslagregister: St. Olavs hospital HF. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/Medisinske kvalitetsregistre/Norsk-hjerneslagregister/%C3%85rsrapport2016-Norsk-hjerneslagregister.pdf> (Hentet: 27.02.2018).
- Prop. 71 L (2016-2017) *Lov om endringer i helselovgivningen*. Helse- og omsorgsdepartementet: oslo.
- Regjeringen (2017) *Kommunale helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/id10903/> (Hentet: 02.04 2018).
- Ringdal, K. (2013) *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- St. Meld 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet: Oslo.

- Stigen, L. *et al.* (2017) Assessment of clients with cognitive impairments: A survey of Norwegian occupational therapists in municipal practice, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(2), s. 88-98. doi: 10.1080/11038128.2016.1272633.
- Stigen, L., Bjørk, E. og Lund, A. (2018) The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, s. 1-12. doi: 10.1080/11038128.2018.1445778.
- SurveyMonkey (2018) *Undersøkelse*. Tilgjengelig fra: <https://www.surveymonkey.com> (Hentet: 23.03 2018).
- Townsend, E. A. og Wilcock, A. A. (2013) Occupational Justice, i Schell, B. A. B., *et al.* (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12th ed. utg. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins, s. 541-552.
- Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL : teori og intervensjon*. 2. utg. utg. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Wolf, T. *et al.* (2015) Effectiveness of Occupation-Based Interventions to Improve Areas of Occupation and Social Participation After Stroke: An Evidence-Based Review *Am. J. Occup. Ther.* (b. 69, s. 58-68). doi: 10.5014/ajot.2015.012195.

## Vedlegg:

### Vedlegg 1: Søking og resultater

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
Occupational therapist After stroke Rehabilitation	PubMed	AND	48
Occupational therapy Activities of daily living Stroke Rehabilitation Vocational	PubMed	AND	7

## Vedlegg 2: Invitasjon til spørreundersøkelse

Vi er tre ergoterapistudenter fra NTNU-Gjøvik som skriver en bacheloroppgave om hvordan ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten arbeider med personer som har hatt hjerneslag. På bakgrunn av dette har vi sendt denne mailen til deg. Hvis du i løpet av de siste årene har behandlet brukere/pasienter med hjerneslag i kommunehelsetjenesten, vil vi sette stor pris på om du kunne tatt deg tid til å svare på denne undersøkelsen.

Hvis dere ikke har ergoterapitjeneste i kommunen, hadde det vært en fint med en tilbakemelding på dette i forhold til vår bacheloroppgave.

Din epost ble funnet på kommunens hjemmeside. Er du ergoterapeut i kommunen eller kjenner du noen ergoterapeuter som er i kontakt med personer som har hatt hjerneslag. Da hadde vi satt pris på om du enten svarte på spørreundersøkelsen eller videresendte den til en ergoterapeut i din kommune.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og ingen som deltar vil bli gjenkjent. Ved å trykke på linken nedenfor samtykker du til å delta. Materialet vil bli lagret anonymt og slettet når bacheloroppgaven er ferdig skrevet, senest 07.06.2019

Undersøkelsen vil ta ca. 5-7 minutter å gjennomføre. Det er ingen mulighet for å mellomlagre svarene for å gå tilbake å fullføre undersøkelsen senere. Undersøkelsen er åpen frem til 30 mars og består av 19 spørsmål.

Link til spørreundersøkelsen:

<https://no.surveymonkey.com/r/Y2KYWNK>

Takk for at du tar deg tid til å gjennomføre denne undersøkelsen

Med vennlig hilsen:

Erik Herlofsen:

Nikolai Rydmo

Magne Jon Solsrud

Veileder: Linda Stigen



## Vedlegg 3: Spørreundersøkelsen

### Ergoterapi og hjerneslag.

Vi er tre ergoterapistudenter fra NTNU-Gjøvik som skriver en bacheloroppgave om hvordan ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten arbeider med personer som har hatt hjerneslag. Hvis du i løpet av de siste årene har behandlet brukere/pasienter med hjerneslag i kommunehelsetjenesten, vil vi sette stor pris på om du kunne tatt deg tid til å svare på denne undersøkelsen.

Undersøkelsen vil ta ca. 5-7 minutter å gjennomføre. Det er ingen mulighet for å mellomlagre svarene for å gå tilbake å fullføre undersøkelsen senere. Undersøkelsen er åpen frem til 30 mars og består av 19 spørsmål.

Takk for at du tar deg tid til å gjennomføre denne undersøkelsen.

OK

### Ergoterapi og hjerneslag.

#### Bakgrunnsopplysninger

##### \* 1. Kjønn

- Mann  
 Kvinne

##### \* 2. Hvor jobber du?

- Kommunen  
 Spesialisthelsetjenesten/sykehus  
 Annet (vennligst spesifiser)

##### \* 3. Utdanningsår?

- 1970-1979  
 1980-1989  
 1990-1999  
 2000-2009  
 2010-2017  
 Annet (vennligst spesifiser)

\* 4. Hvilket fylke jobber du i?

- Oppland
- Hedmark
- Buskerud
- Annet (vennligst spesifiser)

\* 5. Hva er størrelsen på kommunen du jobber i?

- Stor (over 20 000 innbyggere)
- Mellom (5 000 til 20 000 innbyggere)
- Liten (under 5000 innbyggere)

\* 6. Hvor mange ergoterapeuter er ansatt i kommunen?

- 1
- 2
- 3
- 4
- Annet (vennligst spesifiser)

### Påstander

Kan du vurdere følgende påstander i forhold til tilbud i din kommune.

OK

- \* 7. Du får den informasjonen du trenger fra sykehuset for å igangsette intervensjoner

I stor grad	I noen grad	Vet ikke	I liten grad	I svært liten grad
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- \* 8. Kommunen har faste prosedyrer for arbeid med personer som har hatt hjerneslag

I stor grad	I noen grad	Vet ikke	I liten grad	I svært liten grad
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- \* 9. Kommunen har god oppfølging av personer med hjerneslag

I stor grad	I noen grad	Vet ikke	I liten grad	I svært liten grad
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Flervalgsspørsmål

Spørsmålene under har flere svaralternativer, og det er derfor mulig å krysse av for flere alternativer. Hvis ikke en av svaralternativene passer, krysser du av for "annet" og utdyper ditt svar.

OK

\* 10. Jobber du tverrfaglig med behandling av personer som har hatt hjerneslag i kommunen?

- Ja  
 Nei

11. Hvis ja, hvilke faggrupper samarbeider du med i behandling av personer med hjerneslag? (Mulig å velge flere svaralternativer)

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeut                | <input type="checkbox"/> Logoped      |
| <input type="checkbox"/> Sykepleier                   | <input type="checkbox"/> Hjelpepleier |
| <input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten              | <input type="checkbox"/> Vernepleier  |
| <input type="checkbox"/> Lege                         | <input type="checkbox"/> Sosionom     |
| <input type="checkbox"/> Annet (vennligst spesifiser) |                                       |

\* 12. Hvor ofte får personer med hjerneslag oppfølging av deg som ergoterapeut?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ukentlig                     | <input type="radio"/> En gang i halvåret |
| <input type="radio"/> Månedlig                     | <input type="radio"/> En gang i året     |
| <input type="radio"/> Hver 3 måned                 | <input type="radio"/> Sjeldent           |
| <input type="radio"/> Annet (vennligst spesifiser) |  |

\* 13. Første møte med bruker skjer i

- Brukerens hjem  
 Kommunens lokale  
 Ved sykehus eller spesialisthelsetjenesten  
 Annet (vennligst spesifiser)

\* 14. Hvilken metode benyttes i kartlegging av personer med hjerneslag? (Mulig å velge flere svaralternativer)

- Samtale
- Strukturert intervju
- Observasjon
- Standardisert kartleggingsverktøy
- Annet (vennligst spesifiser)

\* 15. Hvilke kartleggingsverktøy brukes oftest? (Mulig å velge flere svaralternativer)

- MMSE
- Klokketest
- Trail making test
- Sunnaas kjøkkenobservasjon
- AMPS
- PRPP
- MOCA
- EVA aktivitetsanalyse
- COPM
- Annet (vennligst spesifiser)

\* 16. Hvilke tilbud har kommunen til personer med hjerneslag? (Mulig å velge flere svaralternativer)

- Gruppetrening
- Tilrettelegging av hjemmet (Boligtilpassing).
- Hjelpemiddelformidling
- Fysisk trening
- ADL trening
- Annet (vennligst spesifiser)

\* 17. Hvilke av disse påstander er for deg de største utfordringene ved å jobbe med personer som har hatt hjerneslag? (Mulig å velge flere svaralternativer)

- Det er for lite tid til å arbeide med personer som har hatt et hjerneslag
- Det er for lite ressurser til å arbeide med personer som har hatt et hjerneslag
- Manglende kompetanse om kartlegging av personer med hjerneslag
- Manglende kompetanse om intervensjoner for personer med hjerneslag
- Manglende tverrfaglig samarbeid
- Manglende muligheter for opptrening
- For mye fokus på hjelpemidler og tilrettelegging
- Lang ventetid på hjelpemidler
- Lang venteliste på ergoterapi
- Annet (vennligst spesifiser)

18. Hvis du kunne se bort fra tid og rammer - hvilke intervensjoner skulle du ønske du kunne jobbet med?

19. Helt til slutt; har du noe du vil tilføye som ikke har kommet frem gjennom spørreskjemaet?

Takk for at du tok deg tid til å svare på denne spørreundersøkelsen.

Med vennlig hilsen

Erik Herlofsen: Epost: erikherl@stud.ntnu.no Tlf: 45284364

Nikolai Rydmo: Epost: nikolary@stud.ntnu.no Tlf: 41279632

Magne Jon Solsrud: Epost: magsol@stud.ntnu.no Tlf: 91151672