

Helene Risan Bolme
Hennie Sagøy
Tonje Langseth Ødegård

Bruk av oppgaveorientert tilnærming på rehabiliteringsinstitusjoner - ergoterapeuters erfaringer

Bacheloroppgave i ergoterapi

Veileder: Marte Ørud Lindstad

Mai 2021

Helene Risan Bolme
Hennie Sagøy
Tonje Langseth Ødegård

Bruk av oppgaveorientert tilnærming på rehabiliteringsinstitusjoner - ergoterapeuters erfaringer

Bacheloroppgave i ergoterapi
Veileder: Marte Ørud Lindstad
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel	Bruk av oppgaveorientert tilnærming på rehabiliteringsinstitusjoner – ergoterapeuters erfaringer	
Forfattere	Helene Risan Bolme Hennie Sagøy Tonje Langseth Ødegård	
Veileder	Marte Ørud Lindstad	
Nøkkelord	Ergoterapi, Aktivitetsbasert intervensjon, Ervervet hjerneskade, Spesialisthelsetjenesten	
Antall ord: 10185	Antall vedlegg: 4	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Innledning: Hvert år blir om lag 12 000 personer innlagt med hjerneslag i Norge, der mange vil være avhengig av rehabilitering. Tidligere forskning har vist evidens for oppgaveorientert tilnærming i rehabilitering etter slag, men viser noe motstridende bevis over nivået tilnærmingen blir benyttet.</p> <p>Hensikt: Hensikten med studien er å få forståelse for norske ergoterapeuters erfaringer med bruk av oppgaveorientert tilnærming i rehabiliteringsforløpet til pasienter med ervervet hjerneskade. Studien avgrenses til spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Forskningsspørsmål: Hvilken erfaring har ergoterapeuter med oppgaveorientert tilnærming i rehabilitering av personer med ervervet hjerneskade?</p> <p>Metode: En kvalitativ metode med semistrukturerte individuelle intervjuer ble benyttet for å besvare forskningsspørsmålet. Fire ergoterapeuter som arbeidet innenfor rehabilitering av hjerneskader ble inkludert i studien.</p> <p>Resultat: Resultatdelen inndeles i tre hovedtemaer; hverdagsfokus, omgivelsenes påvirkningskraft og perspektiver på oppgaveorientert tilnærming. Informantene benyttet oppgaveorientert tilnærming i arbeidshverdagen og gjorde tilpasninger etter pasientenes ønsker for hverdagslivet. Omgivelsene på institusjonen ble beskrevet som kunstig, og det ble fremmet et behov for å kontakte videre instanser for eventuell oppfølging hjemme. Informantene beskrev deres erfaringer med oppgaveorientert tilnærming som positiv, uten noen direkte negative effekter, men det kunne oppstå enkelte utfordringer.</p>		

Konklusjon: Oppgaveorientert tilnærming ble brukt til både kartlegging og trening. Med utgangspunkt i at pasientene kan oppleve et endret hverdagsliv, kan rehabiliteringen bidra til å gjenoppta meningsfulle aktiviteter eller introdusere nye. Tilnærmingen ble sett på som en meningsfull del av opptreningen. Det ses videre et behov for ytterligere forskning på temaet, gjerne mer om hvor utbredt bruken av oppgaveorientert tilnærming er innenfor rehabiliteringsinstitusjoner i Norge.

Abstract

Title:	Use of task-oriented approach in rehabilitation institutes – The experiences of occupational therapists	
Authors:	Helene Risan Bolme Hennie Sagøy Tonje Langseth Ødegård	
Supervisor:	Marte Ørud Lindstad	
Keywords:	Occupational therapy, Activity-based intervention, Acquired brain injury, Inpatient rehabilitation	
Number of words: 10185	Number of appendix: 4	Availability: Yes
<p>Introduction: Every year, about 12 000 people are hospitalized due to stroke in Norway, many of which are dependent on rehabilitation. Previous research shows evidence of task-oriented approach in rehabilitation after stroke, and there is contradictory evidence of the level in which the approach has been used.</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to understand the Norwegian occupational therapists' experience, with the use of task-oriented approach in the rehabilitation process of patients with acquired brain injury. This study is limited to inpatient rehabilitation units.</p> <p>Research question: What kind of experience do occupational therapists have with task-oriented approach in rehabilitation of people with acquired brain injury?</p> <p>Method: To answer the research question a qualitative methodology was used with semi-structured individual interviews. Four occupational therapists working with rehabilitation of acquired brain injury was included in this study.</p> <p>Results: The results are split into three main topics; everyday focus, the influence of the environment and perspectives on task-oriented approach. The informants used task-oriented approach in their daily work life and adjusted according to the patients' wishes for everyday life. The institutional environment was described as unfamiliar and it was expressed a need for contacting other instances, for additional follow-up at home when needed. The informants described their experiences with task-oriented approach as positive without any directly negative effects, but some challenges could arise.</p>		

Conclusion: Task-oriented approach was used for assessment and training. Since patients could experience a change in their everyday life, the rehabilitation could contribute to resuming meaningful activities or introducing new ones. The approach was viewed as a meaningful part of the patients training. There is a need for further research on the subject, preferably regarding how widespread the use of task-oriented approach is, within Norwegian rehabilitation institutions.

Forord

Proessen med bacheloroppgaven har vært lærerik og spennende. Vi har fått arbeide med et tema som vi har et stort engasjement for. Vi ønsker å takke alle som har bidratt til å støtte oss til det endelige resultatet.

Vi ønsker først og fremst å takke alle informantene som har deltatt på intervju og bidratt med sine erfaringer og refleksjoner rundt tema. Vi setter stor pris på at dere satt av tid til studien vår. Videre vil vi rette en stor takk til veilederen vår, Marte Ørud Lindstad, som har gitt god veiledning med konstruktive tilbakemeldinger. Hun har bidratt til å holde motivasjonen oppe med oppmuntrende ord. Familie og venner fortjener også en takk, som har heiet på oss gjennom hele prosessen.

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeid og gode diskusjoner. Vi har funnet god støtte i hverandre og er glade for at vi har stått sammen i prosessen.

Gjøvik, 10.05.21

Helene Risan Bolme, Hennie Sagøy og Tonje Langseth Ødegård

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	8
<i>1.1 Ergoterapifaglig relevans</i>	9
<i>1.2 Tidligere forskning</i>	9
<i>1.3 Teoretisk rammeverk</i>	10
<i>1.4 Hensikt og forskningsspørsmål</i>	11
2.0 Metode	11
<i>2.1 Tematisering</i>	11
<i>2.2 Planlegging</i>	12
<i>2.3 Intervjuing</i>	13
<i>2.4 Transkribering</i>	14
<i>2.5 Analysering</i>	14
<i>2.6 Verifisering</i>	15
<i>2.7 Rapportering</i>	16
<i>2.8 Etiske overveielser</i>	16
3.0 Resultat	17
<i>3.1 Hverdagsfokus</i>	17
3.1.1 Individuelle tilpasninger	19
<i>3.2 Omgivelsenes påvirkningskraft</i>	20
3.2.1 Begrensninger på institusjonen	20
3.2.2 Aktivitetsmuligheter og deres innflytelse	21
3.2.3 Dele kunnskap	22
<i>3.3 Perspektiver på oppgaveorientert tilnærming</i>	23
3.3.1 Styrker med oppgaveorientert tilnærming	23
3.3.2 utfordringer med oppgaveorientert tilnærming	24
4.0 Diskusjon	25
<i>4.1 Resultatdiskusjon</i>	25

4.1.1 Person	25
4.1.1.1 Bruk av pasientenes vaner	26
4.1.1.2 Involvering av pasienten i behandlingen	27
4.1.2 Aktivitet	28
4.1.2.1 Aktivitet som tiltak	28
4.1.2.2 Kombinasjon av tiltak	29
4.1.3 Omgivelser	30
4.1.3.1 Fysiske omgivelser	30
4.1.3.2 Sosiale omgivelser	31
4.2 Metodediskusjon	32
4.2.1 Valg av metode	32
4.2.2 Informanter	33
4.2.3 Tidligere forskning	34
4.2.4 Betydningen for praksis	35
5.0 Konklusjon	35
6.0 Referanseliste	37
7.0 Vedlegg	39
<i>Vedlegg 1: Søkedokumentasjon</i>	39
<i>Vedlegg 2: Informasjonsskriv</i>	41
<i>Vedlegg 3: Intervjuguide</i>	45
<i>Vedlegg 4: NSD godkjenning</i>	48

1.0 Innledning

Tema for bacheloroppgaven er bruk av oppgaveorientert tilnærming innen rehabilitering for personer med ervervet hjerneskade. Bakgrunnen for valget innebærer egne interesser og erfaringer med målgruppen, som er anskaffet gjennom praksis. På rehabiliteringssentre blir en involvert i pasientenes intensive endringsprosess, som ga inntrykk og engasjement. I tillegg bidro praksiserfaringene til et ønske om å anskaffe mer kunnskap om aktivitetsbaserte intervensjoner innenfor spesialisthelsetjenesten.

Hvert år blir om lag 12 000 personer innlagt med hjerneslag i Norge (Helsedirektoratet, 2017). Utfallene etter en hjerneskade kan variere, men på tvers av aldersgrupper og diagnoser vil det føre til betydningsfulle brudd, usikkerhet og endret hverdagsliv (Kristensen og Nielsen, 2013). Typiske funksjonsutfall kan være halvsidige lammelser og reduserte mentale funksjoner (Helsedirektoratet, 2017). Utfallene vil videre gjøre mange avhengig av rehabilitering.

Oppgaveorientert tilnærming innebærer trening av aktiviteter istedenfor konkret fokus på underliggende kroppsfunksjoner (Tuntland, 2011). Fokuset blir på trening av det den enkelte ønsker å bli god til. Tilnærmingen er dermed oppgave og klientsentrert, ikke terapifokusert (Gillen, 2014). Det vil si at eksperten ikke avgjør behandlingen alene, men at pasienten involveres i prosessen. Aktiv involvering i rehabiliteringen vil øke sannsynligheten for å oppnå selvdefinerte mål og opplevelse av redusert avhengighet ved utskrivelse (Tuntland, 2011). For å mestre ADL- aktiviteter kan det videre være avgjørende med et godt samspill mellom person, aktivitet og omgivelser. Motorisk læring vil utvikles i samspillet, og motorisk kontroll oppnås når en er motivert for å lære aktiviteten. Videre vil øving, tilbakemelding og vekslende miljøbetingelser være sentrale i opptreningen (Tuntland, 2011).

Oppgaveorientert trening anbefales ved fysiske og kognitive vansker etterfulgt av en hjerneskade (Helsedirektoratet, 2017). Oppgaveorientert tilnærming blir sett på som den mest sentrale tilnærmingen knyttet til nedsatt motorfunksjon og motorisk kontroll hos personer med hjerneskade (Gillen, 2014). Treningen vil omhandle hverdagens bevegelser, som under utførelsen styrker kroppen og kan gi økt funksjon i ekstremiteter og bedre balanse (Helsedirektoratet, 2017). I tillegg blir kognitiv stimulering sett på som en viktig del av rehabiliteringen. Ulike former for oppgaveorientert trening vil føre til vesentlig kognitiv stimulering, blant annet kan et stimulerende miljø fremme kognitive ferdigheter som romretningsans (Helsedirektoratet, 2017).

1.1 Ergoterapifaglig relevans

Temaet viser relevans innenfor ergoterapeuters kjernekompetanse, der samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser er sentralt for å sikre deltakelse og inkludering (Ergoterapeutene, 2017). Innenfor ergoterapifaget er klientsentrering gjennom involvering av pasienten i rehabiliteringsprosessen en relevant strategi, som konsekvent benyttes i oppgaveorientert tilnærming (Hubbard *et al.*, 2009). Ergoterapeuters personsentrerte praksis ønsker å myndiggjøre pasienten, ved å fokusere på hva som er viktig for den enkelte (Ergoterapeutene, 2017). Videre har ergoterapeuter kompetanse om hvordan aktiviteter påvirker helsen og hverdagslivet, samt utfører vurderinger i form av aktivitetsanalyser. Derfor spiller ergoterapeuter en sentral rolle i oppgaveorientert tilnærming, da det kreves analysering, tilrettelegging og gradering av aktiviteter som utføres (Sepelak, 2016).

Ergoterapeuter ønsker å kartlegge omgivelsenes muligheter og begrensninger (Ergoterapeutene, 2017). Etter en hjerneskade kan den rammede overflyttes til en rehabiliteringsavdeling når tilstanden er stabil (Gammeltoft, 2011). Lengden på oppholdet vil variere fra uker til måneder. Det er dermed viktig at rehabiliteringssentre fremstår tilnærmet likt som virkelige hjemmemiljøer (Tuntland, 2011). Grunnen til viktigheten vil være omgivelsenes betydning for læring, som burde gjennomføres i et vekslende og naturlig miljø (Gammeltoft, 2011). Videre vil oppholdet bidra til å danne grunnlaget for at den rammede blir i stand til å overflyttes til et fast bosted.

1.2 Tidligere forskning

Tidligere forskning har vist evidens for oppgaveorientert tilnærming i rehabilitering etter hjerneslag, både i form av enkelt studier og systematiske oversiktsartikler (Hubbard *et al.*, 2009; Mohapatra og Kulnik, 2021; Kristensen *et al.*, 2011). Flere studier viser fordeler ved bruk av oppgaveorientert tilnærming for funksjonelle resultater sammenlignet med tradisjonelle terapier (Rensink *et al.*, 2009; Hubbard *et al.*, 2009). Et eksempel viser forbedring av funksjon i overkropp og dagligdagse aktiviteter sammenlignet med bilateral trening (Almhdawi *et al.*, 2016). Bruken av tilnærmingen kan også påvirke hjerneaktiveringsmønstrene (Hubbard *et al.*, 2009), samt forbedre generell helserelatert livskvalitet (Rensink *et al.*, 2009). Videre indikerer en pilotstudie at omgivelsene påvirker enkeltindividens motoriske- og prosessferdigheter i en aktivitetsutførelse (Toneman *et al.*, 2010).

Oppgaveorientert tilnærming er bevist å være effektiv innenfor flere områder, blant annet i kognitiv rehabilitering og motorisk trening (Hubbard *et al.*, 2009; Kristensen *et al.*, 2011).

Tilnærmingen har blitt forsket på med friske, samt etter en oppstått skade (Hubbard *et al.*, 2009). For øvrig kreves det mer forskning på ulike nivåer av alvorlighetsgrad og kronisk tilstand (Almhdawi *et al.*, 2016). Til tross for økende evidens for oppgaveorientert tilnærming, er rehabilitering ofte basert på akseptert praksis, deriblant isolert trening av nedsatte bevegelser (Hubbard *et al.*, 2009). Samtidig hevder Mohapatra og Kulnik (2021) at det foreligger evidens for bruk av kjøkkenbaserte intervensjoner kombinert med andre hensiktsmessige aktiviteter i rehabilitering for hjerneskader. Ergoterapi som en samlet intervensjon anses å være effektiv. Derimot er det behov for videre forskning for å oppnå en bedre forståelse over effekten av de spesifikke komponentene, for eksempel kjøkkenbaserte intervensjoner (Mohapatra og Kulnik, 2021). Forskingen viser noe motstridende evidens over nivået oppgaveorientert tilnærming benyttes i rehabilitering av hjerneskader.

1.3 Teoretisk rammeverk

Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO) benyttes som et teoretisk rammeverk for oppgaven. Bakgrunnen for valget er at modellen inkluderer områder som også er sentrale innenfor oppgaveorientert tilnærming. Modellen kan videre belyse ergoterapeuters kjernekompetanse ved å anerkjenne en dynamisk prosess. Prosessen viser hvordan vilje, vanedannelse, utøvelseskapasitet og omgivelser påvirker hverandre og skaper pasientens samlede situasjon (Kielhofner, 2017). Vilje omhandler personens motivasjon for aktivitet, og vanene organiserer aktiviteten i rutiner. Utøvelseskapasitet innebærer evnene som ligger bak personens aktivitetsutførelse, både fysiske og mentale. Under utførelsen vil de objektive og subjektive opplevelsene være tett forbundet med hverandre. Menneskelig aktivitet kjennetegnes som en stor del av menneskers liv. Videre vil omgivelsene alltid ha påvirkning på aktivitetene (Kielhofner, 2017).

MOHO er aktivitetsfokuseret, kilensentrert, holistisk og evidensbasert (Kielhofner, 2017). Modellen vektlegger aktivitetsfokuseret praksis og er opptatt av hvordan aktivitet motiveres, organiseres i hverdagslivet samt utøves i samspill med omgivelsene. Viktigheten med klientsentrering blir videre belyst, gjennom å fokusere på det unike hos pasienten samt inkludere deres perspektiv og ønsker i behandlingen. Gjennom et holistisk perspektiv blir kropp og sinn sett på som samlede komponenter som påvirker hverandre. Videre er modellens evidens godt støttet av forskning, og det er utført undersøkelser der reliabiliteten og validiteten har blitt bekreftet (Kielhofner, 2017). Studien tok inspirasjon fra modellen under utformingen av intervjuguiden, og i diskusjonsdelen vil modellen sees i sammenheng med informantenes utsagn.

1.4 Hensikt og forskningsspørsmål

Med bakgrunn i dokumenterte effekter på oppgaveorientert tilnærming, belyser få studier om ergoterapeuters erfaringer i praksis. Hensikten med studien er å få forståelse for norske ergoterapeuters erfaringer med bruk av oppgaveorientert tilnærming i rehabiliteringsforløpet til pasienter med ervervet hjerneskade. Studien avgrenses til spesialisthelsetjenesten.

Forskningsspørsmålet er følgende; *Hvilken erfaring har ergoterapeuter med oppgaveorientert tilnærming i rehabilitering av personer med ervervet hjerneskade?*

2.0 Metode

Fremgangsmåten for gjennomføringen tok utgangspunkt i intervjuundersøkelsens sju stadier; tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering (Kvale og Brinkmann, 2015).

2.1 Tematisering

Tematisering innebærer formulering av forskningsspørsmål samt innhenting av relevant teori (Kvale og Brinkmann, 2015). Interessen for temaet ble grunnlagt etter en forforståelse, deriblant opplevelse av mulige oppståtte aktivitetsbegrensninger på rehabiliteringssentre. Under studien ble det forsøkt å opptre mest mulig objektivt, ved å følge Kvale og Brinkmann (2015) sitt råd om å anskaffe innsikt over egne holdninger til temaet.

Tidligere forskning ga mer forståelse for temaet, noe som er nødvendig for å stille relevante spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2015). Søkeordene ble formulert ut ifra nøkkelbegrepene i forskningsspørsmålet, som anbefalt av Sverdrup (2020). I tillegg ble bibliotekaren ved universitet kontaktet for øvrig kunnskap om relevante søkeord. Det ble gjennomført søk i databasene Cinahl, Embase og Medline (Ovid), med søkeord som «Task Performance and Analysis», «Rehabilitation» og «Brain Injuries» (se vedlegg 1). Søketreffene var på mellom 45 og 57 artikler, som ble vurdert etter valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Embase og Medline (Ovid) ga flere tilsvarende søketreff. NTNU Universitetsbibliotekets råd til valg av kilder (NTNU, u.å.) ble også benyttet i vurderingen. Vurderingene resulterte i artiklene Mohapatra og Kulnik (2021), Kristensen *et al.* (2011), Hubbard *et al.* (2009) og Almhdawi *et al.* (2016). Samtidig ble ressurslitteraturen og relevante fagbøker benyttet. Strategien snøballmetoden (Dalland, 2020) ble tatt i bruk, som resulterte i artikkelen Rensink *et al.* (2009) fra referanselisten til Gillen (2014). Etter endt datainnsamling ble det foretatt et nytt søk, som resulterte i artikkelen til Toneman *et al.* (2010). Artikkelen ble inkludert for å kunne ytterligere underbygge informantenes utsagn.

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Fagfellevurdert - Engelsk språklig - Inneholde oppgaveorientert tilnærming/ aktiviteter i opptrening - Hjerneskade pasienter - Ikke eldre enn 15 år 	<ul style="list-style-type: none"> - Omhandle barn eller teknologi - Andre språk enn engelsk

For å besvare forskningsspørsmålet ble en kvalitativ metode benyttet, som kan styrke forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud, 2011). Studien ønsket ikke å undersøke hvor mye, hvor ofte eller mulige effekter. Det ble utført forskningsintervjuer, der hensikten var å forstå intervjupersonenes opplevelser med fokus på deres meninger og forståelse (Kvale og Brinkmann, 2015).

Videre ble det sosial konstruksjonistiske verdenssynet benyttet, som er en tilnærming innenfor kvalitativ forskning (Creswell, 2009). Målet er å fokusere på individets syn på situasjonen og deres meninger, da personers opplevelser vil være ulike. Dermed er det viktig å stille åpne spørsmål for å skape et helhetlig bilde. En slik tilnærming er høyst induktiv, siden deltakernes meninger danner resultatet for forskningen (Creswell, 2009).

2.2 Planlegging

Under planleggingen ble det utarbeidet en strukturert tidsplan, for å tydeliggjøre fremgangen i arbeidet. I tillegg ble ønskelige informanter kartlagt, som resulterte i et strategisk utvalg av personer med bestemte erfaringer (Dalland, 2020). Ergoterapeuter fra ulike rehabiliteringssentre med erfaring innen hjerneskade ble kontaktet via en uformell e-post, som inneholdt kort informasjon om studien. Enkelte rehabiliteringssentre sendte e-posten videre til relevante ergoterapeuter. Det resulterte i svar fra fem interesserte, der to var fra samme rehabiliteringssenter. Studien inkluderer fire informanter, grunnet oppgavens begrensning av tid og ressurser. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) vil det være fordel med mindre utvalg og mer tid på forberedelse og analysing av intervjuene. Et informasjonsskriv ble utarbeidet og sendt til de aktuelle informantene før intervjuene. Informasjonsskrivet er en formell invitasjon, som inkluderer blant annet prosjektets formål, informantens rettigheter og en samtykkeerklæring (se vedlegg 2).

Tabell 2: Informanttabell

Informanter	Arbeidsplass	Stilling	Utdanningsår	Antall års erfaring med målgruppen
Informant 1	Spesialisthelsetjenesten med rehabilitering av hjerneskader mm.	Spesialergoterapeut	Etter 2000	Ca. 7 år
Informant 2	Spesialisthelsetjenesten med rehabilitering av hjerneskader mm.	Spesialergoterapeut	Etter 2000	Ca. 14 år
Informant 3	Spesialisthelsetjenesten med rehabilitering av kognitive vansker	Ergoterapeut	Etter 2000	Ca. 10 år
Informant 4	Spesialisthelsetjenesten med rehabilitering av hjerneskader mm.	Ergoterapeut	Før 2000	Ca. 13 år

2.3 Intervjuing

Det tredje stadiet er intervjuing av informantene, ved hjelp av en intervjuguide.

Intervjuguiden bidro til å strukturere intervjuforløpet, som samsvarer med Kvale og Brinkmann (2015) sin beskrivelse. Intervjuet ble gjennomført semistrukturert, som medførte at guiden fungerte som en huskeliste, som anbefalt av Sverdrup (2020). Bakgrunnen for valget av gjennomføringen var for å unngå at samtalen ble for styrt eller overfladisk og generell (Malterud, 2011). Spørsmålene i intervjuguiden ble delt opp i innledende, tematiske og oppsummerende spørsmål (se vedlegg 3). De tematiske spørsmålene innebar blant annet om informantens erfaringer med temaet, positive og negative sider med tilnærmingen, aktivitetsmuligheter samt pasientenes holdninger. Oppfølgingsspørsmål ble stilt underveis i intervjuene.

Intervjuguiden burde ikke være for detaljert eller følges slavisk, da formålet med intervjuet var tilegnelse av ny forståelse (Malterud, 2011). Mulighet til variasjon bidro til å få mest mulig informasjon om informantenes vurderinger, holdninger og erfaringer, som beskrevet av Sverdrup (2020). Det ble videre unngått å stille hvorfor- spørsmål, da informanten kunne oppleve det som angripende. Intervjuene ble gjennomført digitalt gjennom Helsennett eller Microsoft Teams etter informantenes ønske. Under gjennomføringen ble det rullert over hvem som hadde ansvaret for å styre intervjuet. Gruppemedlemmene som ikke styrte, holdt seg i bakgrunnen, noterte stikkord og oppsummerte. Rulleringen var for å begrense antall personer informantene måtte forholde seg til. Videre ble lydopptaker benyttet, for å følge rådene til

Kvale og Brinkmann (2015) om å øke konsentrasjonen mot gjennomføringen og dynamikken i intervjuet. Intervjuguiden ble revidert underveis etter anbefaling fra Malterud (2011), ettersom intervjueren tilegnet seg erfaringer om hvor fokuset burde være, samt tilpasset seg i møte med hver enkelt deltaker.

2.4 Transkribering

Under transkriberingen ble intervjusamtalen omgjort til tekst, som anbefalt av Kvale og Brinkmann (2015). Det var viktig å sørge for at teksten ikke virket usammenhengende. Lydopptaket fra intervjuet var nyttig for å kunne lytte til intervjusamtalen flere ganger. Målet var å gjøre intervjuene bedre egnet for analyse (Kvale og Brinkmann, 2015). Intervjuene ble fordelt mellom gruppe medlemmene for å gjøre transkriberingen mer effektiv. For å få en språklig sammenligning mellom intervjuene må en sørge for at alle har samme skriveprosedyre (Kvale og Brinkmann, 2015). Det ble ivaretatt gjennom å skrive intervjuene ordrett, for å unngå tolkninger. I etterkant ble transkripsjonene gjennomgått i fellesskap, for å sikre kvalitet.

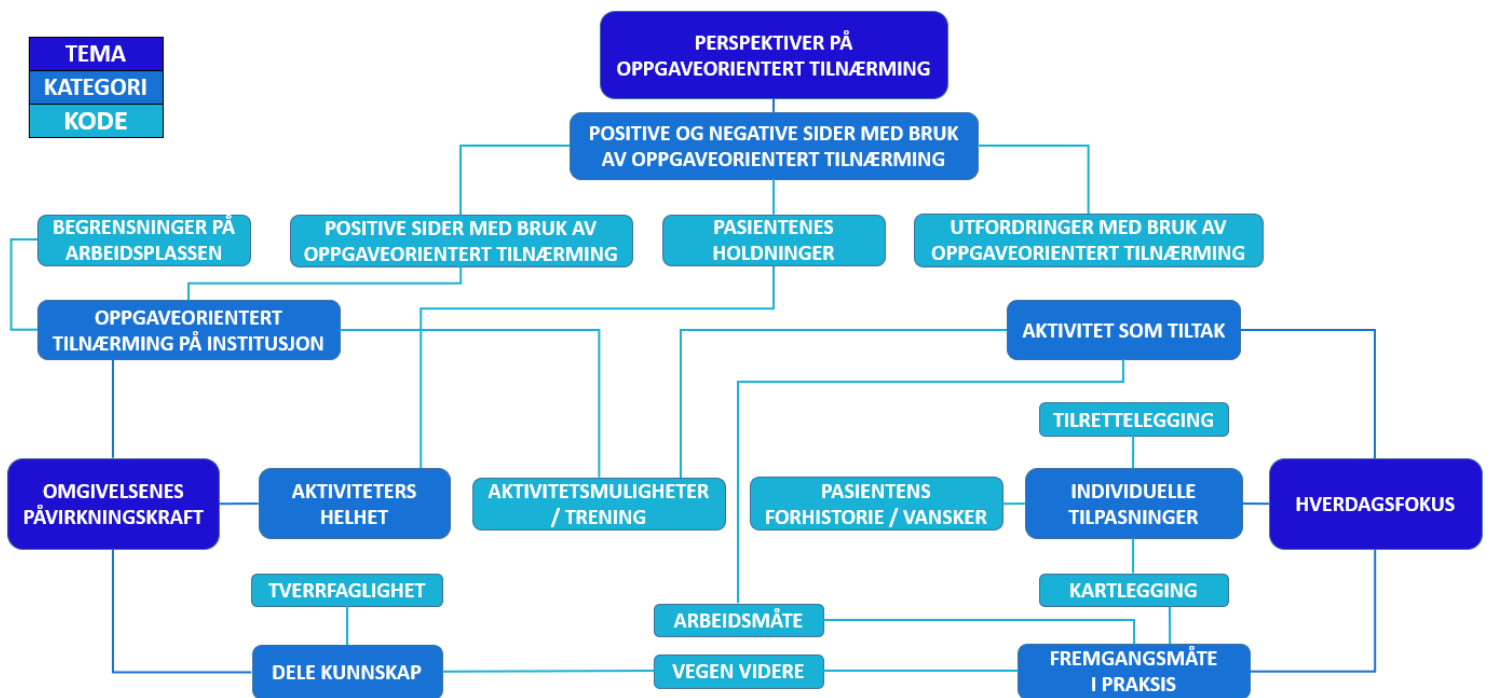
2.5 Analysering

For å analysere dataene ble analysemetoden meningsfortetting benyttet. Bruken av metoden kan støtte analysing av lange og komplekse intervjuetekster (Kvale og Brinkmann, 2015). Analysen ble utført på en systematisk måte og gjennomført likt for alle intervjuene. For å systematisere analysen ble et arbeidsark i excel benyttet, som bestod av emnene råtekst, kondensert meningsenhet, kode, kategori og tema.

Tabell 3: Utdrag fra arbeidsarket

Råtekst	Kondensert meningsenhet (renskrevet tekst)	Kode	Kategori	Tema
Informant: Ehhh nei ehh kanskje litt ehh, bare det at man blir litt kjent med pasienten, ehh det kan hende det kommer en del detaljer om ting fra tidligere, som gjør at man endrer litt strategi rett og slett.	Informant: Når en blir litt kjent med pasienten kan det hende det kommer en del detaljer om ting fra tidligere, som gjør at en endrer strategi.	Arbeidsmåte, Pasienters forhistorie/vansker, Tilrettelegging	Aktivitet som tiltak, Fremgangsmåte i praksis, Individuelle tilpasninger	Hverdagsfokus
Informant: Ja ehh, det som ehh ofte ser er jo at kanskje det treningskjøkkenet ikke sant at da er det kanskje en helt annen ovn enn de pleier å bruke. Sånn som vi har ganske gammel ovn da, mens noen av de yngre pasientene er vant til induksjon ikke sant.	Informant: Det vi ofte ser er at treningskjøkkenet har en helt annen ovn enn pasientene pleier å bruke. Vi har ganske gammel ovn, mens noen av de yngre pasientene er vant til induksjon.	Begrensninger på arbeidsplassen	Oppgaveorientert tilnærming på institusjon	Omgivelsenes påvirkningskraft
Informant: Ehh og så lenge man er god på å forklare, ehh ut ifra pasientens nivå, såå såå opplever jeg at dette er absolutt en, en av de beste tilnærmingene. Og det er også den (kremt) måten man kanskje, ja får med flest pasienter på da, hvis man ehh hvis man ehh, så lenge det, for det det er jo det pasienten som regel er motivert for.	Informant: Så lenge en er god på å forklare ut ifra pasientens nivå, så opplever jeg at dette er absolutt en av de beste tilnærmingene. Det er også den måten en kanskje får med flest pasienter på, for det er det pasienten som regel er motivert for.	Positive sider med bruk av oppgaveorientert tilnærming, Pasientens holdninger	Positive og negative sider med bruk av oppgaveorientert tilnærming, Aktivitetens helhet	Perspektiver på oppgaveorientert tilnærming

Analyseprosessen ble gjennomført ved hjelp av Kvale og Brinkmann (2015) sine fem trinn. Først ble intervjuet lest for å få en helhetsforståelse. Deretter ble naturlige meningsenheter bestemt, som innebar fjerning av fyllord som “eh” og “ikke sant”, samt unødvendige gjentakelser. Videre ble sentrale temaer for meningsenheten formulert. Temaene ble dannet ved hjelp av koding, som medførte større oversikt over tekstmaterialet i form av nøkkelord og farger. Identiske koder ble satt sammen på tvers av intervjuene, for å sammenligne informantenes utsagn. Under det fjerde trinnet ble meningsenheten vurdert på bakgrunn av undersøkelsens spesifikke formål. I trinnet ble kodene delt inn i kategorier, som ga utgangspunkt til videre analyse. I tillegg ble utsagnene vurdert mot studiets formål, og irrelevant informasjon ble fjernet. Til slutt ble de viktigste emnene i intervjuet satt sammen til et deskriptivt utsagn. Utsagnene dannet bakgrunnen for temaene i resultatdelen.



Figur 1: Oversikt over temaer, kategorier og koder

2.6 Verifisering

For at forskningsresultatene skal bli reliable må resultatet være konsistent og troverdig (Kvale og Brinkmann, 2015). I utarbeidelsen av intervjuguiden ble det tatt utgangspunkt i det sosial konstruksjonistiske verdenssynet, som fokuserer på bruk av åpne spørsmål (Creswell, 2009). Under intervjuet ønsket intervjueren å unngå å lede informantene og ha en mest mulig induktiv tilnærming til studien, som foreslått av Sverdrup (2020). Fokus på åpne og objektive spørsmål kan dermed styrke studiens troverdighet, da ledende spørsmål kan påvirke svarene

(Kvale og Brinkmann, 2015). I tillegg sikret intervjuguiden at alle informantene ble stilt like spørsmål, selv uten en konkret rekkefølge for å oppnå fyldige data (Sverdrup, 2020). Gruppemedlemmene forberedte seg i fellesskap til intervjuene, for å sikre relativ lik utførelse. Transkriberingen ble utført med samme skriveprosedyre, for å unngå tolkning som kan redusere studiens pålitelighet (Kvale og Brinkmann, 2015). Analyseringen ble utført likt og gjennomgått i fellesskap.

Validitet omhandler metodens relevans til studien (Kvale og Brinkmann, 2015). I intervju handler det om i hvilken grad en får svar på spørsmålene som stilles. Forskningsspørsmålet ble nyttig i utformingen av intervju spørsmålene, for å øke gyldigheten. Validiteten kan vurderes ved å undersøke feilkildene (Kvale og Brinkmann, 2015). Det ble gjort ved å være kritisk til egen forskning, blant annet reflekterte gruppemedlemmene over forskerens innvirkning på resultatene, hadde oppfølgingsspørsmål, gjentok svar samt spurte informantene om tilbakemelding.

Generaliserbarhet omhandler hvorvidt resultatene er overførbare, som bygger på antagelsen om at kunnskapen ikke forandres samt er gyldig overalt (Kvale og Brinkmann, 2015). Med bakgrunn i det sosial konstruksjonistiske verdenssynet som studien benyttet, vil individenes subjektive meninger fremmes (Creswell, 2009). Ifølge Sverdrup (2020) er ikke generaliserbarhet hensikten med kvalitative studier.

2.7 Rapportering

Intervjurapporteringsfasen er den siste fasen (Kvale og Brinkmann, 2015). I fasen ble relevant innhold formidlet på et visst antall sider. Under utformingen av rapporten ble antall tabeller, kommentarer og sitater begrenset, da det kan være uinteressant for leserne.

2.8 Etiske overveielser

Ved å utføre en intervjuundersøkelse kan det oppstå etiske problemstillinger, som bør tas i betraktning helt fra starten av (Kvale og Brinkmann, 2015). Det var sentralt å tenke over områder som informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle. I planleggingsfasen fikk aktuelle deltakere tilsendt et informasjonsskriv med en samtykkeerklæring. Dermed ble deltakerne informert om undersøkelsens formål, samt sikret frivillig deltakelse. Ved å sikre frivillig deltakelse og muligheten til å trekke seg, vises respekt ovenfor informantenes selvbestemmelsesrett, verd og integritet (NOU 2005: 1). Før gjennomføringen av intervjuene søkte prosjektansvarlig om godkjenning til prosjektet av

Norsk senter for forskningsdata. Godkjenningen av prosjektet fikk referansenummer 914763, se vedlegg 4 for dokumentasjonen.

Deltakelsen ble anonymisert, slik at ergoterapeutenes privatliv ble beskyttet. Det innebar at transkriberingen ble utført med fiktive navn, og lydopptaket ble slettet etter datainnsamlingen. Ved å behandle opplysningene konfidensielt ble menneskeverdprinsippet ivaretatt, som ønsker å ta hensyn til deltakernes sikkerhet og personvern (NOU 2005: 1). I en kvalitativ undersøkelse er det viktig å være klar over at de åpne spørsmålene kan føre til at deltakerne gir opplysninger de angres på senere (Kvale og Brinkmann, 2015). Det var derfor hensiktsmessig å reflektere over temaer som ble inkludert i intervjuguiden på forhånd, samt eventuelle konsekvenser.

Forskerens rolle er betydningsfull for kvaliteten på kunnskapen samt oppnåelse av etiske beslutninger (Kvale og Brinkmann, 2015). Forskerens kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet vil være avgjørende, da forskeren er kilden til innhenting av kunnskapen. I det sosial konstruksjonistiske verdenssynet er forskerens nøytralitet sentral, da tilnærmingen ønsker å tolke informantenes egne meninger og synspunkter (Creswell, 2009). Det er forsøkt ivaretatt ved at forskeren var bevisst over egne erfaringer under analyseringen av datainnsamlingen. Resultatene som legges frem skal være så nøyaktige og representative som mulig (Kvale og Brinkmann, 2015).

Studiets slutt kan etterfølges av en publisering, som innebærer å følge åpenhetsprinsippet ved at forskningsresultatet gjøres tilgjengelig for andre (NOU 2005: 1). Informantene er gjort klar over eventuell publisering gjennom informasjonsskrivet. Videre involverte studien mennesker, som dannet et fellesskapsprosjekt og var avhengig av informantenes tillit samt frivillig deltakelse (NOU 2005: 1).

3.0 Resultat

I oppgavens resultatdel vil funnene fra studien presenteres. Gjennom dataanalysen ble tre hovedtemaer identifisert; hverdagsfokus, omgivelsenes påvirkningskraft og perspektiver på oppgaveorientert tilnærming. Videre struktureres hovedtemaene inn i tilhørende undertemaer.

3.1 Hverdagsfokus

I intervjuene kom det frem at informantene knyttet oppgaveorientert tilnærming til reelle hverdagsoppgaver og praktisk jobbing. Tilnærmingen ble benyttet av alle informantene i arbeidshverdagen, der ingen utelukket enkelte pasientgrupper innenfor hjerneskader. Samtidig var det noe ulikt hva hver enkelt la i begrepet. En informant fortalte at treningen skulle ta

utgangspunkt i en aktivitet. Det var forskjellig fra å trene med en manual, som ble mer mekanisk. Det ble videre beskrevet som nødvendig at pasienten kjente igjen treningen som en oppgave. En annen informant fortalte at tilnærmingen innebar å arbeide mot målene til pasienten. Delelementer som kreves for å oppnå målet ble inkludert, hvor trening på kroppsfunksjonsnivå som fleksjon og ekstensjon av grepet kunne være en av elementene. I tillegg til å benytte aktiviteter i opptreningen, belyste en informant at det var mulig å bruke oppgaver hentet fra aktiviteter og at en kunne tørrtrene.

“Jeg tenker at en også kan bruke oppgaver hentet fra aktiviteter, som ikke må være direkte den aktiviteten en trener til. For eksempel trene på å løfte noe som ligner på et glass opp imot munnen eller trene på å kneppe knapper uten at de sitter i klærne.” (Informant 2)

En førstegangssamtale utførte flere av informantene på starten av pasientens opphold. Samtalens formål var å innhente informasjon om pasienten, der enkelte brukte COPM (Canadian Occupational Performance Measure) og KDA- skjema (Kartlegging av daglig aktivitet) under samtalen. Informantene fokuserte på å inkludere pasientene i utformingen av treningen. Noen kom med forslag til aktuelle aktiviteter, men understreket at det skulle være et samarbeid mellom pasienten og ergoterapeuten. Det var ikke tilfeldig hva som ble foreslått, flere informanter fremhevet betydningen med å forklare pasienten hensikten bak aktiviteten. Grunnen til betydningen var for at pasienten kunne opparbeide seg forståelse og motivasjon for treningen. En informant belyste også viktigheten med målbare mål, for å tydeliggjøre hva pasienten ville trene imot, slik at det ble konkret. For å tydeliggjøre pasientens fremgang brukte en informant filming under opptreningen. Filmingen foregikk tidlig i forløpet og mot slutten for å kunne vise pasienten endringen. I tillegg ble filming med pasientens mobil brukt, for at pasienten skulle få mulighet til å vise familie og venner progresjonen.

Alle informantene brukte oppgaveorientert tilnærming til både kartlegging og trening. Observasjon i aktivitet ble belyst som en viktig del av kartleggingen for å få informasjon om pasientens funksjon, sammen med andre kartleggingssituasjoner. Bruk av blant annet spill kunne muliggjøre observasjon av håndfunksjon og forståelse, samtidig som det ble trening for pasienten, fortalte en informant. En annen informant trakk frem bruk av kartleggingsverktøy som PRPP (Perceive, Recall, Plan and Perform) og AMPS (Assessment of Motor and Process Skills), ved behov for mer strukturerte observasjoner.

“...Observasjonen vil kunne gi oss tilleggsinformasjon. Vi har kanskje en basis fra en test eller screening, også vil en mer konkret oppgave bekrefte eller avkrefte det vi ser.” (Informant 1)

Treningen kunne være for kognitiv og fysisk funksjon, nevnte flere informanter. Eksempler som kreative oppgaver for trening av både finmotorikk og konsentrasjon, samt kognitiv trening i form av å finne tilbake under en treningstur ble gitt. En annen informant belyste bruk av mobil som hukommelseshjelpemiddel, som en sentral del av den oppgaveorienterte treningen, for å ta utgangspunkt i noe pasienten allerede benyttet. Flere av informantene fortalte at pasientene trener på samme aktivitet gjentatte ganger, men en uttalte at det ofte ble samme treningsarena. Under treningen ble det sentralt å velge aktiviteter som passet til hverdagslivet pasienten skulle tilbake til. Det var nødvendig for at pasienten ikke returnerte til sine tidligere utfordringer, uttalte en informant. En annen informant forklarte viktigheten med bruk av normale situasjoner i passende tider, for at pasientene skulle forstå at treningen foregikk hele dagen.

“Skal vi lage en middag, så lager vi den ved middagstider og ikke klokken ni om morgenen.”

(Informant 4)

3.1.1 Individuelle tilpasninger

Pasientenes vaner var noe alle informantene kartla og benyttet i noen grad. Foreslåtte aktiviteter var ofte kjente for pasienten og tok utgangspunkt i pasientens ønsker for hverdagslivet. Kjente aktiviteter kunne oppleves mer naturlig for pasienten samt fremme motivasjonen, fortalte en informant. I tillegg ga bruken av kjente oppgaver pasienten mulighet til å sammenligne med tidligere aktivitetsutførelse, noe som kunne være nyttig for treningen videre. Kartleggingen av vaner og interesser lå bak en MOHO tankegang, belyste en annen informant. Tankegangen bidro til et fokus på pasientens ønsker for opptreningen.

“Det er ingen fasit på hvordan aktiviteter skal utføres, for det kommer helt an på hva den enkelte er vant til...” (Informant 2)

Pasienter sendt direkte fra medisinsk avdeling var spesielt viktig å utfordre i aktiviteter, uttalte en informant. Grunnen var at pasientene ikke har fått mulighet til å opparbeide seg erfaringer i sitt vante miljø. Manglende erfaringer kunne gjøre det vanskelig å sette ord på egne utfordringer. Generelt var det individuelt hvorvidt strukturert kartlegging eller observasjon i aktivitet ble prioritert, basert på hva som var nødvendig å få informasjon om, samt tiden til rådighet. En annen informant fortalte at innlagte pasienter kunne ha ny eller gammel skade, noe som kunne påvirke oppholdet. Pasienter som har fått erfaring med skaden kunne enklere sette seg spesifikke mål, mens andre kunne ha behov for mer generelle mål før enkelte prioriteringer ble gjort. I enkelte tilfeller startet pasienter med en tankegang om å ikke få til en

oppgave. Dermed ble det lagt opp til at pasientene begynte med en oppgave dem mestret, samtidig som det ble arbeidet mot målet, uttalte informanten videre.

Flere av informantene belyste viktigheten med å gradere vanskelighetsgraden ut ifra pasientens funksjon. Eksempler som ble gitt var å guide bevegelser, gi støtte under en arm og lese kun to setninger om gangen ved hukommelsesvansker. Veiledning ble benyttet for å vise hvordan pasientene kunne klare å gjennomføre aktiviteten. Veiledningen kunne innebære instruering av pasienten i hva som var forventet av dem, for deretter å tilpasse hjelpen etter hvor mye pasienten mestret, uttrykte en informant. En annen informant sa at veiledning var å vise en ny måte å utføre aktiviteten på. Eksempelene innebar å sitte istedenfor å stå, dele opp aktiviteten eller tilpasse aktivitetens redskaper. Det ble også gitt tilbakemeldinger uavhengig av om pasienten klarte å utføre aktiviteten eller ikke.

“Jeg kan ikke pålegge pasienten å gjøre det jeg tenker er best, men det er noe med å veilede pasienten til å kunne utføre aktiviteten annerledes.” (Informant 4)

3.2 Omgivelsenes påvirkningskraft

Informantene identifiserte enkelte begrensninger som kunne oppstå ved bruk av oppgaveorientert tilnærming på en institusjon. I tillegg ble et tilstrekkelig omfang av aktivitetsmuligheter belyst, men grunnet enkelte begrensninger var det sentralt å koble inn kommunen for eventuell videre oppfølging. Flere informanter beskrev også begrensninger grunnet Covid- 19 pandemien, men det er valgt å unnlate i oppgaven.

3.2.1 Begrensninger på institusjonen

Sammenligning mellom institusjon og hjem var et fokus blant alle informantene.

Omgivelsene på institusjonen ble beskrevet som kunstig, da det ikke var likt som hjemmet til pasientene. Det var heller ikke tilgang på alt utstyret som pasientene benyttet til vanlig. Bruk av hjemmet i opptreningen kunne vært mer effektivt, belyste informantene. Det var en fordel i kommunen fortalte en informant, der hadde de mulighet til å benytte oppgaveorientert tilnærming hjemme hos pasientene. Det var spesielt positivt for personer med kognitive vansker, for å unngå opplevelsen av enda en ukjent faktor. En annen informant fortalte at pasientene kunne oppleve at aktivitetene ble feil, fordi det ikke var hjemme. Det ble lite hverdagspreg over en institusjon, når målet var å komme hjem. Enkelte kunne dermed ha utfordringer med å se sammenhengen. På institusjonen kom pasientene bort fra vanlige hverdagsoppgaver som å lage alle måltider, uttalte en informant. En annen informant belyste

at gjennomførelse av observasjoner var noe begrenset i visse situasjoner, da en ikke får utført oppgavene helt likt.

“Det vil ikke bli en helt riktig type aktivitet/ oppgave, fordi det vil være på en ukjent plass, et ukjent kjøkken eller at hverdagen er ukjent... Det er en helt annen realitet hjemme alene i egen hverdag, enn det er med rutinen og rytmen døgnet har her.” (Informant 1)

Pasientenes nærmiljø eller hjem var det flere av informantene som ikke hadde mulighet til å benytte under opptreningen. Enkelte sa at de kun hadde mulighet til å besøke pasienten for å kartlegge hjemmemiljøet. En informant nevnte at de kunne reise på hjemmebesøk, men det var begrenset til pasientene som bodde i nærheten av institusjonen.

Flere av informantene beskrev at bakgrunnen for valg av aktiviteter var hva de hadde tilgjengelig på institusjonen. Det kunne blant annet være vanskeligere å finne egnet aktivitet for pasienter med kognitive vansker. Grunnen var begrensinger med aktivitetsmuligheter som ga nok utfordring og føltet nyttig, beskrev en informant. Aktivitetsmulighetene ble også noe begrenset da flere informanter ga uttrykk for utfordringer med å tenke kreativt nok, noe som medførte at de samme aktivitetene ofte ble benyttet. En informant belyste en begrensning i form av manglende utstyr, som påvirket valg av aktiviteter. Utstyret som manglet var blant annet teknologiske løsninger som kunne være vanskelig å få tak i, da det ble styrt av økonomi og personalets kunnskap. Videre fortalte informanten om andre utfordringer, som at enkelte løsninger og utstyr krevde flere rom og lokaliteter enn det som var tilgjengelig.

“Det har litt med hva en har tilgjengelig og er trygg på selv... Vi har en hylle med forskjellige spill og jeg merker at det er de samme en drar frem, fordi det er de en kan selv...”

(Informant 1)

En begrensning som to av informantene nevnte var kort opphold, som begrenset tiden som var til rådighet. Det kunne medføre at pasienten ikke fikk tilstrekkelig trening på spesifikke oppgaver. I tillegg belyste en av informantene at det korte oppholdet kunne gå utover tiden til å observere pasienten. Videre burde en del praktiske hensyn tas, blant annet måtte treningen passe inn i deres egen og pasientens timeplan.

3.2.2 Aktivitetsmuligheter og deres innflytelse

Flere av informantene fortalte at de opplevde å ha tilstrekkelig med aktivitetsmuligheter på institusjonen. En informant fremhevet at grunnen var det korte oppholdet. En annen informant fortalte at pasientene var på institusjonen i en måned, og at vedkommende dermed fikk utført

aktiviteter gjentatte ganger. Det var muligheter både inne og ute, og informanten opplevde gode fasiliteter til å bruke aktivitet i opptreningen på institusjonen. Det ble lagt vekt på pasientenes fritidsaktiviteter sammen med hverdagsoppgaver, og kreativiteten ble benyttet aktivt for å få gjennomført passende aktiviteter. Kjøkkenet var noe alle informantene benyttet mye, da aktiviteten var enkel å tilpasse, noe alle måtte forholde seg til og mange hadde som mål. I tillegg ble andre hverdagsoppgaver, som morgenstell, handling av matvarer og følge timeplan nevnt av flere informanter.

En informant beskrev et gruppetilbud som ble benyttet på institusjonen, der pasientene hadde mulighet til å gi innspill til ønskelige aktiviteter, noe som kunne føre til mestring. Informanten la videre vekt på bruk av naturbaserte aktiviteter, samt kreative oppgaver som innebar blant annet et eget verksted. Fokuset ble lagt på trening som kunne testes ut hjemme, da det var mulighet for permisjon i helgene. Under permisjonen fikk pasientene anskaffet seg erfaringer om hvordan den trente aktiviteten passet inn i hverdagen. Det ble dermed enklere å gjøre eventuelle justeringer mot neste permisjon.

Flere av informantene fortalte at det var enklere å knytte aktivitetene til pasientens hverdag. En informant ga et eksempel på at det var lettere å sammenligne en kjøkkenobservasjon på institusjonen mot en i hjemmet til pasienten. Det kunne oppleves mer håndterbart for alle involverte parter. Flere informanter nevnte også verdien i å presentere en aktivitet pasienten kunne starte med på institusjonen, som videre ga motivasjon til å fortsette hjemme.

“...Det bygger en bro mellom det livet de har på sykehuset, som blir en sykehusboble og det livet de har hjemme.” (Informant 3)

I tillegg ble bruken av ukjente aktiviteter eller aktivitetsutførelse på et fremmed sted også erfart som nyttig av to informanter. Under aktiviteten ga en informant instruksjoner, som videre formidlet informasjon om pasientens hukommelse eller oppmerksomhet. Den andre informantene fortalte at aktiviteten ga opplysninger om hvordan pasienten forholdt seg til ukjent informasjon. En informant opplevde at de fleste pasienter hadde en positiv holdning til å utfordre seg. Den positive holdningen kunne også komme av ønsket om å bli tryggere på hverdagsaktiviteter og få bekreftelse.

3.2.3 Dele kunnskap

Bruken av oppgaveorientert tilnærming var individuell og måtte ikke avhenge av faggruppe, fortalte en informant. Det innebar hvor mye bistand hver enkelt ga, der noen kunne gjøre alt for pasientene, mens andre i større grad motiverte til selvstendighet. Bruken omhandlet

kunnskap og ikke tid. Dermed var det viktig å dele kunnskapen med hverandre, for å oppnå et tilsvarende utgangspunkt. Videre var det også viktig å ha respekt for hverandres yrke, da faggruppene var avhengig av hverandre i en rehabiliteringssetting.

En informant opplevde motstridende syn på oppgaveorientert tilnærming fra en fysioterapeut. Fysioterapeuten mente tilnærmingen innebar å flytte en gjenstand, uten sammenheng til aktiviteter. En annen informant opplevde at faggruppene utfylte hverandre og til tider samarbeidet under opptreningen. Alle hadde et hverdagsfokus og spurte pasientene hva som var viktig for dem. Videre sa informanten at faggruppene hadde god forståelse for hverandres kompetanse, men at ergoterapi kunne oppfattes noe diffust for enkelte. Flere informanter understrekte likevel at ergoterapeutenes kompetanse ble verdsatt og etterspurt av andre faggrupper.

“...Pasienten trenger en kartlegging av en ergoterapeut, kan ergoterapeut være med inn på morgenstellet her eller kan ergoterapeut være med opp på rommet for å observere. De er klar over kunnskapen vår og bruker oss til det.” (Informant 4)

En informant belyste fordelene med å få tilbakemeldinger fra kommunen, med ønske om spesifikk trening, som muligens bidro til at pasienten kunne bo lengst mulig hjemme. I tillegg uttrykte flere informanter viktigheten med dialog med kommunen før hjemreise, for eventuell videre oppfølging. Begrunnelsen kunne være manglende observasjoner som skapte usikkerhet angående tryggheten i en situasjon, fortalte en informant. Enkelte pasienter kunne få det enklere hjemme, mens andre ville fortsatt ha utfordringer. Dermed kunne dialog med kommunen også trygge pasient og pårørende før hjemreise. En annen informant ønsket også at videre instanser kom og hospiterte i løpet av pasientens opphold.

3.3 Perspektiver på oppgaveorientert tilnærming

Informantenes syn på oppgaveorientert tilnærming kom frem som mest positiv, da flere uttalte at de ikke så noen direkte negative sider med tilnærmingen. De negative sidene ble beskrevet som utfordringer eller påvirkninger en kunne møte fra pasienten og omgivelsene.

3.3.1 Styrker med oppgaveorientert tilnærming

Alle informantene trakk frem motivasjon som en styrke i oppgaveorientert tilnærming. Motivasjonen ble knyttet til pasientenes forståelse av treningen. Treningen kunne oppleves mer konkret om den ble knyttet mot hverdagslivet. Det kunne videre føre til en forståelse av viktigheten med å utnytte alle situasjoner til trening, nevnte en informant. En annen informant uttalte at tilnærmingen kunne bidra til at pasienten ble mer aktiv i hverdagsaktiviteter.

Økningen ble oppnådd ved å gjenoppta meningsfulle aktiviteter eller bli introdusert for nye. Aktivitetene ble beskrevet som sentrale da flere pasienter hadde mistet roller og selvtillit, som igjen førte til en mer passiv livsstil. Bruk av tilnærmingen kunne tydeliggjøre pasientenes fremgang, samt trygge dem på egen utførelse, nevnte flere informanter.

“Jeg tror det føles mer gjenkjennbart og trygt, og oppleves mer naturlig enn en del andre tilnærminger.” (Informant 1)

En informant sammenlignet oppgaveorientert tilnærming med andre testsituasjoner, der oppgaveorientert kunne oppleves mer nyttig. Det var vanskeligere å forklare hva testene kom frem til, da det kunne virke diffust for pasientene. Pasientene kunne lettere ta til seg informasjon og forslag om det ble knyttet til en konkret oppgave. Observasjonen i aktivitetene og testresultatene gjorde kartleggingen mer komplett, uttalte informanten.

Bruk av oppgaveorientert tilnærming kunne ha stor betydning for pasientenes rehabilitering, da de får prøvd ut ønskelige aktiviteter. Tilnærmingen ble opplevd som meningsfull og ble mye brukt, fortalte en informant. To av informantene uttalte at pasientene ble utfordret på passende nivå. Metoden kunne dermed føre til inkludering av flertallet av pasientene. Tilnærmingen ble generelt sett på som mer positiv enn negativ hos de fleste informantene.

“...Jeg tenker det er kjernen i ergoterapi... Jeg kan ikke se noen negative effekter med oppgaveorientert trening, heller tvert imot.” (Informant 3)

3.3.2 utfordringer med oppgaveorientert tilnærming

Pasientens tilstand ble sett på som en mulig utfordring ved bruk av oppgaveorientert tilnærming av alle informantene. Det ble gitt eksempler på utfordringer med nervøsitet grunnet tidligere erfaringer, oppmerksomhets- og hukommelsesvansker. Tidligere erfaringer som mobbing eller utfordringer med dysleksi, kunne påvirke hva pasienten ble utfordret på. Det kunne kreve endring av strategi eller unngåelse av visse aktiviteter, uttalte en informant. Enkelte pasienter så på hverdagsaktivitetene som uproblematisk, og følte at treningen ble mer en testsituasjon. Det kunne dermed være utfordrende å forstå hensikten med oppgavene, fortalte to av informantene. Andre påvirkninger som ble fortalt var pasientens evne til å se nytten av aktiviteten, om en ikke så sammenhengen til hverdagslivet. Manglende helhetsforståelse kunne videre påvirke motivasjonen til pasienten. Flere av informantene trakk også frem pasientens tro på seg selv, blant annet at det var ubehagelig å utføre aktiviteter en var usikker på.

“Det er noen ganger vi ikke får gjort nesten noe av det vi har tenkt, fordi pasienten ikke er mottakelig, motivert, har forståelse eller kapasitet.” (Informant 1)

En opplevelse av lite mestring hos pasienten kunne også påvirke, fortalte to informanter. Det ble belyst at pasientene kunne sette for høye mål og at det ikke var tilfredsstillende å utføre aktiviteten med kompenserende tiltak. I tillegg måtte en vurdere forsvarligheten og kunne ikke alltid la pasienten utføre sine ønskelige aktiviteter. Det krevde at terapeuten var ansvarsbevisst, uttalte en informant. Videre ble det fortalt at pasienter kunne ønske å gi opp dersom de ikke mestret aktiviteten, opplevde smerter eller ønsket mer hjelp. Det var tilfeller der pasienten hadde fått for mye hjelp etter skaden, hvilket gjorde det utfordrende for vedkommende å forstå hensikten med å være selvstendig. Ikke alle forstod viktigheten med å trene utenom treningstimer og kunne forvente å få mer hjelp av pleiere, opplyste informanten.

“...Når jeg kommer inn på et rom og pasienten sier: nei kommer du, skulle ønske det var en sykepleier, for da får jeg mer hjelp.” (Informant 4)

En informant belyste utfordringer som kunne oppstå på grunn av omgivelsene. Det innebar blant annet tolkninger, siden faktorer som ulik arena og det å bli observert kunne påvirke utførelsen. I tillegg beskrev en annen informant eventuelle faktorer i hverdagen, som gjorde at pasienten ikke fikk utført planlagte oppgaver. Det krevde dermed ytterligere justeringer mot hverdagslivet.

4.0 Diskusjon

Diskusjonen er inndelt i to deler, en resultatdiskusjon og en metodediskusjon.

4.1 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil hovedfunnene diskuteres opp mot MOHO- modellen samt tidligere forskning. Med bakgrunn i at MOHO ble valgt som et teoretisk rammeverk, vil resultatdiskusjonen inndeles i temaene person, aktivitet og omgivelser. Videre struktureres temaene med underoverskrifter.

4.1.1 Person

I den oppgaveorienterte treningen var personen i sentrum, med fokus på den enkeltes vaner. Informantene la videre vekt på klientsentrering, hvilket er belyst både innenfor oppgaveorientert tilnærming og i MOHO- modellen. Samtidig ble noen unntak beskrevet.

4.1.1.1 Bruk av pasientenes vaner

I intervjuene var pasientenes vaner et sentralt tema blant alle informantene. Vanene ble knyttet til pasientenes motivasjon. Menneskers rutineaktiviteter har bakgrunn i hva som er enklest eller mest effektivt for den enkelte (Kielhofner, 2017). Uansett årsak, har mennesker en tendens til å være knyttet til sin spesielle måte å utføre kjente aktiviteter på. Informantene forsøkte å tilrettelegge for at pasientene kunne utføre aktiviteter på sin kjente måte. Det kom videre frem at det ikke var en fasit på hvordan aktivitetene skulle utføres. Samtidig kunne det være utfordrende å utføre visse aktiviteter på lik måte som hjemme. Ifølge Kielhofner (2017) kan vaner gjøre at mennesker forstår og gjenkjenner sammenhenger, samt styre våre handlinger. Begrensning av pasientens vaner å utføre aktiviteter på, kan tenkes å ha en innvirkning på aktivitetsutførelsen. Innvirkningen kan videre skape et upresist bilde på hvordan pasienten fungerer hjemme.

Vaner forminsker innsatsen som kreves i en aktivitetsutførelse (Kielhofner, 2017). På en annen side beskriver Kielhofner (2017) at en endring i personers funksjonelle status kan endre en eksisterende vanes effektivitet. Det kan være tilfellet etter en ervervet hjerneskade, med utfall som reduserte fysiske og kognitive funksjoner (Helsedirektoratet, 2017). Når vaner endres kan det etterfølges en følelse av desorientering eller uvirkelighet (Kielhofner, 2017). Videre kan nedbrytning av vaner skape inaktivitet, som kan påvirke humøret og energien. En informant belyste viktigheten med å gjenoppta meningsfulle aktiviteter eller introdusere nye, da flere pasienter opplevde tap av roller og selvtillit. Det samsvarer med oppgaveorientert tilnærming, der målet er å muliggjøre personers utførelse av aktiviteter og roller de vil eller trenger å gjøre (Almhdawi *et al.*, 2016).

Flere av informantene beskrev nødvendigheten med å gradere aktiviteters vanskelighetsgrad. Samtidig var det ikke alltid pasientene ønsket å utføre aktiviteten annerledes. En funksjonsnedsettelse kan forbindes med syke og avvikende roller (Kielhofner, 2017). Rollene kan videre føre til et ønske om å distansere seg selv fra å være en person med funksjonsnedsettelse. For eksempel et ønske om å utføre aktiviteten som før, da den nedsatte funksjonen kan føles synlig ved å utføre aktiviteten annerledes. Samtidig kan distanseringen redusere sannsynligheten for å utvikle en positiv identitet som funksjonsnedsatt, eller at de sosiale fordommene mot funksjonsnedsettelser blir opprettholdt (Kielhofner, 2017). Stereotypiske roller kan dermed påvirke opptreningen.

Utover påvirkningen rollene kan ha, oppga en informant viktigheten av å benytte de normale situasjonene og utføre aktiviteter tilpasset vanlige rutiner. Ifølge Kielhofner (2017) gir rutiner

mennesker en grad av struktur og forutsigbarhet i livet, som bidrar til å forme våre hverdagsliv. På en annen side ble det belyst at pasientene kom bort fra sine vanlige hverdagsoppgaver på institusjonen. Det kan eventuelt føre til at overgangen til hverdagslivet blir større. Bruken av klientsentrert praksis kan derimot gjøre pasientene mer delaktige (Kristensen *et al.*, 2011).

4.1.1.2 Involvering av pasienten i behandlingen

Bruk av klientsentrert praksis har vist god evidens, der pasientene utvikler sterkere evner og mestrer flere aktiviteter i løpet av rehabiliteringsoppholdet (Kristensen *et al.*, 2011). Flere informanter fokuserte på involvering av pasientene i behandlingen og ga dem mulighet til å avgjøre valg av aktiviteter. Samtidig fortalte enkelte at de noen ganger måtte komme med forslag til pasientene. Pasienters utførelse forbedres når de inkluderes i diskusjoner om behandlingsmål, selv med pasienter som har lav bevissthet, kommunikasjonsproblemer eller andre kognitive dysfunksjoner (Kristensen *et al.*, 2011). Selv om informantene ga forslag til aktiviteter, ble det fremhevet at det var viktig å samarbeide med pasienten. På en annen side ble det beskrevet utfordringer med bruken av oppgaveorientert trening, om pasienten hadde tidligere dårlige erfaringer. En informant fortalte at det kunne kreve endring av strategi eller at noen aktiviteter måtte unngås. Samtidig vil en persons tidligere erfaringer bidra til å utforme viljen og hva en anser som viktig å foreta seg (Kielhofner, 2017). For eksempel kan personen ønske å mestre aktiviteten, på tross av tidligere dårlige erfaringer. Om det ikke er mulig å utføre aktiviteter en er interessert i, kan personen føle seg ukomfortabel (Kielhofner, 2017). Klientsentrering vil dermed være sentralt i behandlingen, selv om en ikke alltid får gjennomført nøyaktig det pasienten ønsker. Derimot kan klientsentrering øke muligheten til å finne tilsvarende aktiviteter.

En funksjonsnedsettelse kan oppleves som en fremmedgjørelse fra ens egen kropp (Kielhofner, 2017). Personen vil videre bli utfordret til å tilpasse seg egne opplevelser. Tilpasningen er sentral for å gjenvinne kapasitet, da det vil kreve at personen finner seg til rette med en kroppslig fremmedgjørelse. Flere av informantene pekte på pasientenes grad av erfaringer med skaden som en faktor. En forklarte at det var forskjell på de med ny og gammel skade med tanke på hvilke mål som ble satt. Personene med ny skade trengte ofte flere opplevelser for å bli kjent med egne funksjoner. På en annen side kom viktigheten av målbare mål frem, for å kunne se en tydelig fremgang i treningen.

Forståelse av en funksjonsnedsettelse ut fra subjektive opplevelser er viktig, da det ofte forklarer sider av utøvelseskapasiteten som et objektivt syn ikke forklarer (Kielhofner, 2017). En endret opplevelse vil videre endre aktivitetsutførelsen. Forståelsen av de subjektive opplevelsene kan bidra til å skape effektive strategier (Kielhofner, 2017). Det kan belyse viktigheten med å involvere pasienten i behandlingen. Når mennesker skal lære noe, vil det først være nødvendig å se på de objektive bevegelsene (Kielhofner, 2017). Fra intervjuene kan det innebære veiledningen informantene ga for å vise pasientene hvordan aktiviteten kunne utføres annerledes. For å lære utførelsen, kreves det derimot at en må kjenne hvordan det føles (Kielhofner, 2017). Når den følelsen er oppnådd, vil ikke de objektive sidene bli lagt merke til lenger. Samtidig kan oppgaveorientert trening bidra til at pasientene oppdager de mest optimale strategiene for utførelse (Almhdawi *et al.*, 2016). Dermed kan det være hensiktsmessig å benytte tiden på de objektive bevegelsene, for å belyse den mest effektive utførelsen. På tross av at utførelsen ikke nødvendigvis rekker å bli innlært.

4.1.2 Aktivitet

Informantene hadde erfaringer med ulike måter å trene på dagligdagse aktiviteter. Erfaringene omhandlet hvordan pasientene skulle utføre aktiviteter, samt hvilke andre tiltak det var nyttig å kombinere treningen med. Ifølge forskning kan det være både styrker og svakheter med fremgangsmåtene.

4.1.2.1 Aktivitet som tiltak

Menneskelig aktivitet omfatter tre områder for utførelse; dagligdagse aktiviteter, lek og produktivitet (Kielhofner, 2017). Studiens resultater indikerer at dagligdagse aktiviteter ble mye brukt i opptreningen og ble beskrevet som enkle å tilpasse. Samtidig opplyste enkelte informanter at det også var fokus på pasientenes fritidsaktiviteter, noe som derimot kunne utfordre ergoterapeutens kreativitet. Resultatene kan antyde at det er enklere å utføre dagligdagse aktiviteter på en rehabiliteringsinstitusjon fremfor andre aktiviteter.

Det kan være flere måter å trene aktiviteter på. Ifølge Kristensen *et al.* (2011) er trening på den spesifikke oppgaven den beste måten å relære en aktivitet. Om det ikke er mulig kan ergoterapeuten implementere kompenserende strategier for å fremme selvstendighet. En informant fremmet muligheten med å bruke oppgaver hentet fra aktiviteter. Det er noen delte meninger angående fremgangsmåten på treningen. Ifølge Hubbard *et al.* (2009) bør en starte med å dele opp aktiviteten i mindre deler, for deretter å sette de sammen igjen til en hel aktivitet. Derimot anbefaler Tuntland (2011) trening av hele aktiviteten, med unntak av trening på enkelte sammensatte ferdigheter hos personer med kognitive begrensninger og

lærevansker. Grunnen til unntaket er at aktivitetene tar lenger tid å lære seg, samt vil trening av deler redusere kravene til oppmerksomhet for hele aktiviteten. Samtidig kan trening av deler medføre tap av betydningen aktiviteten har for personen (Tuntland, 2011). Dermed er det ingen feil fremgangsmåte, men det kan kreve en vurdering over hvilken måte som er mest egnet i de ulike situasjonene.

Selv om Hubbard *et al.* (2009) fremmer å dele opp aktiviteter, så belyses det at en ikke bør utføre treningsøvelser uten tydelig sammenheng med aktiviteten pasienten ønsker å mestre. Det kan videre redusere motivasjonen for treningen. Tilsvarende mente en informant at treningen burde ta utgangspunkt i målene til pasienten. Forskjellen mellom trening av hele eller deler av aktiviteten kan påvirke opplevelsen av sammenheng. Opplevelsen kan ha innvirkning på utøvelseskapasiteten (Kielhofner, 2017). Det kan tenkes at det blir vanskeligere å få en subjektiv opplevelse av aktiviteten, dersom en kun utfører delene. Delene kan øke fokuset ytterligere på de objektive sidene av utførelsen.

I tillegg til å trene på oppgaver indikerer Hubbard *et al.* (2009) at det er viktig å utføre aktiviteten gjentatte ganger for å oppnå optimal funksjon. Det vil videre muliggjøre utførelse av hverdagsaktiviteter. Andre studier trekker også frem viktigheten med at treningen er repetitiv, samtidig som den er oppgaveorientert og meningsfull for pasienten (Rensink *et al.*, 2009; Almhdawi *et al.*, 2016). Flere av informantene fortalte at pasientene ofte trente på samme aktivitet gjentatte ganger. Samtidig belyste en informant at pasientene ofte ikke fikk tilstrekkelig med trening i løpet av oppholdet. I tillegg oppfordres det til trening på daglige aktiviteter utenom oppsatte treningstimer med terapeuten (Rensink *et al.*, 2009). Viktigheten av å trene på aktiviteten gjennom hele dagen ble også vektlagt av en informant. Det kan se ut som repeterende trening er noe informantene tar hensyn til i opptreningen, men at det kan bli noe begrenset grunnet lengden på oppholdet.

4.1.2.2 Kombinasjon av tiltak

Ifølge Hubbard *et al.* (2009) er rehabilitering ofte basert på trening av kroppsfunksjonsnivå, selv med økende bevis for oppgaveorientert tilnærming. Imidlertid påpeker Mohapatra og Kulnik (2021) at oppgaveorientert tilnærming brukes ofte i klinisk praksis for å lette funksjonell rehabilitering etter en hjerneskade. Det inkluderer blant annet rutinemessig bruk av kjøkkenbaserte intervensjoner. Sistnevnte kan ses i informantenes utsagn, da kjøkken ble beskrevet som en ofte brukt aktivitet. Kjøkkenbaserte intervensjoner har vært vanlig i ergoterapi, grunnet aktivitetens høye terapeutiske egenskaper, som krav til planleggingsevne, samt motoriske og sensoriske krav for å fullføre oppgaven (Mohapatra og Kulnik, 2021). I

tillegg ble funksjonell matlaging identifisert som viktig for individets følelse av tilfredshet med livet. Videre antydte studien at matlagingen ble høyt verdsatt av pasienter som en meningsfull aktivitet under rehabiliteringen. På en annen side beskrev informantene noe ulike fremgangsmåte på opptreningen, der enkelte belyste nødvendigheten med å inkludere trening på kroppsfunksjonsnivå for å oppnå målene.

Omfanget av kognitive vansker og eksekutive funksjoner etter en hjerneskade kommer tydeligere frem i naturlige omgivelser med reelle oppgaver (Mohapatra og Kulnik, 2021). Videre har det blitt antydte at nytten av standardiserte nevrologiske tester er begrenset, grunnet deres reduserte evne til å gjenspeile effekten kognitive vansker har på hverdagsoppgaver. Informantene belyste bruk av tester sammen med observasjoner i aktivitet, der en poengterte at observasjonene ville bekrefte eller avkrefte testresultatene. Observasjonene ble brukt for å vurdere pasientens funksjon. Flere kognitive vansker kan påvirke tryggheten med å leve i samfunnet og utførelsen av oppgaver (Mohapatra og Kulnik, 2021). På en annen side er det ingen bevis for at kjøkkenbaserte intervensjoner alene kan forutsi pasientens utførelse hjemme. Derfor er det vanlig å vurdere tryggheten gjennom både formelle og uformelle observasjoner (Mohapatra og Kulnik, 2021). En informant trakk frem enkelte kartleggingsverktøy som ble brukt ved behov for mer strukturerte observasjoner. Samtidig belyste informanten at det var vanskelig å forutsi hvordan pasienten faktisk ville fungere hjemme.

4.1.3 Omgivelser

Informantene belyste påvirkninger som kunne komme fra de fysiske og sosiale omgivelsene. Omgivelsene kunne innebære både positive og negative påvirkningsfaktorer under opptreningen.

4.1.3.1 Fysiske omgivelser

Omgivelsene på institusjonen ble beskrevet som kunstig av informantene, noe som igjen kunne påvirke opptreningen. Det ble fremmet at bruk av pasientenes hjem kunne vært mer effektivt. En pilotstudie indikerer at det vil bli mer presise vurderinger av individets funksjon, om de blir utført i miljøet individet skal fungere i (Toneman *et al.*, 2010). Videre kan det være hensiktsmessig å gi behandlingen i individets kjente miljø, da personer med ervervet hjerneskade kan ha vansker med å overføre ferdigheter mellom ulike omgivelser. Flere av informantene trakk frem at hverdagen på institusjonen ble annerledes enn en vanlig hverdag. Det kunne videre påvirke pasientenes evne til å se sammenhengen til hjemmet. For øvrig har varierte oppgaver i ulike kontekster vist seg å øke oppgavens overførbarhet (Hubbard *et al.*,

2009; Almhdawi *et al.*, 2016). I motsetning belyste en informant at det ofte ble samme treningsarena. Variasjonsmulighetene på institusjonen kan antas å påvirke pasientens opplevelse av sammenheng med hverdagslivet.

På tross av antagelsen om miljøets innflytelse, oppfylte ikke resultatene til Toneman *et al.* (2010) forventningen om at individers prestasjoner er bedre hjemme enn på sykehus. I motsetning fikk flere av deltakerne dårligere resultater hjemme, som kan skyldes at enkelte virket mer avslappet. Holdningen førte videre til redusert bevissthet over egen kroppsstilling og posisjonering til oppgaven og omgivelsene. I tillegg kan hverdagen hjemme øke de totale daglige kravene sammenlignet med den strukturerte kliniske settingen (Toneman *et al.*, 2010). Kravene kan igjen påvirke pasientenes utholdenhet. Det kan ses i en av informantenes utsagn, der permisjon ga indikasjon til å tilpasse treningen ytterligere til hverdagslivet, ettersom det kom frem andre krav hjemme. På en annen side kan det være vanskelig å oppfatte hverdagens sammensatte krav i løpet av en avgrenset permisjon. Hverdagens krav er dermed noe som kontinuerlig bør tas i betraktning under opptreningen.

Omgivelsene i hjemmet har en tendens til å være mer rotete og ikke like tilpasset som sykehusets omgivelser (Toneman *et al.*, 2010). I tillegg får enkelte pasienter langvarige sykehusopphold etter en hjerneskade, noe som kan gjøre hjemmet mindre kjent. Videre kan omgivelsene på institusjonen oppfattes som trygge og kontrollerte. Det kan bidra til at pasienten opplever aktivitetsutførelsen som mer omfattende hjemme. En informant trakk derfor frem viktigheten med å kontakte kommunen for videre oppfølging, for å sikre overgangen til hjemmet. Derimot kan det også være fordelaktig å utskrive pasientene tidligere i rehabiliteringsforløpet, da med mer omfattende hjemmebasert terapi, for å fremme mestring av aktiviteter i hjemmemiljøet (Toneman *et al.*, 2010). Flere av informantene belyste at det ofte var kort opphold, noe som fremstod som negativt grunnet liten tid til kartlegging og trening. På en annen side kan lengden på oppholdet bli sett på som positiv i lys av antydningene til Toneman *et al.* (2010). Samtidig uttalte en informant at det korte oppholdet medførte en opplevelse av tilstrekkelig med aktivitetsmuligheter, selv med begrensninger i form av mangel på utstyr og rom. Det korte oppholdet kan dermed ha både positive og negative sider.

4.1.3.2 Sosiale omgivelser

Omgivelsene kan gi oss ressurser og muligheter, men også krav og begrensninger (Kielhofner, 2017). For eksempel kan de sosiale omgivelsene gi oss ressurser til å opprettholde motivasjonen. Under intervjuene kom det frem at informantene brukte

motivering, veiledning og tilbakemelding i pasientenes opptrening. Tidligere forskning hevder at oppgaveorientert trening bør inkludere passende og positive tilbakemeldinger (Hubbard *et al.*, 2009; Almhdawi *et al.*, 2016). På en annen side indikerer Hubbard *et al.* (2009) at tilbakemeldingene bør reduseres over tid, for å forhindre unødvendig avhengighet. Selv om de sosiale omgivelsene kan bli sett på som ressurser, kan likevel enkelte bli begrenset av andres forventninger (Kielhofner, 2017). Det kan videre påvirke personens handlinger og motivasjon. Begrensningen kommer til uttrykk i studiens resultater, der en av utfordringene var at enkelte følte ubehag ved å bli observert. Ubehaget kunne videre påvirke aktivitetsutførelsen.

Andre utfordringer som kom frem i intervjuene var blant annet i forbindelse med andre faggrupper. Det innebar pasientenes forventninger om å få mer hjelp av andre faggrupper, noe som kunne påvirke deres holdninger til ergoterapeuten. På en annen side ble det poengtert at hvor mye bistand hver enkelt ga var individuelt. Omgivelser som utfordrer en persons kapasitet kan fremkalle engasjement, oppmerksomhet og maksimal ytelse (Kielhofner, 2017). En informant fortalte viktigheten med å dele kunnskapen med andre faggrupper, og passe på at alle hadde tilnærmet lik fremgangsmåte. Samtidig er det vesentlig å passe på at omgivelsene ikke stiller for høye krav i forhold til personens kapasitet (Kielhofner, 2017). For høye krav kan videre få personen til å føle seg nervøs, overveldet eller håpløs. Oppgaveorientert tilnærming kan dermed bli påvirket av hvordan faggruppene til sammen forholder seg til pasienten på rehabiliteringsinstitusjonen.

4.2 Metodediskusjon

Metodediskusjonen inneholder et kritisk syn på studien. Diskusjonen inkluderer refleksjoner rundt valg av metode, informanter og tidligere forskning. Til slutt vurderes betydningen for praksis.

4.2.1 Valg av metode

I oppgaven ble det valgt å benytte en kvalitativ metode, ettersom metoden samsvarer med studiens hensikt. Kvalitative metoder ønsker å forstå, ikke forklare og målet er å beskrive, ikke predikere (Malterud, 2011). Utfordringen med metoden er at en verken kan tro eller påstå at funnene representerer andres erfaringer. På en annen side er overførbarhet en forutsetning for kunnskap som skal deles med andre (Malterud, 2011). Videre kan overførbarhet i kvalitative studier omhandle at andre forstår mer om sitt eget, ved å anskaffe kunnskap om andres erfaringer.

Under intervjuene ble en semistrukturert intervjuguide benyttet. Fordelen med intervjuformen er fleksibiliteten den gir, som kan resultere i viktig og interessant informasjon (Sverdrup, 2020). På en annen side beskriver Sverdrup (2020) at det kan være utfordrende å forholde seg til rolledelingen i intervjuet, da den står i motsetning til andre samtaler. Ingen av gruppemedlemmene hadde erfaring med kvalitativ studie fra før, noe som kan ha påvirket studien. For eksempel kunne det være utfordrende å unngå ledende spørsmål, samt hvorfor-spørsmål. Hovedspørsmålene var enklere å holde åpne, mens oppfølgingsspørsmålene ble enkelte ganger noe ledende. Samtidig kan ledende spørsmål verifisere intervjuerens tolkninger (Kvale og Brinkmann, 2015). Dermed ble det vurdert at de ledende spørsmålene ikke hadde noen betydelig negativ påvirkning på resultatene.

I forkant av intervjuene ble det lagt vekt på grundig forberedelse, både med hverandre og bekjente. I tillegg reflekterte gruppemedlemmene over intervjuene i etterkant, noe som kan ha påvirket utførelsen av de resterende intervjuene. Gruppemedlemmene økte bevisstheten over hvordan spørsmålene kunne stilles på en tydeligere måte, samt hvilke andre oppfølgingsspørsmål som kunne vært relevante. Samtidig rullerte gruppemedlemmene over hvem som styrte intervjuet, noe som førte til at ingen fikk ytterligere erfaringer med å utføre intervjuer. På en annen side bidro intervjuguiden og forberedelsene til at gruppemedlemmene hadde tilnærmet lik utførelse.

4.2.2 Informanter

I studien ble et strategisk utvalg foretatt, for å inkludere informanter med en bestemt praksiserfaring (Dalland, 2020). Det påvirket hvem som fikk mulighet til å delta i studien, da det kun ble kontaktet fem ulike arbeidsplasser fra et bestemt område. Det valgte området kan ha påvirket hvilke aktiviteter som ble vektlagt, i tillegg til beliggenheten til hver enkelt arbeidsplass. For å gjøre et strategisk utvalg må fokuset til studien være etablert, slik at en ikke innhenter irrelevant data (Malterud, 2011). Det ble valgt å begrense studien til spesialisthelsetjenesten, selv om andre ergoterapeuter kan inneha relevant erfaring. Grunnen til begrensningen var for å få en bedre forståelse over anvendelsen av oppgaveorientert tilnærming innenfor et bestemt område. Samtidig kunne et bredere utvalg innenfor flere faglige områder bidratt til en større forståelse over mengde bruk av tilnærmingen, på de ulike arbeidsplassene.

Det ble på forhånd bestemt å inkludere fire informanter i studien. Av de fem ulike arbeidsplassene som ble kontaktet, var det en som ikke responderte. To ergoterapeuter fra samme arbeidsplass ønsket å delta, men kun en av dem ble inkludert grunnet mangel på tid og

ressurser. De valgte informantene dannet grunnlag for å sammenligne tilsvarende arbeidsplasser. På en annen side kunne flere informanter ført til at utvalget hadde fått et større mangfold og dermed beskrevet flere nyanser av samme fenomen (Malterud, 2011). Samtidig kan et høyt antall informanter i en kvalitativ studie gi risiko for dårligere datakvalitet, da det blir betydelig mer materialet som må gjennomgås (Sverdrup, 2020). Det kan dermed være både fordeler og ulemper med et begrenset utvalg.

I utgangspunktet ønsket gruppemedlemmene å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt, men det ble ikke mulig grunnet Covid-19 pandemien. Digital gjennomføring kan ha påvirket resultatene, da det i enkelte tilfeller reduserte samtaleflyten. Det digitale intervjuet kan kreve mer av både intervjueren og informanten, siden ikke-språklig informasjon er mindre tilgjengelig (Kvale og Brinkmann, 2015). På en annen side ble alle intervjuene gjennomført uten store tekniske problemer, der informantene ga utfyllende svar på spørsmålene. Derimot oppstod enkelte mindre utfordringer, blant annet at lyden kunne henge seg opp i noen grad. Det påvirket videre transkriberingen, da det var utfordrende å høre enkelte ord. Samtidig ble det sendt e-post til et par av informantene for videre utdypning. Svarene kan ha styrket studiens reliabilitet, da informantene selv fikk beskrevet ytterligere hva utsagnene betydde.

Av hensyn til personvern dukket det opp enkelte utfordringer knyttet til gjenkjennelse. Gruppemedlemmene gjorde flere vurderinger underveis av hvorvidt materialet kunne bli gjenkjent. I enkelte tilfeller kan personvernet styrkes om en forandrer på informasjonen (Malterud, 2011). Sitater ble skrevet uten preg av dialekt og enkelte eksempler informantene ga uteble fra oppgaven. I tillegg ble noen av informantenes eksempler satt sammen til et overordnet begrep. På en annen side må en passe på at dokumentasjonen ikke forandres for mye, da det kan svekke påliteligheten (Malterud, 2011).

4.2.3 Tidligere forskning

Tidligere forskning ble benyttet i oppgaven etter valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene bidro til å avgrense søkene, noe som gjorde at gruppemedlemmene kunne foreta en grundigere vurdering av søketreffene. På en annen side kan enkelte av kriteriene utelukket relevante artikler, blant annet artikler på andre språk eller artikler eldre enn 15 år. Samtidig kan kunnskap bli utdatert i fagområder som er i stadig utvikling (Dalland, 2020). Dermed ble det valgt å fokusere på nyere forskning, som også begrenset antall vurderinger.

I valget av artikler ble NTNU Universitetsbibliotekets råd til valg av kilder (NTNU, u.å.) i utgangspunktet benyttet. Samtidig ble artikkelen til Hubbard *et al.* (2009) benyttet, selv om den ikke tilfredsstilte alle rådene grunnet mangel på IMRaD- struktur og metodekapittel. Mangel på metode skapte videre usikkerhet angående artikkelens kvalitet, da en ikke vet hvordan det er gått frem for å få resultatene i studien. På en annen side er artikkelen fagfellevurdert og oppfyller inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble satt. I tillegg ble artikkelen benyttet sammen med ytterligere artikler, som påvirket valget med å inkludere den i oppgaven. Et annet eksempel på en forskningsartikkel som krevde ytterligere vurderinger, var studien til Rensink *et al.* (2009), da den omhandler sykepleierens praksis. Samtidig ble artikkelen funnet gjennom referansene til Gillen (2014), som er en ergoterapirettet bok. Videre ga artikkelens innhold relevant støtte til de andre valgte forskningsartiklene, og belyste at tilnærmingen var relevant for flere faggrupper.

4.2.4 Betydningen for praksis

Studiens resultater kan bidra til å øke bevisstheten over bruk av oppgaveorientert tilnærming i rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten. Den viser samtidig en variasjon av aktivitetsmuligheter, selv med begrensningene som kan oppstå. Basert på informantenes utsagn kan det se ut til at tilnærmingen har blitt en del av akseptert praksis, men med noe ulik fremgangsmåte. På en annen side er det ikke sikkert intervjupersonens tolkninger av datainnsamlingen har fullt samsvar med informantenes perspektiver (Dalland, 2020). I tillegg inkluderer studien kun fire informanter og det er ingen grunnlag for å si at resultatene vil gjelde for andre rehabiliteringsinstitusjoner. Samtidig kan det tenkes at informantene ikke hadde takket ja til studien, uten å inneha relevant erfaring med temaet. Med bakgrunn i eventuelle begrensninger med studien vil det være behov for videre forskning innenfor temaet. En sammenligning mellom studien og en eventuell observasjonsstudie kunne vært interessant, for å få en bredere forståelse.

5.0 Konklusjon

I studien ble følgende forskningsspørsmål undersøkt: *Hvilken erfaring har ergoterapeuter med oppgaveorientert tilnærming i rehabilitering av personer med ervervet hjerneskade?*

Resultatene fra datainnsamlingen viser at informantene hadde erfaring med oppgaveorientert tilnærming i arbeidshverdagen. Tilnærmingen ble brukt til både kartlegging og trening, med tilpasninger etter pasientenes vaner og tilstand. Med utgangspunkt i at pasientene kan oppleve et endret hverdagsliv, kan rehabiliteringen bidra til å gjenoppta meningsfulle aktiviteter eller introdusere nye. Samtidig kan det være utfordrende å se sammenhengen til hverdagslivet,

fordi omgivelsene i rehabiliteringsinstitusjonen blir annerledes og kan oppleves som kunstig. I tillegg kan andre faggrupper ha betydelig påvirkning på treningen, da alle arbeider tett sammen på et rehabiliteringssenter. Oppgaveorientert tilnærming ble sett på som en meningsfull del av opptreningen, uten direkte negative effekter. Bruk av tilnærmingen kunne allikevel gi enkelte utfordringer, da bruken blir påvirket av pasientenes tilstand, holdninger og omgivelsesmessige faktorer.

På tross av få informanter, erfarer gruppemedlemmene at forskningsspørsmålet har blitt besvart på en tilfredsstillende måte. Oppgaven konkluderer med at ergoterapeutene var løsningsorienterte for at behandlingen skulle bli tilnærmet lik en vanlig hverdag, selv om det beste hadde vært å bruke pasientenes hjem. Videre hadde ergoterapeutene en positiv innstilling til bruk av oppgaveorientert tilnærming på en institusjon. Studien kan bidra til å gi en indikasjon på hvordan oppgaveorientert tilnærming blir brukt i rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten, samt utfordringene en kan møte. I senere studier kan det være behov for å utforske mer om hvor utbredt bruken av oppgaveorientert tilnærming er innenfor rehabiliteringsinstitusjoner i Norge.

6.0 Referanseliste

Almhdawi, K. A. *et al.* (2016) Efficacy of Occupational Therapy Task-oriented approach in Upper Extremity Post-stroke Rehabilitation, *Occupational therapy international*, 23(4), s. 444-456. doi: 10.1002/oti.1447

Creswell, J. W. (2009) *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3. utg. Los Angeles: Sage.

Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ergoterapeutene (2017) *Alle skal kunne delta: Ergoterapeuters kjernekompetanse*. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.

Gammeltoft, B. G. (2011) *Skjulte handicaps: hos personer ramt af hjerneskade: en sansemæssig- kropslig tilgang*. 3. utg. Haslev: fa. Gammeltoft.

Gillen, G. (2014) Motor Function and Occupational Performance, i Schell, B. A. B., Gillen, G. og Scaffa, M. E. (red.) *Willard & Spackman`s Occupational Therapy*. 12. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, s. 750-778.

Helsedirektoratet (2017) *Rehabilitering etter hjerneslag*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag> (Hentet: 10. mars 2021).

Hubbard, I. J. *et al.* (2009) Task-specific training: evidence for and translation to clinical practice, *Occupational therapy international*, 16(3-4), s. 175-189. doi: 10.1002/oti.275

Kielhofner, G. (2017) *MOHO: Modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdanning og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard.

Kristensen, H. K. *et al.* (2011) Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(1), s. 11-25. doi: 10.3109/11038120903563785

Kristensen, H. K. og Nielsen, G. E. (2013) *Ergoterapi og hjerneskade*. 4. utg. København: Munksgaard.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Mohapatra, S. og Kulnik, S. T. (2021) Kitchen-related task used in occupational therapy during rehabilitation of adults with acquired brain injury: A systematic review, *British Journal of Occupational Therapy*, 84(1), s. 22-41. doi: 10.1177/0308022620950975

NTNU (u.å.) *Finne kilder*. Tilgjengelig fra: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Finne+kilder> (Hentet: 08. mars 2021).

NOU 2005: 1 (2005) *God forskning- bedre helse: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, som involverer mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger (helseforskningsloven)*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.

Rensink, M. *et al.* (2009) Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review, *Journal of advanced nursing*, 65(4), s. 737-754. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04925.x

Sepelak, D. P. (2016) Foundational Skills for Functional Activities, i Meriano, C. og Latella, D. (red.) *Occupational Therapy Interventions: Function and Occupations*. 2. utg. Thorofare: SLACK Incorporated, s. 35-136.

Sverdrup, S. (2020) *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag: Råd og vink. Skritt for skritt*. Oslo: Cappelen damm akademisk.

Toneman, M. *et al.* (2010) Examination of the change in Assessment of Motor and Process Skills performance in patients with acquired brain injury between the hospital and home environment, *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(4), s. 246-252. doi: 10.1111/j.1440-1630.2009.00832.x

Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL: teori og intervensjon*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

7.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Søkedokumentasjon

Søkeord	Database	Antall treff	Artikkel
1.Brain Injuries 2.Stroke Patients 3. 1 OR 2 4.Task Performance and Analysis 5.Rehabilitation 6.Occupational Therapy 7.Occupational Therapists 8. 6 OR 7 9. 3 AND 4 AND 5 AND 8	CINAHL	1. 30442 2. 6372 3. 36744 4. 19189 5. 303875 6. 28488 7. 9853 8. 35582 9. 45	Kristensen, H. K. <i>et al.</i> (2011) Evaluation of evidence within occupational therapy in stroke rehabilitation, <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 18(1), s. 11-25. doi: 10.3109/11038120903563785 Mohapatra, S. og Kulnik, S. T. (2021) Kitchen-related tasks used in occupational therapy during rehabilitation of adults with acquired brain injury: A systematic review, <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 84(1), s. 22-41. doi: 10.1177/0308022620950975
1.Brain Injuries 2.Stroke Rehabilitation 3. 1 OR 2 4.Task Performance and Analysis 5.Rehabilitation 6.Occupational Therapy 7.Occupational Therapists	MEDLINE (OVID)	1. 71845 2. 14273 3. 85788 4. 36622 5. 317443 6. 13587 7. 386 8. 13786 9. 51	Almhdawi, K. A. <i>et al.</i> (2016) Efficacy of Occupational Therapy Task-oriented Approach in Upper Extremity Post-stroke Rehabilitation, <i>Occupational therapy international</i> , 23(4),

<p>8. 6 OR 7 9. 3 AND 4 AND 5 AND 8</p>			<p>s. 444-456. doi: 10.1002/oti.1447</p> <p>Hubbard, I. J. <i>et al.</i> (2009) Task-specific training: evidence for and translation to clinical practice, <i>Occupational therapy international</i>, 16(3-4), s. 175- 189. doi: 10.1002/oti.275</p>
<p>1. Brain injury 2. Stroke patient 3. 1 OR 2 4. Occupational therapy 5. Occupational therapist 6. 4 OR 5 7. Rehabilitation 8. Daily life activity 9. Environment 10. 3 AND 6 AND 7 AND 8 AND 9</p>	<p>EMBASE</p>	<p>1. 188756 2. 35545 3. 223064 4. 23041 5. 7256 6. 28420 7. 420282 8. 96471 9. 7751566 10. 57</p>	<p>Toneman, M. <i>et al.</i> (2010) Examination of the change in Assessment of Motor and Process Skills performance in patients with acquired brain injury between the hospital and home environment, <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 57(4), s .246-252. doi: 10.1111/j.1440- 1630.2009.00832.x</p>
<p>Artikkel funnet gjennom referansene til Gillen (2014):</p> <p>Rensink, M. <i>et al.</i> (2009) Task-oriented training in rehabilitation after stroke: systematic review, <i>Journal of advanced nursing</i>, 65(4), s. 737-754. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04925.x</p>			

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Bruken av oppgaveorientert tilnærming i spesialisthelsetjenesten - ergoterapeuters erfaringer”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i vårt forskningsprosjekt. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er en gruppe ergoterapistudenter ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår Bacheloroppgave våren 2021. Vi vil med dette invitere deg til å delta som informant i vår studie. Formålet med studien er å samle erfaringer rundt ergoterapeuters praksis knyttet til oppgaveorientert tilnærming (bruk av aktivitet i opptrening) for personer med ervervet hjerneskade i spesialisthelsetjenesten. Vårt forskningsspørsmål er *Hvilken erfaring har ergoterapeuter med oppgaveorientert tilnærming, i rehabilitering av personer med ervervet hjerneskade?* Informasjonen vi får fra deg gjennom intervjuet vil brukes i vår Bacheloroppgave og muligens til en publikasjon i tidsskriftet Ergoterapeuten i etterkant av innlevert Bacheloroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ergoterapeututdanningen ved NTNU Gjøvik er ansvarlig for studien og Førsteamanuensis Linda Stigen er prosjektansvarlig for studien.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får invitasjon om å delta i denne studien ettersom du jobber som ergoterapeut i spesialisthelsetjenesten og har erfaring med målgruppen ervervet hjerneskade. Vi tenker derfor at du har erfaringer og kunnskap som vi kan lære av og håper at du kunne tenke deg å delta som informant i vår studie.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien vil innebære at vi kommer til deg på din arbeidsplass (eventuelt gjennomføre digitalt) og gjennomfører et individuelt intervju på ca. 1 time, hvor fokuset er på dine erfaringer med oppgaveorientert tilnærming. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og dette vil bli transkribert ordrett i etterkant, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil kun være studentene Tonje Langseth Ødegård, Helene Risan Bolme og Hennie Sagøy, veileder Marte Ørud Lindstad og prosjektansvarlig Linda Stigen ved NTNU Gjøvik som vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Alt materiale, bortsett fra ditt navn og kontaktopplysninger, vil oppbevares på en ekstern, passordbeskyttet enhet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 10.05.21. Opptak fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger om deg slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU Gjøvik, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Tonje Langseth Ødegård, epost: tonjelod@stud.ntnu.no, telefon: 95817807
- Helene Risan Bolme, epost: helenrb@stud.ntnu.no, telefon: 95557225
- Hennie Sagøy, epost: henniesa@stud.ntnu.no, telefon: 90938114
- NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: linda.stigen@ntnu.no , telefon: 93223019
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: thomas.helgesen@ntnu.no , telefon: 93079038
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Linda Stigen

Prosjektansvarlig

(Prosjektansvarlig/veileder)

Tonje Langseth Ødegård (student)

Hennie Sagøy (student)

Helene Risan Bolme (student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ” Bruken av oppgaveorientert tilnærming i spesialisthelsetjenesten - ergoterapeuters erfaringer” og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 10.05.21

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide for intervju til bacheloroppgaver ved NTNU Gjøvik

Innledning

Informasjon	<ul style="list-style-type: none">• Takk for at du vil stille opp som vår informant, det setter vi veldig stor pris på.• Introdusere oss selv• I forkant av intervjuet ble det innhentet samtykkeerklæring.• Vi har taushetsplikt og vil kun dele personopplysninger med veileder og prosjektansvarlig.• Dine opplysninger vil bli anonymisert slik at verken du eller din arbeidsplass vil gjenkjennes.• Opptaket fra intervjuet vil bli slettet etter endt datainnsamling og dine personopplysninger slettes ved prosjektslutt.• Er det noe du lurer på før vi starter opptaket?
Introduksjon av oppgaven	<ul style="list-style-type: none">• Start opptak• Kan du gi en kort presentasjon av deg selv?• Formålet med studien er å samle erfaringer rundt ergoterapeuters praksis knyttet til oppgaveorientert tilnærming. Vårt foreløpige forskningsspørsmål er: Hvilken erfaring har ergoterapeuter med oppgaveorientert tilnærming, i rehabilitering av personer med ervervet hjerneskade?

Hoveddel

Nr	Tema	Intervju - spørsmål	Stikkord
1	Innledende spørsmål	<p>Hvilken stilling har du?</p> <p>Hvor lenge har du jobbet som ergoterapeut? Og innenfor denne arbeidsplassen?</p> <p>Hvilke pasientgrupper jobber du med?</p> <p>Jobber du i team, eventuelt med hvilke faggrupper?</p>	
2	Tematiske spørsmål	Hva legger du i begrepet oppgaveorientert tilnærming?	<ul style="list-style-type: none"> • Erfaringer med tilnærmingen?
		Kan du fortelle litt om hvordan du benytter tilnærmingen?	<ul style="list-style-type: none"> • Kan du beskrive hvordan en slik prosess foregår? • Hvilke pasienter/situasjoner? • Eventuelle kartleggingsverktøy? • Hvem avgjør valg av aktiviteter? • Hvor bevisst bruker du pasientenes tidligere vaner og rutiner? • Kan du gi eksempler på aktiviteter du bruker? Begrunnelse?
		Hvilke positive og negative sider ser du med bruk av oppgaveorientert tilnærming?	
		Hvilke aktivitetsmuligheter for opptrening finnes i institusjonen?	<ul style="list-style-type: none"> • Inne/ ute? • Utstyr/ omgivelser? • Benytter dere pasientens hjem eller nærmiljø? • Hvordan opplever dere at det fungerer? • Begrensninger/ ønskelige endringer?
		Hvordan opplever du pasientenes holdninger til bruken av aktivitet i opptreningen?	<ul style="list-style-type: none"> • Motivasjon/ mestring? • Forståelse av hensikten? • Eventuelle tiltak for endring av holdning om nødvendig?
		Hvilket syn tenker du andre faggrupper har på oppgaveorientert tilnærming?	<ul style="list-style-type: none"> • Bevissthet på at ergoterapeuter bruker aktivitet

			i opptreningen/ hvordan det brukes?
3	Oppsummerende spørsmål	Oppsummere funn Er det noe du ønsker å legge til?	<ul style="list-style-type: none"> • Kan vi kontakte deg igjen dersom vi behøver utdypning eller om det er noe vi ikke forstår etter materialet er gjennomgått?

Forslag til oppfølgingsspørsmål:

- Kan du si noe mer om det?
- Kan du gi et eksempel rundt dette?
- Hva konkret mener du med...?
- Mener du at...?

Avslutning

	Tusen takk for at du ville delta på intervju og dele erfaringene dine med oss. Skru av diktafon
--	--

Vedlegg 4: NSD godkjenning

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Bacheloroppgaver i ergoterapi

Referansenummer

914763

Registrert

17.02.2021 av Linda Stigen - linda.stigen@ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Linda Stigen, linda.stigen@ntnu.no, tlf: 93223019

Type prosjekt

Studentprosjekt, bachelorstudium

Prosjektperiode

01.03.2021 - 01.08.2021

Status

17.03.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

17.03.2021 - Vurdert

BAKGRUNN

Denne tilbakemeldingen gjelder en samlet vurdering av bacheloroppgaver i ergoterapi ved NTNU Gjøvik våren 2021. Dette gjelder ca. 15 studenter. Denne vurderingen gjelder for studentoppgaver som følger retningslinjene som gis i denne tilbakemeldingen fra NSD. Prosjekter som ikke følger de gitte retningslinjene må meldes inn på eget meldeskjema.

NSD SIN VURDERING

Prosjektansvarlig har ansvar for hvert enkelt prosjekt som omfattes av denne innmeldingen. Prosjektene skal gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 17.03.2021.

Så fremt prosjektene gjennomføres på denne måten er det vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen.

Behandlingene kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektene vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.08.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektene vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektene legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom det brukes en databehandler i prosjektene må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Prosjektansvarlig må forsikre seg om at studentene sletter rådata i forbindelse med innlevering/sensur av oppgavene. Det bør legges opp til at studentene bekrefter dette skriftlig til prosjektansvarlig når det er gjort, før prosjektansvarlig rapporterer om status for behandlingen av personopplysninger til NSD.

Lykke til med prosjektene!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

