

Martin Røen Myhrengen
Hanne Bratli Jacoby
Lise Meinike Dørre

Kommuneergoterapeuters erfaringer etter koronapandemien

En kvalitativ
studie

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Linda Stigen
Mai 2023

Martin Røen Myhren
Hanne Bratli Jacoby
Lise Meinike Dørre

Kommuneergoterapeuters erfaringer etter koronapandemien

En kvalitativ
studie

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Linda Stigen
Mai 2023

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Abstrakt

Tittel	Kommuneergoterapeuters erfaringer etter koronapandemien - en kvalitativ studie
Forfattere	Martin Røen Myhrengen Hanne Bratli Jacoby Lise Meinike Dørre
Veileder	Linda Stigen
Nøkkelord	Ergoterapi, Covid-19, Kommunehelsetjenesten
Antall ord: 8594	Antall vedlegg: 4
<p>Innledning: Covid-19 pandemien hadde store følger for hvordan ergoterapeuter i kommunehelsetjenestene opererte. Tidligere forskning på temaet viser seg å være svært begrenset. Kunnskapshullene peker på et behov for å avdekke årsakssammenhenger og konsekvenser som pandemien har hatt for norske kommuneergoterapeuter.</p> <p>Hensikten: Hensikten med denne studien er å se nærmere på norske kommuneergoterapeuters erfaringer etter koronapandemien. Med dette er målet å utforske hvordan endrede forutsetninger og nye utfordringer har påvirket denne gruppen sin yrkesutøvelse. Å jobbe tett på mennesker er et sentralt element i utøvelsen av ergoterapi i en kommunal kontekst, og det er nærliggende å tro at ergoterapeuter har måtte tilpasse seg endringene for å gjennomføre sitt arbeid.</p> <p>Problemstilling: Hvordan har koronapandemien påvirket norske kommuneergoterapeuters praksis?</p> <p>Metode: Studien følger en kvalitativ metode. Det er gjennomført seks individuelle semistrukturerte intervjuer, hvorav fem er inkludert i studien. Informantene er ergoterapeuter som arbeidet i kommunal fysio- og ergoterapitjeneste under pandemien.</p> <p>Resultat: Resultatdelen inndeles i fem hovedtemaer. Funnene viser en brå økning i bruken av digitale løsninger. Det beskrives hvordan digitale løsninger blir brukt i kommunehelsetjenestene. Kommuneergoterapeutene fikk mange nye arbeidsoppgaver under</p>	

pandemien. I tillegg ble habilitering og rehabilitering nedprioritert som fikk følger for ergoterapeutenes fagidentitet. I tillegg oppsøkte færre brukere kommunehelsetjenestene under pandemien, og det ble følgelig sett større funksjonsfall i befolkningen.

Konklusjon: Viktigheten av å ha beredskapsplaner tydeliggjøres. Dette som et ledd i å unngå at rehabilitering og habilitering blir nedprioritert, da det i etterkant av pandemien ses stadig lengre ventelister og større press på fysio- og ergoterapitjenestene. Verdien i bruk av digitale løsninger gjør seg til kjenne, samtidig som viktigheten av universell utforming av IKT-tjenester ses.

Forord

Prosessen med rundt denne oppgaven har vært både lærerik og spennende. Vi vil benytte anledningen til å takke alle som har støttet oss gjennom hele prosessen.

Framfor alt ønsker vi å rette en stor takk til vår veileder Linda Stigen, som har støttet oss og vært en pålitelig veiviser. Vi setter stor pris på hennes profesjonalitet, seriøsitet og engasjement!

Videre vil vi rette en stor takk til alle informantene som takket ja til å la seg intervju. Deres bidrag har vært avgjørende og til stor hjelp for oss. Uten de hadde ikke dette vært mulig!

I tillegg ønsker vi å takke flere av våre medstudenter, som har gitt oss gode råd underveis. Vi vil også rette en stor takk til våre familier og venner som har støttet, motivert og stilt opp for oss gjennom hele prosessen.

Vi ønsker til slutt å rette en stor takk til hverandre for det gode samarbeidet vi har hatt gjennom prosessen. Vi hadde ikke god kjennskap til hverandre fra før, men har gjennom prosessen blitt godt kjent og delt mange gode øyeblikk.

Tusen takk!

Gjøvik, 13.05.2023

Lise Meinike Dørre, Hanne Bratli Jacoby og Martin Røen Myhrengen

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Tema og bakgrunn.....	6
1.2 Samfunnsaktualitet og relevans for ergoterapi	6
1.3 Hensikt og problemstilling	7
1.4 Tidligere forskning	8
1.5 Teoretisk perspektiv.....	8
1.6 Struktur for oppgaven.....	9
2.0 Metode	10
2.1 Begrunnelse og valg av metode	10
2.2 Filosofisk verdenssyn	10
2.3 Beskrivelse av fremgangsmåte for innsamling av empiri	10
2.4 Etikk og personvern.....	12
2.5 Beskrivelse av framgangsmåte ved analyse av innhentet data	13
2.6 Søkedokumentasjon:.....	16
3.0 Resultat	17
3.1 En ny virkelighet - hverdagen snudd på hodet	17
3.2 Et sosialt fellesskap satt på prøve	19
3.3 Pandemiens følger for arbeidshverdagen	21
3.4 Brukerbehov i endring.....	22
3.5 Ethiske overveielser.....	23
4.0 Diskusjon	24
4.1 Resultatdiskusjon.....	24
4.1.1 Avstand i samarbeid.....	24

4.1.2 Avstand i brukerkontakt.....	26
4.1.3 Nye brukergrupper	27
4.2 Metodediskusjon.....	29
4.3 Relevans for praksis:	30
5.0 Konklusjon.....	31
6.0 Referanser.....	32
7.0 Vedlegg:	34
7.1 Vedlegg 1: Intervjuguide.....	34
7.2 Vedlegg 2: NSD Godkjenning	34
7.3 Vedlegg 3: Samtykkeskjema	34
7.4 Vedlegg 4: Søkerdokumentasjon	34

1.0 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn

Tema for denne bacheloroppgaven er å innhente erfaringer fra hvordan covid-19 pandemien har påvirket ergoterapeutisk praksis i norske kommuner.

Bakgrunnen for valg av tema beror på flere faktorer. Pandemien har hatt store innvirkninger på samfunnet. Privat sektor har lidd store tap, og økonomien har blitt rammet hardt (Statistisk Sentralbyrå, 2022). Videre har pandemien fått store ringvirkninger også for offentlig sektor, spesielt for helse- og omsorgssektoren (NOU 2021: 6).

Studietiden og medfølgende praksiserfaringer bærer preg av koronapandemien. Som helsepersonell under utdanning i denne perioden har praksiserfaringene gitt et førstehånds innblikk i hvordan ergoterapeuters profesjonsutøvelse ble preget under pandemien. I dag, tre år etter pandemien gjorde sitt inntog, kan det argumenteres for at man i Norge nå befinner seg i kjølvannet av denne. Det dukker imidlertid fortsatt opp nye smittetilfeller, og pasientgruppen med følgetilstander av varig art er omfattende. Temaet fremstår i ergoterapeutisk sammenheng lite kartlagt. Dette underbygger inntrykket av at covid-19 pandemien sett gjennom ergoterapeutiske briller, med fordel kan forskes på og at dette kan bringe faget videre frem.

1.2 Samfunnsaktualitet og relevans for ergoterapi

Myndighetene responderte med inngripende tiltak som en respons på pandemitrusselen, og den 12. mars 2020 ble de første tiltakene iverksatt (Regjeringen, 2020). Tiltakene førte til store omveltninger innen alle samfunnssektorer og samfunnslag. Mange gikk en uvisse fremtid i møte, og skriverier om permitteringer og nedleggelse ble hverdagskost for de fleste. Det offentlige, herunder helsesektoren måtte imidlertid finne alternative metoder for å fortsatt kunne yte lovpålagte helsetjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Erfaringen er at dette kan peke på et behov for å undersøke og belyse eventuelle endringer i norske kommuneergoterapeuters profesjonsutøvelse, som har kommet i kjølvannet til pandemien.

Siden første påviste covid-tilfelle i Norge, den 24. februar 2020 (Akershus Universitetssykehus, 2022) til 27. februar 2023 er det registrert 1 478 672 smittetilfeller, og 5 175 dødsfall som følge av covid-19 i Norge (World Health Organization, u.å). Tallene peker på at de fleste som gjennomgår en covid-19 infeksjon i Norge overlever dette. En metaanalyse fra *The Journal of Infectious Diseases* (Chen et al., 2022) anslår en prevalens av postinfeksiøse tilstander (“long covid”) på opp til 43% på verdensbasis blant pasienter som har gjennomgått covid-19. Blant de vanligste senfølgene etter covid-19 finner man utmattelse, kognitive utfall som nedsatt tenke- og konsentrasjonsevne samt hukommelse, i tillegg til tung pust, muskelsmerter, hodepine, angst og depresjon (Folkehelseinstituttet, 2022). Den forholdsvis store prevalensen av postinfeksiøse tilstander som ses på verdensbasis kan indikere at det er et stort behov for rehabilitering og langsiktig oppfølging av denne pasientgruppen, også i Norge. Mye peker på at pandemien har skapt en ny pasientgruppe som kommer i tillegg til det mangfoldet av pasientgrupper ergoterapeuter fra før har befatning med.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å se nærmere på norske kommuneergoterapeuters erfaringer etter koronapandemien. Med dette er målet å utforske hvordan endrede forutsetninger og eventuelt medfølgende utfordringer har påvirket denne gruppen sin yrkesutøvelse. Å jobbe tett på mennesker er et sentralt element i utøvelsen av ergoterapi i en kommunal kontekst, og det er nærliggende å tro at ergoterapeuter har måtte tilpasse seg endringene for å gjennomføre sitt arbeid. Litteraturen er meget begrenset på området (se vedlegg 4). Dette understreker viktigheten av denne studien som et stykke nybrottsarbeid som kan å bidra til å løfte ergoterapifaget opp og frem.

På bakgrunn av dette er valgt problemstilling:

“Hvordan har koronapandemien påvirket norske kommuneergoterapeuters praksis?”

1.4 Tidligere forskning

Ergoterapeutforbundet vedtok 20. oktober 2020 dokumentet “Ergoterapi og koronapandemien” (Ergoterapeutene, 2020). Dokumentet er bestående av faglige og etiske råd, og redegjør for situasjonen slik den var under deler av pandemien. Det vises til dokumentasjon som peker på et økende behov for rehabilitering hos pasienter med postinfeksiøs covid. Videre argumenteres det for at befolkningen har fått sterkt redusert tilgang på ergoterapi og rehabilitering, og at dette har forverret en allerede prekær situasjon hvor rehabilitering i utgangspunktet ikke er høyt prioritert. Det vises til økt funksjonsfall hos mange med behov for ergoterapeutisk intervensjon grunnet et redusert tilbud av ergoterapitjenester som følge av strenge smitteverntiltak. Det argumenteres for at dette vil føre til økt press på pleie- og omsorgstjenester. Dette ses i sammenheng med funksjonsfall hos brukere og pasienter, som i utgangspunktet kunne fått sitt funksjonsfall begrenset eller hindret, forutsatt at de hadde fått tilbud om nødvendig ergoterapeutisk intervensjon tidsnok.

I leten etter øvrig litteratur har det blitt gjennomført et strukturert litteratursøk i Medline og CINAHL (se vedlegg 4). Følgelig har det ikke blitt gjort funn av forskning som rører direkte ved vår problemstilling. For å strukturere søket har det blitt utarbeidet et søkeskjema etter “SPICE”-metoden (Universitetsbiblioteket, 2023). Dette vil utdypes i metodekapittelet.

1.5 Teoretisk perspektiv

Faglig forankringspunkt for denne studien er den Transaksjonelle Modellen for Aktivitet (TMA) (Fisher & Marterella, 2019, s. 16-28). TMA er en holistisk modell, som ser aktivitet i samspill med en rekke kontekstuelle elementer.

Elementene kan ikke isoleres og analyseres enkeltvis da alle inngår som en del av et kontinuerlig og dynamisk samspill. Som kjent førte pandemien med seg omfattende begrensninger i form av smittevernstiltak. Det kan være nærliggende å tro at dette i stor grad påvirket samspillet mellom aktivitet og deltakelse. Valget av TMA som faglig forankringspunkt beror på en vurdering av dette som en interessant innfallsvinkel, for å illustrere sammenhengene mellom de forskjellige elementene. Hensikten med å benytte dette som linse er å tolke og forstå effektene som endrede forutsetninger har hatt for samspillet mellom aktivitet og deltakelse.

Det vil også bli brukt begreper fra the Model Of Human Occupation (MOHO). MOHO er en aktivitetsfokusert modell, hvor målet er å forstå hva som motiverer mennesker til aktivitet (Taylor, 2017c, s. 13). I denne studien vil sentrale begreper fra MOHO anvendes, slik som aktivitetsutførelse, utøvelseskapasitet, roller og vilje for å nevne noen.

MOHO vil i denne studien benyttes for å forsøke å forstå årsakssammenhenger som lå bak hvilke valg som ble tatt av både brukere og ergoterapeuter under pandemien. Videre vil modellen benyttes for å løfte frem aktivitetsperspektivet i enda større grad.

1.6 Struktur for oppgaven

Oppgaven er delt inn i 5 hoveddeler, og vil følge IMRaD-struktur (Søk & Skriv, 2022).

Innledningskapittelet vil introdusere leseren for den ergoterapeutiske relevansen og samfunnsaktualiteten. Studiens hensikt vil bli forklart, etterfulgt av problemstillingen. Tidligere forskning oppsummeres kort, etterfulgt av valgt teoretisk perspektiv som faglig forankringspunkt.

Metodekapittelet redegjør for valg av forskningsdesign og filosofisk verdenssyn. Fremgangsmåte for innsamling og analyse av empiri begrunnes, i tillegg vil refleksjoner tilknyttet etikk og personvern presenteres. Struktur og steg for litteratursøk blir avslutningsvis forklart i dette kapittelet.

Resultatkapittelet vil presentere funn fra datainnsamlingen. Resultatene introduseres i fem deler, hvor tematikken i funnene er styrende for strukturen.

Diskusjonskapittelet er delt opp i tre deler. Innledningsvis vil resultatene diskuteres i lys av valgte teoretiske forankringspunkt, etterfulgt av metodediskusjon, og til slutt følger en redegjørelse for studiens relevans for praksis.

Avslutningsvis følger en kort konklusjon, hvor problemstillingen forsøkes besvart.

2.0 Metode

I metodekapittelet redegjøres det for fremgangsmåte når det gjelder valg av forskningsdesign, filosofisk verdenssyn, innhenting og analyse av empiri samt rører ved etiske spørsmål og personvern.

2.1 Begrunnelse og valg av metode

Studien opererer med et kvalitativt forskningsdesign (Malterud, 2017, s. 30-40). Temaet for denne oppgaven er svært lite forsket på og det eksisterende kunnskapsgrunnlaget er marginalt, om ikke-eksisterende (se vedlegg 4). Til grunn for studien ligger et ønske om å se nærmere på den menneskelige erfaringen av å arbeide som kommuneergoterapeut under pandemien. Følgelig vil det benyttes en eksplorerende tilnærming for å generere ny kunnskap og identifisere årsakssammenhenger på et område som er lite belyst.

2.2 Filosofisk verdenssyn

I arbeidet med denne oppgaven har det blitt benyttet en konstruktivistisk tilnærming. Creswell (Creswell & Creswell, 2018, s. 8) redegjør for det konstruktivistiske verdenssynet.

Konstruktivisme harmonerer med målet med denne studien, hvor ønsket er å forstå den verdenen informantene lever og arbeider i. Videre oppleves konstruktivisme som et nærliggende valg, da denne studien ønskes gjennomført på en åpen og eksplorerende måte. Hensikten med dette er å forstå hvordan pandemien innvirker, eller har innvirket på den profesjonelle virkeligheten de befinner seg i. Det erfarer at dette resonnerer med en induktiv tilnærming, som i studien vil benyttes på bakgrunn av lite forkunnskap og teori, der målet er å generere ny informasjon.

2.3 Beskrivelse av fremgangsmåte for innsamling av empiri

I prosessen med innsamling av data til studien har det blitt gjennomført semistrukturerte individuelle intervju (Kvale & Brinkmann, 2019, s. 23-26). Intervjuene er gjennomført med støtte i en intervjuguide (se vedlegg 1). Spørsmålene i intervjuguiden er utarbeidet med mål om å i størst mulig grad være så åpne som mulig, og befinner seg forholdsvis langt ut mot den åpne siden på Jacobsen (2022, s. 166) sin figur over strukturingsgrad. Det er på forhånd gjennomført

test-intervju av andre uten tilknytning til studien for å innhente tilbakemeldinger og få innsyn i eventuelle svakheter ved spørsmålenes formuleringer. Det er lagt vekt på å tilrettelegge for at informantene i stor grad skal kunne styre sine svar, uten å bli ledet (Jacobsen, 2022, s. 173-174). Hensikten med dette har vært at informantenes meninger, refleksjoner, verdier og holdninger i så liten grad som mulig skal bli farget av eksterne faktorer slik som forfatterens egne meninger.

Spørsmålene i intervjuguiden er delt opp i tre kategorier; innledende, tematiske og oppsummerende spørsmål (se vedlegg 1). I den innledende fasen av intervjuene har det blitt lagt til rette for å skape en tillitsrelasjon (Jacobsen, 2022, s. 171-172). For å lykkes med dette har intervjuene startet med at alle får introdusere seg. Videre har det blitt poengtert viktigheten av personvern og at dette tas på alvor. Dette er gjort ved at informanten har blitt forklart hvordan databehandling og anonymisering vil foregå. I tillegg har informanten fått anledning til å stille intervjuerne eventuelle spørsmål. Etter introduksjonen har den innledende fasen av intervjuguiden blitt iverksatt. Dette har skjedd ved at informanten har gitt tegn til å være klar, hvorpå opptaket har blitt startet. Denne innledende fasen er bestående av spørsmål som rører ved informantens bakgrunn, utdanning og erfaring. Datamaterialet fra denne fasen er i stor grad deskriptiv. Videre har progresjonen i intervjuguiden ført intervjuet videre til den tematiske fasen. Den tematiske fasen tar for seg spørsmål om informantens erfaringer, opplevelser og meninger med spørsmål direkte relatert til problemstillingen. Datamaterialet fra denne fasen danner i all hovedsak grunnlaget for kapitlene resultat og diskusjon. Avslutningsvis i intervjuene har informanten blitt gjengitt en kort oppsummering av avgitte svar i henhold til Jacobsen sine råd om å skape en god avslutning (2022, s. 175-176). Dette er gjort for at informanten skal høre hva de selv har sagt. Hensikten med dette har vært å åpne for at informanten skal få tilføye eller trekke tilbake informasjon, samt få mulighet til å stille eventuelle spørsmål til forfatterne.

Søket etter informanter startet med at det i fellesskap ble trukket to tilfeldige kommuner fra hvert av Norges elleve fylker. Dette vil si at 22 kommuner totalt har blitt kontaktet. I hver kommune ble det opprettet kontakt med ergoterapitjenesten gjennom å sende en e-post med informasjon og en invitasjon til å delta i studien. All kontakt via e-post har skjedd gjennom offentlige tilgjengelige e-postadresser, som er hentet fra de respektive kommunenes egne nettsider. På bakgrunn av dette kan metoden med å rekruttere informanter sies å ha startet med et tilfeldig utvalg.

Responser fra inviterte deltakere har vært ujevne. Seks informanter fra fire kommuner takket ja til å delta i studien. Alle deltakerne er kvinner, og arbeidet i kommunehelsetjenesten under pandemien i kommuner beliggende i Sør-Norge. Informantene er fortsatt ansatt i de samme kommunene. Ett av intervjuene har blitt ekskludert, da informanten ikke har sendt signert samtykkeskjema. Det ble sendt tre påminnelser på e-post, før valget om å ekskludere informanten ble tatt. Dette betyr at de fem informantene som er inkludert i studien, sogner til middels store til store kommuner på Østlandet. To grupper bestående av to informanter hver, er ansatt i samme kommune. De resterende to informantene er ansatt i to separate kommuner. Informanten som ble ekskludert var den eneste deltakeren fra sin respektive kommune.

Informantenes alder spenner mellom 26 og 62 år, og gjennomsnittlig alder på deltakerne er 42,2 år. Arbeidserfaringen som ergoterapeut spenner hos informantene mellom 4 og 25 år, hvor den gjennomsnittlige arbeidserfaringen som ergoterapeut er 13,1 år.

Intervjuene er gjennomført via digitale møteplattformer med video- og talefunksjonalitet, eksempelvis Teams og Meet. Intervjuene har i størst mulig grad blitt gjennomført etter samme mal med lik fremgangsmåte. For å oppnå dette har alle forfatterne av studien vært til stede i samme rom ved hvert gjennomførte intervju. Videre har alle intervjuene blitt ledet av samme forfatter, og alle har blitt gjennomført som individuelle intervju. Hensikten med dette har vært å oppnå en høyere grad reliabilitet (Jacobsen, 2022, s. 189).

2.4 Etikk og personvern

I desember 2022 ble det utarbeidet en generell problemstilling for dette forskningsprosjektet; "Hvilken påvirkning hadde covid-19 pandemien på ergoterapeuters fagutøvelse?". I tråd med bestemmelsene i personopplysningsloven (Personopplysningsloven, 2018) ble dette sendt til godkjenning hos Norsk Senter for Forskningsdata, som senere har godkjent forskningsprosjektet (ref. 168055). Problemstillingen har siden fått en noe annerledes ordlyd som følge av ytterligere tilspisning.

Informantene har fått tilsendt et samtykkeskjema (se vedlegg 3), og har stått fritt til å delta i forskningsprosjektet. Opptak av intervju har skjedd ved å benytte opptaksfunksjonen på en

moderne smarttelefon. Under og etter gjennomføring av opptak har den aktuelle smarttelefonen hatt «flymodus» aktivert. Dette for å hindre en eventuell tilgang til datamaterialet via digital tilkobling fra en ekstern aktør. Etter endt opptak har smarttelefonen fortsatt vært i flymodus inntil de aktuelle lydfilene har blitt overført og kryptert på ekstern minnepinne. Etter dette steget har lydfilene blitt slettet fra den aktuelle smarttelefonen. Først etter dette har den aktuelle smarttelefonen igjen fått tilgang til internett. Disse stegene er tatt for å sikre full konfidensialitet hva gjelder sensitive opplysninger. Dette i tråd med bestemmelsene i GDPR-reglementet, som er innlemmet i norsk lov (Personopplysningsloven, 2018; Sverdrup, 2020, s. 64-65).

2.5 Beskrivelse av framgangsmåte ved analyse av innhentet data.

I arbeidet med analyse av datamaterialet har seksstegs-modellen til Braun og Clarke (2008) blitt fulgt. I tråd med steg en i Braun & Clark har intervjuene først blitt enkeltvis og ordrett transkribert. Potensielt identifiserbar informasjon fra intervjuene har blitt anonymisert.

Etter arbeidet med å transkribere har blitt ferdigstilt har hvert enkelt intervju blitt ført inn i respektive tabeller. Heretter ble det tatt et valg om å foreta en felles gjennomlesning av råmaterialet. I dette momentet ble ord, setninger eller implisitt meningsinnhold markert med tusj på fysiske kopier. Dette for å sikre enighet blant forfatterne om hva som vil danne grunnlaget for det påfølgende arbeidet med å generere initiale koder. Arbeidet som ble gjort i fellesskap med gjennomgang og markering av råmaterialet tjente i tillegg som en metode for å bli bedre kjent med datamaterialet.

Etter råmaterialet var gjennomgått i fellesskap ble det markerte meningsinnholdet benyttet som støtte i det initiale kodingsarbeidet. Det initiale arbeidet ble ført inn i en egen rad i tabellen. De initiale kodene ble produsert med fokus på å i størst mulig grad bevare eksplisitt og implisitt meningsinnhold. Valget mellom det som ble inkludert i kodingen og det som ikke kom med falt på en vurdering om hvorvidt meningsinnholdet var relevant for problemstillingen (se tabell 1). De fem intervjuene som inngår i studien ble kodet initialt før arbeidet gikk videre til tredje steg, å søke etter tema. Hensikten med dette var å danne et mer helhetlig inntrykk av eventuelt gjennomgående tema på tvers av intervjuene.

Videre ble arbeidet med søk etter tema påbegynt. I likhet med forarbeidet til den initiale kodingen ble dette gjort i fellesskap for å sikre en felles forståelse og enighet om tildelte merkelapper på ulike tema. Temasøket ble gjort forholdsvis bredt og liberalt for å tilrettelegge for at merkelappene som temaene ble tildelt, i størst mulig grad var beskrivende og favnet innholdet.

Det femte steget startet når temasøket var gjennomført i alle intervjuene. I likhet med i forrige steg ble dette gjort for at det skulle foreligge en viss oversikt over mulige tema på tvers av kodedokumentene. En uttømmende liste over mulige tema som hadde oppstått under temasøket ble sammenfattet i et eget dokument. Det påfølgende arbeidet innebar å definere og navngi tema ved å sortere disse etter fellestrekk. Dette ble benyttet som en støtte i arbeidet med å presentere resultatene.

Dette resulterte i totalt elleve overordnede tema, henholdsvis:

Tverrfaglighet, teknologi, fellesskap, arbeidsoppgaver, etterspørsel, smitte, personlige erfaringer, fagutvikling, konsekvenser, etiske dilemma og deskriptiv data.

Det ble fastslått at elleve overordnede tema var for mange. Arbeidet med definering og navngiving av temaene videreførtes derfor. Følgelig falt valget på å konsolidere enkelte tema som delte felles trekk. Dette resulterte i fire hovedtema:

1. Faglighet.
2. Arbeidsoppgaver.
3. Konsekvenser for brukere.
4. Konsekvenser for ergoterapeutene.

Tabell 1:

Spørsmål	Råmateriale	Initial koding	Temasøk	Definering og navngiving av tema
<p>Har det dukket opp etiske utfordringer tilknyttet tjenesteutførelsen under eller etter koronapandemien?</p> <p>- Hvis ja: hvordan?</p>	<p>(Hmm) Ja, den største etiske utfordringen ligger jo i burde man virkelig ha stengt ergo ut fra hjemmet til folk og barnehager og skoler og sånn i den perioden var det riktig å gjøre det? Var det mer skadelig at vi ikke kom ut? Var det mer skadelig at det blir lenger ventelister i forhold til hvor skadelig pandemien, så lenge vi tok forholdsregler med smittevernutstyr og sånn, men det tok jo ganske lang tid da fører vi også skikkelig opp til å bruke smittevernutstyr eller ja for å komme ut da. Vi måtte jo krangle en del, bare på det å</p>	<p>Det største etiske spørsmålet er om de burde stengt ned ergoterapitjenesten.</p> <p>Var pandemien så skadelig at ventelisten måtte bli lenger?</p> <p>Tok forhåndsregler med smittevernustyr.</p> <p>Lang tid før det ble brukt smittevernustyr og igjen fikk komme ut til bruker.</p> <p>Måtte krangle en del.</p> <p>Spørsmål om bruk av hansker.</p>	<p>Etiske dilemmaer</p> <p>Endring</p> <p>Reaktivt</p> <p>Uhensiktsmessig</p> <p>Konsekvenser</p> <p>Smittevern</p>	<p>Konsekvenser for ergoterapeutene</p> <p>Konsekvenser for brukere</p> <p>Arbeidsoppgaver</p>

	bruke hansker var jo et spørsmål.			
--	-----------------------------------	--	--	--

2.6 Søkedokumentasjon:

Med utgangspunkt i problemstillingen ble det iverksatt et søk etter faglitteratur. Et naturlig utgangspunkt for dette var å fylle ut et PICO-skjema. I arbeidet med dette var erfaringen at denne søkemetodikken ikke var hensiktsmessig i sammenheng med den valgte problemstillingen. Dette grunnet utfordringer med å tildele hensiktsmessige søkeord til kategoriene i PICO-skjemaet. Som en følge av dette ble det sett etter andre rammeverk for fokuserte spørsmål i litteratursøk.

Forfatterne kom til enighet om å benytte SPICE-metoden. Skjemaet er bestående av følgende kategorier; S - setting, P - perspective, I - intervention, C - comparison og E - evaluation (Universitetsbiblioteket, 2023). Videre ble det søkt etter søkeord og synonymer på norsk, for deretter å oversette disse til engelsk ved hjelp av “MeSH på norsk” (Universitetet i Agder, 2017). Videre ble det benyttet engelsk ordbok på nett som støtte (se vedlegg 4). Søkene er gjort i databasen CINAHL, med bakgrunn i erfaring med denne, som en oversiktlig database med relevante tidsskrifter innenfor helse, fysio- og ergoterapi (Helsebiblioteket, 2021). Det ble også forsøkt et søk på MEDLINE, da denne databasen erfaringsmessig byr på et rikt innhold av relevant litteratur for helsefag og biomedisinsk forskning (National Library of Medicine, 2022). I sammensetningen av søkeordene er det benyttet “AND” når søket skal inneholde begge eller alle søkeordene og “OR” når søket skal inneholde minst ett av ordene (OSLOMET, 2020). Ved søket på CINAHL ble det først huket av for peer reviewed, for å utelukke litteratur som ikke er fagfelleverdert. Dette ga ingen resultater, som gjorde at det samme søket ble forsøkt igjen, denne gangen uten å ekskludere ikke-fagfelleverdert litteratur. Grunnen til dette er at temaet er nytt og det kan tenkes at forskningen ikke har rukket å bli fagfelleverdert enda. Dette ga i likhet med det første søket heller ingen resultater. Mangelen på treff styrker opplevelsen av at det er lite, eller ingen forskning innen dette temaet.

3.0 Resultat

I resultatkapittelet vil funn fra innhentet datamateriale presenteres. Funnene struktureres og presenteres etter gjeldende tematikk.

3.1 En ny virkelighet - hverdagen snudd på hodet

Et gjennomgående tema som informantene peker på, er at pandemien fikk store konsekvenser for arbeidshverdagen til ergoterapeutene i kommunehelsetjenesten. Endrede forutsetninger og vilkår var en sentral pådriver for bruken av alternative og innovative løsninger. Viktigheten av dette viste seg å bli avgjørende, da dette ikke var en del av beredskapen i tjenestene. Det beskrives videre at covid-pandemien har vært en viktig lærdom for fremtiden.

“Det har ikke vært noe sånt på 100 år og vi hadde ikke noe beredskap for det her, men vi har lært. Så neste gang så vet vi nok litt bedre.” (Informant 6)

Smittefrykt ble en stor del av hverdagen til informantene under pandemien. Redselen for å smitte både brukere og kollegaer var stor. Flere informanter forteller at de var ekstra forsiktige i møte med brukere med svekket immunforsvar, og testet seg hver dag, i tillegg til å være påpasselige med bruk av smittevernutstyr.

Flere informanter forteller om å ha fått nye arbeidsoppgaver. I tråd med dette ble flere pålagt å ta e-læringskurs, for å kunne utføre pleie- og omsorgsoppgaver. Videre forteller to informanter om å ha blitt satt til å betjene kommunens koronatelefon. En av disse beskriver dette som utfordrende, da erfaringen var å ikke ha tilstrekkelig kompetanse til å gjøre dette.

“Noen av oss, blant annet jeg ble satt til å svare på koronatelefonen uten å ha kompetanse eller erfaring i forhold til det. Vi visste jo ikke hva vi skulle svare når folk ringte en gang, men den telefonen ble jo opprettet ganske fort.” (Informant 6)

Tre av informantene forteller om å ha fått arbeidsoppgaver på kommunens teststasjoner. Videre kommer det frem at erfaringen til informantene er at de ordinære ergoterapioppgavene ble nedprioritert, og at arbeidsflyten var preget av å være reaktiv.

“Jeg ble trukket ut i ganske stor grad for å rett og slett hjelpe til med testing på teststasjoner og bistå i sykehjem når det var altfor lite folk. Da ble rett og slett

ergoterapioppgavene nedprioritert i den grad at vi måtte sikre at folk kunne komme seg opp om morgenen og få de grunnleggende behovene dekket.” (Informant 4)

Det tverrfaglige samarbeidet har blitt utsatt for omfattende endringer. En sentral årsak til dette var innføringen av retningslinjer vedrørende smittevern. De nye retningslinjene, både lokale og nasjonale har hatt innvirkning på hvordan de ansatte i helsetjenesten har måtte forholde seg i kontakt med sine fagfeller og brukere. Informantene peker på nasjonale retningslinjer, eksempelvis to-metersregelen som et inngripende tiltak med betydning for gjennomføringen av det tverrfaglige samarbeidet. Videre trekkes det frem at lokale retningslinjer ved informantenes respektive arbeidsplasser og hjemkommuner har hatt konsekvenser for samarbeidet. En av informantene peker på at det faglige fellesskapet ble skadelidende som en følge av tvungent hjemmekontor i den innledende fasen av pandemien.

Bruken av teknologi i kommunehelsetjenesten har økt betraktelig gjennom pandemien, og flere beskriver en ny digital hverdag. Et gjennomgående tema hos informantene er at kommunikasjon i svært stor grad har flyttet seg fra det fysiske til det digitale rom. Flere forteller at all kommunikasjon i perioder har foregått digitalt eller via telefon. Dette viser seg spesielt i perioder som har vært preget av uvisshet knyttet til hvordan covid-viruset har spredd seg. I perioder forbundet med mindre usikkerhet har arbeidet i større grad vært mer variert, som en kombinasjon av fysisk og digitalt samarbeid. Flere forteller om at digitale løsninger har blitt brukt i møte med brukere og pårørende, i tillegg til kollegialt.

Å benytte digitale løsninger i møte med brukere viste seg ofte å være utfordrende. Flere informanter forteller om at alt fra samtaler, veiledning og kartlegging ble forsøkt gjort digitalt med brukere. Det fremkommer videre at pårørende ble tatt i bruk som en ressurs i de tilfellene hvor dette ble vurdert som hensiktsmessig, eksempelvis ved måltaking til en rullestol:

“Så var det å spørre pårørende om de kunne ta mål, for eksempel på en rullestol eller oppreisningsstol. Da måtte vi lære oss å stole litt mer på andre folk, og lære oss å i større grad veilede andre folk rundt brukerne.” (Informant 4)

En annen ulempe ved bruk av digitale løsninger er ifølge en informant utfordringer med å få teknologien til å spille på lag, gjerne grunnet forskjeller i teknologisk kunnskap og erfaring. Informanten følger opp med at dette gjør at tid som ellers kunne vært brukt på andre ting, gjerne

går tapt på tekniske problemer. I tråd med dette viste det seg et økt behov for å ha digital kompetanse, og læringskurven var for mange bratt.

En informant peker på at det ble innført bruk av bærbare datamaskiner, og at dette ga større mulighet til å jobbe arenafleksibelt. Videre trekkes det frem at store deler av de administrative oppgavene med fordel kunne gjøres fra hjemmekontor. I tråd med dette ble det innført endringer i søknadsprosessen hva angår behandling av hjelpemiddelsøknader. Kravet om signatur fra bruker ble fjernet for å lette søknadsprosessen, og papirsøknader ble i stor grad erstattet med elektroniske søknader. En informant peker på at raskere saksbehandling under pandemien kan ha gitt større forventninger fra kommuneledelsen i etterkant av pandemien. Videre trekkes det frem at dette vanskelig lar seg gjøre etter kravet om signatur på søknader er tilbakeført, samt at tidsbruken tilknyttet ordinære arbeidsoppgaver som kartleggingsbesøk igjen har normalisert seg.

“Og så innførte NAV fritak for signatur på hjelpemiddelsøknader. Så vi kunne skrive søknader uten å ha fysisk kontakt med brukere. Det var veldig praktisk fordi da fikk vi fikset veldig mye hjemmefra.” (Informant 2)

3.2 Et sosialt fellesskap satt på prøve

Funnene peker i retning av at det sosiale fellesskapet ble satt på prøve under pandemien. Det beskrives en rekke ulike tiltak som følge av både nasjonale og lokale retningslinjer. Videre beskriver informantene hvordan de opplevde at dette påvirket deres hverdag.

En informant beskriver kohortinndeling som utfordrende for det faglige fellesskapet, hvor en kohort måtte ha hjemmekontor mens den andre var på arbeidsplassen. Økt avstand mellom fagfeller og andre yrkesgrupper viser seg som et gjentakende tema hos informanter på tvers av kommuner. Informantene peker på at dette har hatt konsekvenser for samarbeidet med samarbeidspartnere som fysioterapeuter, hjemmesykepleien, NAV, tildelingskontoret og andre ergoterapeuter, for å nevne noen.

“For vi ble jo satt i kohorter så vi var jo bare halve ergo gjengen av gangen på kontoret så det ble jo ganske begrenset.” (Informant 5)

Flere av informantene påpeker at deres evne til faglig vedlikehold og utvikling har blitt påvirket under pandemien. Som hovedårsaker til dette ses færre fysiske kontaktpunkter, eksempelvis

avdelingsmøter i tillegg til færre kurs og faglige arrangement. De opplever også å få mindre utbytte gjennom faglige kontaktpunkter, der hvor disse har blitt gjennomført via digitale løsninger eller telefon. Blant årsakene til dette beskrives utfordringer med å lese kroppsspråk og sosialt spill. Med dette som bakgrunn oppleves det utfordrende for informantene å opprettholde en tilfredsstillende grad av faglig diskurs, og at dette har vært etterlengtet under pandemien.

“Der man skal drøfte noe, så blir ikke møtet like godt, for du klarer ikke å lese ansiktsuttrykkene på 30-40 i et møte like godt som når du ser dem.” (Informant 6)

I tillegg til at det faglige samspillet ble endret, ble det også påpekt hvordan samspillet mellom ergoterapeut og bruker ble påvirket. To informanter beskriver et savn etter å møte brukere, og å kunne gjøre fysiske observasjoner og kartlegginger med dem. Det trekkes videre frem at dette i stor grad er verdsatt, og sentralt for å yte best mulige tjenester.

“Jeg har blitt mye mer takknemlig og verdsetter det å kunne komme hjem til brukere og se omgivelsene og hvordan de mestrer daglige aktiviteter. Ja, det å kunne ha mer fysisk kontakt.” (Informant 2)

Bruken av smittevernutstyr bød på utfordringer i kommunikasjon med brukere. Et eksempel som trekkes frem er bruk av munnbind i kommunikasjon med hørselshemmede. Dette beskrives som utfordrende for bruker, som ikke like lett kunne forstå det som ble sagt. Videre var det krevende for ergoterapeutene som opplevde at kontakten og relasjonen de etablerte med disse brukerne, ikke ble like god. Flere påpeker at aksepten for bruk av munnbind har økt etter pandemien. I tillegg erfares det en økt bevissthet rundt basale smittevernrutiner. Det blir beskrevet at dette gir en økt opplevelse av trygghet i møte med sårbare grupper. Informantene beskriver imidlertid det å møte opp i smittevernutstyr som en påkjennelse for brukere, spesielt for de med kognitive svekkelser som demens.

Informantene trekker på tvers av intervjuene frem viktigheten av samhold og fellesskap, både under og etter pandemien. Viktigheten i å opprettholde en viss grad av kontakt under pandemien viser seg å ha vært stor for alle. Det beskrives at avstanden i arbeidshverdagen som oppstod grunnet karantene, kohortinndeling og lite fysisk samarbeid var psykisk belastende. Videre poengteres det at det har blitt en større bevissthet i arbeidsfellesskapet om viktigheten av å være sammen på kontoret. Eksempler på ting som verdsettes er det å kunne spise lunsj sammen igjen

og å kunne diskutere fag eller andre personlige ting over en kopp kaffe. En informant viser til en større mulighet for å benytte hjemmekontor i etterkant av pandemien, men forteller videre at det alltid er å foretrekke å tilbringe arbeidsdagen på kontoret med sine kolleger. Flere informanter peker videre på at å praktisere ergoterapi i møte med brukere, igjen gjøres tilnærmet likt som før pandemien. Dette blir beskrevet som positivt for selvfølelsen og fagidentiteten.

“Å kunne prate direkte over en kaffekopp i pausen. Det har hatt stor betydning i hvordan vi klarer å holde oss oppdatert og involvert faglig.” (Informant 4)

3.3 Pandemiens følger for arbeidshverdagen

Kartlegging gjennomgikk store endringer under pandemien. Flere informanter trekker frem at den økte avstanden mellom fagfeller og samarbeidspartnere fikk konsekvenser for hvordan arbeidsoppgavene ble løst. Kommunehelsetjenesten ble også i økende grad restriktiv med mengden kartleggingsbesøk som ble gjennomført. Dette som en konsekvens av nye retningslinjer og restriksjoner. Videre så man en økende mengde kartleggingsbesøk med sammensatt problematikk, i tillegg til at det tverrfaglige samarbeidet ble svekket. Det tegnes et tydelig bilde av at ergoterapeutene hyppigere stod i kompliserte brukersaker, hvor ansvaret på den enkelte økte. Dette ses i sammenheng med at kartleggingsbesøk som tidligere ville vært gjort med andre samarbeidspartnere, har måttet blitt gjort av kun én person. Som konsekvens har dette ført med seg at vedkommende har måttet ta ansvar for å gjennomføre andre faggruppers arbeidsoppgaver i tillegg til sine egne. Informantene peker på at dette kan ha redusert kvaliteten på arbeidet som er gjort, samt vært prøvende for fagidentiteten. Et annet moment som trekkes frem er at det har blitt gjort stadige prioriteringer om hvilken yrkesgruppe som skal få reise på det aktuelle kartleggingsbesøket hos en bruker, alt etter hvilket behov som ble vurdert som mest prekært eller relevant.

“Vi måtte lære oss mye mer på hva de andre yrkesgruppene jobbet med, og man måtte prøve å dekke størst mulig område som enkeltpersoner da.” (Informant 4)

Det pekes på både fordeler og ulemper ved bruken av digitale løsninger. En informant trekker frem det som krevende å måtte være ekstra bevisst på hva som blir sagt ved gjennomføringen av digitale behandlings- og avdelingsmøter. Behandling av taushetsbelagte opplysninger beskrives som krevende ved bruk av ikke-krypterte digitale plattformer. Dette viste seg å være utfordrende,

både i form av å overholde taushetsplikten, samt å effektivt kunne kommunisere nødvendig informasjon relatert til brukersaker.

“Da vi hadde disse møtene var det viktig, hvis vi hadde møte på teams for eksempel, så skulle vi ikke oppgi noen personsensitive opplysninger.” (Informant 2)

En gjentakende fordel ved bruk av digitale løsninger som trekkes frem er tidsbesparelse og økt effektivitet. Et eksempel på dette er i en kommune hvor ergo- og fysioterapitjenesten ikke er samlokalisert. Ved digital møtevirksomhet beskrives det som tidsbesparende å ikke måtte bruke tid på å reise for å kunne delta.

3.4 Brukerbehov i endring

Norske helsetjenester var presset under pandemien. En informant forteller om kortere opphold og færre liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. Informanten beskriver at betydelige deler av den økte pasientbyrden forplantet seg til kommunehelsetjenesten. Dette har artet seg ved at brukerne som har blitt overført til kommunene, i større grad har vært i dårligere forfatning, enn hva de ville vært før pandemien. Det fortelles om en ny pasientgruppe bestående av mennesker med symptomer på post-infeksiøs covid, «long covid». Denne gruppen har ført med seg nydannelsen av gruppetilbud i kommunehelsetjenesten, samt økt etterspørsel etter andre former for intervensjon.

Informantene beskriver endringer i samspillet mellom ergoterapeut og bruker. Det fortelles om en opplevelse av frykt hos brukere. I tråd med dette har informantene observert at brukere oftere har gjennomgått et betraktelig større funksjonsfall før de har tatt kontakt med kommunehelsetjenesten, enn det man så før pandemien. Erfaringen er at smittefrykten har økt terskelen for å ta kontakt med kommunehelsetjenesten. Det ses et større hjelpebehov hos brukere som har utsatt å ta kontakt med kommunehelsetjenesten. Flere informanter forteller om økende ensomhet blant allerede isolerte grupper som enslige eldre eller immunsvekkede.

Videre er erfaringen at kompensierende tiltak fikk en høyere prioritering enn det rehabiliterende tiltak gjorde. Andre informanter trekker frem reduserte aktivitetstilbud til befolkningen som en mulig årsak til fallerende funksjon og et større hjelpebehov. Det beskrives videre at oppfølgingen

av brukere kan ha blitt mer ujevn under pandemien, og at det i sammenheng med dette har blitt sett konsekvenser av understimuli hos brukere som angst.

“Mange gruppetilbud ble satt på vent, og det var nok veldig viktige og gode tilbud for mange.” (Informant 5)

3.5 Etiske overveielser

Informantene har blitt spurt om de har blitt stilt overfor etiske dilemmaer i sin profesjonsutøvelse grunnet pandemien. Flere informanter trekker frem etiske spørsmål og overveielser, hvor risikoen for å smitte bruker har blitt vurdert opp mot viktigheten av å gjennomføre forventede arbeidsoppgaver. En informant eksemplifiserer dette ved å fortelle om tilfeller hvor kreftsyke i palliativ fase måtte kartlegges via telefon eller digitale løsninger. I slike tilfeller trumfet ofte smitteforbehold, som medførte at kvaliteten på kartleggingen ble skadelidende grunnet smittevernhensyn. En annen informant trekker frem utfordringer knyttet til arbeid med brukere som ikke aksepterte at covid-19 var reelt, og dermed ikke ga beskjed på forhånd ved eventuelle symptomer. Informanten beskriver slike tilfeller som krevende i et etisk øyemed.

«Det at du blir satt i en situasjon hvor du må beskytte andre og du må beskytte deg selv. Skal du fortsette med å behandle den pasienten som ikke aksepterer at covid er noe?»
(Informant 4)

En av informantene trekker frem et etisk spørsmål som har vist seg i ettertid. Informanten stiller seg undrende til om ergoterapitjenesten skulle blitt begrenset i så stor grad som det den ble, når man i ettertid ser de negative effektene dette har hatt for mange.

«Var det mer skadelig at det ble lengre ventelister i forhold til hvor skadelig pandemien var?» (Informant 6)

Det beskrives en felles forventning om at alle ansatte i helsevesenet skulle vaksinere seg. En informant refererer til det som en form for «frivillig tvang». I tillegg kom et ønske om å beskytte brukere, kollegaer og andre rundt. Dette opplevdes som svært utfordrende for den aktuelle informant, da vedkommende opplevde store bivirkninger ved hver vaksinedose. Informanten uttrykker dette som et krevende etisk dilemma i deres situasjon.

“Selv om det er ingen som kan pålegge noen til å vaksinere seg, så blir det i helse og omsorg nesten en slags frivillig tvang.” (Informant 4)

4.0 Diskusjon

Diskusjonskapitlet er delt inn i tre deler; resultatdiskusjon, metodediskusjon i tillegg til relevans for praksis.

4.1 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjon vil hovedfunnene diskuteres i lys av Fisher & Marterellas Transaksjonelle Modell for Aktivitet, TMA (2019, s. 16-28). Videre vil teori fra Powerful Practice (Fisher & Marterella, 2019) benyttes som supplement til TMA. Det vil og dras nytte av teori fra the Model of Human Occupation, MOHO(Taylor, 2017c). Resultatdiskusjonen struktureres ved hjelp av underoverskrifter utarbeidet med bakgrunn i hovedfunnene gjort i studien. Diskusjonen vil ta for seg hovedfunnene. Teoriene og modellene som vil benyttes har som kjennetegn å være klientsentrerte. Følgelig er det viktig å presisere at “klientene” som diskusjonen sentrerer rundt, avhenger av hvilke grupper som diskuteres. Der hvor perspektivet sees fra ergoterapeutenes ståsted vil disse være klientene i sentrum av teoriene. Følgelig vil segmentene hvor brukernes ståsted diskuteres, ha brukerne som klientene i sentrum.

4.1.1 Avstand i samarbeid

Funnene peker på at samarbeidet i kommunehelsetjenesten gjennomgikk betydelige endringer under covid-pandemien. Endringene har i stor grad rot i situasjonelle og kontekstuelle forhold, slik som nasjonale og lokale retningslinjer for ivaretagelse av smittevern. I lys av TMA (Fisher & Marterella, 2019, s. 16-28) kan disse endringene ses som ringvirkninger av endrede forhold i geopolitiske elementer.

De endrede forholdene omfattet av de geopolitiske elementene hadde som mål å redusere smitte i samfunnet (Smittevernloven, 1994). Det er imidlertid flere ting som peker på at dette implisitt førte med seg en rekke andre virkninger.

Et sentralt funn er at dette som bieffekt påvirket informantenes situasjonelle kontekst, i form av endringer i deres oppgaveelementer (Fisher & Marterella, 2019, s. 16-28). Dette kunne ses på samarbeidet i kommunehelsetjenesten. I effekt av de nye retningslinjene for smitteverntiltak, som to-meters regelen, økt bruk av hjemmekontor eller kohortinndeling, så man en økende grad av fragmentering i det faglige og tverrfaglige samarbeidet. Helsedirektoratet anbefaler tverrfaglig samarbeid på tvers av fagområder og sektorer, for å sikre helhetlige og gode helsetjenester (Helsedirektoratet, 2018). Følgelig kan det argumenteres for at den økte avstanden i samarbeidet var negativt for kvaliteten på arbeidet i kommunehelsetjenestene.

På en annen side kan det ses at implementering og bruk av digitale løsninger ble gjort raskere i kommunehelsetjenestene. Informantene peker på at dette ga en økt grad av fleksibilitet i deres fysiske omgivelselementer, spesifikt i sammenheng med endringer i deres digitale omgivelser. Det kan se ut til at økt tilstedeværelse i det digitale rom har vært positivt, spesielt på noe lengre sikt. Dette viser seg i tidselementene i TMA, hvor bruken av digitale løsninger etter hvert som tiden gikk, opparbeidet seg en varighet og hyppighet. Dette har videre hatt konsekvenser for oppgaveelementer i informantenes kontekst, hvor bruken av digitale løsninger etter hvert har blitt akseptert som en naturlig del av forventningene til struktur, timing og redskap. Samtidig identifiseres det utfordringer ved bruk av digitale løsninger i samarbeid. En sentral utfordring som trekkes frem er hvordan digital kommunikasjon påvirker grunnelementer i kommunikasjonen. Eide og Eide (2018, s. 31) beskriver kommunikasjon som en lang rekke utveksling av tegn og signaler mellom to eller flere personer. Kommunikasjon kan med andre ord sies å være et sammensurium av verbale og nonverbale tegn som partene til stadighet fortolker og responderer på. Funnene peker på at denne utvekslingen kan bli manglende ved bruk av digitale kommunikasjonsløsninger, eksempelvis ved å ha en negativ effekt på kvaliteten i faglige diskusjoner.

MOHO (Taylor, 2017a, s. 36) legger til grunn at våre handlingsmønstre står i direkte relasjon til våre internaliserte roller. Informantenes handlingsmønstre ble tvunget gjennom en endringsprosess i kjølvannet av endringer i kontekstuelle forhold, omfattet av geopolitiske- og oppgave elementer. Funnene peker på at informantene fikk sine handlingsmønstre endret, og at deres rolleopplevelse som følge ble utfordret.

En annen betraktning som kan trekkes inn er hvordan informantenes forhold til egen aktivitetsidentitet som ergoterapeut ble påvirket under pandemien. MOHO (Taylor, 2017d, s. 56) definerer aktivitetsidentitet som en følelse av hvem vi er, hvem vi ønsker å bli som et aktivt vesen og at summen av det vi føler oss som, er det vi blir gjennom egen oppsamlet livserfaring. Dette kan kaste lys på det bildet som tegnes av informantene, hvor endringer i oppgaveelementer hadde konsekvenser for deres aktivitetsidentitet som ergoterapeut. Det kan argumenteres for at nye arbeidsoppgaver fra utenfor deres faglige sfære har gitt ergoterapeutene nye erfaringer. Følgelig kan dette tenkes å ha vært en bidragsytende faktor i å utfordre informantenes egne oppfattelser av deres aktivitetsidentitet som ergoterapeut.

4.1.2 Avstand i brukerkontakt

Det tegnes et bilde av at brukerkontakten har blitt preget av mer avstand under pandemien. Et gjentakende tema som flere informanter trekker frem er store endringer i hvordan typiske arbeidsoppgaver for en ergoterapeut som er ansatt i kommunehelsetjenesten har blitt utført. Økningen i bruken av kreative metoder for å gjennomføre kartlegging, slik som digitale løsninger, kan tenkes å ha hatt konsekvenser for forholdet og maktbalansen mellom terapeut og klient.

Fisher og Marterella (2019, s. 65) viser til at klientsentrert praksis skjer i et kontinuum hvor graden av brukermedvirkning er dynamisk. Vestlige verdier preges i stor grad av frihet og autonomi for enkeltmennesket, til den grad at det er nedfelt i norsk lov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Følgelig bærer vestlige ergoterapeuter i stor grad med seg verdier om at brukermedvirkning er sentralt for å praktisere god ergoterapi (Fisher & Marterella, 2019, s. 66). I lys av dette kan det argumenteres for at endringer i omgivelselementer, som økt bruk av digitale løsninger har hatt negative konsekvenser for brukermedvirkning og autonomi. Dette er nærliggende å tro, da bruken av digitale plattformer kan tenkes å endre maktdynamikken mellom bruker og ergoterapeut. Et eksempel kan være tilfeller hvor ergoterapeuten ikke får med seg kroppsspråk eller andre sosiale hint fra brukeren. Eide og Eide (2018, s. 31) peker som tidligere nevnt på kommunikasjon som en utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler. I det tidligere eksempelet kan det derfor argumenteres for at viktig informasjon går tapt, som ellers ikke ville gått tapt i en ikke-digital situasjon. Wifstad (2013, s. 109) poengterer at pasienter som trenger hjelp, i effekt av deres rolle som pasient står i en sårbar situasjon hvor de må stole på

andre, uten forbehold. Kombinasjonen av større distanse i forholdet mellom bruker og fagperson kan tenkes å ha forsterket et allerede skjevfordelt maktforhold. Dette kan videre argumenteres for å ha bidratt i å svekke den kontinuerlige utviklingen av terapeutiske forhold, som dannes mellom bruker og ergoterapeut (Fisher & Marterella, 2019, s. 64-65).

I tillegg til en økt bruk av digitale løsninger i kommunikasjon med brukere, ses det også en økt bruk av digitale løsninger i kartlegging av brukere. I likhet med digital kommunikasjon med brukere, kan det argumenteres for at digitale kartlegginger har ført med seg at nyttig informasjon i observasjoner har gått tapt. Det tegnes et bilde av at kartleggingene har vært gjort så godt som mulig ut ifra forutsetningene. Det kan argumenteres for at ergoterapeutenes kartlegginger og observasjoner har vært mer preget av en "bottom-up" tilnærming (Fisher & Marterella, 2019, s. 34-37). Denne påstanden kan underbygges med at endringer i kontekstuelle forhold, som fysiske omgivelselementer har ført til at ergoterapeutene i større grad har måtte resonnerer seg frem til hvilke aktivitetsutfordringer brukerne har hatt. Det er nærliggende å tro at denne formen for nødløsning har gitt en mer overfladisk kartleggingsprosess. Dette kan tenkes å ha ført til at brukere har fått et mindre robust ergoterapeutisk tilbud under deler av pandemien.

4.1.3 Nye brukergrupper

Funnene peker på en annen utfordring i forbindelse med den hurtig økende bruken av digitale løsninger i møte med brukere. En informant viser til å ha brukt pårørende som ressurser i møte med brukere i en digital sammenheng. Dette sier oss noe om hva som har skjedd i tilfeller hvor brukere har hatt mulighet til å få bistand fra sine pårørende i møte med kommunehelsetjenesten. Ved hjelp av induktiv resonnering kan vi òg argumentere for at dette peker på at det med en viss sannsynlighet finnes brukere der ute som ikke har pårørende tilgjengelige som en del av sine sosiale omgivelselementer (Fisher & Marterella, 2019). Med dette som bakgrunn, kan det tolkes dithen at det sannsynligvis finnes en brukergruppe som kan ha opplevd en større grad av digitalt utenforskap. Universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske løsninger er hjemlet i egen forskrift (Forskrift om universell utforming av IKT-løsninger, 2013). Løsninger som digitale kommunikasjonsplattformer omfattes ikke av forskriften.

I lys av dette har ikke en slik brukergruppe hatt noe vern mot å bli utsatt for økende digitalt utenforskap i kommunikasjon med det offentlige, herunder kommunehelsetjenesten. Det kan på den andre siden argumenteres for dette som en form for “occupational injustice”, ettersom eksterne strukturer kan ha hindret eller begrenset likeverdig deltakelse for alle (Nilsson & Townsend, 2010). Det kan stilles spørsmål om hvorvidt dette bør undersøkes nærmere for å fastslå om dette i realiteten er en nyoppstått og glemt gruppe. Det er nærliggende å tro at dette har fått økt relevans i sammenheng med den økende digitaliseringen som sees i kommunikasjon mellom helsetjenesten og brukere.

Funnene viser at det har dannet seg en smittefrykt blant deler av befolkningen som har vedvart over et større tidsrom. Dette kan settes i sammenheng med trenden som man så, hvor flere informanter opplevde en signifikant nedgang i antall henvisninger og søknader til fysio- og ergoterapitjenesten.

I lys av dette kan man spørre seg: førte endringer i sosiokulturelle elementer (Fisher & Marterella, 2019), som nyoppståtte overbevisninger om at korona er farlig, til at folk ventet lenger med å ta kontakt med kommunehelsetjenesten? Som et element av vilje, kan man peke på foregripelse som noe som styrer våre valg, avhengig av hvilke muligheter og forventninger som verden rundt gir oss til å handle (Taylor, 2017a, s. 32). Det kan argumenteres for at endringer i kontekstuelle elementer førte til dette fallet i søknader og henvisninger. Dette kan ha sammenheng med at hjelpetrengende opplevde at koronapandemien reduserte deres muligheter til å søke hjelp, for eksempel grunnet frykt for å bli smittet. Videre kan det ha dannet seg en oppfatning hos hjelpetrengende om at det ikke var forventet å søke kommunale tjenester som ergoterapi. Dette kan henge sammen med aktivitetsopplevelsen deres, og at de aktivitetsutfordringer de opplevde ikke var viktige nok gitt den daværende situasjonen (Taylor, 2017a, s. 32). På bakgrunn av dette dannes det et bilde av at mennesker med hjelpebehov har tatt andre aktivitetsvalg under pandemien enn hva de ville gjort før pandemien. Videre kan det argumenteres for at dette har ført til at de har ventet med å søke hjelp inntil deres opplevde utøvelseskapasitet (Taylor, 2017a, s. 38) har vært redusert, til den grad at det har overskygget de opplevde barrierene for å søke hjelp. Med utgangspunkt i dette kan det argumenteres for at den økte tiden som gikk fra et begynnende funksjonsfall, til det ble søkt hjelp, førte til et større funksjonsfall hos en brukergruppe som ellers kunne fått sitt funksjonsfall bremsset eller stanset.

Videre peker funnene på endringer i sosiale omgivelselementer (Fisher & Marterella, 2019) som nedgangen i aktivitetstilbud i samfunnet. Aktivitetsdeltakelse er sett på som veien til god helse, velvære og deltakelse i livet (American Occupational Therapy Association, 2014; Taylor, 2017b, s. 159). Dette danner grunnlaget for at det er nærliggende å tro at dette kan ha bidratt til å forsterke trenden hvor mennesker med begynnende funksjonsfall har fått større hjelpebehov.

Funnene viser også til en ny pasientgruppe bestående av mennesker med post-infeksiøs covid. Dette er i overensstemmelse med funn gjort i en metaanalyse (Chen et al., 2022), som anslår at prevalensen av “long covid” er på inntil 43%. Informantene tegner et bilde av et skifte i prioriteringene i tiden preget av pandemi. Det beskrives et endret fokus fra proaktivt og forebyggende arbeid, til fordel for en reaktiv tilnærming preget av et kortere tidsperspektiv og midlertidige løsninger. Det er nærliggende å sette dette i sammenheng med den økte arbeidsbelastningen som har vist seg i nyere tid. Det kan argumenteres for at det man ser er en konsekvens av at brukere har ventet lenger med å søke hjelp, samt et økt fokus på proaktivt arbeid under pandemien.

4.2 Metodediskusjon

Metodediskusjonen vil bestå av refleksjoner rundt valg av metoder benyttet i studien. Hensikten med metodediskusjonen er å belyse hvordan resultatet kan ha blitt påvirket eller begrenset som en følge.

En svakhet ved studien er utvalget av informantene. Det er en klar skjevfordeling i fordeling av kjønn og geografisk tilhørighet. De respektive skjevfordelingene har oppstått grunnet eksterne faktorer, som hvem som har vært interessert i å la seg intervju, samt hvor disse holder til. Uavhengig av årsak er ensidigheten en svakhet som kan ha begrenset eller påvirket funnene. Det kan spekuleres i hvorvidt et mer kjønnsbalansert utvalg hadde resultert i andre funn. Eksempelvis kan det hende at kjønnene tenderer mot å foretrekke ulike metoder, eller at de responderer ulikt på eksterne faktorer i deres virkelighet. Videre kan den geografiske fordelingen sies å være en svakhet. Informantene i studien er fordelt på kun tre kommuner. Dette kan ha medført at funnene i større grad har blitt påvirket av lokale særegenheter. Et moment kan være om hvorvidt

kommuner på Østlandet har fellestrekk i hvordan de tilpasset seg pandemien. Innledningsmessig var ønsket å intervju informantene med fysisk tilstedeværelse. Sett i lys av funnene er ironien i at digitale løsninger har blitt benyttet til å ta og føle på. Digital gjennomføring av intervju gir ikke den samme kvaliteten som ved fysisk tilstedeværelse (Jacobsen, 2022, s. 163-165). Valget falt på en vurdering hvor digitale intervju ble sett på som det mest hensiktsmessige alternativet til et fysisk intervju. Utslagsgivende for dette var at digitale intervjuer er vist å gi mange av de samme fordelene som fysiske intervjuer, dog i lavere grad. I tillegg ble praktiske forhold tatt i betraktning, eksempelvis større behov for planlegging, reisevei i tillegg til reise- og båtgifter. Digital gjennomføring av intervju kan ha påvirket resultatene. Eksempelvis kan den lavere graden av tillit og åpenhet dette skaper mellom partene, ha gjort at informantene har vært mer tilbakeholdne med hva de har følt seg komfortable med å dele (Jacobsen, 2022, s. 165).

4.3 Relevans for praksis:

Studien illustrerer viktigheten av at det foreligger beredskap og planer dersom noe lignende skulle skje igjen. Dette kan tenkes å være et viktig moment i å unngå at midlertidige løsninger og reaktive valg gir svekkede tjenester. Spørsmålet som en informant stiller seg, om hvorvidt det var mer skadelig med lengre ventelister i forhold til skadepotensialet til pandemien, er et tankekor. Virkeligheten er som regel mer uoversiktlig når man står midt i den, og det kan være lett å påstå det ene eller det andre i etterpåklokskapens lys. Utsagnet kan imidlertid være illustrerende for det man ser i etterkant med et stadig økende press på fysio- og ergoterapitjenestene, og understreke viktigheten av å opprettholde forebyggende innsats og rehabilitering.

Funnene peker på en økende bruk av digitale kommunikasjonsløsninger mellom samarbeidspartnere, samt mellom tjenestemottakere og tjenestene. I en stadig mer digital hverdag kan det være viktig å ha økt fokus på å legge til rette for universell utforming av det digitale rom. Korrekt bruk av digitale verktøy kan være et element i en bedre tjeneste. På en annen side viser funnene viktigheten av å møtes fysisk, være seg i møte med både kollegaer og brukere. Å ta vare på det mellommenneskelige elementet er av stor betydning, spesielt i helsesektoren.

5.0 Konklusjon

Studien tok utgangspunkt i å undersøke følgende problemstilling: *Hvordan har koronapandemien påvirket norske kommuneergoterapeuters praksis?*

Gjennom studien har en samfunnsrelevant og lite belyst tematikk blitt sett nærmere på. Bruken av digitale løsninger i kommunikasjon har eksplodert i nyere tid, og har blitt akselerert av pandemien. Det pekes på fordeler og ulemper med dette. På tross av en rekke fallgruver, som resultatene har vist, så er fordelene ved bruken av dette potensielt av stor betydning for fremtiden. Resultatene i studien viser omrisset av en tjeneste som opplevde et fall i kvaliteten som en følge av store og abrupte omveltninger. Noe å ta med seg, kan være hvordan en mer digital hverdag kan by på flere muligheter, mer fleksibilitet og gi enda bedre tilpassede løsninger. Det kan se ut til at man har kommet til et stadium hvor samarbeidet i tjenestene har blitt smidigere, men dette er samtidig noe som kan spilles videre på. Videre har viktigheten av det mellommenneskelige blitt understreket, og det kan se ut til å være en viktig ting å bevare. Mange ergoterapeuter har erfart nye utfordringer, som å måtte løse nye arbeidsoppgaver utenfor deres forventede kompetanseområde.

Det har også blitt avdekket kunnskapshull og årsakssammenhenger som ikke er kartlagt godt nok. Datamaterialet i studien er begrenset, og det kan argumenteres for at det eksisterer et behov for mer forskning for å få et større overblikk og en dypere forståelse rundt tematikken.

6.0 Referanser

- Akershus Universitetssykehus. (2022, 25. januar). *Koronaviruset har vært i Norge allerede i 2019*. <https://www.ahus.no/nyheter/koronaviruset-kan-ha-vert-i-norge-allerede-i-2019>
- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1-53.
- Braun, V. & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Chen, C., Hauptert, S. R., Zimmermann, L., Shi, X., Fritsche, L. G. & Mukherjee, B. (2022). Global Prevalence of Post - Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Condition or Long COVID: A Meta-Analysis and Systematic Review. *The Journal of Infectious Diseases*, 226(9), 1593-1607. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/infdis/jiac136>
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Qualitative, Quantitative & Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications.
- Eide, H. & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal.
- Ergoterapeutene. (2020, 20. desember). *Ergoterapi og koronapandemien*. https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:b/g/ETT2_c4KfxGu1N8x-u851YBcvaAygSBiiu-IOEc3-kKdA?e=D5J8xT
- Fisher, A. G. & Marterella, M. (2019). *Powerful Practice - A model for Authentic Occupational Therapy*. Center for Innovative OT Solutions, Inc.
- Folkehelseinstituttet. (2022, 20. desember). *Senfølger etter covid-19 ("long covid")*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/befolkningen/senfolger-etter-covid-19/>
- Forskrift om universell utforming av IKT-løsninger. (2013). *Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger* (FOR-2013-06-21-732). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2013-06-21-732>
- Helsebiblioteket. (2021, 20. januar). *CINAHL*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsedirektoratet. (2018, 17. januar). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative Forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- National Library of Medicine. (2022, 2. mai). *MEDLINE: Overview*. https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html

- Nilsson, I. & Townsend, E. (2010). Occupational Justice—Bridging theory and practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 57-63.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3109/11038120903287182>
- NOU 2021: 6. (2021). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon - Teknisk redaksjon.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5d388acc92064389b2a4e1a449c5865e/no/pdfs/nou202120210006000dddpdfs.pdf>
- OSLOMET. (2020, 20. mars). *Kombinasjonssøking - AND og OR*.
<https://film.oslomet.no/kombinasjonssoking-and-og-or>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasienter- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-40). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-40>
- Regjeringen. (2020, 12. mars). *Omfattende tiltak for å bekjempe koronaviruset*. Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/smk/pressemeldinger/2020/nye-tiltak/id2693327/>
- Smittevernloven. (1994). *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1994-08-05-55>
- Statistisk Sentralbyrå. (2022, 26. april). *Økonomisk utvikling gjennom Covid-19*.
https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/konjunkturer/artikler/okonomisk-utvikling-gjennom-covid-19/_attachment/inline/c882a969-6b69-4621-b0c8-8f3346ef7eb9:fd452afc858912fb99c24b83e627c07be91c35f6/RAPP2022-14.pdf
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag*. Cappelen Damm Akademisk.
- Søk & Skriv. (2022, 8. mai). *IMRaD-modellen*. <https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html>
- Taylor, R. R. (2017a). De personspecifikke begreber om menneskelig aktivitet. I T. Yamada, R. R. Taylor & G. Kielhofner (Red.), *MOHO - Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg., s. 29-43). Munksgaard.
- Taylor, R. R. (2017b). Dimensionerne i det at foretage sig noget. I d. l. H. d. P. C-G, F. C-W & K. G (Red.), *MOHO - Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg., s. 155-173). Munksgaard.
- Taylor, R. R. (2017c). *MOHO - Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg.). Munksgaard.
- Taylor, R. R. (2017d). Samspillet mellem personen og omgivelserne. I J. C. O'Brien & G. Kielhofner (Red.), *MOHO - Kielhofners model for menneskelig aktivitet* (3. utg., s. 35-63). Munksgaard.
- Universitetet i Agder. (2017, januar). *MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag*.
<https://mesh.uia.no/>
- Universitetsbiblioteket. (2023, 2. mars). *PICO - PICO - PIO, PO, PEO (eller tilsvarende) rammeverk hjelper deg med å*. UiA.
<https://libguides.uia.no/c.php?g=430896&p=4833020>
- Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk - en innføring*. Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (u.å). *Situation by Region, Country, Territory & Area*. WHO.
<https://covid19.who.int/table>

7.0 Vedlegg:

7.1 Vedlegg 1: Intervjuguide

7.2 Vedlegg 2: NSD Godkjenning

7.3 Vedlegg 3: Samtykkeskjema

7.4 Vedlegg 4: Søkedokumentasjon

