

Førord

Med 15 års erfaring som ergoterapeut har jeg i årenes løp gjennomført mange observasjoner på treningskjøkken. I de senere årene har jeg savnet gode observasjonsverktøy. Jeg har ofte fundert på hvordan ergoterapeuter på andre arbeidsplasser gjennomfører disse observasjonene, noe som også ble bakgrunnen for denne studien.

Arbeidet med masteroppgaven har gitt meg mange oppturer og nedturer, men mest av alt har det gitt masse ny kunnskap, innsikt og erfaring. Lange løpeturer har hjulpet meg til å gi slipp på tankemylder, stress og bekymringer. Løpeturene hjalp meg til å klarne tankene og de ga energi og motivasjon til videre arbeid.

Først og fremst vil jeg takke mine informanter for å ha delt av sine erfaringer. Deres bidrag har gjort denne studien mulig. Takk. Jeg vil også takke min første veileder Heidi Marie Hjelmeland, som hjalp meg i startfasen av arbeidet, og Borgunn Ytterhus for konstruktive tilbakemeldinger. Jeg vil rette en stor takk til min hovedveileder Marit Solbjør for svært god veiledning denne våren. Din ro og tålmodighet har gjort meg utrolig godt og har bidratt til at jeg ble ferdig med oppgaven. Tusen takk.

Videre vil jeg takke deg Sveinung for alt du har gjort for meg i denne perioden med masterstudiene. Du har tatt svært godt hånd om barna og huset. Samtidig har du vært tålmodig og positiv i vår travle hverdag. Uten deg hadde det ikke vært mulig å gjennomføre arbeidet med studier og masteroppgave. Tusen takk.

Til sist vil jeg takke min venninne Marit for flotte kveldsturer, gode råd og hjelp til korrektur. Selv om kveldsturene ble gjennomført med svært rask gange, har du lyttet til mine mange refleksjoner og diskutert spørsmålene mine. Takk.

Trondheim, mai 2016

Lene Meinskar Hovde

Sammendrag

Bakgrunn: Politiske føringer gir signaler om at helsetjenestene skal fokusere på brukermedvirkning og anvende kunnskapsbasert praksis i sin virksomhet. Studier viser at ergoterapeuter er på vei mot en kunnskapsbasert praksis. Ergoterapeuter benytter daglige aktiviteter ved kartlegging og opptrening etter sykdom. Et ledd i dette er observasjoner på treningskjøkken. Det er gjennomført få studier i Norge om ergoterapeuters erfaringer, valg, resonnementer og dokumentasjonsrutiner ved observasjoner på treningskjøkken. *Hensikt:* Undersøke ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken. Innen dette feltet ble deres erfaringer ved valg av aktiviteter og anvendelse av observasjonsverktøy, dokumentasjon av funn etter observasjoner og emnet samarbeid, undersøkt. *Metode:* Studien var en kvalitativ intervjustudie med semi-strukturerte intervju av åtte ergoterapeuter. Informantene var ansatt i kommunale rehabiliteringsavdelinger og ved sykehus. Alle deltagerne hadde erfaring med arbeid innen kognitiv funksjonssvikt. Funnene ble analysert med bruk av Creswell (2007) sin metode for fenomenologisk analyse. *Resultat:* Deltagerne erfarer mangel på tid som vesentlig faktor og ramme ved planlegging og gjennomføring av observasjoner, samt ved valg av metode og redskap ved observasjoner på treningskjøkken. Deltagerne anvender stort sett hjemmelagede observasjonsverktøy på treningskjøkken. De anvender ikke bestemte maler ved dokumentasjon etter observasjonene, men en grov inndeling i motorisk og kognitiv funksjon. Rapportene skal være kortfattede, noe deltagerne beskriver som utfordrende fordi de ønsker å beskrive aktivitetsutfordringer i større grad. Ergoterapeutene velger aktiviteter på treningskjøkken ut i fra egne -og pasientenes vaner. Aktiviteter på treningskjøkken blir ikke introdusert til pasienter med svært redusert kognitiv funksjon. Ergoterapeutene tilrettelegger for at pasientene skal oppleve mestring, der settingen også er av betydning for å skape gode relasjoner med pasientene på treningskjøkkenet. Samarbeid er av stor betydning for å oppnå god rehabilitering, gode pasientforløp og god klinisk yrkesutøvelse. Observasjoner på treningskjøkkenet gir viktig informasjon om kognitiv status, som er av betydning i samarbeidet med pasient, pårørende og tverrfaglig team. *Konklusjon:* Funn i denne studien viser et behov for mer kunnskap om ergoterapeuters vurderingspraksis ved observasjoner på treningskjøkken. Her antydes også en sammenheng mellom bruk av hjemmelagede verktøy ved observasjoner på treningskjøkken, og rutiner ved utforming av rapporter etter observasjoner. For å tydeliggjøre praksis og oppnå samstemte dokumentasjonsprosedyrer, anbefales fremtidige studier om ergoterapeuters dokumentasjonsrutiner.

Summary

Background: Political guidance signals that health services should focus on patient empowerment, and applying knowledge-based practice. Studies show that occupational therapists are heading towards such practice. Occupational therapists use everyday activities in assessment and rehabilitation after illness, such as observations in the training kitchen. There are only a few Norwegian studies related to occupational therapists experiences, choices, reasoning and documentation-procedures during observations in the training kitchen.

Purpose: Study occupational therapist's experiences during observations of patients with cognitive impairment carrying out activities in the training kitchen. The study focus on their experiences in the choice of activities, and the use of observation tools, documentation of findings during observations, and cooperation. **Method:** A qualitative study with semi-structured interviews of eight occupational therapists. The informants were employed in municipal rehabilitation departments and in hospitals. All participants had experience from work within the cognitive impairment area. The findings were analysed using Creswell (2007) method of phenomenological analysis. **Result:** The participants experience lack of time as a major factor during planning and execution of observations, and as a reason for the choice of methods and tools used in observations in the training kitchen. The participants generally turn to self-made performance-based assessments in regards of activities in training kitchens. In their patient reports they make a rough division between motor and cognitive function. The reports are to be brief, which the participants experience as challenging. Occupational therapists choose activities in training kitchens based on habits. Activities in training kitchens are not introduced to patients with severely reduced cognitive function. The participants facilitates activities in training kitchens in purpose of the experience of mastery. The setting is important in order to establish good relationship with the patients. Cooperation is of great importance for achieving good rehabilitation, good patient care and good clinical practice. Observations in training kitchen provides important information about cognitive impairment, which is of significance in collaboration with the patient, next of kin and the interdisciplinary team. **Conclusion:** The findings suggest that there is a need of more knowledge about occupational therapist's assessment practice in training kitchen. There seem to be a link between the use of self-made performance-based assessments in regards of observations in the training kitchen, and routines when designing reports. To clarify practice and achieve aligned documentation procedures, future studies of occupational therapists documentation procedures are recommended.

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1	Helsetjenestenes oppbygning og ansvar innen utredning og rehabilitering	1
1.1.2	Ergoterapeutens rolle og ansvar ved utredning og rehabilitering	2
1.1.3	Ergoterapi ved kartlegging og vurdering av kognitiv funksjonssvikt	3
1.1.4	Treningskjøkkenen – et «treningsrom» for daglige aktiviteter	4
1.1.5	Dokumentasjon og rapportering i ergoterapi.....	5
1.2	Observasjonsbaserte verktøy som anvendes i Norge	6
1.2.1	Ergoterapeuters anvendelse av vurderingsredskap	8
1.2.2	Dokumentasjonsprosesser i ergoterapi	10
1.2.3	Forskning innen ergoterapeuters samarbeid med pasienter og pårørende.....	12
1.2.4	Forskning på ergoterapeuters samarbeid med kolleger	13
1.2.5	Forskning vedrørende omgivelsenes betydning for aktivitet.....	13
1.3	Forskningsspørsmål.....	15
2	Teoretisk grunnlag.....	17
2.1	Kunnskap og profesjonskunnskap.....	17
2.2	Historisk utvikling og kritikk av evidensbasert medisin	19
2.3	Kunnskapsbasert praksis i Norge	20
2.4	Vitenskapsteoretisk grunnlag og ståsted i ergoterapi	22
2.5	Kunnskapsbasert praksis i ergoterapi	23
2.6	Kliniske resonnering i ergoterapi	24
2.7	Dokumentasjon og journalføring innen helseprofesjonene	26
2.8	Dokumentasjon og journalføring av ergoterapi.....	27
3	Metode.....	28
3.1	Rekruttering.....	28
3.2	Deltagere	29
3.3	Intervjuprosedyre.....	30
3.4	Treningskjøkkenet som strukturell ramme ved aktivitet	32

3.5	Forskerens forforståelse av problemstillingene.....	33
3.6	Analyse.....	34
3.7	Forskningsetiske betraktninger.....	39
4	Funn.....	41
4.1	Fysiske og sosiale omgivelser på treningskjøkken.....	41
4.1.1	Ambivalens mellom kjente og ukjente omgivelser	41
4.1.2	Den gode samtalen	45
4.2	Hvilke vurderingsverktøy benytter ergoterapeutene ved aktiviteter på treningskjøkken?	46
4.2.1	«Hjemmesnekrede» sjekklister, ferdighetsverbene i MoHO og AMPS.....	46
4.2.2	Tidspress og «ad-hoc» løsninger	49
4.3	Ergoterapeutene benytter pasientenes opplevelse av mestring i aktiviteter på treningskjøkkenet	53
4.3.1	Aktivt deltagende, eller hendene på ryggen?.....	53
4.3.2	Ergoterapeutene gir opplevelse av mestring.....	55
4.4	Vanens makt.....	56
4.4.1	Aktiviteter med utgangspunkt i ergoterapeutenes vaner	57
4.4.2	Aktivitet med utgangspunkt i pasientenes vaner	58
4.5	Erfaringer fra samarbeid i forbindelse observasjoner på treningskjøkken	60
4.5.1	Samarbeid med pasient og pårørende.....	60
4.5.2	Samarbeid med kolleger.....	62
4.5.3	Planlegge pasientarbeid og videre forløp	64
4.6	Dokumentasjon etter observasjoner er vesentlig for kommunikasjon med samarbeidspartnere 65	
4.6.1	Hvordan strukturerer ergoterapeutene rapportene sine?.....	65
4.6.2	Lengde og omfang ved utforming av rapporter	67
4.6.3	Observasjonsrapporter er et redskap for samarbeid og kommunikasjon.....	68
4.7	Essensen av ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken.....	70
4.7.1	Essensen	71
5	Diskusjon.....	73

5.1	Tid – en dominerende faktor for hvordan ergoterapeuter arbeider ved observasjoner på treningskjøkken.	73
5.1.1	Et spørsmål om økonomi.....	73
5.1.2	Tidspress innvirker for valg av metode og redskap.....	74
5.1	Dokumentasjon av observasjoner på treningskjøkken	77
5.1.1	Vaner ved valg av aktivitet - av betydning for pasient og ergoterapeut.....	79
5.2	Ergoterapeutene tilrettelegger omgivelsene for pasientenes mestring	81
5.3	Samarbeid – en betydningsfull del ved observasjoner på treningskjøkken	83
5.4	Styrker og svakheter ved studien.....	86
5.4.1	Gyldighet	86
5.4.2	Pålitelighet.....	87
5.5	Implikasjoner for praksis.....	88
5.6	Videre forskning.....	89
	Konklusjon	90
	Kilder.....	91
	Vedlegg	100

Forkortelser

En liste over ulike forkortelser anvendt i oppgaven blir nå listet opp som et bidrag til oversikt over disse:

ADL: Activities of Daily Living,

I - ADL: Instrumental, Activities of Daily Living

P - ADL: Personal Activities of Daily Living

AMPS: Assesement of Motor and Process Skills

EBM: Evidence based medicin

EVA: Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalysestystem

ICF: International Classification of Function and disability

KBE: kunnskapsbasert ergoterapi

KBP: kunnskapsbasert praksis

MoHO: Modell of Human Occupation

PRPP: Perceive, Recall, Plan & Perform task analysis

WHO: World Health Organisation

1 Innledning

Den stadig økende andelen eldre mennesker i Norge og gjeldende helsepolitiske føringer, gir signaler om at helsetjenestene skal fokusere på brukermedvirkning, utøving av kunnskapsbasert praksis og opprette et godt samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten (St.meld. nr. 47, 2009). Samtidig er det et stadig stigende krav om at voksne og eldre mennesker skal klare seg lengst mulig i hjemmet ved sykdom (St.prp. nr. 1, 2008). Det ligger en vesentlig samfunnsøkonomisk gevinst i dette, da menneskers opphold i sykehus og rehabiliteringssentre gir større kostnader for kommune og stat, sammenlignet med et liv i egen bolig (Turner- Stokes, 2008). Ergoterapeuter kan bidra med å føre mennesker tilbake til et liv i eget hjem etter sykdom og skade. Med sin kompetanse om menneskers deltagelse og mestring i aktiviteter, benytter de blant annet daglige aktiviteter som middel for å avdekke skade og sykdom, samt stimulere til et deltagende og inkluderende liv etter sykdom (Ergoterapeutene.org, 2009). For å utøve best mulig klinisk virksomhet fremhever regjeringen at helseprofesjonene skal arbeide kunnskapsbasert (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008). Ergoterapeuter har historisk sett arbeidet med et erfaringsbasert utgangspunkt i sin kliniske virksomhet (Kinn, 2006). Kunnskapsbasert praksis i ergoterapi vil bli beskrevet ytterligere i kapittel 2. Kunnskapsbasert praksis skal per i dag være implementert i ergoterapeuters kliniske virksomhet. Det kommer for øvrig ikke tydelig frem om ergoterapeuter arbeider kunnskapsbasert ved observasjoner. Det finnes også lite dokumentasjon vedrørende ergoterapeuters prosedyrer og struktur ved dokumentasjon av observasjoner. Med bakgrunn i dette vil denne oppgaven handle om ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner, samt hvordan de dokumenterer sine funn etter observasjoner.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

1.1.1 Helsetjenestenes oppbygning og ansvar innen utredning og rehabilitering

Dersom en helhetlig og forsvarlig helsetjeneste skal tilbys befolkningen, kreves et godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten) og spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr. 47, 2009). Kommunehelsetjenesten gir tilbud om funksjonstrening og tilrettelegging i form av strukturert opplæring og oppfølging. I tillegg tilbys funksjonstrening og rehabilitering i døgnbaserte tilbud i institusjon, eller rehabilitering som ved poliklinisk virksomhet. Fagkompetansen i spesialisthelsetjenesten skal være satt sammen på linje med

tilbudet fra kommunehelsetjenestene, men med større grad av spesialisering.

Spesialisthelsetjenesten skal også være behjelpelig med veiledning og drive pasientutredning for kommunene (Helsedirektoratet, 2015).

Når mennesker har utfordringer med å mestre tidligere ferdigheter er det vesentlig å finne årsak til funksjonssvikt, samt trene med den hensikt å gjenvinne tapte funksjoner, bevare- og bremse tap av funksjoner, eller tilpasse livet etter deres nye utfordringer (Furst, & Høverstad, 2014). Helsetjenester som sykepleie, ergoterapi og fysioterapi, fremheves som betydningsfulle profesjoner innen dette feltet (Meld. St. 19, 2014/2015). Det fremheves at fysioterapi og ergoterapi er svært sentrale tilbud for pasienter med behov for opptrening av funksjoner for å mestre dagliglivets aktiviteter (St.meld. nr. 47, 2009; Furst, & Høverstad, 2014). Med bakgrunn i dette er ergoterapeuter en betydningsfull del av pasienter og brukere sin utrednings -og rehabiliteringsprosess. Jeg vil nå kort beskrive ergoterapeuter sin rolle innen dette feltet.

1.1.2 Ergoterapeutens rolle og ansvar ved utredning og rehabilitering

I Samhandlingsreformen fremhever Helse –og omsorgsdepartementet (St.meld. nr. 47, 2009) at antallet voksne og eldre mennesker med livsstilssykdommer som kan føre til sykdommer som hjerneslag, hjerteinfarkt, kreft og demens, er økende. De samlede ressursene til rehabilitering ser ut til å være økende, og for mange mennesker pågår rehabiliteringsprosessen i mange år, eller resten av livet (St.prp. nr. 1, 2008). Tidlig rehabilitering etter sykdom og skade, er svært vesentlig blant voksne og eldre (Cicerone, et al. 2011). Det gir færre komplikasjoner og alvorlig sykdom (Cicerone, et al. 2011). Det fremheves samtidig at rehabilitering skal utføres på de tidspunkt som er best egnet for den enkelte, samt foregå på de arenaer mennesker oppholder seg mest, slik som i hjemmet (Furst, & Høverstad, 2014). Helsepolitiske føringer fremhever også at voksne og eldre mennesker skal klare seg best mulig og så lenge som mulig i eget hjem. Helsetjenestene skal bidra til dette, slik at en større andel pasienter kan være aktive deltagere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv (St. Meld 29, 2013). Det påpekes her at kommunene skal ha tilgang til profesjoner som ergoterapeuter for å bidra til dette (St.prp. nr. 1, 2008; Furst, & Høverstad, 2014).

Kjernen i ergoterapi er å fremme helse gjennom aktivitet. Ergoterapeutenes fagpolitiske organ Ergoterapeutene.org (2009) fremhever at ergoterapeuter skal gi støtte til mennesker slik at de mestrer aktiviteter, og kan oppnå bedre/større deltagelse i samfunnet. Menneskets motivasjon

for aktivitet er en vesentlig brikke i dette. Derfor er ergoterapeuter svært fokusert på menneskers egne ønsker og behov i forbindelse med deltagelse i aktivitet og inkludering i hverdagslivet. Ergoterapeuter har ut i fra dette en vesentlig rolle i helsetjenestene med deres fokus på mestring av aktiviteter i hverdagslivet (Ergoterapeutene.org, 2009).

En av spesialkompetansene i ergoterapi er feltet somatisk helse. Innen dette feltet undersøker og trener ergoterapeuter blant annet funksjoner som motorikk, sansing og kognisjon hos pasienten. Ergoterapeuter instruerer også i systematisk opptrening av funksjonsnedsettelse ved blant annet nevrologiske og geriatriske forhold (Ergoterapeutene.org, 2009). Jeg vil nå kort forklare hvordan kognitive funksjoner/strukturer kan forklares. Pasienter med kognitive utfordringer ved for eksempel tumor, hjerneslag og demens, har utfordringer som omgivelsene ikke alltid registrerer, eller kan forklare (Helsedirektoratet, 2010). Trombly & Radomski (2002) og Kielhofner (2010) beskriver kognitive funksjoner i to nivå. Eksekutive funksjoner og bevisstheten om disse omtales som høyere kortikale funksjoner og prosesser. Disse deles inn i kategoriene problemløsløsning, resonnering og abstrakt tenkning, oppgaveløsning, tilpasse atferd, initiativ og planlegging. Det andre nivået omtales som basale kognitive funksjoner og prosesser, og har tradisjonelt blitt delt i oppmerksomhet, visuell oppmerksomhet, konsentrasjon, orienteringsevne og hukommelse.

1.1.3 Ergoterapi ved kartlegging og vurdering av kognitiv funksjonssvikt

Kognitive vurderinger skal ifølge Helsedirektoratet (2010), gjøres med standardiserte tester og observasjoner og kan utføres av ergoterapeuter. Ved kognitiv funksjonssvikt blant voksne og eldre mennesker med behov for utredning og rehabilitering, anbefaler Helsedirektoratet, (2010) en detaljert kartlegging/vurdering av pasientenes kognitive funksjon. I tillegg til observasjoner, benytter ergoterapeuter ofte ulike teoretiske tester eller screeningverktøy som kan bidra til å avdekke svikt i kognitiv funksjon (Smith Eide et al. 2012). De kognitive testene avdekker ikke nødvendigvis evnen til å mestre hverdagslige gjøremål, som er en vesentlig del av kartlegging og opptrening av kognitive funksjoner. Det er av den grunn behov for både teoretiske kognitive tester, og praktiske ADL- observasjoner av pasientene (Smith Eide et al. 2012).

ADL er en samlebetegnelse på en rekke hverdagslige, praktiske aktiviteter og oppgaver som blant annet egenomsorg, mobilitet, husholdning, bruk av transportmidler, ivaretagelse av egen økonomi (Tuntland, 2006). ADL - observasjonene er en vesentlig del av vurdering og

opptrening av pasienters kognitive funksjon, siden slike observasjoner kan avdekke skader i høyere kognitive funksjoner (executive functions). Disse funksjonene involverer menneskers samhandling med omgivelsene, og er av stor betydning ved kartlegging av kognitiv funksjonssvikt (Josman & Birnboim, 2001).

Observasjoner kan være utfordrende for ergoterapeutene. Dette legger jeg vekt på fordi de mest anerkjente og valide observasjonsredskapene stiller krav til sertifisering og omfattende kurs med høy kursavgift (Horghagen et al 2015). Et resultat av det, kan være at en del ergoterapeuter ikke besitter kompetanse som er nødvendige for å anvende anbefalte verktøy. Jeg fremhever dette fordi det er avgjørende at undersøkelser og vurderinger som gjennomføres med pasientene, ikke utføres forskjellig fra gang til gang (Wæhrens, 2008). Redskapenes reliabilitet er av den grunn av stor betydning i ergoterapeuters observasjonspraksis.

Denne studien undersøker blant annet hvilke redskap ergoterapeuter benytter ved observasjoner, da gode undersøkelses- og vurderingsredskap har stor betydning for å avdekke pasienters vansker ved aktivitetsutførelse. Samtidig kan det bidra til at ergoterapeuter lettere kommuniserer egen fagutøvelse til pasienter og samarbeidspartnere (Horghagen et al. 2015). Bruk av vurderingsverktøy er vesentlig for å danne mål og retning i arbeidet sammen med pasienten. Det kan også styrke valg av tiltak, slik at disse blir bedre begrunnet med et kunnskapsbasert utgangspunkt (Horghagen et al. 2015). Valide og reliable redskap har stor betydning for å sikre systematisk innsamling av kunnskap om pasientenes kognitive funksjon (Wæhrens, 2008). Dette er ergoterapeuters «diagnostikk» som gir mulighet for å planlegge tiltak eller behandling (Wæhrens, 2008). Denne studien belyser også ergoterapeuters erfaringer ved anvendelse av observasjonsbaserte vurderingsverktøy ut ifra teori om kunnskapsbasert praksis.

Jeg vil nå beskrive treningskjøkken som arena for trening i daglige aktiviteter, da ergoterapeuter ofte benytter aktiviteter på kjøkken ved observasjoner.

1.1.4 Treningskjøkken – et «treningsrom» for daglige aktiviteter

Treningskjøkken er et kjøkken i en institusjon og er konstruert for trening av pasienter i Instrumentell - ADL. I-ADL krever sammensatte ferdigheter, som gir mennesker muligheter til å mestre et selvstendig liv i eget hjem og i samfunnet for øvrig (Tuntland, 2006).

Eksempelvis kan dette være å handle matvarer, lage mat og håndtere egen økonomi, samt

benytte offentlig transport. Treningskjøkkenet er en arena der pasienter kan prøve ut og trene kognitive – og motoriske funksjoner ved å utføre en hverdagslig aktivitet som matlaging (Tuntland, 2006). Ergoterapeuter som arbeider med kognitiv funksjonssvikt ved sykehus eller andre institusjoner, observerer ofte pasienter ved tilberedelse av måltider på treningskjøkken. Dette er aktiviteter de fleste mennesker utfører i dagliglivet hjemme og er nyttig for å avdekke kognitiv svikt, samt å trene funksjonssvikt etter sykdom eller skade (Provencher, et al. 2013). Dette er en arena der pasientene kan relatere aktivitetene til sine liv i eget hjem. Ergoterapeuter benytter ofte aktiviteter på kjøkken som ledd i pasientenes ønske og mål om å være mest mulig selvstendig i hverdagen (Josman & Birnboim, 2001; Provencher et al. 2013).

Treningskjøkkenet kan være tilrettelagt for funksjonshemmede, med hev/senkbare benker, ekstra god gulvplass for gange med hjelpemiddel, samt at det ofte er tilgang til andre hjelpemidler til bruk på kjøkken. Det er vesentlig med god gulvplass slik at pasienten kan benytte en eventuell rullestol eller rullator. Dersom det er mulig, er hev -og senkbare benker på treningskjøkkenet ønskelig, da det gir større mulighet for å tilrettelegge og tilpasse oppgavene etter pasientenes individuelle behov. De fleste treningskjøkken er skjermet for resten av avdelingen, med dør som kan lukkes slik at pasient og terapeut kan arbeide alene. Dette er av særlig betydning ved kognitiv funksjonssvikt, da mange pasienter har vansker med utførelse av aktivitet fordi de har problemer med planlegging, initiativ, oppmerksomhet og problemløsning (Josman & Birnbiom, 2001; Kielhofner, 2010). Disse funksjonsvanskene krever ro og god tid ved gjennomføring av aktivitet.

Aktivitetene som benyttes på treningskjøkken kan variere i omfang og vanskelighetsgrad. Det kan dreie seg om deloppgaver som å smøre sin egen brødkive eller trakte en kaffekopp, til større operasjoner som å lage mat eller bake til seg selv og/eller flere medpasienter. Pasientene kan også få tilleggsoppgaver som innebærer forberedelser til matlaging. Dette kan blant annet være oppgaver som å finne oppskrift, lage handleliste eller gå på butikken.

Videre vil jeg presentere betydningen av å dokumentere funn etter observasjoner.

1.1.5 Dokumentasjon og rapportering i ergoterapi

Når ergoterapeuter observerer pasienter i daglige aktiviteter, er det vesentlig at de funn som fremkommer ved observasjonene, blir dokumentert og videreformidlet til samarbeidspartnerne. Dette er viktig fordi all informasjon om pasientens funksjon er av betydning for videre arbeid med pasienten. Funn ved observasjoner blir gjerne rapportert

skriftlig, men også muntlig. De muntlige rapportene kan foregå spontant og gi et bredere og mer detaljert bilde av funn sett i forhold til skriftlig dokumentasjon. De skriftlige rapportene er imidlertid mer pålitelig, da innholdet og forståelsen av muntlig rapportering kan svekkes ved rapportering over flere ledd (Norsk Ergoterapeut Forbund, 2001).

Med bakgrunn i dette er det vesentlig at ergoterapeuter benytter maler og har god struktur ved skriftlig dokumentasjon av rapporter etter observasjoner (Norsk Ergoterapeut Forbund, 2001). Rapportene kan være dagrapporter, observasjonsrapporter eller statusrapporter, og er vesentlig for å kartlegge, planlegge videre arbeid, evaluere fremgang og måloppnåelse, samt ved samarbeid med tverrfaglig team (Norsk Ergoterapeut Forbund, 2001). En ryddig struktur ved utforming av skriftlig rapporter, er av betydning for andre profesjoners forståelse av ergoterapeuters arbeid. Det kan også stimulere til bedre tverrfaglig samarbeid. Dersom ergoterapeuter benytter vurderingsredskap ved observasjon, er det vesentlig at dette fremkommer i rapporten ved beskrivelse av funn, da det vil styrke rapporten (Norsk Ergoterapeut Forbund, 2001). Med bakgrunn i det vil jeg nå presentere de mest benyttede observasjonsredskapene i Norge.

1.2 Observasjonsbaserte verktøy som anvendes i Norge

Ergoterapeuter har et stort antall verktøy som de kan anvende for å avdekke kognitiv funksjonssvikt. Noen av disse er observasjonsbasert. Blant de mest anerkjente og benyttede verktøyene ved observasjoner, er Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), (Fisher, 1998, 2003; Bernspång & Fisher 1995; Wæhrens & Fisher, 2006; Douglas et al, 2008). AMPS er utviklet med bakgrunn i teori om Modell for menneskelig aktivitet (MoHO) av Gary Kielhofner (1995, 2003, 2008). MoHO har fundament i klinisk ergoterapi. Grunnprinsippene i teorien og modellen er menneskets motivasjon for aktivitet, dets deltagelse i livsroller, rutiner og ferdigheter mennesker har, som er nødvendig for å utføre aktiviteter. Dette ses i relasjon til omgivelsene (Kielhofner, 2009). Delen om menneskers ferdigheter ved utøvelse av aktivitet, er trukket frem og utviklet til observasjonsredskapet AMPS. AMPS ble utviklet i USA av Anne Fisher (1998), og er et omfattende måleinstrument med høy validitet. AMPS benyttes både ved vurdering og evaluering av kognitiv funksjon og motorikk. Verktøyet er svært klientsentrert der pasienten selv kan velge ADL-oppgave (Wæhrens og Fisher, 2006). Josman & Birnboim (2001), konkluderte med at AMPS er det observasjonsverktøyet som best vurderer aktivitetsutførelse ved aktiviteter på kjøkken. AMPS ser også ut til å være det mest

omfattende redskapet, da det kan gi god informasjon innen både motoriske og kognitive funksjonsvansker. AMPS er valid og reliabelt ved observasjoner i ulike aktiviteter med fokus på motorikk- og prosess ferdigheter (Fisher, 1998). Josman & Birnboim, (2001) fremhever at AMPS gir et svært detaljert bilde av pasientenes ferdigheter, men de påpeker samtidig at det kreves omfattende og dyre kurs for å bli sertifisert AMPS - terapeut.

Det er utviklet flere typer sjekklister, eller analysesystemer med utgangspunkt i ferdighetskomponenten i MoHO. Ferdighetene er beskrevet med ulike verb som er nyttig ved observasjoner, da de kan bidra til å strukturere informasjon (Skøyen et al. 2014; Ellingham, 2012; Jespersen et al. 2014) Flere klinikere har også utviklet slike sjekklister eller vurderingsverktøy til anvendelse ved observasjoner. De beskriver at dette kan være gode observasjonsredskap som anvendes til å strukturere informasjon ved ulike ADL og I-ADL oppgaver. I sammenheng med dette oppgir Jespersen et al. (2014) at de også har utviklet en mal for rapportskrivning ut i fra ferdighetsverbene (Kielhofner, 1995 & 2008).

Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalysesystem (EVA), er en manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse (2012). EVA er et aktivitetsanalysesystem utviklet av Brian Ellingham (2012), og består av ulike skjema inndelt etter motorikk, prosess og kommunikasjon/interaksjons ferdigheter. Dette er ferdighetsverbene i MoHO (Kielhofner, 1995 & 2008) og AMPS (Fisher, 2003). Ergoterapeuten kan velge skjema og sette de sammen, for å vurdere sammenhenger ved aktivitetsanalyse. EVA- systemet er ikke validert som klinisk instrument foreløpig (Ellingham, 2012; Jespersen et al. 2014).

A-ONE er en ADL skala til bruk ved skader i sentralnervesystemet. Betydningen av underliggende kognitive utfordringer ved utførelse er av betydning ved skåring (Engeset, 2012). A-ONE benyttes i mange tilfeller i tillegg til AMPS da den er bygget opp etter samme teori som AMPS (Árnadóttir, 1990). Sertifisering er påkrevet for å anvende den i klinikken (Engeset, 2012).

Perceive, Recall, Plan & Perform task analysis, (PRPP) er et annet instrument med hovedfokus på aktivitetsutførelse og kognitive ferdigheter gjennom observasjon av ADL, som ved tilberedelse av måltider (Ekback & Persson, 2010; Stigen, 2013; Ranka & Chapparo, 2010). I PRPP blir aktivitetsutførelsen belyst ut i fra muligheten til å Percive (registrere), Recall (bearbeide), Plan (planlegge) og Perform (utføre). Det kreves omfattende kurs for å anvende PRPP i klinisk virksomhet.

Videre vil jeg presentere forskning vedrørende ergoterapeuters bruk av kartleggings –og vurderingsredskap. Forskning som blir presentert er basert på søk i blant annet Oria, Pub Med, SAGE journals online, Taylor & Francis Online, ODIN og Google Scholar. Artikler fra nyere forskning er også hentet fra Ergoterapeutenes fagblad nettsider www.ergoterapeuten.no Søkeordene varierte etter hvilke tema jeg søkte forskning innen. Det ble fortrinnsvis anvendt engelske søkeord, foruten søk i fagbladet Ergoterapeuten. Eksempelvis ble disse søkeordene anvendt: occupational therapy, cognitive, performance and assessment. Occupational therapy and stroke. Cognitive impairment and occupational therapy, cognition, impairment and ADL. Performance, assessment and kitchen. Occupational therapy, kitchen and assessment. Ergoterapi, kognisjon og kjøkken. Ergoterapi, vurderingsredskap, kognisjon og observasjon. Occupational therapy and patient records. Patient records, documentation and occupational therapy.

1.2.1 Ergoterapeuters anvendelse av vurderingsredskap

Norsk forskning viser at det per i dag er gjennomført få studier der ergoterapeuters bruk av vurderingsredskap blir undersøkt (Horghagen et al. 2015). Norsk Ergoterapeutforbund gjennomførte i 2014 en medlemsundersøkelse (N = 1286), vedrørende bruk av vurderingsverktøy blant ergoterapeuter (Hagby et al. 2014; Bonsaksen et al. 2015; Dolva et al. 2015; Horghagen et al. 2015). Undersøkelsen viser at ergoterapeuter anvender verktøy ved kartlegging, men i liten grad evaluerer tiltakene sine med bruk av verktøy. 15% av deltagerne oppgir at de benytter vurderingsverktøy daglig, 45 % ukentlig, 28 % benytter det månedlig, mens 12 % oppgir å benytte vurderingsverktøy mer sjelden enn månedlig (Hagby et al. 2014). Ved den kvalitative delen av studien til Hagby et al. (2014), oppga 25% av deltagerne ikke benyttet vurderingsredskap. Denne studien omhandlet deltagerens respons på kun ett spørsmål, som ble besvart på ulike måter. Det kan av den grunn være flere aspekter som ikke fremkommer i studien (Horghagen et al. 2015).

I tråd med Hagby et al. (2014) viser funn i USA (N= 794) at bruk av standardiserte verktøy har økt noe. Amerikanske ergoterapeuter oppga her at en av de mest betydningsfulle grunnene for ikke å benytte standardiserte verktøy, var at disse verktøyene var utilgjengelige på arbeidsplassene. Faktorer som pasientens evne til å fullføre testen og tidsbruk ved gjennomføring, var også forhold som var vesentlig for valg og bruk av standardiserte redskap (Piernik-Yoder & Beck, 2012). Holmqvist et al. (2008) gjennomførte en liten svensk kvalitativ studie (N=12) som viste at standardiserte observasjonsredskap og tester ser ut til å

være en kjent del av arbeidshverdagen til svenske ergoterapeuter. Likevel oppga de en viss motvilje til å ta i bruk standardiserte verktøy, da de ikke ønsket å teste pasientene unødvendig ofte.

Hagby et al. (2014), fant at norske ergoterapeuter i stor grad ser ut til å benytte redskap ved kartlegging. Det fremkommer ikke om de anvender observasjonsbaserte verktøy, eller i hvilken grad de benytter observasjonsbaserte redskap. I en undersøkelse gjennomført i Australia (N= 209), oppga 69% av ergoterapeutene bruk av observasjonsbaserte verktøy i 75% av deres arbeid med kognitiv funksjonssvikt (Sansonetti & Hoffmann, 2013). Hagby et al. (2014) viser også til at ergoterapeuter ansatt i kommunal sektor, benytter undersøkelses -og vurderingsredskap i mindre grad sammenlignet med ergoterapeuter som er ansatt i privat eller statlig sektor. Dolva et al. (2015) beskriver at ergoterapeuter med spesialistgodkjenning oftere benytter verktøy, sammenlignet med de som ikke er spesialister. Ergoterapeuter med tilknytning til spesialistgrenene somatisk helse og eldre sin helse, var de som oftest benyttet kartleggings -og vurderingsredskap i denne studien (Dolva et al. 2015).

Leknes et al. (2014) fant i sin kvalitative studie at ergoterapeuter ønsker større tilgang til formelle kartleggingsverktøy ved observasjoner i ADL. De oppga også utfordringer med organisering og gjennomføring av ergoterapitiltak, med blant annet mangel på gode verktøy under kartleggingsarbeid. Denne studien har for øvrig begrensninger ved at det kun var 4 deltagere i studien. Piernik-Yoder & Beck, (2012), Sansonetti & Hoffmann (2013), Hagby et al. (2014) og Dolva et al. (2015) viser til at ergoterapeuter ser ut til å ha vansker med å benytte funn ved kartlegging av kognitiv svikt videre i sin intervensjon med pasienter. Dolva et al. (2015) fremhever også at norske ergoterapeuter har vansker med å dokumentere betydningen av tiltakene sine, og evaluere om tiltakene de setter i verk for pasientene har ønsket virkning.

Horghagen et al (2015), Sansonetti & Hoffmann (2013) og Hagby et al. (2014), fremhever behovet for grundigere opplæring og større fokus på anvendelse av valide verktøy, som også inkluderer observasjonsbaserte verktøy, samt opplæring innen kognitive tester. Sansonetti & Hoffmann (2013) hadde få deltagere ved spørreundersøkelsen, som kan ses som en svakhet ved denne studien. Piernik-Yoder & Beck, (2012) og Dolva et al. (2015) vektlegger behovet for opplæring i valg av –og bruk av vurderingsredskap, og presiserer at det særlig er behov for opplæring i å tolke resultater av kartlegging. Josman & Birnboim (2001) peker på behovet for å videreutvikle og utarbeide flere standardiserte verktøy for observasjoner på kjøkken. Yantz et al. (2010) uthever at det ofte blir benyttet selvrapporing som vurderingsform ved ADL

målinger der aktiviteter på kjøkken er inkludert. Dersom pasienten er skadet kognitivt, kan det være en utfordring å sette tall eller ord på eget funksjonsnivå og ferdigheter (Haddeland et al. 2013).

Sansonetti & Hoffmann (2013) beskriver redskaper til bruk ved observasjoner, som de mest betydningsfulle verktøyene for å avdekke kognitiv funksjonssvikt. Selv om det finnes flere verktøy til bruk ved observasjoner, er det særlig utfordrende å finne observasjonsverktøy til bruk på treningskjøkken. Bakgrunnen for dette ligger i at svært få av de er standardisert, samt at enda færre verktøy er testet for validitet og reliabilitet (Josman & Birnboim, 2001).

Vurderingsredskapenes egenskaper ser dermed ikke ut til å sammenfalle med ergoterapeutenes behov for verktøy ved observasjoner. Yantz et al. (2010), fremhever behovet for flere kvalitative studier innen dette feltet. De stiller også spørsmål til hvorfor og hvordan ergoterapeuter velger redskap ved observasjoner på treningskjøkken. Forskere peker på behovet for kompetanseheving blant ergoterapeuter slik Leknes et al. (2014) fremhever. Flere studier beskriver et særlig behov for videreutdanning innen teori og metode blant ergoterapeutene i deres studier (Leknes et al. 2014; Hagby et al. 2014; Holmqvist et al. 2008). Per i dag foreligger det utilstrekkelig kunnskap om ergoterapeuters vurderingspraksis og bruk av velprøvde redskaper (Horghagen et al. 2015). De fremhever samtidig stor mangel på studier der ergoterapeuter selv beskriver situasjonene når de velger å bruke redskap.

Videre vil jeg presentere forskning innen ergoterapeuters rutiner ved dokumentasjon.

1.2.2 Dokumentasjonsprosesser i ergoterapi

Ergoterapeuter er underlagt Lov om helsepersonell, 1999-07-02-64 (Helse –og omsorgsdepartementet, 2001). Loven beskriver hvilke plikter yter av helsehjelpen har overfor pasienten, samt hvilke krav som stilles til helsepersonell i forhold til kvalitet, effektivitet, samt plikter og krav i forhold til dokumentasjon (Kapittel 2 og 8, Lov om helsepersonell, 2001).

Gode rutiner ved dokumentasjon kan være vesentlig ved muntlig formidling av skriftlig informasjon. Dette kan også bidra til å bedre praksis innen tverrfaglig kommunikasjon. Bonsaksen et al. (2015) påpeker dette når de fremhever behovet for kvalitative studier innen valg og anvendelse av redskaper, som er nært knyttet til journalføring etter utført pasientarbeid. I dag utføres all dokumentasjon innen helsevesenet elektronisk og kan gjøre utviklingen av gode maler og rutiner ved journalføring mer effektiv. Jespersen et al. (2014),

påpeker at deres Ergoterapi Virksomhetsbasert Analysesystem (EVA-systemet) tydeliggjør aktivitetsperspektivet i ergoterapeuters kliniske arbeid. Dersom de tilhørende malene som er utarbeidet til analysesystemet benyttes ved dokumentasjon, kan aktivitetsperspektivet fremtre tydeligere påpeker Jespersen et al. (2014).

Skøyen et al. (2014) beskriver kort at de har utviklet en mal for dokumentasjon med ved bruk av deres «kartleggingspakke» ErgUs. Denne «kartleggingspakken» består av kaffetraktning med bruk av prosessdelen i ferdighetsverbene som observasjonsredskap, samt testene Trail Making Test (Reitan, 1958), MMSE- NR test (Engedahl, et al. 2011), og Klokketest (Shulman, 2000). Malen de har utarbeidet beskrives som en form for kvalitetssikring for overføring av viktige funn til tverrfaglig team og eksterne samarbeidspartnere ved oppfølging av pasienter (Skøyen et al. (2014).

Dokumentasjonssystemer tilhørende ErgUs aktivitetsanalyse (Skøyen et al. 2014) og EVA – analysesystemet (Jespersen et al. 2014), er ment som et hjelpemiddel ved utforming av rapporter etter observasjoner i ADL. I likhet med Jespersen et al. (2014) og Skøyen et al. (2014) påpeker også Hedberg – Kristensson & Iwarsson (2009) behovet for en tydelig og enhetlig struktur ved dokumentasjon av rapporter. Hedberg–Kristensson & Iwarsson (2009) sammenlignet dokumentasjon etter tilrettelegging av skjermede boliger (gruppe 1) og fra vanlige boliger (gruppe 2). En svakhet med studien kan være at de to brukergruppene var svært ulik, dermed kan innholdet i dokumentasjonen i de to gruppene også bli svært ulik. Hedberg–Kristensson & Iwarsson (2009) viser til at svenske ergoterapeuter har behov for mer opplæring innen dokumentasjonsprosesser, slik at rutiner ved rapportskrivning kvalitetssikres og effektiviseres. De fant store mangler i dokumentasjonsrutinene i rapporter vedrørende hjelpemiddelprosesser samt ved beskrivelse av personopplysninger. Hedberg – Kristensson & Iwarsson (2009) foreslår å anvende bestemte nøkkelord som utgangspunkt ved dokumentasjon. Dette er i tråd med Ergoterapeutene.org (2009) og Jespersen et al. (2014).

I likhet med Hedberg – Kristensson & Iwarsson (2009) fant også Backman et al. (2008) mangler i dokumentasjonsrutinene til ergoterapeuter ansatt ved et sykehus i Sverige. Backman et al. (2008) fant at også bruk av nøkkelord kunne resultere i mangelfull dokumentasjon blant 100 tilfeldig valgte ergoterapirapporter. De fant spesielt lite dokumentasjon innen kroppsfunksjon og evaluering/ måloppnåelse, ved bruk av nøkkelord fra ICF- systemet. Backman et al. (2008) undersøkte ikke hvorfor deltagerne dokumenterte arbeidet slik, noe som kan ses som en svakhet ved deres studie. De påpeker likevel betydningen av å benytte slike nøkkelord i maler ved dokumentasjon av ergoterapeuters rapporter. I motsetning til

Hedberg – Kristensson & Iwarsson (2009) beskriver Chen et al. (2013) at ergoterapeutene i deres studie dokumenterte sine funn godt. Chen et al. (2013) undersøkte om rom/retningsforstyrrelser ble journalført i 74 pasienters journaler i en rehabiliteringsavdeling. De 74 pasientene hadde alle neglekt og ergoterapeutene dokumenterte arbeidet sitt innen dette feltet i 75,7% av pasientene. Ved å benytte bestemte maler eller nøkkelord i rapportskrivningen, kan ergoterapeuter kvalitetssikre egen dokumentasjon og sikre større bredde i dokumentasjonen sin, slik Hedberg – Kristensson & Iwarsson (2009) og Backman et al. (2008) fremhever.

I neste kapittel vil forskning vedrørende ergoterapeuters samarbeid med pasienter og deres pårørende bli presentert.

1.2.3 Forskning innen ergoterapeuters samarbeid med pasienter og pårørende

Samarbeid med pasienter, pårørende og kolleger, er en vesentlig faktor ved ergoterapeuters yrkesutøvelse. Helse og omsorgsdepartementet (2015) påpeker i St. Melding 11, behovet for en bedre oppgavedeling og samhandling i helsetjenesten. Videre fremheves mer helhet og sammenheng i pasientbehandlingen. Videre vektlegges det i St. Melding 11, en helsetjeneste der pasientene sidestilles med helsepersonellet. Dette krever også en god samhandling mellom helseprofesjoner, og særskilt godt samarbeid med pasient og pårørende (Provencher et al. 2013). Godt samarbeid med pårørende fremheves slik at de skal forstå pasientens opplevelser og utfordringer med sine kognitive skader. Kognitive utfordringer kan forklares bedre til pasient og pårørende etter praktiske observasjoner. Det samme vektlegger Haddeland et al. (2013) i sitt forprosjekt (N=6) der de prøvde ut en tiltakskjede med bruk av P- og I- ADL instrument, og med Canadian Occupational Performance Measure (COPM), i tidlig fase av sykdomsforløpet ved demens. Målgruppa var hjemmeboende eldre med fokusområdet lengst mulig deltakelse i aktiviteter. De beskriver nært samarbeid med pårørende og grundig individuell kartlegging som en nødvendighet ved arbeid med pasienter med kognitiv funksjonssvikt og demens.

Ergoterapeuter opptrer i mange tilfeller som en veileder for både pasient og pårørende, slik Holmquist et al. (2009) beskriver. De intervjuet svenske ergoterapeuter (N=12) ansatt i både kommunal- og fylkeshelsetjenesten med fokus på deres erfaringer i arbeidet med pasienter med kognitiv svikt. Holmquist et al. (2009) fremhever pårørendes opplevelse av stress når familiemedlemmer blir syk, og har med det et særskilt behov for støtte og veiledning fra

ergoterapeuten i rehabiliteringsprosessen. I tråd med dette fremhever også Williams & Murray (2012), at pårørende eller nøkkelpersoner er vesentlige bidragsytere i samarbeidet med pasienter etter hjerneslag. Skubik-Peplaski (2012) hevder at observasjoner og aktivitetsbaserte tiltak har spesielt god effekt på samarbeidet med pasientene, når ergoterapeutene ikke blir forstyrret av andre aktiviteter og hendelser i omgivelsene. Ribeiro (2001) fremhever en åpen kommunikasjon i samarbeid med pasienten som mest betydningsfullt, der pasientene la stor vekt på opplevd forståelse fra ergoterapeut. Et godt samarbeid med pårørende gir større mulighet for å etablere gode pasientforløp for den enkelte pasient (Haddeland et al. 2013; Leknes et al. 2014; Holmquist et al. 2009; Williams & Murray, 2012).

Videre presenteres forskning vedrørende ergoterapeuters samarbeid med kolleger

1.2.4 Forskning på ergoterapeuters samarbeid med kolleger

Samarbeid med andre kolleger, tverrfaglig team og eksterne samarbeidspartnere anses også som vesentlig av både Leknes et al. (2014) og Holmquist et al. (2009). Ergoterapeuter rapporterer ofte til tverrfaglige team, eller ved andre møter med eksterne kolleger vedrørende kognitivt funksjonsnivå. En del av dette samarbeidet kan omfatte planlegging av pasientarbeid før –og etter observasjoner (Leknes et al. 2014; Holmquist et al. 2009). Gode maler ved utforming av rapporter kan også bidra til bedre tverrfaglig kommunikasjon i teamene og styrke samarbeid og kommunikasjon med andre samarbeidspartnere, ifølge Skøyen et al. (2014); Jespersen et al. (2014); Hedberg – Kristensson & Iwarsson (2009) og Backman et al. (2008).

Forskning på omgivelsene sin betydning for aktivitet presenteres i neste kapittel.

1.2.5 Forskning vedrørende omgivelsenes betydning for aktivitet

Innen temaet treningskjøkken som arena for observasjoner, vektlegges pasientenes samspill med omgivelsene ved aktivitetsutførelse. Kielhofner (1995, 2003, 2008) beskriver i Modell for Menneskelig Aktivitet (MoHO), hvordan vi kan forstå menneskets samspill med omgivelsene. Et hvert fysisk miljø innvirker ved menneskelig aktivitet, da det gir muligheter, begrensninger, krav og rammer, og muligheter for deltagelse i aktivitet. Dette er også gjeldende ved oppgaver på treningskjøkken. Tilrettelagte fysiske omgivelser som

treningskjøkken, kan bidra til bedret aktivitetsutførelse og opplevelser av mestring. Dette samspillet med omgivelsene innvirker positivt dersom pasienten har utfordringer ved aktivitetsutførelse, slik Kielhofner (1995, 2003, 2008) og Skær & Niva (2005) beskriver. Provencher et al. (2013), konkluderte med at aktiviteter utført i eget kjøkken gir høyest skåre ved testing med AMPS, sammenlignet med aktivitet utført på treningskjøkken. Alle pasientene i studien var for øvrig hjemmeboende, og de kan av den grunn ha etablert vaner og rutiner i eget kjøkken. Skær og Niva (2005), fant at hjemmeboende pasienter oppga å ha større arbeidskapasitet og bedre utførelse ved blant annet aktiviteter på kjøkken i eget hjem, etter at boligene deres ble tilrettelagt med hjelpemidler. Siden treningskjøkken er tilrettelagt for funksjonshemmede, kan dette gi indikasjoner på hvordan pasientene fungerer i eget hjem. Dette påpeker også Provencher et al. (2013), som fremhever at aktiviteter på treningskjøkken kan innvirke positivt for kognitivt svekkede pasienter.

Det sosiale miljøet ser også ut til å være vesentlig for ergoterapeuter og pasienter ved observasjoner på treningskjøkken. Kielhofner (1995) beskriver et sosialt miljø som grupper av mennesker med ulike roller og aktivitetsformer som utspiller seg innad i disse gruppene. Rollene fordeler seg i gruppen og utøves etter normer og klimaet i gruppen. Dette utgjør det Kielhofner (1995) beskriver som sosiale rom, og innvirker ved pasienters aktivitetsutførelse, ferdigheter og deltagelse i aktivitet.

Ribeiro (2001) viser til at omgivelser som gir pasientene en opplevelse av å være verdifull og følelse av tilhørighet, vil bidra til bedre aktivitetsutførelse over tid. Skubik- Peplaski (2012) beskriver sosiale omgivelser sin betydning for aktivitetsutførelse på et litt annet vis og fremhever fleksibiliteten i omgivelsene som særdeles viktig. Denne fleksibiliteten kan ses som terapeutenes evne til å tilpasse seg pasientens funksjonsnivå og rehabiliteringsprosess. Ribeiro (2001) viser til det sosiale miljøets betydning ved pasientens opplevelse av sin egenverdi, som spiller inn for mestring og motivasjon i aktivitetsutførelse. Andre faktorer som fremheves er trygge omgivelser som gir tilhørighet. I likhet med Ribeiro (2001) påpeker også Skubik – Peplaski (2012) betydningen av at ergoterapeuter vektlegger det sosiale miljøet ved planlegging og gjennomføring av kliniske arbeid, også ved observasjoner på treningskjøkken. Skær og Niva (2005), Kielhofner (1995), Skubik–Peplaski (2012) og Riberio vektlegger alle samspillet mellom pasienten og de sosiale omgivelser som viktig for pasienters aktivitetsutførelse. Dette er av stor betydning når ergoterapeuter utfører observasjoner, da omgivelsene kan innvirke på pasienters mestring i aktivitet (Ribeiro, 2001).

1.3 Forskningsspørsmål

Hagby et al. (2014), påpeker at norske ergoterapeuter i stor grad ser ut til å benytte redskap ved kartlegging. Det foreligger likevel lite forskning vedrørende bakgrunnen for ergoterapeuters resonnementer og profesjonelle valg ved bruk av observasjonsredskap. Dette innvirker også for hvordan de samarbeider med pasientene når de utfører observasjoner på treningskjøkken. Horghagen et al. (2015) fremhever stor mangel på studier der ergoterapeuter selv beskriver situasjonene når de blant annet velger og anvender vurderingsverktøy. De fremhever også et stort behov for flere norske kvalitative studier som omhandler observasjoner der ergoterapeuter selv beskriver sine erfaringer. Dette er viktig for å tydeliggjøre praksis innen dette feltet.

Samtidig ser det også ut til å være behov for mer kunnskap om ergoterapeuters rutiner ved dokumentasjon etter observasjoner på treningskjøkken. Det foreligger ingen norske kvalitative studier av ergoterapeuters dokumentasjonsrutiner de siste årene. Ergoterapeuter har ansvar for å utøve en kunnskapsbasert virksomhet (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008). Gode strukturer ved dokumentasjon kan gi mer enhetlig dokumentasjonsrutiner, og bidra til å kvalitetssikre dokumentasjonsrutiner. Dette er av stor betydning for ergoterapeuter da de er lovpålagt å føre journal (Helse –og sosial departementet, 2001). Ved å belyse hvordan ergoterapeuter rapporterer og dokumenterer arbeidet etter observasjoner, kan det øke fokus på en kunnskapsbasert praksis på arbeidsplassene blant ergoterapeuter. Fokus på dokumentasjonsrutiner kan være vesentlig for god fagutøvelse også ved funn etter observasjoner.

Med bakgrunn i dette omfatter denne studien problemstillingene:

Hvilke erfaringer har ergoterapeuter med observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken?

- Hvilke erfaringer har ergoterapeuter med bruk av treningskjøkken som arena ved observasjoner?
- Hvordan strukturer og gjennomfører ergoterapeuter observasjoner, og hva er bakgrunnen for deres valg?
- Hvilke erfaringer har de med bruk av redskap til denne pasientgruppa og hvorfor benytter de disse redskapene?

- Hvordan dokumenterer ergoterapeuter arbeidet sitt etter observasjoner på treningskjøkken?
- Hvilke erfaringer har de med å dele informasjon med pasienter og samarbeidspartnere etter observasjoner?

2 Teoretisk grunnlag

I dette kapitlet vil jeg kort beskrive hvordan jeg forstår begrepet kunnskap og deretter utdype hvordan kunnskap i profesjoner kan forstås. Deretter beskrives utviklingen av evidensbasert medisin (EBM). Dette gjør jeg for å vise historien bak kunnskapsbasert praksis (KBP). Det blir også gitt en introduksjon til KBP, kunnskapsbasert praksis i ergoterapi (KBE), samt klinisk resonnering og klinisk resonnering i ergoterapi. Underveis i dette kapitlet vil jeg også kort belyse vitenskapsteoretisk forankring i ergoterapi og kort beskrive relevant teori om dokumentasjon innen helseprofesjoner. Dette er fortrinnsvis hentet fra norsk litteratur, da andre land benytter annet regelverk og rammer for dokumentasjon. Avslutningsvis blir overordnede retningslinjer for dokumentasjon i ergoterapi kort beskrevet.

2.1 Kunnskap og profesjonskunnskap

Jeg vil først kort beskrive min forståelse av begrepet kunnskap. Min forståelse av kunnskap er teoretiske og praktiske kunnskaper en person har tilegnet seg gjennom livet. Med det mener jeg teoretisk og praktisk kunnskap innen ergoterapi, men også teoretisk og praktisk kunnskap ervervet utenom et fagområde. Livserfaring, praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap kan innvirke for hvordan mennesker forstår og praktiserer sitt yrke (Grimen, 2008; Higgs, 1995). Jeg tror at mennesker ønsker kunnskap slik at de kan utvikle seg. Kunnskap kan forstås på forskjellig vis siden menneskers livserfaring, ønsker og behov i stor grad varierer (Higgs, 1995).

Jeg vil nå utdype hvordan det er mulig å forstå begrepet profesjonskunnskap. Higgs (1995) beskriver flere områder som vesentlig for å forstå kunnskap. Områder av betydning i denne sammenhengen er aktiviteter som er kunnskapsorientert, sosiale samspill, personlig engasjement og verdien av kunnskapen. Til sist utøvers kunnskapsutvikling og utvikling av sinnet. Grimen (2008, 2010) skiller mellom praktisk og teoretisk kunnskap når han beskriver praktisk kunnskap som personlig fordi profesjonsutøver har personlig erfaring i utøving av sitt fag. Han beskriver utvikling av kunnskap som et kontinuum der teoretisk og praktisk kunnskap er nært knyttet i et dynamisk forhold, der de to typer kunnskap er vanskelig å skille. Higgs (1995), beskriver også kunnskap som personlig for utøver og påpeker at utøver krever og forplikter seg til kunnskap for å utøve sitt fag. Samtidig kreves praktisk, teoretisk og vitenskapelig kunnskap innen helseprofesjonene. Smedby (2013) viser til at både teoretisk og

praktisk kunnskap kan læres, videreføres og føres sammen. De kan også vurderes kritisk. Profesjoners kunnskapsgrunnlag er sammensatt etter en praktisk oppgaves karakter. Utdanningene legger grunnlaget for fagutøvelse, men den profesjonelle ekspertisen utvikles først gjennom praktisk erfaring (Grimen, 2008). I tråd med dette fremhever Smedby (2013) at profesjonsutøvere utvikler kunnskap og kompetanse også i arbeidslivet. Oppgavens art avgjør hvilke kunnskaper som innlemmes ved praktisk utøvelse av et fag. De ulike bitene av kunnskap er knyttet sammen fordi de er betydningsfulle for å løse en oppgave, ikke nødvendigvis ut i fra en teoretisk begrunnelse (Grimen, 2010).

Grimen (2010) påpeker at ulike typer kunnskap kan stå i relasjon til hverandre ved profesjonell yrkespraksis, og viser samtidig til at relasjonene er en stor del av det å forstå kunnskap og ferdigheter i profesjonell yrkesutøvelse. Profesjonskunnskap er ulike typer kunnskap vevet sammen på en bestemt måte som gir meningsfulle deler, eller en helhet ved utøvelse av et yrke (Grimen, 2010). Disse kunnskapsformene ser ut til å ha flere felles trekk, som også kan gjøre det mer utfordrende å se de adskilt. Higgs (1995) fremhever også at kunnskapsutvikling er et dynamisk fenomen. Når utøver tenker kritisk og kreativt i anvendelse av kunnskap, utvikles kunnskap. Ifølge Higgs (1995) er det en kontinuerlig prosess som også kan gi større forståelse for kunnskap som begrep. Praktisk kunnskap kan ikke adskilles fra de som har den, eller fra situasjoner der den blir tilegnet og anvendt. Dette er kjennetegn ved praktisk kunnskap slik Grimen (2010) omtaler den. Han fremhever at det er av stor betydning å unngå en dualistisk forståelse av de to kunnskapsformene.

Profesjoners kunnskap spinner på flere vitenskapelige emner, men har ikke samme kunnskapsbase som vitenskapelige emner (Grimen, 2010). Helseprofesjonene er sammensatt av mange vitenskaper der formålet står utenfor faget, som å tjene det beste for andre mennesker. Dette er bakgrunn og verdigrunnlaget for kunnskapsbasen i helseprofesjonene (Grimen, 2010). Verdier er en vesentlig del av utøving av fagene, siden utøver må foreta mange vanskelige verdivalg i sin arbeidshverdag (Grimen, 2010).

I følge Grimen (2008) er det vanskelig å artikulere profesjonskunnskapen når den fremstår samlet, og beskriver dette som utviklingen av ekspertise. Ekspertene har gjerne utviklet en intuitiv forståelse og utøvelse av profesjonell yrkesutøvelse. Dette omtaler Smedby (2013) som taus kunnskap. Han beskriver samtidig taus kunnskap ved profesjonsutøvelse som en form for ekspertkunnskap. Higgs (1995), beskriver taus kunnskap som praktisk kunnskap med bakgrunn i intuitiv kunnskap.

2.2 Historisk utvikling og kritikk av evidensbasert medisin

Evidensbasert medisin (EBM) hadde sitt utgangspunkt rundt 1700-tallet som læringsmetode for studenter innen medisinen. Medisinstudenter søkte nye læringsmetoder for å sikre kvalitet og bevis for kunnskap de fikk i utdanningen, fordi de stilte spørsmål til lærernes/legenes kunnskap (Claridge & Fabian, 2005). På 1900-tallet oppstod en form for overgangsperiode der kunnskap ble lettere å formidle gjennom systematiske studier og bøker. Først på 1970-tallet fremstod EBM slik det fremstår i dag (Claridge & Fabian, 2005). EBM hadde sitt utspring innen somatisk medisin og ble senere innlemmet i psykiatri, pedagogikk og andre profesjoner som behandler mennesker og deres utfordringer (Sackett, 1997; Grimen & Terum, 2009). Det vokste frem en konsensus der profesjoners behandling av mennesker skulle utføres med den beste kliniske ekspertise, sammen med best tilgjengelig og systematisk forskning (Claridge & Fabian, 2005).

EBM har grunnlag i positivismen med en biomedisinsk tilnærming til helseutfordringer. Her rettes fokus på objektive forskningsbaserte fakta gjennom kvantitativ forskning om kropp, sykdom og helse. Kritikerne av EBM hevder dette gir en mekanisk tilnærming til menneskers sykdom, der mennesket kan måles, kontrolleres og manipuleres (Broom & Willis, 2007). De senere årene har også flere kritiske røster fremhevet at forskning ut i fra «gullstandarden» (randomiserte, kontrollerte studier) i liten grad kan gi evidens i kontekstnære sammenhenger. Det er særlige eksperimentelle design innen medisin og farmasi med kontrollerte, randomiserte studier som kan gi bevis for at tiltak virker, men kritikerne uttrykker skepsis til om de gir kunnskap om hvorfor et eksperiment fungerer, (Krogstrup, 2011). Det fremheves videre at forskning ut i fra «gullstandarden» gir usikkerhet om resultat av forskning vil fungere i virkeligheten, der flere tilfeldige faktorer vil spille inn dersom man sammenligner med eksperimentet (Krogstrup, 2011). Det fremheves også at det er flere positive aspekter ved kontrollerte, randomiserte studier da de gir svar på effekt av tiltak som gir stor betydning ved behandling av sykdommer (Broom & Willis, 2007).

Sackett (1997) beskriver at praktisk utøvelse av EBM oppstår når klinisk ekspertise integreres med evidensbasert forskning. Claridge & Fabian (2005) beskriver dette som en systematisk fremgangsmåte for å analysere publisert forskning til anvendelse i beslutningstagning i pasientarbeid. De henviser videre til Sackett, som på midten av 1990-tallet formelt definerte EBM. Først i 1993 ble det referert til bruk av EBM i klinisk arbeid (Claridge & Fabian, 2005). Etter den tid har anvendelse av EBM i pasientrelatert arbeid øket radikalt. Innflytelsesrike

faktorer som anvendelse av datamaskiner, databaser, større effekt av kliniske metoder og tester, samt at selve utføring av EBM har en mer konsis beskrivelse, er bakgrunnen for dette (Claridge & Fabian, 2005).

Sackett (1997) fremhever at en god lege skal benytte sin kliniske ekspertise sammen med den beste evidens fra forskning. De to delene skal ikke anvendes separat. Legers kliniske ekspertise skal ha fundament i evidens fra forskning, slik at de til enhver tid benytter de beste løsninger for den enkelte pasient. Det påpekes at ny forskning med god effekt og nøyaktighet skal erstatte tidligere kunnskap. Samtidig påpeker Sackett (1997) at evidens fra forskning ikke kan benyttes ene og alene til alle pasienter, men at legens kliniske ekspertise må bidra til riktig anvendelse som skal gi god behandling av den enkelte pasient sine helseutfordringer.

De senere årene har et økende antall søkemotorer gjort tilgang til forskning enklere. En av de største organisasjonene innen dette feltet er The Cochrane organization. De ble etablert med bakgrunn i å hjelpe alle helseprofesjoner til enklere tilgang på evidensbasert kunnskap, ny forskning av svært god kvalitet som kan bidra til gode avgjørelser i pasientrelaterte saker (Cochrane.org, 2016). The Cochrane organization er i dag en av de største organisasjonene som fremmer evidensbasert medisin innen helseprofesjonene og blir anvendt av studenter så vel som forskere verden over (Cochrane.org, 2016). I Norge er Helsebiblioteket et offentlig finansiert nettsted som gir gratis tilgang til oppsummert forskning, fagprosedyrer, oppslagsverk, databaser, tidsskrifter og andre kunnskapsressurser for helsepersonell. Helsebiblioteket er tilknyttet Kunnskapscenteret for helsetjenesten og driftes av Folkehelseinstituttet. Nettstedet benyttes av fagpersonell og studenter innen medisin og helse (Folkehelseinstituttet, 2016).

Det vokste frem et behov for en kunnskapsbasert tilnærming blant flere helseprofesjoner. Dette var bakgrunnen for utviklingen av KBP i Norge som blir beskrevet i neste kapittel.

2.3 Kunnskapsbasert praksis i Norge

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er et tema som stadig bringes frem og diskuteres av forskere, teoretikere, klinikere og politikere. Regjeringen fremhever også betydningen av at helsepersonell arbeider kunnskapsbasert. Dette er lagt frem i St. Melding 19 (Helse –og omsorgsdepartementet (2015), der det fremheves at det for å håndtere sammensatte og komplekse tiltak på folkehelseområdet og organisering av helse –og omsorgstjenester, er det

behov for å videreutvikle metoder for kunnskapsoppsummering. I sammenheng med dette fremheves det også at det bør legges mer vekt på å utforme tiltak for å sikre kunnskapsbaserte tiltak (Helse –og omsorgsdepartementet, 2015).

Gro Jamtvedt og Monica Nortvedt etablerte Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenester med utgangspunkt i et økende behov blant norsk helsepersonell om å hente inn informasjon fra ulike kilder i deres kliniske arbeid (Jamtvedt & Nortvedt 2008). Kjernen i KBP er klinisk yrkesutøvelse med grunnlag i flere kilder enn den forskningsbaserte kunnskapen (Nortvedt et al. 2012). Nortvedt et al. (2012) definerer KBP slik: *Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen (17; 2012)*. Det finnes flere definisjoner av KBP, og de fleste omfatter de samme elementene som Nortvedt et al. (2012) og kunnskapscenteret for helsetjenester beskriver.

Nordtvedt et al. (2012) beskriver forskningsbasert kunnskap i to grupper; grunnforskning og anvendt forskning. Grunnforskning kan beskrives som den forskning som retter seg mot grunnlaget av fenomener eller observerbare fakta. Anvendt forskning er forskning som har til hensikt å utforske bestemte praktiske mål eller retter seg mot anvendelse (Nortvedt et al. 2012; NOU 2005:1). Den erfaringsbaserte kunnskapen som beskrives som en annen vesentlig komponent i KBP, omtales av Nordtvedt et al. (2012) som kunnskap som utvikles med fagutøverens erfaring. Dette er en type kunnskap som omtales med flere navn: skjønn, taus kunnskap og klinisk blikk. Brukerkunnskap er sterkt knyttet til den erfaringsbaserte kunnskapen, siden brukerkunnskap må ses i sammenheng med pasientene sine individuelle behov og forskningskunnskap (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008). De beskriver videre brukerkunnskap som kunnskap der helsepersonell samarbeider tett med pasienter og brukere. Brukermedvirkning og motivasjon er her vesentlige deler av samarbeidet og kunnskapsgrunnlaget. Pasienter bør selv være aktivt deltagende i spørsmål som omhandler egen helse så langt det lar seg gjøre (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008). Pasientens syn skal inkluderes når avgjørelser tas og vedtak fattes (Nortvedt et al. 2012). Mange brukere /pasienter har i dag stor kunnskap og forståelse vedrørende egen helse. Med bakgrunn i det bør også helsepersonell være rustet til å imøtekomme disse pasientene på best mulig vis. KBP er dermed en viktig kvalitetssikring der helsepersonell kan vise til forskningsbasert informasjon og egen erfaring i deres samarbeid med pasientene (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008). Konteksten, eller situasjonen man befinner seg innen, er avgjørende for hvordan klinikere velger å benytte KBP.

Konteksten fremstår som en ramme om de tre kunnskapsformene forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, og er av stor betydning når man tilstreber å arbeide klientsentrert og brukervennlig (Nortvedt et al. 2012; Jamtvedt & Nortvedt 2008). Bakenforliggende elementer av konteksten innen KBP kan også være økonomi, politikk, kultur og verdier innen miljøet blant helsepersonell og pasienter (Nortvedt et al. 2012; Jamtvedt & Nortvedt 2008; Mangen, 2009). De tre kunnskapsformene er beskrevet i en seks-trinns modell til bruk ved klinisk arbeid (www.kunnskapscenteret.no), (vedlegg 6). KBP er ment å være et verktøy for helsepersonell, slik at de kan arbeide velinformert, systematisk, klientsentrert og reflektert med utgangspunkt i flere kunnskapskilder (Jamtvedt & Nortvedt, 2008; Nortvedt et al. 2012; Mangen, 2009).

En del forfattere stiller seg kritisk til at «Gullstandarden» regnes som den sikreste kunnskap for å måle effekt av enkel behandling (Berg, 2010). De fremhever at «gullstandarden» ikke inkluderer alle nyanser innen helseprofesjonene (Kinn, 2006; Martinsen, 2009; Jamtvedt & Nortvedt 2012; Mangen, 2009; Grimen, 2009). Flere forfattere beskriver et evidenshierarki innen KBP, (Berg, 2010; Taylor, 2009; Hole, 2008; Grimen, 2009) der kvalitativ forskning anses som mindre verdifull sammenlignet med kontrollerte randomiserte studier. Det påpekes at evidens fra ulike kunnskapsformer bør være likeverdig og anvendelig for å vurdere hver enkelt pasient sine individuelle behov (Berg, 2010). Professor i filosofi Harald Grimen var kritisk til kunnskapssenterne som for ham fremstod som kontrollører for klinisk yrkesutøvelse. Han pekte på at kunnskapssentrene med sin ekspertise er medvirkende til å skape en form for ekspertkultur. Grimen, (2009) fremhever at denne maktforskyvningen fra yrkesutøverne til «eksperterne», er uheldig da de fremstiller spesifikke prosedyrer for hente inn kunnskap og håndtering av kunnskap. Prosedyrene er ifølge Grimen, (2009) inspirert av medisinen, som gir et snevert bilde av hvordan evidens bør fortolkes. Han fremhevet at en slik metode ved undersøkelse av forholdet mellom vitenskap og praksis blir en form for «oversettelsesproblem», uansett fagfelt. Ut i fra Grimens (2009) perspektiv ser det dermed ut til at kun noen få former for kunnskap gir evidens.

2.4 Vitenskapsteoretisk grunnlag og ståsted i ergoterapi

Hvor i «kunnskapsterrenget» ligger så ergoterapi som fag, og denne studien i forhold til de ulike kunnskapsformene? Ergoterapi oppstod med utspring i humanismen og fremstod nærmest som en motvekt til biomedisinsk tenkning på 1900-tallet. Ergoterapi har likevel

historisk sett røtter innen positivismen, humanistisk tenkning og fenomenologi (Ergoterapeutene.org, 2009). Kinn (2006), hevder at ergoterapeuter i dag balanserer mellom vitenskapsteori i retning positivisme og fenomenologi. Dette hevder hun fordi ergoterapeuter forholder seg til biomekaniske og nevrologiske forhold hos mennesket, samtidig som de ser mennesker i lys av deres vaner, handlingsmønster og mestring i hverdagsaktiviteter. Pasientens opplevelser av mestring i aktivitet er vesentlig, siden ergoterapeuter har fokus på å stimulere og tilrettelegge for deltagelse i aktiviteter (Kielhofner, 1995; Mattingely & Flemming, 1994). Denne delen av faget som fokuserer på menneskets erfaringer og opplevelser, tar utgangspunkt i fenomenologien (Ergoterapeutene.org, 2009). Når ergoterapeuter søker informasjon om pasienters erfaringer vedrørende opplevelse av egen sykdom, aktivitetshistorie, deltagelse i aktivitet og aktivitetsutfordringer, ligger deres profesjonsutøvelse innen fenomenologiens vitenskapsteoretiske ramme (Ergoterapeutene.org, 2009; Kinn, 2006). Menneskers erfaringer og levde liv, er kjernen i fenomenologien (Creswell, 2007). Når ergoterapeuter deler sine erfaringer og forståelse av pasienters virkelighet i en kontekst, innvirker det også på ergoterapeutene sine erfaringer av profesjonsutøvelse og fenomenet de arbeider med.

2.5 Kunnskapsbasert praksis i ergoterapi

Med bakgrunn i at begrepene evidensbasert medisin, evidensbasert praksis, kunnskapsbasert praksis og kunnskapsbasert praksis i ergoterapi har noe forskjellig kunnskapstradisjon, kan de ha ulike meningsinnhold og forståes på ulikt vis. Begrepene innen KBP og anvendelse av de er svært omdiskutert blant forfattere innen ergoterapi. Ofte omfatter også diskusjonene fordeler og bakdeler ved KBP (Kinn, 2006; Horghagen et al. 2007; Graverholt & Tuntland, 2008; Jamtvedt & Nortvedt, 2008; Hole, 2008; Mangen, 2009; Tuntland, 2009; Taylor, 2009; Stigen & Røssvoll, 2009; Berg, 2010).

Det oppstod etter hvert et behov for å utvikle en definisjon av KBP mer direkte rettet mot ergoterapi. Hole (2008) påpeker at ergoterapi som fag ble utfordret til å begrunne sitt arbeid ut fra vitenskapelig bevis. Det var et vesentlig behov for å legitimere bruken av KBP i ergoterapi, og tydeliggjøre at vitenskapelige data ikke er nok ved valg av metode i pasientarbeidet (Hole, 2008). Begrepet evidensbasert praksis ble omdefinert til kunnskapsbasert praksis i ergoterapi, (KBE). Norsk ergoterapeutforbund, Ergoterapeutene, (www.ergoterapeutene.org) forklarer KBE når de fremhever at aktivitet og deltagelse skal

foregå ut ifra pasient/ brukers ønsker og behov. Arbeidet skal foregå med fundament i ekspert- og erfaringsbasert viten, ved anvendelse av systematisk forskning. Det fremheves videre at resonneringsprosessen der brukerkunnskap, erfaringskunnskap og forskningskunnskap anvendes, står i sammenheng med samfunnsmessige rammer som lover, faglige og etiske retningslinjer og organisering av helse –og sosialtjenester (ergoterapeutene.org, 2009).

Ergoterapeutene (2009) benytter en modell for klinisk anvendelse av KBE med utgangspunkt i Nasjonalt kompetansesenter sin modell (Kunnskapssenteret.no, 2015) (vedlegg 6). Det vises særlig til trinn tre som ergoterapeutene deler inn i (3a), brukerkunnskap (3b), ekspert –og (3c), erfaringskunnskap. De ulike typer kunnskap i trinn tre anses som sidestilt for å verdsette de ulike kunnskapsformene, samt at dette viser kunnskapsformene mer tydelig. Trinn 4 benevnes som «klinisk resonnering og vurdering av kunnskapen». I dette trinnet samler ergoterapeutene sine ulike kunnskaper og integrerer det i arbeidet med pasienten. Ergoterapeutene (2009) fremhever et klientsentrert fokus der KBE anvendes i samarbeid med pasientene. Det påpekes at modellen er dynamisk ved det at ergoterapeuter benytter trinnene etter hvor de befinner seg i arbeidsprosessen med pasienten. Hanne Tuntland (2009) beskriver på Ergoterapeutene sin nettside hva som skiller KBP fra KBE. Hun påpeker at KBP er et tverrfaglig, stort kunnskapsområde. KBE omhandler isolert kunnskapsbasen i ergoterapi. Hun beskriver også et gap mellom de to kunnskapsområdene som det kan være ønskelig å redusere. Marie Berg (2010), påpeker at effekten av ergoterapeuters arbeid ikke lar seg vise ved bruk av «kun» randomiserte kontrollerte studier. Bakgrunnen for dette ligger i kompleksiteten i ergoterapeuters arbeidsoppgaver og virke, der en helhetlig tilnærming til menneskers deltagelse i aktiviteter ligger til grunn for arbeidet.

2.6 Kliniske resonnering i ergoterapi

De første studiene innen klinisk resonnering i ergoterapi ble utført på 80-tallet av Cubie & Kaplan (1982) og Rogers & Masagatini (1982), (Johnson, 2011). Det er gjennomført flere studier innen klinisk resonnering etter Mattingley & Flemming (1994) utviklet teori om klinisk resonnering, som for øvrig kort blir presentert senere i dette kapittelet. Neistad & Atkins, (1995) fant at særlig narrativ resonnering ikke var godt nok integrert i undervisningen av ergoterapeuters behandling av ortopediske skader. Unsworth (2004) gjennomførte litteratursøk innen emnet klinisk resonnering der hun fant 65 studier i perioden 1982 – 2001. Hun påpeker at ergoterapeuter ikke skiller mellom klinisk resonnering og klientsentrert

praksis. Dette ble begrunnet med at klinisk resonnering ofte oppstod ved direkte samarbeid med pasientene. De forskjellige tankesporene fremstod som likestilt og konkurrerende ved ergoterapeuters kliniske resonnementer. Unsworth, (2004) påpeker at ergoterapeuter benytter klinisk resonnering ved profesjonell veiledning i klinisk arbeid. Johnson, (2011) fant i sin studie at ergoterapeuter ved norske sykehus beskriver sin kliniske resonnering i fire områder: anvende tidligere erfaringer, kunnskap, ulike resonneringsprosesser og konteksten ved aktivitet i sin kliniske resonnering. De beskriver konteksten som en betydningsfull faktor i arbeidet som leder pasienten til større delaktighet i eget liv (Johnson, 2011).

Klinisk resonnering ser ut til å være en kompleks del av alle profesjoner. Den består i stor grad av brukerkunnskap og erfaringsbasert kunnskap og er en sentral del av ergoterapeuters arbeidsprosess. Ergoterapeutene.org (2009) forklarer klinisk resonnering i ergoterapi med begrepene narrativ resonnering (informasjon om pasient) prosedyreresonnering og samhandlingsresonnering. Narrativ resonnering er fasen hvor ergoterapeutene henter inn kunnskap om pasienter og deres aktivitetshistorie, før de gjennomfører observasjoner eller annen form for kartlegging. Informasjonen settes i sammenheng ved prosedyreresonnering, (fagkunnskap og forskning), der ergoterapeutenes faglige kunnskap og kunnskap om pasientens aktivitetshistorie, knyttes til aktuell forskning eller teori. Deretter resonnerer ergoterapeutene sammen med pasienten for å avgjøre videre kartlegging eller tiltak. Dette benevnes samhandlingsresonnering (Ergoterapeutene.org, 2009). Terminologien setter ord på – og forklarer ergoterapeuters «tause kunnskap» og ble fremhevet av Mattingly & Fleming (1994) i begynnelsen av 90-årene. De beskriver også at ergoterapeuter hurtig veksler mellom de ulike resonneringsstrategiene i arbeidet sitt, som viser at ergoterapeuter har en helhetlig tilnærming til pasientarbeidet (Mattingly og Fleming, 1994; Unsworth 2001). Terminologien narrativresonnering, prosedyreresonnering og samhandlingsresonnering, har i ettertid bestått i ergoterapikretser verden over. Mattingly og Fleming fremstår med det som grunnpilarer innen klinisk resonnering i ergoterapi (Johnson, 2011; Kristensen et al. 2012; Unsworth 2004). Fleming (1993) utarbeidet for øvrig en modell som beskriver ergoterapeuters kliniske resonnering. Her omtales resonneringsstrategiene som tankespor (Vedlegg 7).

Neste kapittel omhandler dokumentasjon og journalføring i innen helseprofesjoner. Forskning innen dette feltet er presentert i innledningen. For øvrig ser det ut til at det stort sett er sykepleierne som har undersøkt dette feltet. Deres studier omhandler i stor grad anvendelse av spesielle sykepleiefaglig maler og detaljer innen journalføring av sykepleie. Dette anser jeg

som lite relevant for denne studien. Med bakgrunn i dette har det fremkommet lite litteratur om dokumentasjonsrutiner og journalføring blant andre helseprofesjoner.

2.7 Dokumentasjon og journalføring innen helseprofesjonene

Helsedirektoratet (2014) fremhever betydningen av god utnyttelse av informasjonsteknologi for å oppnå god kvalitet på helsetjenestene og sikre effektive arbeidsprosesser ved dokumentasjon og rapportering. Helsedirektoratet (2014) påpeker videre at god journalføring er av stor betydning for samarbeid, koordinerte tjenester og helhetlige behandlingsforløp. Direktoratet for e-helse (2016) vektlegger at kompetanse fra helsepersonell og opplysninger fra pasienter, sammen skal bidra til god informasjon i pasientjournalene.

Innen rehabiliteringsmiljøene er klassifikasjonssystemet Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF), et ofte anvendt verktøy ved utforming av rapporter, planer og journalnotater i pasientarbeid (Høyem & Tørnquist, 2010). ICF er et klassifikasjonssystem utgitt av WHO (WHO, 2013). Hovedområdene innen ICF er kroppsstrukturer, kroppsfunksjoner, aktiviteter, deltagelse og miljøfaktorer. ICF ansees som særlig nyttig innen fagområder som geriatri og rehabilitering, der det er behov for å se menneskers helse og funksjon i en bredere perspektiv. Hensikten med ICF er å unngå en tilnærming til mennesket der sykdommen blir behandlet isolert fra kroppsfunksjoner, deltagelse i aktivitet og faktorer i miljøet som kan innvirke på helse (Helsedirektoratet, 2015).

Når hovedområdene i ICF anvendes for å utforme rapporter og journalnotater, kan dette anvendes separat fra teorien ICF, og benevnes ICF – modellen (Høyem 2007; Aas, et al. 2008). Denne bruksmåten av ICF blir tilpasset hver enkelt arbeidsplass og fagprofesjon, og skiller seg litt fra ICF- klassifikasjonssystemet, fordi målinger og statistikk ikke inngår i denne bruken (Høyem, 2007). Det fremheves at anvendelse av ICF- modellen kan bidra til bedre tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid og kan gi et felles begrepsapparat ved tverrfaglig samarbeid (Høyem & Tørnquist, 2010). ICF - modellen er anbefalt til dette bruksområdet, da begrepene i modellen er basert på ulike profesjoners kunnskap, tradisjoner og språk. Begrepene i ICF bør anvendes med en bred forståelse som gir rom for fritekst for å beskrive funksjon (Høyem & Tørnquist, 2010). Kritikken mot klassifikasjonssystemet ICF er rettet mot manglende samsvar mellom teori og modell. Det fremheves også at tallbaserte data bør settes i en sammenheng for å kunne anvendes i praksis (Høyem, 2007). Med bakgrunn i

dette anbefales ikke et avgrenset bruk av klassifikasjonensdelen i ICF ved dokumentasjon av pasientarbeid (Høyem, 2007; Høyem & Tørnquist, 2010).

2.8 Dokumentasjon og journalføring av ergoterapi

Ergoterapeuter har dokumentasjonsplikt som er gjeldende for alle personer som gir selvstendig helsehjelp til andre. Dette innebærer å beskrive eller registrere nødvendige opplysninger om pasientene og helsehjelpen som er gitt pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001; Norsk Ergoterapeut Forbund, 2001).

Norsk ergoterapeut forbund (2001) påpeker at skriftlig rapportering og journalføring er vesentlig for å oppnå kontinuitet og helhetlige oppfølging av den enkelte pasient.

Ergoterapeutene.org (2009) henviser blant annet til ICF- systemet som en mulig struktur ved dokumentasjon av ergoterapeuters yrkesutøvelse. Ergoterapeutene.org (2009) henviser for øvrig til sin Veileder 2001:1, «Rapportering og journalføring av ergoterapi», for mer informasjon om prosedyrer ved dokumentasjon. Her vises til lovregulering av journalføring, etiske dilemma, ulike typer rapporter fra ergoterapeut, forslag til organisering av innhold i rapporter, samt modeller innen ergoterapi som kan brukes som grunnlag/ramme for rapportene. Dette er fagforbundets anbefaling og ergoterapeuters utgangspunkt ved valg av struktur ved utforming av rapporter (Norsk ergoterapeut forbund, 2001).

3 Metode

I dette kapittelet beskriver jeg prosjektets design, vitenskapsteoretisk perspektiv, og alle deler innen det metodiske arbeidet i prosjektet. Avslutningsvis belyser jeg etiske utfordringer og betraktninger i arbeidet med prosjektet. Det metodiske arbeidet har utgangspunkt i en induktiv tilnærming, der deltagerens opplevelser vedrørende problemstillingene, blir omformulert til en helhet. Den kulminerer i en samlet beskrivelse av hvordan ergoterapeuter erfarer prosjektets tematikk. Informasjonen er dermed samlet og bearbeidet med utgangspunkt i et bottom-up perspektiv (Malterud, 2011). Vitenskapsteoretisk tilnærming i prosjektet er fenomenologi. Jeg har valgt å benytte fenomenologi fordi jeg undersøker ergoterapeuters erfaringer innen fenomenet observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken. Jeg har undersøkt deltagerens individuelle erfaringer, for deretter å beskrive deres felles erfaringer og forståelse innen forskningsspørsmålene. Menneskers felles erfaringer og forståelse av et fenomen er selve fundamentet i fenomenologien (Creswell, 2007). I hovedsak er fenomenologien beskrevet av Creswell, (2007) i denne studien, og blir anvendt ved analyse av funn. For å belyse mine tanker og forståelse av intervjuprosedyre og mine valg av metode ved analyse, har jeg underveis diskutert andre muligheter og perspektiv innen disse områdene. Ergoterapeutenes erfaringer er innhentet med kvalitative forskningsintervju gjennom semi-strukturert intervju. Det kvalitative forskningsintervjuet kan beskrives som produksjon av data i en sosial kontekst, der intervjuer og deltager samhandler (Tjora, 2013). Avslutningsvis i dette kapittelet belyses etiske betraktninger vedrørende planlegging og gjennomføring av prosjektet. Jeg har valgt å benevne informantene i denne studien for deltagere.

3.1 Rekruttering

Tillatelse til å gjennomføre prosjekt og forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt, ble rettet til fire ledere for aktuelle ergoterapeuter ved flere kommunale helsehus og aktuelle avdelinger ved et større sykehus i Trøndelag. Lederne kanaliserte forespørselen videre til deltagerens nærmeste leder, eller direkte til ergoterapeutene.

Forespørselen inneholdt informasjon om bakgrunn og formålet med prosjektet, samt kort beskrivelse av problemstilling, metode og kort beskrivelse av deltagergruppen som ble invitert (vedlegg 2). Skjema for informert samtykke, ble lagt ved. Det var behov for en

påminnelse om prosjektet til tre av lederne, etter 2 uker. En av lederne tok kontakt relativt hurtig per mail, der hun oppga navn på aktuelle deltagere og ba meg kontakte de. Påminnelse til de andre lederne, ble sendt per mail. Etter påminnelsen oppga de fleste lederne at de hadde kanalisert forespørselen videre til aktuelle ergoterapeuter. De oppga dermed navn på personer som kunne kontaktes for videre avtale og ble kontaktet enten per telefon eller per mail. De hadde da fått påminnelse fra sin leder om å ta kontakt, dersom de var interessert. Videre ble tid og sted for intervju avtalt per mail. Deltagerne hadde ofte pasientavtaler på dagtid, og var sjelden tilgjengelig via telefon. Det var av den grunn mest hensiktsmessig å ha kontakt med de per mail, noe de selv også ønsket.

3.2 Deltagere

Deltagerne er åtte ergoterapeuter som arbeider, eller tidligere har arbeidet med voksne pasienter med kognitiv funksjonssvikt. Utvalgsriterium for å delta i studien ble satt til minimum ett års erfaring som klinisk ergoterapeut innen det aktuelle fagområdet. Bakgrunnen for dette er min erfaring som klinisk ergoterapeut, der ett års klinisk arbeid med pasienter med kognitiv funksjonssvikt er nødvendig for å besitte nok erfaring til å uttale seg om problemstillingene som undersøkes.

Det ble totalt gjennomført åtte semi-strukturerte intervju. Alle informantene arbeidet i Trondheim. Av disse var fire ergoterapeuter kommunalt ansatt og fire ergoterapeuter var ansatt i sykehus eller Helseforetak. De fleste har lang klinisk erfaring som ergoterapeut i arbeid med kognitive skader. Erfaringsgrunnlaget spredte seg fra seks til tretti års erfaring blant de åtte informantene. To informanter fra kommunen arbeidet ved samme arbeidsplass. Av de totalt fire ergoterapeutene ansatt i sykehus, var tre av disse ansatt ved samme arbeidsplass. Alle informantene hadde erfaring med observasjoner i aktiviteter på treningskjøkken. Formålet med å benytte deltagere fra både spesialist helsetjenesten og kommunale institusjoner, var å innhente et bredere spekter av informasjon. De to gruppene har til dels ulik tilnærming i arbeidet. Ergoterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenestene, har et mer spesialisert tilbud ved utredning eller opptrening, og kan ut i fra det gi et mer intensivt tilbud ved at de har mer kompetanse innen enkelte fagområder som ortopedi, nevrologiske skader, demens osv. Kun pasienter med spesielt behov for denne oppfølgingen, får tilbud om plass der. Disse pasientene kan også bli overflyttet til kommunale institusjoner for videre kartlegging eller opptrening, når de ikke lenger har behov for spesialisert oppfølging.

Ergoterapeuter ved kommunale institusjoner, skal gi ergoterapi til alle pasienter med behov kartlegging eller trening. Det vil si at alle beboere i kommunen kan få plass dersom der, hvis de har helseutfordringer uten behov for spesialisert oppfølging.

Noen av deltagerne arbeidet på samme arbeidsplass. Dette bidro til å samle inn informasjon om deltagerne individuelle erfaringer om kliniske arbeid, resonnering og forståelse av problemformuleringenes tema, selv om de fysiske rammene og rutinene stort sett er de samme. Bakgrunnen for dette er at ergoterapeutene kan ha ulik forståelse og erfaringer med observasjoner på treningskjøkken selv om de arbeider ved samme arbeidsplass.

Ergoterapeutene som ble intervjuet har flere års klinisk erfaring innen forskningsspørsmålenes tematikk. Av de åtte informantene var tre personer ansatt i helseforetak sertifisert for AMPS, og en person ansatt i kommunal virksomhet, sertifisert for A-ONE. Altså stod halvparten av informantene uten noen form for sertifisering på redskap som kan anvendes ved observasjoner på treningskjøkken, i arbeid med pasienter med kognitiv funksjonssvikt.

3.3 Intervjuprosedyre

Intervjuguiden (vedlegg 2) var utformet med åpne spørsmål om hva som er viktig for ergoterapeutene ved valg av vurderingsredskap, hva som påvirker valg av redskap i aktiviteter på kjøkken, samt spørsmål om de kan beskrive hvordan de dokumenterer arbeidet sitt etter observasjonene. Kvale og Brinkmann, (2009) beskriver 12 aspekter ved det kvalitative forskningsintervju, som var bakgrunn ved utforming av intervjuguide. Deltagerne fikk kort informasjon om prosjektets tema før intervjuet startet. Denne informasjonen omhandlet beskrivelse av hva som undersøkes og er ergoterapeuters erfaringer med observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken. Informasjonen ble også beskrevet ved forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt.

Intervjuguiden var satt opp med syv spørsmål med tilhørende underpunkter. Inn under dette ble spørsmål innen erfaringer ved bruk av vurderingsredskap, opplevelser har ved bruk av observasjon som metode, faktorer som påvirker ved valg av aktivitet, hva de benytter resultatene ved observasjoner til, og hvordan de videreformidler resultater ved observasjoner på treningskjøkken. De to siste spørsmålene omhandlet organisering av journalnotater og rapporter, samt generell erfaring ved dokumentasjon. Intervjuenes lengde var cirka førti minutter, foruten ett intervju med varighet på cirka tjuefem minutter. Denne deltageren var svært ordknapp, og mente hun ikke kunne bidra med så mye informasjon. To av deltagerne

snakket mye og med høyt tempo. De ønsket å dele mye informasjon. Det var da vesentlig å benytte små pusterom til å stille nye spørsmål, dersom de snakket seg «bort» fra forskningsspørsmålene. Intervjuene ble tatt opp på bånd. De ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, med unntak av ett intervju. Denne deltageren ønsket å komme til mine lokaler av praktiske årsaker. Intervjuene som ble gjennomført på deltagerens arbeidsplass, var mindre tidkrevende og enklere for de. De benyttet ikke tid på reise til og fra intervjuet, og de fikk mindre fravær fra arbeidet når intervjuene ble gjennomført på deres arbeidsplass. Deltagerne kunne selv bestemme hvor de ville intervjues.

Det ble ikke spurt direkte om deltagerne syntes de får for lite faglig påfyll og kurs dekket av arbeidsgiver. Det ble heller ikke spurt om de ønsker seg flere kurs, eller tilgang til spesielle redskap. Bakgrunnen for dette ligger i at mange ergoterapeuter ønsker flere kurs, kompetanseheving, eller tilgang til et nytt redskap (Leknes et al. 2014; Holmquist et al. 2009). Faglig påfyll oppleves stort sett som en motiverende faktor for de fleste arbeidstagere, og denne type spørsmål kunne da i stor grad bli ledende spørsmål. Det var også et ønske å unngå spørsmål der deltager kunne svare ja eller nei.

Hver enkelt deltager har ut i fra sine erfaringer dannet en forståelse av fenomenet som er undersøkt. Deres felles erfaringer og forståelse om temaet, gir oss «essensen» av *hvilke erfaringer ergoterapeuter har ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken*. Dette er i tråd med både Van Manen (1990); Moustakas, (1994) og Creswell (2007) sine beskrivelser av metoder for å samle informasjon, der fenomenologi benyttes som vitenskapsteoretisk tilnærming.

Det var noen utfordringer med å utføre kvalitative forskningsintervju. En av utfordringene var blant annet å ikke bli styrende eller pågående når deltager snakket. En annen utfordring var å unngå ledende spørsmål dersom deltager ikke ga nok informasjon. En innfallsvinkel for å løse dette, var å benytte oppfølgingsspørsmål som; «Kan du utdype dette? Inngående spørsmål som; «Kan du gi en mer detaljert beskrivelse av hva du gjør når...?» ble også brukt. Dette bidro til at deltagerne foretok en ny refleksjon rundt det aktuelle spørsmålet (Kvale og Brinkmann, 2009). Målet mitt var å lytte aktivt, stille åpne spørsmål og la deltager få lov til å snakke ferdig. Med det som basis, ble det tilrettelagt for at de kunne sette ord på sine erfaringer og gi uttrykk for sine perspektiv på fenomenet som ble undersøkt. En annen faktor jeg ønsket å ta hensyn til, var deres følelse av at jeg som intervjuer forstår deres erfaringer, noe som kan være av betydning for å dele sin informasjon med andre (Creswell, 2007). Ved å lytte aktivt kan deltager få en opplevelse av vennlighet, som gir en avslappet stemning og gir rom for

pauser. Det kan være medvirkende til en opplevelse av trygghet under intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009). Min erfaring som klinisk ergoterapeut ved kommunale rehabiliteringsinstitusjoner –og ved rehabiliteringsavdelinger i spesialist helsetjenesten, kan også være positiv i denne sammenhengen. Jeg kjenner deltagerens arbeidsoppgaver og besitter en del kunnskap om deres faglige utfordringer, samt at jeg har god kjennskap til ergoterapeuters arbeidsprosesser blant pasienter med kognitiv funksjonssvikt. Jeg har lang erfaring med bruk av treningskjøkken blant pasienter med kognitiv funksjonssvikt. Dette kan bidra til trygghet hos deltagerne, samt at jeg forstår fagterminologien deres.

3.4 Treningskjøkkenet som strukturell ramme ved aktivitet

Ergoterapeuter har i mange år benyttet treningskjøkken som arena for å stimulere pasienter til deltagelse i aktiviteter. Dette er et arbeidsrom der ergoterapeuter kan vurdere kognitive funksjon i daglige aktiviteter. Ergoterapeuter kan også benytte treningskjøkken til å vurdere hvordan pasienten eventuelt kan fungere i eget hjem etter utreise fra en institusjon (Provencher et al. 2013). Jeg vil nå beskrive kort hvordan treningskjøkken som strukturell ramme ved observasjon har betydning for deltagelse i aktivitet. Ifølge Creswell, (2007) bør forsker gjøre seg refleksjoner om -og beskrive den kontekst og setting der fenomenet utspilles. Creswell (2007) vektlegger de strukturelle rammenes betydning for å beskrive dataene og belyse essensen i forskningsmaterialet. Kontekst og setting vil bli utdypet nærmere i kapittel 3.7.

Ergoterapeuter ansatt ved kommunale rehabiliteringsenheter eller ansatt i spesialisthelsetjenesten, arbeider vanligvis ikke i turnusarbeid. De arbeider som oftest dagvakter og har fri i helgene. Dette betyr at måltider som tilberedes på treningskjøkken stort sett er frokost, lunsj og middag, fra mandag til fredag. Mindre oppgaver som å tilberede kaffe eller te, kan også være aktuelle oppgaver. Siden pasientene har døgnopphold er de tilstede på avdelingen stort sett hver dag. Det vil si at ergoterapeutene kan planlegge aktiviteter på treningskjøkken etter pasientenes og egen timeplan. I mange tilfeller er det flere ergoterapeuter som har behov for treningskjøkken. Av den grunn er det vesentlig å bestille treningskjøkkenet i forkant, slik at det er ledig til den tid som er avtalt med pasienten.

Ergoterapeuter kan etablere et hjemmekoselig miljø på treningskjøkkenet i den grad det er mulig. Det kan bidra til at pasientene slapper av når de utfører aktiviteter. Treningskjøkkenet kan være en arena for å utvikle gode mellommenneskelige relasjoner.

3.5 Forskerens forforståelse av problemstillingene

Min forforståelse ligger blant annet i at strukturerte observasjoner i aktiviteter på treningskjøkken kan være utfordrende for ergoterapeuter fordi de ofte mangler gode vurderingsredskap i disse situasjonene. Det finnes få observasjonsbaserte vurderingsredskap etter mine erfaringer, og de som finnes er ikke nødvendigvis lett tilgjengelig for terapeuten. Dersom ergoterapeuter skal anvende valide og reliable vurderingsredskap ved observasjoner, kreves gjerne sertifisering og eller omfattende kurs med høy kursavgift og utgifter til reise og opphold. Det ikke alltid en selvfølge at utgifter til kurs, reise og opphold til kurs, blir finansiert av arbeidsgiver.

Det stilles stadig høyere krav til ergoterapeuter om å arbeide kunnskapsbasert, samt benytte valide og reliable verktøy. Kunnskapsbasert praksis kan beskrives som å anvende flere kunnskapskilder i klinisk arbeid (Jamtvedt & Nortvedt, 2008). Mine tanker og erfaringer rundt det som nå er beskrevet, er at det kan være utfordrende å gi god faglig oppfølging til pasientene ved observasjoner på treningskjøkken. Mine erfaringer er stort sett gjeldende for ergoterapeuter som arbeider i institusjoner. Dersom andre har samme opplevelser som meg, kan de også ha utfordringer med å dokumentere arbeidet sitt etter observasjoner på treningskjøkken. Utfordringen er å bygge opp rapportene på en profesjonell måte, med gode beskrivelser og en ryddig struktur når de utformes. Historisk sett har ergoterapeuter utført klinisk arbeid med base i erfaringsbasert kunnskap, brukermedvirkning, samt benyttet relevante rammefaktorer etter hva som passer for den enkelte pasient (Graverholt, & Tuntland, 2008). Dette er i tråd med mine egne erfaringer, men de senere årene har kravene endret seg. Ergoterapeuter skal i dag vise profesjonsutøvelse som samsvarer med en kunnskapsbasert praksis, der også dokumentasjon av arbeidet etter observasjoner er av betydning i forbindelse med anvendelse av forskning og bruk av valide/reliable verktøy (Jamtvedt & Nortvedt, 2008).

Creswell, (2007) henviser til begrepet *bracketing* når han beskriver forforståelse, der forsker skal sette sin forståelse i parentes. Så langt det er mulig, har jeg forsøkt å skyve til side mine egne erfaringer, følelser og forforståelse av fenomenet; *hvilke erfaringer ergoterapeuter har med observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken*. Jeg har diskutert med veileder og venner som har reflektert sammen med meg og gitt innspill til min forforståelse. Veileder og et par bekjente har også lest igjennom oppgaven. Dette har gitt meg et mer nyansert syn på forskningsspørsmålene. Det er ikke meningen å glemme egne

erfaringer, men unngå å la egne erfaringer avgjøre når man analyserer andre menneskers erfaringer (Georgi, 2009). Hensikten med å belyse egen forforståelse, er å fokusere i størst mulig grad på deltageres erfaringer, slik at egne erfaringer i minst mulig grad påvirker prosjektarbeidet (Creswell, 2007). Med det som bakgrunn, forsøker jeg å innta et mer nyansert og mangfoldig perspektiv på fenomenet som undersøkes. Fangen (2010) viser til Heidegger sin beskrivelse av førforståelse, der hun vektlegger at «*all førforståelse viser tilbake til en førforståelse som vi ikke kan fri oss fra*» (Fangen, 2010, s. 47). Vår forforståelse endres etter hvert som vi tar inn ny kunnskap. Denne hermeneutiske sirkel, er en veksling mellom forforståelse og forståelse, som er mer eller mindre ubevisst hos forskeren. Ved å beskrive egne erfaringer, antagelser og følelser om et fenomen, kan forsker bli mer bevisst på sin hermeneutiske sirkel, egen førforståelse og ny kunnskap om et fenomen. Siden forforståelsen er en form for kunnskap om emnet som undersøkes, er det også vesentlig for forskeren å besitte noe forforståelse (Fangen, 2010).

3.6 Analyse

I dette prosjektet valgte jeg å benytte Creswell, (2007) sitt forslag til metode ved analyse. Jeg vurderte ulike metoder for analyse, men valgte Creswell (2007) fordi den har en trinnvis fremgangsmåte som gir en mer strukturert arbeidsform, selv ved kvalitativ analyse (Creswell, 2007). I grove trekk består analysen av først å beskrive egen forforståelse for å belyse egne erfaringer med fenomenet som undersøkes. Etter gjennomlesning av intervjuene flere ganger, lages en liste over betydningsfulle utsagn/sitat. Disse sitatene er likeverdige og grupperes så i større enheter. Ut i fra denne grupperingen utvikles det en ny liste med non- repetitive utsagn/sitat. Disse samles igjen til større enheter eller hovedemner. Ut i fra dette utvikles en skriftlig forklaring på hva og hvordan deltagerne erfarer fenomenet som undersøkes. Her inkluderes sitater fra listene som ble utviklet tidligere. Forskerens egne refleksjoner inkluderes også her. Samtidig ses dette i lys av kontekst og setting der fenomenet oppstår og utspilles. Avslutningsvis utvikles en kort beskrivelse av essensen av deltageres erfaringer med fenomenet som undersøkes (Creswell, 2007).

I første trinn av Creswell (2007) sin metode, har jeg beskrevet *egne erfaringer* ved fenomenet som undersøkes (bracketing). I trinn to utarbeider jeg *en liste over betydningsfulle utsagn*, som beskriver deltageres erfaringer om emnene. Utsagnene skal være likeverdige og skal ikke være repeterende (horizontalization of data). I tredje trinn grupperes utsagnene i

informasjonsenheter (meaning units, or themes), som jeg velger å benevne *hovedemner*. Deretter formulerte jeg påstander som er beskrivende for hva deltagerne erfarer innen hver av hovedemnene. Fjerde trinn er en beskrivelsen av hvilke erfaringer ergoterapeuter har ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken (textural description). Her benytter jeg sitat for å eksemplifisere deres erfaringer og deler opp deres erfaringer etter de tidligere nevnte hoved emnene. Ved trinn fem beskriver jeg *hvordan deltagerne erfarer* forskningsspørsmålene, der jeg beskriver mine refleksjoner vedrørende *setting og kontekst* der fenomenet erfares (structural description). Meningen er å beskrive den strukturelle rammen treningskjøkken er ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt. Avslutningsvis utformer jeg en sammensatt, men relativt kortfattet beskrivelse av *essensen* (the essence) ved fenomenet, hvilke erfaringer ergoterapeuter har ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt på treningskjøkken. Essensen er en beskrivelse av *hva og hvordan* ergoterapeuter erfarer forskningsspørsmålene (Creswell, 2007).

Creswell, (2007) fremhever at selv om fremgangsmåten er strukturert, er det behov for å gjøre visse filosofiske antagelser og se sammenhenger som gir mulighet for å hente frem en felles forståelse av informantenes erfaringer av forskningsspørsmålene. Denne blandingen av system og dynamikk, er bakgrunnen for mitt valg av metode ved analyse av forskningsmaterialet. Systematikken gir meg struktur i arbeidet. Den dynamiske tankegangen gir på den annen side mulighet for å gå ut av det strukturerte og systematiske, og se materialet i et større perspektiv, der det er behov for å se sammenhenger og trekke tråder. Ut av dette fremheves selve kjernen, eller *essensen*, i hvilke erfaringer ergoterapeuter har ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken (Creswell, 2007).

Jeg vil nå beskrive hvordan analysen er utført ved bruk av Creswell (2007) sin metode ved fenomenologisk analyse. Ved gjennomlesing av transkripsjonene, var det flere tema som uthevet seg i teksten. Sitater og setninger som omhandlet samme emne, ble merket med koder som beskrev de ulike emnene. Eksempler på koder er AKT = aktivitet, OMG = omgivelser, RED = redskap. Bakgrunnen for dette var å oppnå bedre oversikt over informasjonen, samt at det er en praktisk måte å få oversikt over emner som stikker seg ut i teksten. Totalt ble 18 emner identifisert. Emnene som uthevet seg var: erfaring, redskap, funksjon, samarbeid, tilpasse, setting, omgivelser, aktivitet, vaner, kunnskap, tid, planlegging, ressurser, mestring, maler, systematikk, kommunikasjon og samarbeid. Dette var en grovinndeling av materialet

fra intervjuene, som bidro til å oppnå bedre oversikt over mengden av informasjon (Creswell, 2007).

Med utgangspunkt i kodene, ble det utarbeidet lister med uttalelser, som var beskrivende for hvert av emnene som ble identifisert. Hensikten var å finne betydningsfulle områder som viser ergoterapeutenes erfaringer, opplevelser og forståelse, relevant for forskningsspørsmålene (Creswell, 2007). Sitatene fremstår som beskrivelser for de ulike emnene av ergoterapeutene sine erfaringer (vedlegg 4). Disse større enhetene er en oppsamling av karakteristiske og likeverdige meninger og uttalelser fra alle intervjuene. De kodede emnene ble så samlet i større enheter, der informantene har lagt vekt på områder som omhandler noen av de samme emnene, eller ved at emnene hadde nær forbindelse med hverandre. Sentrale uttalelser fra hvert intervju ble så trukket ut og samlet til en liste innen hvert av temaene. Disse uttalelsene er beskrivende for de større enheter av emner og ble deretter omformulert til påstander (Creswell, 2007). De fremtrer som hovedemner for all informasjonen som er samlet inn ved intervjuene (vedlegg 5). Ved første oppsamling av hovedemner, ble åtte emner trukket ut. Disse emnene var: tid og ressurser, vaner og valg av aktiviteter, funksjonsnivå, tilpassing og mestring, omgivelser og setting, samarbeid, planlegging og kommunikasjon, redskap og kunnskap om observasjonsredskap, systemer og maler ved dokumentasjon (vedlegg 5). Ved grundigere gjennomgang av hovedemnene, viste enkelte emner en tydeligere relasjon og forbindelse med hverandre. Disse emnene ble slått sammen med emner der de hadde stor tilhørighet, som også kunne ses ut ifra sitatene. Emnet funksjonsnivå ble av den grunn plassert sammen med emnene tilpassing og mestring, og omgivelser og setting. Emnene samarbeid og planlegging ble plassert sammen med emnet samarbeid og kommunikasjon.

Til sammen stod seks hovedemner frem og de benevnes videre som: tid, vaner ved valg av aktiviteter, pasientenes opplevelse av mestring i trygge omgivelser, samarbeid og kommunikasjon, anvendelse av vurderingsredskap, og rutiner ved dokumentasjon. Hovedemnene er en oppsamling av karakteristiske meninger og uttalelser for alle intervjuene og er behandlet som likeverdige (Creswell, 2007). Hovedemnene blir beskrevet med sitater som bidrar til å belyse ergoterapeutenes erfaringer og opplevelser ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken (vedlegg 5), (Creswell, 2007). Sitater beskrivende for hovedemnene samt enkelte andre sitater, blir anvendt i kapittel 4 med den hensikt å vise flere eksempler som beskriver ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner på treningskjøkken. Kapittel 4 har tittelen «Funn», og er hoveddelen av

analysen. Funnene blir beskrevet i sammenhengende tekst der sitatene er eksempler på deltagernes erfaringer (Creswell, 2007). Hovedemnene og sitater blir her belyst og diskutert ut i fra nyere forskning. Dette er en beskrivelse av hva ergoterapeutene har erfart innen problemstillingenes tema, samt hvordan de beskriver betydningsfulle faktorer når de arbeider med denne pasientgruppen ved observasjoner på treningskjøkken.

Analysen er forbindelsen mellom rådata og mine resultater av analysen, og skal vise det mest vesentlige ved denne studien. Analysen skal gi et helhetsbilde av hvilke erfaringer ergoterapeuter har ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken. Analysen viser også veien frem til helhetsbildet på systematisk og forståelig vis (Malterud, 2011). Creswell (2007) sin metode for analyse gir struktur og noe forutsigbarhet i arbeidet. Malterud (2011) peker på betydningen av å starte analysen med et «fugleperspektiv». Det anbefales her også å gjøre analysearbeidet sammen med en eller flere andre forskere. Dette for å få med flere detaljer ved gjennomlesing av intervjuene. Malterud (2011) beskriver en analyseprosess som er relativt lik Creswell, (2007) sine beskrivelser, men hun trekker frem forforståelsen underveis og anbefaler at forsker tenker over egen forforståelse når man velger tema og koder. Bakgrunnen for dette er å unngå valg av emner etter egen forforståelse, og med det unngå emner som egentlig ikke hører med i analysedelen. Malterud (2011) beskriver også at man danner nye koder underveis i kodingen, til forskjell fra Creswell (2007) som anbefaler gjennomlesning av rådata mange ganger, for deretter å sette opp koder.

Kontekst og setting er også sentrale områder ved denne metoden for analyse. Ifølge Creswell, (2007) er det vesentlig at forsker reflekterer rundt kontekst og setting der fenomenet utspilles. Han benevner dette structural description, og er ifølge Creswell (2007) av betydning for å beskrive alle dataene i analysen. Min forståelse av begrepet kontekst, er omstendighetene og rammen om en hendelse. Av den grunn beskrives kort treningskjøkken som ramme ved observasjoner, samt treningskjøkken som betydning for deltagelse i aktiviteter som gjennomføres på treningskjøkkenet. Det vil også bli reflektert rundt treningskjøkken som arbeidsrom. Min forståelse av begrepet setting er miljøet og forholdene der fenomenet utspilles. Dette kan være sosiale forhold eller fysiske omgivelser under observasjoner på treningskjøkken. Det er av den grunn vesentlig å reflektere rundt treningskjøkken som ramme om ergoterapeutenes observasjoner treningskjøkken.

Essensen fremstår som det kulminerende aspektet ved analysen, der analyse av funn settes i sammenheng med kontekst og setting. Ut i fra dette trekkes essensen frem og fremstår som

hovedfunnene i denne studien (Creswell, 2007). Essensen ved fenomenet - ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken, består av de seks hovedemnene: *tid, vaner ved valg av aktiviteter, pasientenes opplevelse av mestring i trygge omgivelser, samarbeid og kommunikasjon, anvendelse av vurderingsredskap og rutiner ved dokumentasjon.*

Emnene i essensen kan ses slik at de står i relasjon til hverandre, da de innvirker for å forstå deltageres felles erfaringer av ergoterapeuters arbeid med observasjoner på treningskjøkken. Essensen er beskrevet som siste del av analysen og er en relativt kort beskrivelse av deltagerne sine erfaringer med observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken.

Innen fenomenologien finnes flere beskrivelser av fremgangsmåte ved analyse. Når Creswell (2007) presenterer sin metode for analyse, fremstår den som en strukturert fremgangsmåte med en relativt detaljert forklaring på hvordan datamaterialet kan beskrives. I motsetning til dette, foreslår Van Manen (1990) å begynne med en presentasjon av essensen i fenomenet som undersøkes, for deretter å formulere ulike eksempler på hvordan essensen springer frem i datamaterialet. Van Manen (1990) vektlegger ikke bruk av sitater i analysen og har mindre fokus på struktur sammenlignet med Creswell (2007). Van Manen (1990), beskriver at analysen bør gi et helhetlig bilde av fenomenet som undersøkes, der forskningsaktivitetene kan veves inn i tid, rom og kropp. Polkinghorne (1989), vektlegger eksakt og tydelig beskrivelse av fenomenet som undersøkes. Han beskriver informasjon om data som er samlet på mer generelt vis. Han beskriver også en analyseprosess der tidligere forskning er trukket inn, og vektlegger at leseren skal forstå hvordan fenomenet er erfaret av deltagerne.

Jeg forsøkte å innta Malterud (2011) sitt «fugleperspektiv» etter gjennomlesning av intervjuene, som en hjelp med å opparbeide oversikt over materialet. I dette arbeidet er Polkinghorne (1989) sin beskrivelse av å se eget forskningsmateriale i sammenheng med tidligere forskning, innlemmet. Analysen er likevel i hovedsak utført med Creswell (2007) sin metode for analyse. Uavhengig av valg av metode for analyse, er lojalitet til informantens utsagn en grunnpilar i kvalitative studier (Creswell, 2007; Malterud, 2011; Moustakas 1994).

3.7 Forskningsetiske betraktninger

Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Ved forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt, ble studiens formål tydelig beskrevet. Det ble her vist til at studien kan bidra til å bedre ergoterapeuters arbeidshverdag når de observerer og dokumenterer aktiviteter på treningskjøkken. I tillegg til dette kan studien bidra til øket faglig forståelse og mer fokus på kunnskapsbasert praksis og klinisk resonnering i arbeid med pasienter med kognitiv funksjonssvikt, samt gi kunnskap om ergoterapeuters rutiner ved dokumentasjon etter observasjoner på treningskjøkken.

Alle deltagerne signerte samtykkeskjema. Det var frivillig å delta i studien, og ergoterapeutene kunne når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom man trakk seg fra studien, ble alle opplysninger fra vedkommende fjernet. Det var for øvrig ingen av deltagerne som trakk seg fra studien. Ingen andre enn veileder og meg selv har tilgang til forskningsmaterialet. Intervjuene ble i etterkant transkribert, og både opptakene og transkripsjonene er oppbevart på krypterte minnepinner.

Konfidensialitet er sikret gjennom å anonymisere deltagerne. Dette er gjort ved å omtale alle deltagerne med ett kjønn, fjerne navn på arbeidsplasser, kollegaer og steder. Det var også vesentlig å skille kun mellom kommunal og statlig enhet for å unngå at arbeidsplasser og eventuelt deltagere blir gjenkjent. Dialekter er også fjernet og alle sitatene er skrevet i bokmål. Ved analyse av materialet, ble informasjonen kodet. Dette bidrar til å anonymisere deltagere, da sitater ble samlet i emner og anvendt etter det i analysen. De ulike emnene ble kodet med forkortelser. Eksempler på dette er en gruppe med navn «vaner», som ble kodet til VAN, en annen gruppe redskap, ble kodet RED osv. Denne grupperingen ble gjennomført istedenfor å gruppere etter arbeidsplass eller annet som kan være gjenkjennelig for omverdenen.

Å spørre deltagerne om de arbeider kunnskapsbasert og evidensbasert, kan være sensitivt dersom de ikke arbeider slik. Det var også behov for å unngå kritiske spørsmål ved intervjuene, da det kunne skape en stressopplevelse hos deltagere og gi negativt selvbilde i forhold til egen yrkesutøvelse (Kvale og Brinkmann, 2009). Ergoterapeutene skulle med egne ord beskrive sine erfaringer ut i fra hvordan de arbeider, resonnerer, samarbeider og dokumenterer ved observasjoner på treningskjøkken. De kunne dermed legge vekt på det de selv ønsket og opplevde som betydningsfullt i denne sammenhengen.

Med utgangspunkt i at prosjektet omhandler ergoterapeuters erfaringer i praksis, oppstod noen utfordringer for meg. Å forske på «kollegaer», kan oppleves som litt dristig eller risikabelt fordi man ikke vet hvilke reaksjoner som utløses når funnene publiseres. Det er mulig at jeg på et senere tidspunkt skal samarbeide, eller i en eller annen grad må forholde meg til flere av deltagerne. Ergoterapeutene bør kunne «kjenne seg igjen» i de funn som blir beskrevet, slik at funnene er gyldige for ergoterapeuter som arbeider med observasjoner i institusjoner (Malterud, 2011). Deltagerne har vist meg stor tillit og betrodd meg sine erfaringer og tanker. Jeg tenker derfor at mine funn må beskrives med respekt ovenfor deltagernes mange dilemma i arbeidshverdagen, samt deres fagintegritet og tillit til meg som forsker. Deltagernes ledere vil også besitte en del kunnskap innen forskningsspørsmålenes tematikk, og kan diskutere funnene med deltagerne. Ut ifra dette var det nødvendig å gjøre grundige vurderinger for hvordan funnene fremstilles. Med bakgrunn i det tilstreber jeg som forsker å være lojal til informasjonen deltagerne har delt med meg (Creswell, 2007; Malterud, 2011; Moustakas 1994). Samtidig ligger det også en form for forskningsetisk forpliktelse i det å gjennomføre et prosjekt som dette, siden målet er vitenskapelig kunnskap. Med det som utgangspunkt er det også vesentlig at jeg har opparbeidet et nyansert perspektiv på de funn som står frem, der min forforståelse ikke tar for stor plass. Dette har innvirket på prosjektets kvalitet, som stiller krav til at gjeldende spilleregler innen forskning blir fulgt (Malterud, 2011)

4 Funn

I dette kapittelet blir ergoterapeuters erfaringer med observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken beskrevet og tolket. Her beskrives også undertema som blir trukket frem for å belyse kompleksiteten i noen av emnene og samtidig gi en dypere beskrivelse av deltagerne erfaringer. Funnene blir belyst med bruk av sitater slik Creswell (2007) anbefaler. Samtidig blir funnene belyst med tidligere forskning relevant for de ulike emnene som beskrives. Dette er gjort for å vise hvordan mine funn samsvarer med tidligere funn.

4.1 Fysiske og sosiale omgivelser på treningskjøkken

Deltagerne har mange erfaringer ved bruk av treningskjøkken ved observasjoner. I dette kapittelet beskrives ergoterapeutenes erfaringer med treningskjøkken som arena. Deltagerne legger vekt på at omgivelser tilnærmet lik hjemmet er av vesentlig betydning ved observasjoner på treningskjøkken. Dette gir trygghet hos pasientene. De påpeker at observasjoner på treningskjøkken gir ofte en spesielt god setting. Ergoterapeutene beskriver med dette både fysiske og sosiale omgivelser som betydningsfulle faktorer ved observasjoner, samt hvordan dette innvirker ved deres arbeid på treningskjøkken.

4.1.1 Ambivalens mellom kjente og ukjente omgivelser

Ergoterapeutene gir uttrykk for at kjøkkenet er en godt egnet arena for observasjon av pasienter i aktivitet. Flere av deltagerne opplever at observasjoner på treningskjøkken gir en annen innfallsvinkel, sammenlignet med for eksempel observasjoner ved personlig stell og på/avkledning. Observasjoner på treningskjøkken ser ifølge deltagerne ut til å gi et bredere spekter av informasjon om pasientenes kognitive funksjon innen områder som for eksempel konsentrasjon, oppmerksomhet, hukommelse og planlegging av oppgaver. Observasjoner på treningskjøkken gir også en helt spesiell mulighet for å delta i aktivitet sammen med pasientene. Siden de fleste pasienter er kjent med å lage egne måltider hjemme, er aktiviteter på kjøkken et naturlig valg for å kartlegge og trene kognitiv funksjon, det gir ifølge deltagerne unike muligheter for å innhente kunnskap om mennesker i aktivitet. Ergoterapeutene benytter rammer som de fleste pasientene er kjent med, og trekker fordeler av etablerte vaner og rutiner. Dette er i tråd med Provencher et al (2013) som fremhever at eldre mennesker særlig

har fordel av å utføre kjente aktiviteter ved trening. Ergoterapeuter kan dermed innhente god bredde av informasjon ved aktiviteter på treningskjøkken. Betydningen av å benytte daglige aktiviteter ved vurdering, kartlegging og trening med pasienter på treningskjøkken, beskrives slik av en deltager:

«Pasienten kombinerer .. ehe .. sine ferdigheter for å utføre en meningsfylt aktivitet, som du vet at vedkommende gjør i dagliglivet sitt ... og det er jo der .. eh .. gullet til ergoterapeutene ligger...»

Daglige aktiviteter som dette, er for de aller fleste pasienter meningsfulle oppgaver, fordi mestring i disse aktivitetene, kan gi større grad av selvstendighet, trygghet og mestring. Dette fremheves av Sansonetti & Hoffmann, (2013). De påpeker også ergoterapeuters unike rolle i tverrfaglig team ved kartlegging av kognitiv funksjonssvikt, siden ergoterapeuter har svært god kompetanse innen observasjoner i ADL.

Når ergoterapeuter benytter treningskjøkken har de en unik mulighet til å observere aktivitet selv om rammene er innenfor en institusjon. Flere av deltagerne har erfart at observasjoner av pasienter på treningskjøkken i mange tilfeller kan være en avgjørende faktor for videre pasientforløp. I tråd med Provencher et al. (2013), vektlegger også mine informanter at observasjoner kan gi indikasjoner for pasienters deltagelse i aktivitet i eget hjem. Sansonetti & Hoffmann (2013) konkluderte med at ergoterapeuters beskrivelser av pasienters deltagelse i aktiviteter som for eksempel på treningskjøkken, vil bli et svært betydningsfullt område innen rehabilitering.

Aktiviteter på kjøkken er vanligvis ikke så automatisert hos pasienten som for eksempel personlig stell og påkledning. Mulighetene på en institusjon er noe begrenset, og deltagerne oppgir at de anser det som svært positivt når pasientene ønsker å være med på aktiviteter på treningskjøkken, fordi de erfarer at aktiviteter på treningskjøkken gir mye informasjon om kognitivt funksjonsnivå. Betydningen av å skape en setting der pasienten kan kjenne seg igjen, som i eget hjem, ser ut til å være en positiv vinkling under observasjonene.

«Når man er på et sykehus, så er det liksom så ... rammene er så annerledes .. så da får du på en måte ... settinga blir litt .. i hvert fall litt tilnærmet som om en var på hjemme, så jeg synes jeg får mye informasjon i forhold til det å observere i aktivitet da..»

Ukjente omgivelser kan skape usikkerhet hos pasienten. Deltagerne ser ut til å forsøke å skape mest mulig kjente rammer for pasientene på treningskjøkkenet. Dersom pasienten opplever

trygghet under aktivitetsutførelse, kan det bidra til større grad av mestring. Ergoterapeutene kan dermed samle inn større mengde informasjon om pasientenes funksjonsnivå, når de gjør nødvendige vurderinger ved kognitiv funksjonssvikt. Dette er i tråd med Rebeiro (2001) som i sitt studie fremhever at omgivelser som bekrefter pasientens betydning og personlighet, kan bidra til bedret aktivitetsutførelse over tid. Ribeiro (2001) peker på at omgivelser som gir pasienter tilhørighet og støtte, kan endre aktivitetsutførelse. Også andre forskere beskriver at pasienters omgivelser, spiller inn ved aktivitet. Kielhofner (2003) beskriver at alle omgivelser er en faktor som gir mulighet for ressurser, krav og rammer både for ergoterapeut og pasient. Kielhofner (2003) legger vekt på at menneske og omgivelser er ett, der mennesket utfører aktivitet etter hvilket miljø man befinner seg innen, og aktivitetsutførelse påvirkes av rom og objekter i omgivelsene. Deltagerne i min studie påpeker betydningen av at kjøkken som arena for observasjon stort sett er svært positiv. De ser likevel at det i noen tilfeller kan være utfordrende å benytte aktiviteter på treningskjøkkenet ved vurdering og trening. Dersom pasienten har store kognitive utfordringer, eller kjøkkenet ikke er et naturlig område for den enkelte pasient, oppgir noen av deltagerne at de er mer tilbakeholden med å velge observasjoner på treningskjøkkenet. En deltager sa:

«Kjøkkenet er jo ikke en sånn naturlig arena for alle brukere, så hvis jeg ... hvis det da har vært en mann som, eller det behøver ikke være en mann heller, men en person som føler seg fremmed på kjøkkenet, så vil jo det også innvirke på resultatet av det man klarer å prestere»

Valg av arbeidssted med pasienten vurderer ergoterapeutene etter kartleggingssamtale, annen kartlegging eller ved tverrfaglig møte. Dette varierer etter hvor langt pasienten har kommet i pasientforløpet. Deltagerne oppgir da at de vurderer om observasjon på kjøkkenet er aktuelt for den enkelte pasient. Dersom de gjennomfører kjøkkenobservasjon med en pasient som føler seg «fremmed» på kjøkkenet, vil pasienten kunne være utrygg og usikker, som kan gjenspeiles i aktivitetsutførelsen. Dette kan være særlig aktuelt ved kombinasjonen ukjent kjøkken og pasient med svært redusert kognitiv funksjon. Dette ble beskrevet slik:

«Da er det litt det som jeg sa, at man kan bli litt utrygg og usikker på det at det er et ukjent kjøkken. For å tenke på våre pasienter som er kognitivt svekket ...»

Provencher et al. (2013), påpeker at nye og ukjente omgivelser, tidligere vaner og evne til ny innlæring, er faktorer som er ut til å være av betydning ved valg av treningskjøkkenet som arena for observasjon. I noen sammenhenger vurderer også ergoterapeutene at det ikke alltid er hensiktsmessig å benytte treningskjøkkenet ved observasjoner. Selv om ergoterapeutene

forsøker å tilpasse omgivelsene etter funksjonsnivået til den enkelte pasient, kan det likevel være mer hensiktsmessig med andre løsninger. En deltager beskrev dette slik:

«... også skjedde det noe dramatisk altså, som gjorde at nå er mor veldig sårbar og skrøpelig og svimmel og dårlig til beins, og hun kan være litt forvirra og alt det her. Altså forstår vi at det å gjøre en vurdering ut i fra hvordan pasienten er hos oss, det blir veldig feil»

Når pasienter er svært kognitivt svekket, er deltagerens erfaringer at de ikke kan observeres på treningskjøkken. Ergoterapeutene beskriver at det i mange tilfeller kan være mer hensiktsmessig å observere pasienten i eget hjem, dersom de er litt «forvirret».

Ergoterapeutene som er ansatt ved sykehus oppgir at de ikke har mulighet til å gjøre hjemmebesøk eller observasjoner i hjemmet. De videreformidler dette til kommunale institusjoner, Innsatsteam eller ergoterapitjenesten i kommunen. Dette avhenger av hvor pasienten skal oppholde seg etter innleggelse i sykehus. Dermed innvirker også videre opphold for valg av arena ved observasjoner. Dersom pasienten ikke reiser hjem, er det mulig de velger bort treningskjøkken som observasjonsarena.

Pasienters prestasjoner på treningskjøkken kan i noen tilfeller også være misvisende. En deltager beskriver det slik:

«Det er jo ikke sagt at selv om du fungerer dårlig her, så kan vi prøve det samme hjemme, i trygge omgivelser, så kan det jo godt gå helt fint»

Noen deltagere vektlegger dette og peker på at observasjoner som gjennomføres i pasientens hjem, i kjente omgivelser, kan gi vesentlig høyere aktivitetsutførelse, sammenlignet med utførelse på treningskjøkken. Ergoterapeutene kan dra nytte av å observere pasientene på kjøkkenet i deres eget hjem. Ribeiro (2001) viser til at ergoterapeuter må forstå pasienters omgivelser for å oppnå gode resultater av tiltakene sine og forstå kravene omgivelsene stiller til aktivitetsutførelse. Dette er i tråd med funn i denne studien, da deltagerne ser ut til å resonnerer nettopp slik når de i sine kartleggingssamtaler vurderer om pasienten er aktuell for observasjoner på treningskjøkken. Aktiviteter på kjøkkenet hjemme hos pasienten kan dermed gi bedre resultater ved observasjon, sammenlignet med utførelse på et treningskjøkken. Deltagerne oppgir at de vurderer om pasienten er egnet for aktivitet på treningskjøkkenet, samt at de vurderer om miljøet innvirker på pasientens aktivitetsutførelse og prestasjon. Dette er på linje med Skær og Niva (2005) sin studie, som fant at pasienters funksjonsnivå ofte avhenger av hvilke muligheter omgivelsene gir ved aktivitetsutførelse.

4.1.2 Den gode samtalen

De sosiale omgivelsene og settingen på treningskjøkkenet, ble også fremhevet av deltagerne som positivt for den gode opplevelsen under –og etter aktivitet. Dette ble særlig nevnt for de som drev gruppetrening på treningskjøkkenet. Alle informantene beskriver settingen som vesentlig for at observasjonen skal være vellykket. Her beskrives den gode samtalen som en fremmede faktor for deltagelse i aktiviteter på treningskjøkkenet. Ved gruppeaktivitet får hver pasient en oppgave for å bidra ved tilbedelse av måltidet. Under måltidet kan pasientene dele sine erfaringer med en liten gruppe medpasienter, der de opplever stor grad av tilhørighet og trygghet. Ergoterapeutene benytter gjerne denne situasjonen til å diskutere tema som er aktuelle for nettopp disse pasientene. Dersom de ønsker å introdusere dagsenter for en pasient, er gjerne pasienter med gode erfaringer fra dagsenter deltagere i gruppen. En deltager sa:

«De har veldig gode opplevelser av det, og vi får til en god setting rundt bordet, med gode samtaler, hvor vi deler litt erfaringer, hvor de da kanskje får fortelle litt om dagsenteret, hvis det er en som er på dagsenter, så penser vi litt inn på de temaene som vi mener er aktuell for den gruppa. Så det har litt flere hensikter, egentlig ... hmhm ... skape litt sosiale relasjoner og litt ... ja»

Gruppeaktivitet på treningskjøkkenet, kan bidra til å skape gode sosiale relasjoner og ny kunnskap til pasientene. Ved gruppeaktivitet oppgir deltagerne at pasientene retter oppmerksomheten på den sosial delen av aktivitetene, istedenfor å fokusere på at de blir observert. Dette kan gi en mer naturlig setting for pasientene. Det er likevel det helt spesielle samspillet med pasienten i aktivitet på treningskjøkkenet, som blir beskrevet som kanskje det mest betydningsfulle:

«.. du får det sosiale samspillet mellom deg og pasienten, som i de aller, aller fleste tilfellene gir en veldig god ... relasjon, på et vis. Selv om jeg er fagperson, så så er ... det blir en samtale om hverdagen som er .. eh ... annerledes enn når vi sitter på rommet til vedkommende å .. ja .. »

Deltagerne oppgir å komme «nært på» pasientene sine i denne settingen. De beskriver en helt spesiell relasjon til pasienten på treningskjøkkenet. Det kan gi mer personlig og «dypere» informasjon om pasienten ved observasjoner og ved samtalen under måltidet. Ribeiro (2001) viser i sin studie til at kvinner med psykiske lidelser oppgir at avslappende, trygge og komfortable omgivelser, er basis for å stimulere til deltagelse i aktivitet. Det sosiale miljøet var det mest betydningsfulle området for disse pasientene. Dersom pasienter i aktivitet på

treningskjøkken opplever noe av det samme, kan dette være en medvirkende årsak til at ergoterapeutene opplever denne nære relasjonen med pasientene. Når pasientene og ergoterapeutene opplever slike gode erfaringer sammen, kan bakgrunnen for det være at de gjør aktivitetene sammen. Ribeiro, (2001) beskriver ergoterapeuters fokus på aktivitet og deltagelse istedenfor fokus på sykdom, som en medvirkende årsak til at pasientene følte seg sett som individ. Skubik-Peplaski (2012) fremhever at en klientsentrert tilnærming der de sosiale omgivelsene stimulerer pasientene til å arbeide målrettet, generer stor overføringsverdi til tiden etter opphold i institusjon. Aktivitetene kan da oppleves som meningsfulle og målene kan bli mer realistiske. Dette er i tråd med funn i min studien da ergoterapeutene opplever nær relasjon til pasientene ved observasjoner på treningskjøkken.

4.2 Hvilke vurderingsverktøy benytter ergoterapeutene ved aktiviteter på treningskjøkken?

Ergoterapeutene har ulik bakgrunn og erfaring med bruk av vurderingsverktøy ved observasjoner på treningskjøkken, og de fleste deltagerne benytter en form for vurderingsverktøy. Kunnskap om observasjonsbaserte vurderingsverktøy ser ut til å være varierende. Ergoterapeutenes erfaringer om anvendelse av redskap, kunnskaper om vurderingsverktøy, samt deres utfordringer med tidspress og manglende ressurser når de velger –og anvender redskap, blir nå beskrevet.

4.2.1 «Hjemmesnekrede» sjekklister, ferdighetsverbene i MoHO og AMPS.

De fleste ergoterapeutene benyttet en eller annen form for vurderingsredskap i arbeidet sitt. Det var to av deltagerne som kort nevnte begrepene strukturerte og ustrukturerte observasjoner og påpekte kort at «hjemmesnekrede» sjekklister og vurderingsverktøy ikke gir valide resultater. En deltager oppga at hun aldri benyttet noe spesielt verktøy. Det var likevel en klar oppfatning blant de fleste deltagerne at ferdighetsverbene i MoHO/AMPS (Kielhofner, 1995; Fisher, 1998) var et nyttig verktøy for å strukturere informasjon ved observasjonene. Flere oppga at de hadde utarbeidet egne sjekklister ved deres arbeidsplass, med struktur etter *ferdighetsverbene* (Kielhofner, 1995; Fisher, 2003). En deltager beskrev det slik:

«.. også har vi en del sjekklister i forhold til å se på en del ting, både i forhold til motoriske ferdigheter og prosessferdigheter, og dem ligger det også litt sånn MoHO tankegang i ..»

Denne formen for sjekklister har ofte en struktur med overskrifter, og eventuelt underpunkter hentet fra ferdighetsverbene. Mange beskriver at de har ferdighetsverbene i MoHO (Kielhofner, 1995) i «bakhodet», og tenker ut i fra det, slik som denne deltageren sa:

«... og da har jeg MoHO sine ferdighetsverb i bakhodet, og tenker ut i fra MoHO Det er stort sett det jeg bruker»

Det kan se ut til at ergoterapeutene deler inn sjekklistene etter hvilke områder av ferdighetsverbene som er mest hensiktsmessig å anvende på den enkelte arbeidsplass, eller etter hvilket behov den enkelte avdeling har. Deltagerne oppgir at den detaljerte oppdelingen av sjekklistene gjerne utføres med bakgrunn i hvilke pasientgrupper de samarbeider med. Disse sjekklistene kan formes etter kognitiv eller motorisk funksjonssvikt, slik ferdighetsverbene er kategorisert i Kielhofner, (1995) sin modell MoHO og i AMPS (Fisher, 1998). Noen av ergoterapeutene oppgir at de har ferdighetsverbene i bakhodet. Deres teoretiske kunnskaper om ferdighetsverbene i MoHO, (Kielhofner, 1995) kan innvirke for utforming og bruken av de i sjekklistene. Hvor mye erfaring de har i klinisk anvendelse av *ferdighetsverbene* når sjekklistene utarbeides, kan også spille inn ved utforming av sjekklistene.

Av totalt fire ergoterapeuter som er sertifisert for AMPS i denne studien, opplyste tre av de i liten grad å anvende AMPS ved observasjoner på treningskjøkken:

«Det som skjedde etter AMPS kurset, selv om vi mener Vi ble jo litt desillusjonert når vi kom hjem og skulle på en måte prøve å få det inn i hverdagen, men vi begynte faktisk å bruke andre ord ... på det vi så. Og hadde helt andre faglige diskusjoner. Så det tilførte ... vi mente jo at det tilførte oss veldig mye, selv om vi måtte erkjenne at hele redskapet var ... ofte var ... ikke var gjennomførbart»

Alle de fire terapeutene med AMPS sertifisering oppga at de fikk andre og nye refleksjoner etter kurset. Dette ga bedre faglige diskusjoner innad i ergoterapigruppen ved noen av arbeidsplassene. Til tross for dette er det flere av deltagerne som oppgir at de ikke benytter AMPS i arbeidshverdagen. Bakgrunnen for dette ser ut til å være at AMPS er for omfattende og krevende når det må utføres to observasjoner av hver pasient. Dette opplever deltagerne som utfordrende i en travel arbeidshverdag. En deltager sa det slik:

«Den ble litt sånn rigid på et vis, syntes vi AMPS ble ... også det at du måtte ha to observasjoner ... var også litt vrient, for vi må jo bare innrømme det at vi synes jo mange ganger det at det er utfordrende nok å få smettet inn en observasjon ...»

AMPS ser med dette ut til å være for lite fleksibel til bruk i ergoterapeutenes hverdag. Deltagerne erfarer AMPS som et rigid verktøy, som ikke «passer inn» i deres arbeidsrutiner. Deltagerne ser ut til jevnlig å velge ustrukturerte observasjoner, og benytte vurderingsredskap som ikke er validerte. Dette er i tråd med Sansonetti og Hoffman (2013), sin studie. Deres funn viste at ergoterapeuter i hovedsak valgte verktøy som ikke var standardisert ved vurdering av kognitiv svikt. Foruten AMPS og PRPP. I min studie velger også ergoterapeutene med AMPS-sertifisering, verktøy som ikke er standardisert. De oppgir likevel å tenke på AMPS når de observerer:

«Jeg tenker på de verbene i AMPS når jeg observerer og har lært hvordan man introduserer en aktivitet, hvordan man observerer og hvordan man avslutter og ikke blande seg for mye»

Det kan se ut til at deltagerne med AMPS sertifisering, benytter sin kunnskap om observasjoner, og benytter denne kunnskapen som en ramme for observasjonene. De har lært om hvordan man bør forholde seg til pasienten, hva som er mest hensiktsmessig, samt introduksjon og avslutning av observasjonen. De opplevde øket forståelse og kunnskap om det å observere generelt. De ser ut til å besitte god kunnskap om egnet struktur på observasjoner, og tar med seg denne delen i det kliniske arbeidet. En deltager var sertifisert for et standardisert redskap – A-ONE. Hun opplyste at hun aldri benytter dette verktøyet på sin arbeidsplass. En deltager oppga i tillegg å ha kurs i PRPP, men anvender den i liten grad. Blant ergoterapeutene i spesialist helsetjenesten var det kun en person som oppga å benytte AMPS ved observasjoner på treningskjøkken. Hagby et al. (2013) fant i sin undersøkelse at de fleste norske ergoterapeuter mener nytteverdien av vurderingsverktøy som stor. Dolva et al. (2015) og Horghagen et al. (2015) beskriver at en stor andel av ergoterapeutene benytter hjemmelagede og modifiserte vurderingsredskap i sin praksis. Det kan dermed se ut til at ergoterapeuter tilpasser verktøy etter behovet på den enkelte arbeidsplass. Dette er i tråd med funn i min studie, der de fleste ergoterapeutene benytter «hjemmesnekrede» sjekklister og vurderingsredskap ved aktiviteter på treningskjøkken. Ergoterapeutene i denne studien ser ut til å velge vurderingsverktøy ved observasjoner på treningskjøkken ut i fra sitt erfaringsgrunnlag innen dette feltet, og danner egne verktøy ut i fra dette.

Kun en av deltagerne tok opp emnet vedrørende validiteten i arbeidet sitt. Hun er klar over at bruk av «hjemmesnekret» sjekkliste ikke oppfyller kriteriene for valide observasjonsverktøy. Hun beskriver det slik:

«.. så kan du jo si at, altså, er aktiviteten strukturert eller ustrukturert, altså.. hm .. det er jo der vi kommer inn på det her med det valide .. hehe .. altså, vi gjør det sikkert forskjellig fra person til person og alt etter hva vedkommende trenger av oppfølging underveis ..»

Ingen av de andre deltagerne tar opp utfordringene med validiteten i arbeidet som utføres. Det kan dermed se ut til at deltagerne ikke fokuserer på dette temaet i sin arbeidshverdag.

Bakgrunnen for at de i mindre grad fokuserer på valide resultater ved observasjoner på treningskjøkken fremkommer ikke tydelig i denne studien. Dolva et al. (2015) påpeker manglende kunnskap og liten tilgang på egnede vurderingsredskap som bakgrunn for den store mengden av ukjente og «hjemmesnekrede» vurderingsredskap blant norske ergoterapeuter.

I denne studien har ergoterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten større tilgang på valide vurderingsverktøy. De fleste deltagerne i denne sektoren har tilgang til AMPS (Fisher, 1998). Likevel blir den i liten grad anvendt. De to gruppene av deltagere i denne studien anvender hjemmelagede verktøy ved observasjoner på treningskjøkken, tilnærmet på samme vis. Ut fra dette ser det ut til at ergoterapeuter ansatt i kommunehelsetjenesten likevel har mindre mulighet for kompetanseheving og med det mindre kunnskap, sammenlignet med deltagerne ansatt i spesialisthelsetjenesten. Dersom kommunen som arbeidsgiver legger til rette for en kultur på arbeidsplassene der kunnskapsbasert praksis er fraværende, kan det ha stor innvirkning på hvordan ergoterapeutene forholder seg til bruk av vurderingsverktøy. Dersom arbeidsgiver ikke har fokus på dette, kan det medføre at ergoterapeutene i mindre grad prioriterer dette i en travel arbeidshverdag.

4.2.2 Tidspress og «ad-hoc» løsninger

Alle deltagerne beskriver tid som en faktor av spesielt stor betydning i deres arbeidshverdag. Dagene er travle og deltagerne som arbeider i spesialisthelsetjenesten, opplever stor «turn-over» på pasienter. Ergoterapeutene i kommunal sektor beskriver at pasientene har litt lenger «liggetid», men opplever samtidig at de har mange pasienter med behov for oppfølging av ergoterapeut. Alle deltagerne beskriver en hverdag der de ønsker mer tid med pasientene. Flere av ergoterapeutene opplever at de har liten tid til å planlegge pasientarbeidet. De ønsker

å innhente mer informasjon om pasientenes funksjon og utfordringer ved aktivitet. Mangel på tid presser ergoterapeutene til å finne hurtige løsninger. En deltager forklarer det slik:

«Så kan det være litt i forhold til det med tidsrammer også ... ehm ... det er ikke alltid ... noe må man ta på sparket, og noe får man ikke planlagt så godt ... da kan det også hende at jeg velger ... slik at informasjonen ikke blir så standardisert ... en ikke standardisert måte å observere på»

Flere deltagere beskriver «ad-hoc» løsninger, som en del av hverdagen. Tidsmangel generer hurtige løsninger der deltagerne må ta fatt på arbeidsoppgavene uten å gjøre optimale forberedelser. Det ser også ut til at mangel på tid også påvirker valg av metode ved kartlegging og valg av tiltak. Dette gir seg utslag i at de velger bort observasjonene, fordi de er for tidkrevende. Deltagerne som i minst grad ser ut til å benytte treningskjøkken ved observasjoner, er også de som legger mest vekt på tidsmangel som faktor for om de velger aktiviteter på treningskjøkken. En av deltagerne forklarte det slik:

«Men vi snakker jo om at vi burde hatt tid, for vi har et fint kjøkken og vi har ... vi får mye informasjon, så det ... og mange ganger så er det for lite pasientkontakt og observasjon under arbeidet»

Et vesentlig aspekt for å gjøre gode vurderinger er nettopp pasientkontakten. De første møtene med pasienten foregår ofte gjennom samtaler og observasjoner, og er en stor del av arbeidsprosessene innen ergoterapi. Arbeidspress og tidspress kan resultere i at ergoterapeutene opplever en følelse av utilstrekkelighet. Dersom dette er gjeldende for deltagerne i denne studien, kan det i stor grad innvirke på motivasjonen og kvaliteten på arbeidet som utføres. Både Holmquist et al. (2009), Leknes et al. (2014) og Provencher et al. (2013) påpeker at mangel på tid kan innvirke slik at planlegging av pasientarbeid prioriteres bort, eller bli gjennomført i mindre grad enn ønsket. Dette er vesentlige deler av arbeidsprosesser i klinisk ergoterapi, med stor betydning for ergoterapeuters yrkesutøvelse. Det kan se ut til at deltagerne i min studie også reflekterer rundt dette når de ønsker mer pasientkontakt og tid til observasjoner. Josman & Birnboim, (2001), Hagby et al. (2013) og Leknes et al. (2014) beskriver at dersom arbeidshverdagen preges av mange arbeidsoppgaver og mange pasienter med kort liggetid, blir ergoterapeutene presset til å velge ustrukturerte metoder og anvende verktøy som ikke er validert. Dette er i tråd med min studie der deltagerne også opplever tid som en avgjørende faktor for hvilke aktiviteter de velger ved observasjoner, samt ved valg av verktøy ved observasjoner. En ergoterapeut sa:

«Men vår erfaring ble jo at AMPS hadde mange fordeler, men også mange begrensninger, så i det hverdagslige ... og for å få det her til å gå opp, så ble han mange ganger for tungvint og omfattende»

Dermed kan det se ut til at mangel på tid resulterer i at de velger verktøy som ikke er standardisert (Hagby et al. 2013; Leknes et al. 2014). Dette innvirker i stor grad på kvaliteten av ergoterapeutenes arbeid og er spesielt viktig for de ergoterapeutene som i utgangspunktet er sertifisert for standardiserte og valide redskap. I samsvar med min studie, fant også Hagby et al. (2013) at norske ergoterapeuter opplever bruk av vurderingsverktøy som svært tidkrevende.

Siden deltagerne vektlegger at tid spiller en vesentlig rolle i arbeidshverdagen, innvirker dette også for hvor detaljert de kan gå inn i pasientens kognitive utfordringer. For å oppnå god innsikt i pasientens kognitive funksjon kan det være nødvendig med flere observasjoner. Når ergoterapeutene har mange arbeidsoppgaver, må de benytte strenge kriterier for å prioritere hva som er av mest betydning i pasientarbeidet. Deltagerne velger ofte enkle aktiviteter sammen med pasientene, slik at de får tid til en observasjon på treningskjøkken i en ellers så hektisk arbeidshverdag. Dette kan innvirke slik at observasjonene ikke gjennomføres i så omfattende grad som tidligere. Flere av deltagerne har erfart at det har oppstått en endring de siste årene. Ifølge disse ergoterapeutene benyttet de observasjoner på treningskjøkken i større grad for noen år siden. En ergoterapeut sa:

«I gamle dager hehe! ... når vi hadde ... når pasientene var mer ... var lengre tid hos oss, så ... så hadde vi fokus på flere ting»

Det er særlig ergoterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten som fremhever at utviklingen de senere årene har beveget seg mot andre områder enn aktivitetsanalyser og observasjoner. De oppgir å benytte mer tid på å samle informasjon gjennom samtaler med pasient og pårørende, samt gjennomføring av skrivebords tester/screening tester. Bakgrunnen for dette er blant annet det tidsbesparende aspektet. Dette er i tråd med Leknes et al. (2014) som også fant en slik endring i kommunale ergoterapeuters yrkesutøvelse. Nesten alle deltagerne gir uttrykk for at de ønsker å utføre observasjoner og aktivitetsanalyser som metode for kartlegging og trening av pasienter. De anser dette som selve kjernen i ergoterapi. Likevel ser det ut til at mange av deltagerne har en opplevelse av å fjerne seg mer fra denne delen av yrket de senere årene. Flere forskere påpeker at opplevelsen av tidspress i forhold til pålagte arbeidsoppgaver, ser ut til å være en kjent faktor som kan innvirke på hele arbeidsprosessen med pasientene

(Josman & Birnboim, 2001; Hagby et al. 2013; Holmquist et al. 2009; Koh et al. 2009; Leknes et al. 2014).

Mangel på ressurser kan i mange tilfeller gjøre det utfordrende å prioritere arbeidsoppgavene. Deltagere ansatt i kommunal virksomhet, oppgir at de har svært mange pasienter med behov for ergoterapi. De beskriver en hverdag med tydelige prioriteringer og krav til effektivitet. Noen av de oppgir at de jevnlig benytter gruppeaktiviteter ved observasjoner på kjøkken. Bakgrunnen for det ligger i at de kan gi tilbud om ergoterapi til flere pasienter, samt at det ofte har positiv innvirkning på det sosiale miljøet i avdelingen. Når deltagerne påpeker at de må være svært dyktig på å prioritere arbeidsoppgavene sine, ser dette ut til å innvirke på deres kartlegging, valg og avgjørelser i relasjon til observasjoner på treningskjøkken. Dette ble blant annet beskrevet slik:

«Vi skylder på ressurser og sånn, og det er selvsagt en del av det, det ... men det er noe med å bare ... bli flinkere til å prioritere da ...»

Når ergoterapeutene prioriterer arbeidsoppgaver, opplever de at observasjoner på treningskjøkken velges bort. Deltagerne ønsker seg mer ressurser i form av flere stillinger, slik at de får mer tid til pasientene og kan gjennomføre blant annet observasjoner på treningskjøkken i større grad. Det nevnes også av enkelte, at de for en tid tilbake var del av en nedbemanningsprosess. Deltagerne håper midler etter hvert kanaliseres tilbake til ergoterapigruppen, slik at de kan fordele pasienter på flere ergoterapeuter, som kan gi rom for mer tid med den enkelte pasient. Deltagerne mener dette kan åpne for flere observasjoner på treningskjøkken. Dette kan også gi mer tid til observasjoner som gir mer detaljert kartlegging av pasientenes kognitive funksjon. Slike dypdykk kan være svært gunstig ved observasjoner på treningskjøkken, siden oppgavene kan graderes og utvides der.

Smale økonomiske rammer og stort arbeidspress ser ut til å være faktorer som påvirker ergoterapeutenes yrkesutøvelse. I tråd med mine funn, påpeker Leknes et al. (2014) at dersom målet med pasientforløpet er å sluse pasienten gjennom systemet snarest mulig, slik at neste person på listen får plass, kan det være utfordrende å arbeide etter standardiserte prosedyrer og utøve god klinisk praksis. Dette vil også være gjeldende ved observasjoner på treningskjøkken. Det stilles høye krav til den enkelte ergoterapeuts fleksibilitet, dersom de skal ha mulighet til å utvikle gode pasientforløp og nært samarbeid med pasientene. Dette kan være særlig utfordrende dersom tidspresset konstant er gjeldende. Deltagerne bør da i stor grad ha evne til å omstille seg og revurdere planer, avtaler og tiltak, hurtig. Dersom

ergoterapeuter skal ha mulighet til å arbeide klientsentrert, fordrer dette god samhandling med pasienten.

4.3 Ergoterapeutene benytter pasientenes opplevelse av mestring i aktiviteter på treningskjøkkenet

Deltagerne beskriver i stor grad at de justerer vanskelighetsgraden på aktivitetene etter funksjonsnivået til den enkelte pasient. De ønsker å gi «passe mengde» og tilpasse grad av utfordringer ved observasjoner på treningskjøkkenet. Alle deltagerne ønsker å gi pasienten en viss grad av mestringsopplevelse ved aktivitetsutførelse. De benytter blant annet motivasjon som faktor for å oppnå mestring. Ergoterapeutenes erfaringer vedrørende dette blir beskrevet her.

4.3.1 Aktivt deltagende, eller hendene på ryggen?

Ergoterapeutene opplever at flere forhold er av betydning ved observasjoner på treningskjøkkenet. Ergoterapeutene beskriver at de vurderer pasientenes funksjonsnivå kontinuerlig gjennom pasientforløpet. De benytter samtaler og funksjonsvurderinger som grunnlag ved valg av aktiviteter på treningskjøkkenet, under hele pasientforløpet. Funksjonsnivået varierer i stor grad og noen av pasientene er forvirrede og kan være svært kognitivt svekket. Disse pasientene kan også ha en falltendens. En ergoterapeut beskrev dette slik:

«... også ser jeg jo på funksjonsnivået ... hva vil vedkommende få til å gjøre? Hvor enkelt må det her være og hvor utfordrende må det være? Jeg er ganske opptatt av at folk skal få utfordringer, men som passer til dem ...»

Ergoterapeutenes utdanning og erfaring kan bidra til at oppgavene på treningskjøkkenet utføres med et ønske om å gi pasienten opplevelse av mestring. Noen av deltagerne oppgir at de gir nye utfordringer underveis i en oppgave, eller utvider oppgaven dersom de vurderer at aktiviteten er for lite krevende. Noen av ergoterapeutene oppgir at de stykker opp oppgaver etter pasientenes ferdigheter, dersom de er sterkt kognitivt svekket. Oppgavene tilpasses også etter alder. Andre deltagere oppgir at de vurderer litt underveis i observasjonen, og ser an hvor mye oppfølging pasienten har behov for underveis ved aktivitetsutførelsen. Dermed ser det ut

til at aktivitetene på treningskjøkkenet får «design» etter den enkelte pasient sitt behov, med utfordringer etter fysisk -og kognitivt ferdighetsnivå.

Ergoterapeutene oppgir at noen av pasientene også kan være noe avventende med hensyn til å delta i observasjoner, og til en viss grad være tvilende underveis i observasjonen. En deltager beskrev dette slik:

«... også skulle vi på en måte stå der å observere når de laget det her, mens for mange med en slik kognitiv ... funksjonssvikt, så ble de faktisk ... de, de ... kunne bli både mistenksomme og synes at det her var helt ...»

Ifølge flere av ergoterapeutene, er ikke denne form for utfordringer uvanlig. Mange pasienter kan stille seg skeptisk til denne situasjonen. Flere av ergoterapeutene hadde erfaringer der pasienter følte seg observert og bedømt som ved en test. Dette kan oppleves negativt for noen pasienter, særlig dersom pasienten er kognitivt svekket og er utrygg i nye omgivelser. Ved denne type utfordringer oppgir ergoterapeutene at de kan arbeide sammen med pasienten i større grad. Det ser ut til at de i disse situasjonene arbeider mer som ved deltagende observasjon. Det kan være en måte å opprette et godt samarbeidet med pasientene ved første observasjon. Dette er særlig hensiktsmessig dersom de er usikre på om de ønsker å delta i aktiviteter på treningskjøkkenet. Noen av ergoterapeutene har opplevd at det som regel er hensiktsmessig å velge andre aktiviteter når pasienten er svært kognitivt svekket.

Ergoterapeutene er kjent med disse utfordringene, og vurderer i forkant av observasjonene om de skal stå med hendene på ryggen, eller være mer deltagende under aktivitetene.

Ergoterapeutene gjennomfører ut i fra dette observasjoner på treningskjøkkenet på ulikt vis, etter pasientens behov. Fellesnevneren for alle deltagerne innen dette temaet, ser ut til å være en gradering og tilpassing av aktivitet etter funksjonsnivå.

Deltagerne i min studie oppgir å arbeide tett på pasientene når de observerer i aktivitet på treningskjøkkenet. De er oppmerksom på at pasientene er i en sårbar fase av livet. Deres følelser knyttet til å delta i aktiviteter etter sykdommen, kan vise seg i frustrasjon og motvilje. Flere studier viser til at negative følelser ofte kan influere i for stor grad og innvirke negativt på pasienten ved utførelse av praktiske oppgaver. (Eriksson og Tham, 2010; Kielhofner, 2008; Williams og Murray, 2012). Når ergoterapeuter avdekker faktorer som kognitive utfordringer, motvilje, psykiske- og fysiske utfordringer, og manglende motivasjon som innvirker på aktivitetsutførelse, kan de anvende negative følelser som et «hjelpemiddel» til arbeide målrettet ved aktivitetsutførelse, påpeker Williams & Murray (2012). Ergoterapeuten kan

skape et bånd mellom pasientens personlige faktorer og hensiktsmessig oppgaveløsning hos pasienten. I følge Williams og Murray, (2012) kan ergoterapeuter da benytte individuelle handlingsstrategier for å forhandle dersom det utvikles negative følelser hos pasienten.

4.3.2 Ergoterapeutene gir opplevelse av mestring

Ergoterapeutene beskriver at de legger stor vekt på motivasjon for aktivitet ved observasjoner på treningskjøkken. Motivasjonen for aktivitet ligger i mange tilfeller i mestringsopplevelsen hos den enkelte pasient (Kielhofner, 1995). Deltagerne fremhever at de arbeider med pasientenes mestringsfølelse og ser det som en kilde til fremgang ved aktivitet og trening:

«Også er det jo litt det der med at de får mestringsfølelse også når de er med, for ofte så synes de det er litt skummelt å være med ... men så har de vært med noen ganger, også opplever de mestring, og går derfra lykkelig og glad»

Ergoterapeutene har positive erfaringer med å benytte mestring som en faktor til å stimulere pasientenes motivasjon, slik at de mestrer oppgaver de i utgangspunktet er skeptisk til å utføre. Når pasientene har gode erfaringer etter å mestret en oppgave, ønsker de ofte å gjenta aktiviteten. Ifølge deltagerne er det ikke uvanlig at pasientene setter høyere krav til seg selv etter å ha mestret en oppgave. Pasientene ønsker da i mange tilfeller å utfordre seg selv ved å få oppgaver som stiller høyere krav til deres kognitive –og motoriske ferdigheter. Mestring i en aktivitet kan genere mestringsfølelse også i andre oppgaver. En deltager sa:

«Når enkelte klarer å gjøre noen ting av seg selv, så påvirkes det i andre aktiviteter også, og det går automatisk ...»

Ergoterapeutene opplever med dette at de er medvirkende til at pasientene opplever mestring også i andre aktiviteter utenom treningskjøkkenet. Denne formen for dominoeffekt viser at mestring i aktivitet på treningskjøkkenet, kan gi utslag i at pasienten opplever styrket tro på seg selv, og styrket motivasjon for opptrening. Det kan igjen lede til mestring i andre oppgaver. Ved aktiviteter på treningskjøkkenet er ergoterapeuten den som kan gi positive tilbakemeldinger dersom pasienten ikke selv registrerer, eller kjenner på mestringsfølelsen. Dersom pasienten stiller høye krav til seg selv ved aktivitetsutførelse, og ikke klarer å erkjenne at man har mestret, beskriver ergoterapeutene at de kan hjelpe pasienten med å «ta inn» mestringsopplevelsen. En deltager beskrev det slik:

«Hvis det er visse ting som er utfordrende ... eller ting som er positivt ... bra, som kanskje pasienten ikke helt greier å ta inn over seg, eller ja, ikke sant at du kan ... det gikk jo bra, du fikk til ... ja ...»

Det kan i mange tilfeller være utfordrende å oppleve mestring, dersom man er syk og funksjonsnivået er vesentlig lavere sammenlignet med før sykdomsdebut. Denne bekreftelsen som ergoterapeuten gir, kan være avgjørende for at pasienter selv føler opplevelse av mestring. Ergoterapeuter har i mange år benyttet pasienters opplevelse av mestring som et vesentlig element for å oppnå bedre funksjonsnivå hos pasienter. Williams og Murray (2012) beskriver også dette. De undersøkte hvordan eldre mennesker endrer aktivitetsutførelse etter hjerneslag. De beskriver hvordan ergoterapeuter støtter opp om den enkelte pasient for å gi mestringsfølelse i aktivitet. Pasienten beskrives av Williams og Murray (2012) som ekspert på egne muligheter og begrensninger ved aktivitetsutførelse, og ergoterapeuter benytter ofte motivasjonen til å forhandle frem gode mål sammen med pasienten. Eriksson & Tham (2009) viser til at mestring i daglige aktiviteter etter sykdom, skaper en helt spesiell mestringsfølelse, da dette i utgangspunktet er oppgaver som pasienten tar for gitt at man klarer. Denne opplevelsen av å være på riktig spor mot et bedre funksjonsnivå, kan gi en gnist hos pasienten. Eriksson og Tham (2009) beskriver et gap mellom tidligere funksjonsnivå og funksjonsnivå etter sykdommens debut. Ergoterapeuten arbeider for å redusere dette gapet ved strategisk bruk av den enkelte pasients mestringsfølelse. Denne strategien fremstår som en brobygger når aktiviteter er krevende og gir store utfordringer for pasienten. I følge Eriksson og Tham (2009) kan nye metoder også bidra til mer hensiktsmessig aktivitetsutøvelse, og samtidig minimere gapet mellom tidligere funksjon -og funksjonsnivå etter sykdomsdebut. Dette kan lede til mestring og større mestringsfølelse hos den enkelte pasient og kan være en strategi og kunnskap ergoterapeuter anvender i arbeidet på treningskjøkkenet. Deltagerne i min studie opplever at de kontinuerlig tilpasser, justerer og graderer aktiviteter og oppgaver til den enkelte pasient, og ser ut til å anvender denne kunnskapen i aktiviteter på treningskjøkkenet.

4.4 Vanens makt

Ergoterapeutene uttrykker at de i utgangspunktet har store valgmuligheter når de velger aktivitet på treningskjøkkenet. De opplever likevel at de delvis styres av egne etablerte vaner når de velger aktiviteter. Pasientenes vaner fra hverdagen i hjemmet, ser også ut til å være av

betydning ved gjennomføring av aktiviteter på treningskjøkken. Dette kan bidra til mindre grad av fleksibilitet enn forventet ved utførelse av aktivitetene. Med det som bakgrunn omhandler neste kapittel deltageres erfaringer når de velger aktiviteter på treningskjøkken.

4.4.1 Aktiviteter med utgangspunkt i ergoterapeutenes vaner

Deltagerne beskriver at de er «farget» av egne vaner og rutiner i sitt arbeid. Dette kan gi seg utspill i en tendens til å foreslå de samme aktivitetene til mange pasienter. Noen aktiviteter kan også bli valgt gjentatte ganger til samme pasient. Å benytte samme aktivitet flere ganger, kan være en god metode ved trening av spesifikke oppgaver eller evaluere fremgang hos pasientene. En utfordring ved det er at de anbefalte aktivitetene som pasientene kan velge mellom, kan bli de samme til størsteparten av ergoterapeutenes pasienter. Det kan være en indikasjon på at ergoterapeuten har kjørt seg inn i et spor, der de samme aktivitetene velges uavhengig av pasientens funksjonssvikt. En ergoterapeut beskrev dette slik:

«... men så ... ja, også er det kanskje litt i forhold til det her med, ... eller det er helt sikkert at jeg har tillært meg noen aktiviteter som jeg bruker mer enn andre. Det tror jeg nok ...»

Når ergoterapeutene opplever at de selv styres av etablerte vaner ved observasjoner på treningskjøkken, kan det være begrensende for pasientens valgmuligheter. Noen av deltagerne ser dette som en mulighet for pasienten til å velge aktivitet selv, innenfor en bestemt ramme. Det kan oppleves som lite motiverende for pasientene dersom ergoterapeutene i mindre grad prøver ut nye aktiviteter med pasientene. Når ergoterapeutene har lang erfaringer innen bruk av bestemte aktiviteter og oppgaver på treningskjøkken, kan det bidra til å avdekke og gjenkjenne pasientenes kognitive utfordringer. Samtidig kan ergoterapeuten besitte teoretisk kunnskap om spesielle utfordringer ved kognitiv svikt, som kan innvirke slik at kognitiv svikt avdekkes ved utførelse av disse faste oppgavene. Denne spesialkunnskapen ergoterapeuten har opparbeidet ved å anvende faste aktiviteter, kan fremstå som en kvalitetssikring av arbeidet ved observasjonene. En annen faktor som spiller inn er også at flere gjentakelser av en aktivitet, kan skape nye vaner hos pasienten, fordi pasienten blir trygg og kjent med oppgaven og omgivelsene på treningskjøkkenet. Provencher et al. (2013) fant at pasienter presterer bedre ved aktiviteter på kjøkkenet i eget hjem, sammenlignet med utførelse på treningskjøkken. Bakgrunnen for dette beskrives med at omgivelsene var mer forutsigbare i hjemmet. Dersom omgivelsene på treningskjøkkenet oppleves som trygge og forutsigbare, kan det gi utslag i bedret funksjonsnivå hos pasienten.

4.4.2 Aktivitet med utgangspunkt i pasientenes vaner

Aktivitetene velges delvis i samarbeid med pasienten ved at ergoterapeuten foreslår noen «faste» oppgaver. Pasienten kan dermed velge aktivitet ut i fra de rammene ergoterapeuten gir. Ergoterapeuten må vurdere mange forhold ved valg av aktivitet, slik at den valgte aktiviteten oppleves som motiverende og stimulerende for pasienten. Utgangspunktet ved valg og struktur på oppgaver, ligger blant annet i pasientenes vaner ved aktiviteter på kjøkkenet hjemme. Aktiviteten bør også være krevende nok til at den gir informasjon om utfordringer ved aktivitetsutførelse og kognitiv svikt. Deltagerne opplever store spenn i pasientenes funksjon -og aktivitetsnivå. Aktivitetene som velges kan deles opp og variere i omfang og vanskelighetsgrad. En deltager sa:

«Noen får utfordringer med at de skal planlegge og hente oppskrifta og planlegge og se på kjøkkenet. Hva har vi og hva trenger vi å kjøpe inn og få tak i? Å orientere seg på butikken og komme tilbake og planlegge hvor mye tid trenger vi, og hvem gjør hva ...?»

Variasjonen i pasientenes funksjonsnivå og vaner fra eget hjem, kan innvirke slik at ergoterapeutene opplever dette som stimulerende utfordringer. Når deltagerne har mulighet til å arbeide med ulike vaner og varierende funksjonsnivå, kan det gi mer bredde i arbeidsoppgavene deres. Arbeidshverdagen kan dermed oppleves som mer meningsfylt og faglig utfordrende for ergoterapeutene. Ved å ta utgangspunkt i pasientenes egne vaner, beholder de også et klientsentrert fokus i arbeidet. Spennet i pasientenes kognitive funksjonsnivå ser ut til å kreve at ergoterapeutene må fokusere på god kartlegging og i stor grad utføre individuelle vurderinger før de velger aktiviteter på treningskjøkken. Dette er også i tråd med Sansonetti & Hoffmann, (2013) som påpeker at grundig kartlegging av kognisjon og aktivitetsutførelse med bruk av ulike verktøy og metoder, bør utføres med denne pasientgruppen. I følge Haddeland et al. (2013) kan også pasienter med begynnende demens profitere på denne innfallsvinkelen, der ergoterapeuten i stor grad benytter seg av pasientens vaner hjemme.

Når ergoterapeutene velger aktiviteter på treningskjøkken, kan de også bli begrenset av pasientenes etablerte vaner og rutiner. Dette er særlig fremtredende dersom pasienten er svært kognitivt svekket. Vanene er av stor betydning for denne pasientgruppen, som kan ha svært redusert hukommelse, redusert evne til å planlegge oppgaver og holde konsentrasjonen om en oppgave. Når disse pasientene skal utføre aktiviteter i nye omgivelser, slik som på

treningskjøkken, utføres oppgavene helst slik de har gjort det i hjemmet. En deltager beskriver slike utfordringer på denne måten:

«Å skulle implementere noe nytt ser vi som ganske vanskelig da, men så lenge han eller hun får lov til å bruke sine egne innarbeidede vaner, så kan det gå godt ...»

Ergoterapeutene beskriver det som lite hensiktsmessig å introdusere nye oppgaver til pasienter som er svært kognitivt svekket. Bakgrunnen for dette kan ligge i at observasjoner på treningskjøkken til en viss grad gjenspeiler utførelse og vaner pasienten har i hjemmet. Aktiviteter utført i hjemmet, kan vise et høyere funksjonsnivå, dersom man sammenligner med utførelse på treningskjøkken (Provencher et al. 2013). Dersom pasienten er svekket kognitivt kan være utfordrende for de å se hensikten med aktivitetene på treningskjøkken. Ergoterapeutene beskriver at de fortar en kartlegging av tidligere vaner og viktige aktivitetsområder. Dette utføres ofte gjennom samtale med pasienten eller pårørende, som et ledd i planleggingen av videre kartlegging eller tiltak. Ergoterapeutene velger deretter oppgaver som pasientene har erfaring med fra tidligere, som også Haddeland et al. (2013) beskriver. Aktiviteter på treningskjøkken kan gjennomføres under hele pasientforløpet. Dette avhenger blant annet av pasientens funksjonsnivå, målet med aktiviteten, samt pasientens ønsker og behov. Dersom nye aktiviteter skal introduseres foregår dette lenger ut i pasientforløpet, dersom pasientens funksjonsnivå bedres. Deltagerne presiserer også at deres erfaringer tilsier at kjente aktiviteter er av stor betydning ved observasjoner av kognitivt svekkede pasienter. En deltager sa:

«Det er jo først og fremst at det er en kjent aktivitet for pasienten. At det er noe som han har gjort tidligere i livet sitt før. At det ikke blir en ny ting»

Pasientenes vaner ved aktivitet på treningskjøkken, kan spille en betydelig rolle for opplevelse av selvstendighet hos pasienten. Gausdal et al. (2015) og Haddeland, et al. (2013) påpeker betydningen av å anvende kjente aktiviteter med pasientene. De fremhever at ergoterapeuter anvender pasientenes etablerte vaner bevisst, slik at de i større grad kan oppleve mestring. På den annen side kan også denne innfallsvinkelen gi et annet resultat. Ifølge Provencher et al. (2013) kan pasienter med større kognitive skader eksempelvis tro at utstyr og mat er plassert på samme sted som på deres eget kjøkken. Dette kan også skape unødvendig forvirring hos pasienten. Likevel påpeker Provencher et al. (2013) at pasientenes etablerte vaner bør trekkes inn ved observasjoner på treningskjøkken, og kan være en medvirkende komponent for å vurdere hvordan pasientene kan fungere i eget kjøkken.

4.5 Erfaringer fra samarbeid i forbindelse observasjoner på treningskjøkken

I dette kapittelet beskrives deltagerne opplevelser vedrørende samarbeid med omgivelsene, der de benytter resultatene av observasjonene på treningskjøkken til å informere, styrke og utvikle samarbeidet med pasient og pårørende. I dette samarbeidet inngår også planlegging av pasientarbeid med kollegene som et ledd i å identifisere pasientenes mål og vurdere videre tiltak. En del av samarbeidet er også å vurdere pasientens behov for oppfølging etter utreise sammen med interne og eksterne kolleger. Ergoterapeutene ser ut til å ha en sentral rolle i dette arbeidet.

4.5.1 Samarbeid med pasient og pårørende

Deltagerne opplever at de samarbeider med både pasient og pårørende i pasientforløpet. Ergoterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten oppgir et tettere samarbeid med pårørende, sammenlignet med deltagere ansatt i kommunal virksomhet. Ergoterapeutene oppgir at funn ved observasjoner på treningskjøkken gir gode eksempler på hva som er utfordrende for pasienten, da dette kan beskrives i relasjon til daglige aktiviteter. Ergoterapeutene informerer pasient og pårørende ut i fra helt konkrete observasjoner på treningskjøkkenet. Dette kan overføres til dagliglivet i hjemmet. Deltagerne beskriver at deres arbeid på treningskjøkken kan ha stor betydning for samarbeidet med pårørende. En deltager sa:

Jeg bruker det jo både som informasjon ut mot det tverrfaglige temaet, eh ... og mot, til pasienten og pårørende, så det blir litt sånn begge deler ... eh ... For ofte er det lettere i forhold til pasient og pårørende, hvis du har noen konkrete ting å vise til, for eksempel når du gjorde det, så skjedde det»

Ved samtaler med pårørende ser det ut til at ergoterapeutene i større grad kan forklare kognitive utfordringer med slike konkrete observasjoner. Pårørende kan dermed oppnå bedre forståelse av pasientens utfordringer slik det kan arte seg i hjemmet. En annen deltager beskrev det slik:

«Jeg føler at jeg har mye sterkere bakgrunn for å kunne si hvordan den pasienten fungerer i ... her og nå da. Selv om man har mye informasjon som man har fått fra pårørende, og det er ofte ... her har du en konkret observasjon, som sier litt om hvordan staa er akkurat nå ... »

Dette indikere at aktiviteter på treningskjøkken kan være en vesentlig «bidragsyter» til samarbeidet med både pasient og pårørende. Haddeland et al. (2013) fant i sitt studie at pårørende var en av de mest betydningsfulle samarbeidspartnerne. Ved å gi konkrete eksempler på pasientens kognitive utfordringer i aktiviteter som også skal utføres hjemme, hjelper ergoterapeuten både pasient og pårørende til å forstå hvordan pasienten kan delta i aktivitet hjemme.

Flere av deltagerne opplever at observasjonene ofte kan utvikle seg til et nært samarbeid med pasienten ved aktivitetsutførelse på treningskjøkkenet. Dette fremheves særlig dersom ergoterapeuten inntar en mer delaktig rolle under observasjonen, som ved deltagende observasjon. I disse tilfellene deler pasient og ergoterapeut på oppgavene som skal gjennomføres i kjøkkenet. En deltager beskrev dette slik:

«Så kan du også ha en ... der du går inn og har en litt mer sånn samtale, og gjør det litt til en sånn felles aktivitet på en måte ...»

Ergoterapeuten kan gjøre aktiviteten og situasjonen trygg ved selv å delta. Pasient og ergoterapeut kan ha samtaler om aktuelle emner innenfor pasientens interesseområder, eller snakke direkte om pasientens utfordringer ved selve utførelsen av aktiviteten. Dersom ansvaret for aktiviteten deles mellom ergoterapeut og pasient, kan det være en faktor som innvirker til lave skuldre hos pasienten. Pasienten kan dermed innta en mer avslappet holdning, og i mindre grad fokusere på prestasjoner og situasjonen - å bli observert. Samtidig kan det utvikles et tettere samarbeid og tillitsforhold mellom pasient og ergoterapeut, dersom dette fungerer. Ribeiro (2001) fant at pasientenes opplevelse av at ergoterapeutene forstår deres situasjon ved blant annet observasjoner, var av stor betydning ved aktivitetsutførelse. Klientsentrert tilnærming som fremhevet av Skubik-Peplaski (2012) der ergoterapeuten stimulerer til målrettet samarbeid med pasientene, åpner for nært samspill og gode relasjoner ved observasjoner som ved aktivitet på treningskjøkken.

Deltagerne ser ut til å oppleve at samarbeid med pårørende er av svært stor betydning. Dette er særlig vesentlig i akutfase, eller ved demenstilstander. Ergoterapeutene fremhever at de ofte hilser på pasienten første gang med pårørende tilstede, og tar anamnese tidlig i pasientforløpet, gjerne med pårørende tilstede. En ergoterapeut beskrev det slik:

«... og de som kommer akutt, da er det at man begynner å gjøre seg kjent og hilse på de, og ta den anamnesen fra pårørende i tidlig forløp, også får de tid til å komme seg og bli litt kjent»

Når ergoterapeutene samler inn informasjon gjennom samtale med pårørende, kan det fungere som en form for kvalitetssikring. Slike komparentopplysninger kan også avdekke kognitiv svikt, og er ofte en del av kartleggingen av kognitivt funksjonsnivå. Dersom pasienten ikke kan gjøre rede for seg på grunn av sykdom og stress, er som regel pårørende gode hjelpere for pasienten når de bistår med informasjon. Deltagerne har opplevd at dette er av stor betydning for å samle inn adekvat informasjon om pasienten, som også er i tråd med Haddeland et al. (2013); Holmquist et al. (2009) og Leknes et al. (2014), som fant at samarbeid med pårørende er helt avgjørende for å oppnå gode pasientforløp.

4.5.2 Samarbeid med kolleger

Enkelte av deltagerne har gode erfaringer med å samarbeide med andre ergoterapeuter ved observasjoner på treningskjøkken. Dette opplever de som mest aktuelt ved grupper på treningskjøkken. Dette gir ifølge deltagerne bakgrunn for gode faglige diskusjoner i etterkant av observasjonene, samt bedre mulighet til å følge enkeltpersoner ved observasjoner i grupper. En ergoterapeut sa:

«Vi er jo to ergoterapeuter, som følger med litt for hverandre og diskuterer det litt etterpå, og så ser vi hvordan det gikk ... også er vi oppmerksom på at det er et ukjent kjøkken ... og tar det i betraktning, og så ser vi litt etter at de har vært med flere ganger om det er noe læring for eksempel»

Dette samarbeidet mellom ergoterapeutene under aktiviteter på treningskjøkken, kan gi utgangspunkt for svært gode faglige diskusjoner og kan gi rom for at flere hensyn inkluderes ved vurdering og trening av pasientene. Ulike erfaringer og ulik faglig forståelse, kan gi mer dybde i diskusjonene, og belyse pasientenes funksjonsvansker ved aktivitetsutførelse på svært grundig vis. Dette er i tråd med funn i studien til Holmquist (2009). der ergoterapeutene opplever samarbeid med tverrfaglige team av stor betydning for deres kliniske arbeid.

Deltagerne opplever at deres samarbeid med kollegaene, er avgjørende for at pasientforløpet skal fungere optimalt. Flere deltagere presiserer at de tar med informasjon fra observasjoner på treningskjøkkenet til møter, for å diskutere hva de har funnet. Det er spesielt de tverrfaglige møtene med avdelingspersonalet og teamet for øvrig, som er av størst betydning

for de fleste ergoterapeutene. Dette er et forum der de kan dele sine erfaringer og legge frem sine funn. En deltager sa:

«Vi har tverrfaglig møte og da sier jeg ofte hva jeg finner ... på kartlegginga på kjøkkenet ... her er det smårusk ... det andre jo å fortelle sine erfaringer med ... vedkommende ... jeg har lagt merke til noe altså ... her er det noe ... vi deler erfaringene ja ...»

Ergoterapeutene ser ut til å benytte møtene til å belyse spørsmål rundt egne observasjoner og gi innspill til faglige diskusjoner vedørende pasienter. Andre yrkesgrupper sine erfaringer med pasienter, opplever deltagerne som vesentlig for å få bredde i deres «bilde» av pasientens funksjonsnivå. De fleste sier at tverrfaglig team hovedsakelig består av sykepleier, lege og fysioterapeut. De oppgir at også yrkesgrupper som psykolog, psykiatrisk sykepleier, logoped og sosionom, kan være deltagende på tverrfagligmøte. Dette avhenger av pasientens skader og utfordringer. Leknes et al. (2014) og Holmquist et al. (2009) fant også at samarbeidet med andre yrkesgrupper på arbeidsplassen var vesentlig, og de fremhever samarbeidet med avdelingspersonalet, som spesielt betydningsfullt.

Ergoterapeutene opplever jevnlig at pasientene har mange avtaler på dagsprogrammet, som kan bidra til at det er utfordringer med å få avtaler med de. Deltagerne beskriver at de i flere tilfeller oppstår en «kamp» mellom yrkesgruppene for å få gjennomført nødvendig arbeid med pasienter. Dette er spesielt fremtredende ved akutt innleggelse, der pasientene skal utredes. En deltager beskrev denne situasjonen slik:

«Så da skal de plutselig på røntgen, MR, og ultralyd og ... så, så det blir nesten et sånt jag for å få innpass noen ganger ... he ... for det er så mange yrkesgrupper som skal inn og de skal til så mye utredning ...»

Utfordringer som dette krever god tverrfaglig kommunikasjon og gode rutiner, dersom et samarbeid mellom yrkesgrupper skal fungere godt. På sykehus er liggetiden svært kort, og kan fungere som en stressfaktor for ergoterapeutene når de gjennomføre arbeidsoppgavene. Tverrfaglig team bør dermed ha godt etablerte rutiner, prosedyrer og pasientforløp, som beskriver hva alle medlemmene i teamet bør ha gjennomført før utskrivelse. Observasjoner på treningskjøkken, kan i denne sammenhengen bli prioritert vekk, som følge av dette jaget for innpass hos pasientene. Dette er i tråd med Leknes et al. (2014) sine funn. Dersom ergoterapeutene opplever vansker med å få utført arbeidsoppgavene, kan det også være en indikasjon på at andre yrkesgrupper oppleves å ha større betydning i pasientarbeidet, slik Holmquist et al. (2009) fant i sin studie.

4.5.3 Planlegge pasientarbeid og videre forløp

Deltagerne opplever møtevirksomhet som avgjørende for god planlegging av pasientarbeidet. Informasjon som fremkommer etter observasjoner på treningskjøkken, kan legges frem på disse møtene. I følge deltagerne kan møtene variere i omfang, fra deltagelse på korte morgenmøter med avdelingspersonalet, til mer omfattende tverrfaglige møter med hele teamet. Tverrfaglige møter kan fungere som samlingspunkt for å planlegge, vurdere og oppsummere teammedlemmenes arbeid med pasientene. Observasjoner og vurderinger ved aktivitet på treningskjøkken, oppleves som konkrete bidrag ved blant annet tverrfaglig møter. En deltager sa:

«Så det er jo for å kunne danne oss et bilde av de ... altså ferdighetene til den personen og hva mestrer vedkommende og hva kan kanskje by på problemer, hvis de tenker hjem, og de forholdene de bor under ...»

Observasjoner på treningskjøkken oppleves å ha overføringsverdi til dagliglivet i hjemmet, og ser ut til å være av betydning for deltagerens arbeid. Pasientene beskriver ofte eget kjøkken når de introduseres på treningskjøkkenet, siden det kan hjelpe de med å vurdere hva som kan gi utfordringer på kjøkkenet i eget hjem. Ved ulike møter med andre yrkesgrupper, opplever ergoterapeutene at de kan forklare kognitive –og praktiske utfordringer og ferdigheter, etter observasjoner på treningskjøkken. Hele det tverrfagligteamet kan dermed oppnå bedre forståelse av pasientens utfordringer, slik det også kan arte seg i hjemmet. Andre yrkesgrupper deler også sin informasjon. En deltager beskrev dette slik:

«Det som hver og en av oss har funnet ut, og hva det her har å si for pasienten videre. Er det en person som vi trygt kan sende hjem, ... ja, eller må vi se for oss at her trengs det litt mer ... eller foreslå litt mer tiltak hjemme, eller er det behov for korttidsopphold ...»

Planlegging av utreise fra avdelingen, oppleves av ergoterapeutene ansatt i kommunal virksomhet, som et svært viktig punkt i pasientarbeidet. Pasientenes trygghet i hjemmet er en faktor med stor innflytelse ved hjemreise. Ergoterapeutenes observasjoner i aktiviteter på treningskjøkken, kan være avgjørende for å vurdere omfanget av hjelpebehovet etter utreise. Sansonetti og Hoffmann (2013) beskriver også dette i sin studie. Observasjoner på treningskjøkkenet, kan ifølge deltagerne gi detaljert informasjon, som kan gi grunnlag for å vurdere forsvarlighet og hjelp i hjemmet. Dette er i tråd med Leknes et al. (2014) sin funn, som påpeker at ergoterapeutene i deres studie ønsket å gjøre observasjoner på kjøkkenet hjemme hos pasientene. Holmquist et al. (2009) fant derimot at ergoterapeutene i deres studie,

opplevde vansker med å generalisere rundt pasientenes funksjonsnivå i institusjon, til hvordan deres funksjonsnivå ville arte seg i hjemmet. Dette står i kontrast til beskrivelser fra deltagerne i denne studien, som anvender funn ved observasjonene til å vurdere hjelpebehovet etter utreise.

4.6 Dokumentasjon etter observasjoner er vesentlig for kommunikasjon med samarbeidspartnere

I dette kapitlet vil jeg beskrive deltageres erfaringer ved dokumentasjon og rapportskrivning etter observasjoner på treningskjøkken. Ergoterapeutene erfarer at deres dokumentasjonsrutiner er av betydning for samarbeid med omgivelsene. Deltagerne opplever at kommunikasjon ved formidling av egen yrkesutøvelse til pasienter, pårørende og kollegaer, har nær forbindelse med deres dokumentasjon. De benytter rapportene som basis når de formidler resultater av observasjoner ved møter og er bevisst på at kolleger leser deres rapporter. I følge deltagerne har dette innflytelse på rapportenes struktur og omfang.

4.6.1 Hvordan strukturerer ergoterapeutene rapportene sine?

Det er ingen av deltagerne som oppgir at de benytter en fast, strukturert mal når de skriver dokumenterer etter observasjoner på treningskjøkken. De fleste av deltagerne ser ut til å grovt dele opp informasjonen etter kognitiv – og motorisk funksjon, med bakgrunn i ferdighetsverbene i MoHO. Denne grove inndelingen ser også ut til å være gjeldende for deltagerne med AMPS sertifisering. Ergoterapeutene opplever at de ikke har noen annen, tydelig inndeling. Det kan se ut til at deltagerne har mest fokus på rapportenes lengde, enn strukturen på innholdet. En deltager beskrev det slik:

«Så da endte vi opp på litt sånn motorikk og prosess ... bit da ... men, jeg synes egentlig det fungerer veldig greit, for det blir fort veldig omstendelig hvis du skal beskrive alt du gjør»

Bakgrunnen for denne grove inndelingen av funnene med bruk av overskriftene som motorikk og kognisjon eller prosess, tror deltagerne har opprinnelse fra studietiden. Flere deltagere viser til bachelorutdanningen, når de beskriver hvorfor de velger nettopp denne inndelingen. Enkelte fremhever at de har lært mye om dokumentasjon under studiet. Likevel er det ingen av ergoterapeutene som ser ut til å benytte en fast mal når de skriver rapportene.

Ergoterapeutene.org viser til ICF som ramme for struktur av rapporter (Ergoterapeutene.org,

2008). De har også utarbeidet «Veileder 2001:1, for rapportering og journalføring i ergoterapi», der det finnes ulike forslag til maler for bruk til utforming av rapporter. Ingen av ergoterapeutene oppgir at de har erfaring med bruk av denne veilederen. Enkelte deltagere fremhever for øvrig at de har en oppsummering avslutningsvis og de beskriver et skille mellom kognitiv og motorisk funksjon. Innenfor dette ser det ut til at rapportene består av fritekst. En deltager sa:

«Da blir det litt sånn fritekst, ja ... ehmm ... men, bare det å få skilt litt i forhold til ... det kognitive og det motoriske ... ja ...»

Hvordan pasientenes funksjonsnivå ellers blir beskrevet, er det ingen av deltagerne som utdyper i særlig grad. Strukturen på «friteksten» kan være av betydning for andre som leser rapportene. Dokumentasjonen kan fremstå som mer profesjonell og strukturert, dersom en tydelig mal anvendes og retningslinjer følges ved utarbeiding av rapporter, slik Backman et al. (2008) påpeker. Dette er også av betydning ved dokumentasjon etter observasjoner på treningskjøkken. Hedberg – Kristensson & Iwarsson (2009) fremhever i tillegg at dette har innflytelse på andre profesjoners forståelse av ergoterapeuters yrkesutøvelse.

En annen deltager oppga at mal for observasjon ved aktivitet på treningskjøkken var under utarbeiding da intervjuene ble gjennomført. To ergoterapeuter oppga at de aldri benyttet noen spesiell struktur ved journalføring, etter observasjoner på treningskjøkken. En ergoterapeut beskrev det slik:

«Nei, det er ikke noe mal ... overhode ... det er litt sånn ut i fra eget hode. Litt der og da, ut ifra hva som er observert»

Ulik praksis ved rapportskrivning ble nevnt av noen deltagerne. De opplever at ergoterapeuter ansatt på deres arbeidsplass strukturerer journalnotatene på ulikt vis etter observasjoner på treningskjøkken. Selv om de fleste benytter de samme hoved overskriftene, kan det resultere i store variasjoner når spesifikke kognitive og motoriske funksjoner beskrives.

Aktivitetsanalysen kan med det bli utvannet uten fagspesifikke beskrivelser, som kan viktig for samarbeidspartnere. Slike sprik i rapportstrukturen ved observasjoner på treningskjøkken, kan gi utfordringer med å forstå innholdet på rett vis, som vil være av stor betydning dersom flere ergoterapeuter arbeider med samme pasient. Dette er i tråd med Hedberg – Kristensson & Iwarsson (2009). På institusjoner der flere ergoterapeuter er ansatt, bør det være en felles forståelse av hvordan dokumentasjon av observasjoner på treningskjøkken bør struktureres. Jespersen et al. (2014) fremhever nettopp et slikt behov for enhetlig dokumentasjonspraksis.

Det ser ut til at deltagerne i min studie vil profitere på tilgang til sertifiseringsredskaper for å kvalitetssikre dokumentasjon av aktivitetsanalyser og funksjonsbeskrivelser, som er vesentlig ved observasjoner på treningskjøkken.

4.6.2 Lengde og omfang ved utforming av rapporter

Flere av ergoterapeutene forklarer at det kan være utfordrende å skrive rapporter etter observasjoner, slik de i utgangspunktet ønsker å journalføre funnene sine. De opplever at andre yrkesgrupper kan ha mer avgrensede beskrivelser i sin dokumentasjon, og ønsker ut i fra egen praksis mer kortfattede rapporter fra ergoterapeutene. Flere av deltagerne beskriver at de har fått innspill om dette. Kortfattede rapporter etter observasjoner på treningskjøkkenet, oppleves av ergoterapeutene som begrensende og utfordrende når de skal beskrive pasientenes funksjon og deltagelse i aktivitet. Deltagerne opplever i mange tilfeller at de ber om hjelp fra en kollega for å vurdere egen dokumentasjon, før dette lagres i journalsystemet. En deltager sa:

«Og så kommer du inn i et system der du overhode ikke, ... eller i liten grad kan du si, er interessert i beskrivelser. De vil ha vurderingen. Og der ... ja, det er ofte at vi ... vi må be hverandre om hjelp. Vi spør kollegaen ... kan du lese?»

Siden ergoterapeuter i stor grad har fokus på hvordan mennesker utfører og deltar i daglige aktiviteter, vil også rapportene omhandle slike beskrivelser. Det kan være utfordrende for ergoterapeuter å dokumentere observasjoner på treningskjøkken, dersom de ikke kan beskrive hva som er observert i særlig grad. Det kan se ut til at de da må hoppe over eller beskrive med stikkord, selve aktivitetsanalysen, og kun dokumentere en oppsummering eller en konklusjon etter observasjoner på treningskjøkken. Dette kan røre ved ergoterapeuters ideologi, grunnleggende prinsipper og kliniske virke. Ved utøvelse av klinisk ergoterapi er det essensielt å beskrive menneskers aktivitetsutførelse, samt deres utfordringer i aktivitet gjennom aktivitetsanalyse (Kielhofner, 2009). Når ergoterapeuter ikke har en fast struktur på rapporter kan det resultere i store variasjoner i omfanget av dokumentasjon ved observasjoner på treningskjøkken, slik også Jespersen et al. (2014) fant. Med bakgrunn i dette påpeker både Hedberg-kristensson & Iwarsson, (2012), Jespersen et al, (2014) og Backman, (2008) at ergoterapeuter har behov for å rette fokus på mer enhetlig opplæring av dokumentasjonsrutiner, og kan ifølge de bidra til å etablere mer struktur og helhetlige dokumentasjonsprosesser.

Noen av deltagerne opplever at de gjør lange notater fordi ulike områder av pasientenes utfordringer i aktivitet bør fremstilles. De fleste ergoterapeutene har fokus på rapportenes lengde, og mange opplever at de forsøker å begrense de mest detaljerte beskrivelsene, for å etterkomme andres ønske om korte rapporter. En ergoterapeut beskrev det slik:

«Vi gjør et langt notat fordi vi kartlegger mye forskjellig, også har vi jo fått litt tilbakemelding på at det ikke er helt greit når det blir for langt, fra leger og sånn, hvis andre skal lese det ...»

Når deltagerne oppgir at de kartlegger «mye forskjellig» viser de til deres helhetlige tilnærming til pasienten ved observasjonene på treningskjøkken. Innenfor ergoterapi ses mennesket i aktivitet som en helhet, der kropp og sinn anses som tett forbundet med hverandre, i samspill med omgivelsene (Kielhofner, 1995). Det kan være utfordrende for ergoterapeutene å skille ut deler av pasientenes funksjon ved utforming av rapporter. Dette kan også bidra til mindre strukturerte rapporter, samt unødvendig lange rapporter ved aktiviteter på treningskjøkken. Jespersen et al. (2014) anbefaler EVA - systemet, som er dannet med utgangspunkt i en mer detaljert og strukturert bruk av ferdighetsverbene i MoHO (Kielhofner, 1995). Deltagerne i min studie er kjent med ferdighetsverbene, men anvender de ikke på strukturert vis da dette krever litt mer omfattende beskrivelser av funksjon.

Deltagerne opplever en endring i hvordan de arbeider generelt, der de blir mer avgrenset innen spesielle fagfelt. Dermed kan det se ut til at rapportene etter observasjoner på treningskjøkken også blir farget av dette, og blir utformet som kortfattede og fagspisset dokumentasjon. Noen av ergoterapeutene beskriver at kolleger ofte ønsker en konklusjon på deres vurderinger eller kartlegging, men de ønsker i mindre grad informasjon om hvordan ergoterapeutene kommer frem til sine konklusjoner. Gode dokumentasjonsrutiner og kortfattede rapporter kan på den annen side gi deltagerne mer tid til pasienter, dersom de opplever at store deler av arbeidstiden går med til kontorarbeid, slik Leknes et al. (2014), Hripcsak et al. (2011) og Holmquist et al. (2009) viser til.

4.6.3 Observasjonsrapporter er et redskap for samarbeid og kommunikasjon

Flere av ergoterapeutene presiserer at rapportene blir lest av andre faggrupper og har av den grunn stor fokus på betydningen av å dokumentere arbeidet. Dokumentasjon etter gjennomført observasjon på treningskjøkken, ser dermed ut til å ha høy prioritet og blir skrevet så snart ergoterapeutene har mulighet. Ergoterapeuter videreformidler informasjon som kan være

nyttig for annet personale. Rapportene kan fungere som bakgrunn for god tverrfaglig kommunikasjon, dersom de blir lest av andre teammedlemmer. Når ergoterapeutene erfarer at rapportene deres jevnlig blir lest av kollegaer, fremstår det som positive erfaringer. En ergoterapeut sa:

«Jeg tenker at det er positivt ... eh ... at de leser det jeg har skrevet. Det sier jo noe om at de er interessert i hva jeg gjør, men det sier ikke noe om hvorfor de er interessert i det. Men sånn ... men, men ... men jeg opplever det som positivt og føler at det er ... noe interesse for det som jeg som ergoterapeut gjør. Hmhm ... så opplever det helt klart som positivt for samarbeidet»

Betydningen av hvem som leser, og hvor mange som leser ergoterapeutenes rapporter, ser ut til å ha betydelig innflytelse for hvordan innholdet i rapportene blir skrevet, samt hvordan de struktureres. Deltagerne opplever at hver enkelt medlem av teamet har fokus også på andre faggruppers observasjoner. Enkelte deltagere fremhever at de skjerper seg når de vet at andre leser rapportene deres. En deltager sa:

«Når jeg vet at det er mange som kan lese, og ... bruker kan spørre om å få lese, pårørende ... eller ... og ja ... hmmm ... teamet rundt meg og sånn ... det gjør at jeg skjerper meg og tenker at nå skal jeg skrive sånn at det er greit å lese både for bruker, og at resten av teamet skal få noe ut av det. Og jeg kan også sånn streife innom hjemmesykepleien, sånn kanskje dem ... hmhm ...»

Noen deltagere beskriver at teamene er avhengig av kunnskap fra ulike profesjoner for å samarbeide og kommunisere rundt pasientforløpene. Informasjonen flettes sammen, for å vurdere og anbefale mål og videre tiltak til det enkelte pasientforløp. Dette oppgir deltagerne som svært betydningsfullt for deres dokumentasjonsarbeid. Ergoterapeutene ønsker at deres rapporter skal være nyttige også for eksterne samarbeidspartnere. Eksterne samarbeidspartnere som hjemmetjenesten, ergoterapitjenesten og fysioterapitjenesten, kan også dra nytte av rapportene fra observasjoner på treningskjøkken. Leserne kan fremstå som motivatorer og har positiv innflytelse på hvordan ergoterapeutene dokumenterer observasjonene, samt hvordan de uttrykker seg skriftlig i rapportene. Interessen for ergoterapeutenes funn ved blant annet observasjoner på treningskjøkken kan gi opplevelsen av å være av viktig del av teamet. Deltagerne kan oppleve en form for bekreftelse og positiv tilbakemelding på at deres fagutøvelse er av betydning for teamet og pasientene, slik Holmquist et al (2009) påpeker. Ut ifra deltagerens erfaringer kan det se ut til at rapporter

etter observasjoner på treningskjøkken, kan stimulere til bedre tverrfaglig samarbeid og god kommunikasjon innad i teamene.

Noen deltagere opplever at de også rapporterer funn fra observasjoner på treningskjøkken i uformelle samtaler, i tillegg til tverrfaglige møter. Deres rapporter er ikke nødvendigvis lest før slike samtaler, men dette ser ikke ut til å ha særlig innvirkning for samarbeidet ved slike mer uformelle samtaler. Flere av ergoterapeutene viser til tverrfaglig møter som arena der de kan legge frem og observasjonsrapportene sine, og stille spørsmål. De opplever her at de kan utdype informasjonen i rapportene, som gir grunnlag for diskusjon og innspill i tverrfaglig møter og oppsummeringsmøter. En deltager beskrev dette slik:

«Det går litt på at en kan diskutere ting ... eh ... at jeg kan gå, hvis jeg har observert noe ... ja, på kjøkkenet, så kan jeg gå å diskutere litt, hva er det her ... ja, ... hva tenker du, hva kan vi gjøre videre, ja... så bruker det som en sånn diskusjons ... ja, utgangspunkt for diskusjon ... hmhm...»

Kommunikasjon er essensielt i tverrfaglig arbeid, og deltageres rapporter videreformidles nesten alltid skriftlig, men også i stor grad muntlig. Chen et al. (2012) fremhever at tverrfaglige team med mindre gode systemer for kommunikasjon og dokumentasjon, har ekstra behov for gode verktøy ved kartlegging, samt gode dokumentasjonsrutiner. Dersom rutiner og struktur ved dokumentasjon er utydelig, kan muntlig videreformidling av funn fra observasjoner på treningskjøkken, spille en vesentlig rolle når denne informasjonen videreformidles. Chen et al. (2012) påpeker også dette, og fremhever at uformelle tverrfaglige diskusjoner kan være betydningsfulle supplement til skriftlig dokumentasjon, selv om disse kan ha både positive og negative sider.

4.7 Essensen av ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken

I dette kapittelet vil jeg trekke ut essensen ved fenomenet, - ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken. Creswell, (2007) beskriver essensen som det kulminerende aspektet ved analysen. Av den grunn beskriver jeg nå det som fremstår som hovedemnene av ergoterapeutenes erfaringer ved fenomenet som undersøkes. Jeg vil kort forklare hva og hvordan deltagerne erfarer problemstillingene i denne studien. Strukturelle rammer som kontekst og setting blir også

trukket inn i beskrivelsen av essensen. Ut ifra dette blir alle delene av analysen satt i sammenheng med hverandre (Creswell, 2007).

4.7.1 Essensen

Essensen av funnene i denne studien består av hovedemnene: *tid, anvendelse av vurderingsredskap, rutiner ved dokumentasjon, vaner ved valg av aktiviteter, pasientenes opplevelse av mestring i trygge omgivelser, og samarbeid og kommunikasjon,*

Tid er en faktor som alle ergoterapeutene beskriver som viktige i forbindelse med observasjoner på treningskjøkken. Tid og ressurser ligger som en «ramme» om deres kliniske arbeid, og fremstår som kanskje den mest innflytelsesrike faktoren i deres arbeidshverdag. Tid og ressurser influerer ved planlegging og gjennomføring av observasjoner, og ved valg av metode og redskap ved aktivitet på treningskjøkken. Med tidsmangel og få ressurser erfarer deltagerne tøffe prioriteringer av arbeidsoppgaver og hurtige endringer arbeidshverdagen. Flere av deltagerne må ofte prioritere bort observasjoner på treningskjøkken grunnet tidspress eller mangel på ergoterapiressurser.

Nesten alle ergoterapeutene *anvender observasjonsredskap* ved observasjoner på treningskjøkken. De fleste deltagerne oppgir at de ikke anvender valide redskap i sine observasjoner, selv om halvparten av deltagerne er AMPS sertifisert. Deres kunnskap om redskap kommer ikke tydelig frem, siden nær sagt alle deltagerne benyttet ferdighetsverbene i MoHO, (Kielhofner, 1995) eller «hjemmesnekrede» sjekklister. Deltagerne erfarer kjente, hjemmelagede verktøy som enkle og kjappe løsninger når de velger -og anvender redskap ved observasjoner på treningskjøkken. Mangel på tid er bakgrunnen for disse løsningene ved valg av redskap i observasjoner.

Ergoterapeutenes erfaringer viser at de ikke benytter faste maler ved *dokumentasjon* etter observasjoner på treningskjøkken. De beskriver en struktur i rapporter med en grov inndeling etter motoriske og kognitive -eller prosessferdigheter, etter eget hode. De benytter dokumentasjonen etter observasjoner på treningskjøkken ved tverrfaglige møter, uformelle samtaler med kolleger, samt ved planlegging av videre tiltak, og planlegging av utreise til hjemmet eller til andre institusjoner. Samarbeidspartnere ønsker ofte at rapporter etter observasjoner skal være kortfattede. Det kan være utfordrende når de utformer rapportene. Deltagerne benytter tilnærmet lik struktur på sine hjemmesnekrede verktøy og struktur ved rapporter etter observasjoner.

Når ergoterapeutene *velger aktiviteter* på treningskjøkkenet, avgjøres dette ut ifra ergoterapeuten sine *vaner* og pasientens etablerte *vaner* fra hjemmet. Ergoterapeutene har gjerne flere alternativer av aktiviteter som pasientene kan velge. Pasientene kan velge aktivitet ut i fra ergoterapeutenes anbefalinger, og utføre de etter tilnærmet samme mønster som de gjør i hjemmet. Nye aktiviteter og nye omgivelser slik som treningskjøkken, introduseres ikke til pasienter med lavt kognitivt funksjonsnivå.

Deltagerne oppgir at de legger til rette for pasientenes *opplevelse av mestring i trygge omgivelser*, og fremhever at de strukturelle, og fysiske omgivelsene på treningskjøkkenet er egnet for observasjon. Deltagerne fremhever at egnede og trygge omgivelser innvirker på pasientenes mestringsfølelse og motivasjon på treningskjøkken. De beskriver at pasienter med lavt kognitivt funksjonsnivå sjelden opplever mestring i nye omgivelser, og kan bli mer utrygg og forvirret på treningskjøkken. Settingen ved aktiviteter på treningskjøkken fremheves som svært vesentlig, da den kan være av spesiell betydning for å utvikle gode relasjoner med pasientene.

Ergoterapeutene oppgir at *samarbeid og kommunikasjon* med pasient, pårørende og kollegaer er vesentlig i forbindelse med observasjoner på treningskjøkken. Deltagernes fremhever at samarbeidet er av stor betydning for god klinisk yrkesutøvelse, god rehabilitering og gode pasientforløp. Ergoterapeutene erfarer at funn etter observasjoner på treningskjøkkenet gir viktig informasjon om kognitiv status ved planlegging av tiltak og ved utreise til hjemmet og er vesentlig for å gi konkrete tilbakemeldinger til pasient og pårørende.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg belyse essensen av funnene i denne studien med bruk av tidligere forskning, teori om kunnskap, kunnskapsbasert praksis og klinisk resonnering i ergoterapi, samt teori om dokumentasjon. Avslutningsvis vil jeg belyse styrker og svakheter ved studien og beskrive implikasjoner for praksis, samt eksemplifisere muligheter for videre forskning.

5.1 Tid – en dominerende faktor for hvordan ergoterapeuter arbeider ved observasjoner på treningskjøkken.

5.1.1 Et spørsmål om økonomi

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at ergoterapeutene vektlegger mangel på tid og ressurser som avgjørende faktorer i deres daglige arbeid. Tidspress innvirker på deres valg og prioriteringer i forhold til kartlegging, tiltak og planlegging av pasientarbeid. Dette er i tråd med tidligere forskning (Holmquist et al. 2009; Leknes et al. 2014; Horghagen et al. 2015). Dette knyttes til observasjoner på treningskjøkken da mangel på tid ser ut til å innvirke slik at de velger bort observasjonene til fordel for pasientarbeid som er mindre omfattende og tidkrevende (Leknes et al. 2014). Tidspresset ser dermed ut til å være en svært avgjørende faktor for om – og hvordan ergoterapeutene gjennomfører observasjoner på treningskjøkken. Dersom deltagerne erfarer et press på å velge metoder med mindre fokus på aktivitet og deltagelse, slik som ved observasjoner, kan ergoterapeuter ha utfordringer med å arbeide etter gjeldende politiske føringer med fokus på en kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008; Ergoterapeutene.org, 2009; St. melding 19, 2014/2015).

Regjeringen vektla i 2013 å bedre kvaliteten på helsetjenestene i Norge. Områder som nevnes er blant annet å etablere en kvalitetsorientert ledelse, opprette systemer som bidrar til bedre kvalitet på tjenestene, og etablere en lærende kultur i hele helsetjenesten (Helse –og omsorgsdepartementet, 2013). Det kan i mange tilfeller være et økonomisk spørsmål hvordan kompetanse opprettholdes og utvikles på arbeidsplassene. Dette innvirker ned til den enkelte arbeidstager, og kan også være gjeldende ved observasjoner på treningskjøkken. Denne type arbeidsoppgaver kan være tid -og ressurskrevende ifølge deltagerne. Ergoterapeutene i denne studien beskriver også at de i mange tilfeller må velge bort aktiviteter på treningskjøkken, til fordel for mindre tidkrevende og omfattende oppgaver med pasientene. Solberg regjeringen

påpeker også i St. melding 19 (2015) at det skal satses på faglig støtte og bedre koordinering av statlige overføringer. Begrunnelse for dette er å sikre systematisk utvikling og bruk av evidensbasert kunnskap i folkehelsearbeidet. Ut i fra dette ligger blir en del ansvaret overført til arbeidsgiverne.

Når deltagerne i denne studien beskriver at de ikke har tid til å benytte valide observasjonsredskap i arbeidet, kan øket tilgang til kurs om nyttige verktøy og anvendelse av kunnskapsbasert praksis være av betydning. Dersom arbeidsgiver ut ifra økonomiske prioriteringer kan tilrettelegge for å skape en kultur på arbeidsplassen der kunnskapsbasert praksis kan læres, utvikles og gjennomføres, kan ergoterapeuter i større grad utføre sitt klinisk arbeid med et kunnskapsbasert fundament. Dette kan i så tilfelle innvirke i stor grad på kvaliteten av tjenestene, slik regjeringen vektlegger i St. Melding 11 (Regjeringen, 2013). En slik ansvarsfordeling kan på sikt støtte opp og motivere til en kunnskapsbasert tilnærming, samt styrke forholdet mellom forskning og klinisk ergoterapi (Mangen, 2009; Nortvedt, et al. 2012). Deltagerne i denne studien vil dermed få en strukturert fremgangsmåte for tilgang på forskning og oppdatert kunnskap, som kan bidra til å kvalitetssikre deres observasjoner på treningskjøkken. Det kan forøvrig være vanskelig å gjennomføre en slik praksis dersom arbeidsgiverne ikke prioriterer dette. En kunnskapsbasert tilnærming bidrar til klientsentrering og individuelt tilpassede pasient forløp, som er i tråd med helsetjenestenes mål (Berg, 2010; Taylor, 2009; Hole, 2008), samt beskrivelser av ergoterapeuters yrkesutøvelse (Ergoterapeutene.org, 2009).

5.1.2 Tidspress innvirker for valg av metode og redskap

Ergoterapeutene i denne studien benytter enkle og praktiske løsninger når de velger redskap og aktiviteter ved observasjonene. Bakgrunnen for dette er tidspress i arbeidshverdagen, eller mangel på redskap. Dette er i tråd med tidligere forskning og er en kjent utfordring for ergoterapeuter (Holmquist et al. 2009; Leknes et al, 2014; Provencher et al, 2013). Deltagerne oppgir å benytte observasjonsverktøyene ferdighetsverb i MoHO (Kielhofner, 1995) og AMPS (Fisher, 1998), samt «hjemmesnekrede» sjekklister strukturert etter ferdighetsverbene. Tidspress og få ressurser kan lede til ustrukturert metoder, og valg av redskap som ikke er validert, eller standardisert. Dersom ergoterapeuter skal ha mulighet til å arbeide kunnskapsbasert, er det vesentlig at valide verktøy er tilgjengelig (Josman & Birnboim, 2001). Det finnes flere verktøy til anvendelse ved observasjoner som avdekker kognitiv svikt (Sansonetti & Hoffman, 2013). Utfordringen ligger i at svært få av de er standardisert, samt at

enda færre verktøy er testet for validitet og reliabilitet (Josman & Birnboim, 2001). Svært få av redskapene er utviklet i Norge, noe som også skaper utfordringer med språk og forståelse, samt at de ikke er validert for norske forhold (Horghagen, et al. 2014). Med utgangspunkt i at nåværende politiske føringer fokuserer på at helsetjenestene og ergoterapeuter skal arbeide kunnskapsbasert, er dette en utfordring. Valide og standardiserte verktøy ikke er så lett tilgjengelig for mange ergoterapeuter, spesielt ikke til bruk ved observasjoner. Selv om de fleste ergoterapeuter har en positiv holdning til KBP (Upton et al. 2014; Horhagen et al. 2015), vil ikke dette nødvendigvis hjelpe. Dersom ergoterapeutene ikke kan tilegne seg nødvendig kunnskap om verktøy, vil det bli utfordrende å anvende de i klinikken. Kun en deltager i denne studien oppgir at hun benytter AMPS etter manualen regelmessig, selv om halvparten av deltagerne var sertifisert for AMPS. De andre deltagerne erfarte AMPS som et rigid, omfattende og tidkrevende verktøy i deres arbeidshverdag. Dette er i tråd med Leknes et al. (2014). Dermed ser det ut til at også ergoterapeuter med AMPS sertifisering mangler tilgang på gode verktøy ved observasjoner på treningskjøkken av pasienter med kognitiv funksjonssvikt. Disse deltagerne oppga også at verktøyet ikke var egnet ved observasjoner der pasienten har svært redusert kognitiv funksjon. Dette står i kontrast til forskning som viser at AMPS skal være et svært godt egnet verktøy til bruk ved observasjoner. I tillegg anses det som svært klientsentrert (Josman & Birnboim, 2001; Wæhrens & Fisher, 2006; Wæhrens, 2008). AMPS er ifølge Josman & Birnboim, (2001) det verktøy som best vurderer aktivitetsutførelse ved aktiviteter på kjøkken og er det mest omfattende verktøyet, fordi det kan gi god informasjon innen både motoriske og kognitive funksjonsvansker.

AMPS-kursene er omfattende og rettet mot detaljert klinisk kunnskap om observasjoner. Denne kunnskapen er ikke alene teoretisk kunnskap, men her øves også praktiske ferdigheter ved observasjonene og ergoterapeuters kliniske blikk. Siden AMPS - kursene er kostbare kan kompetanseheving innen dette området bli et økonomisk spørsmål på mange arbeidsplasser. Kan dette være bakgrunnen til at kommunale ergoterapeuter i mindre grad besitter denne kompetansen? Ergoterapeuter og andre helseprofesjoner ansatt i kommunale rehabiliteringsenheter er ikke ment å være spesialister (Helsedirektoratet, 2015). Ut i fra dette kan de i mange tilfeller ha færre ressurser enn spesialistene, som også kan gi mindre tilgang på spesialiserte kurs. Studier viser også at ergoterapeuter ansatt i kommunal sektor benytter undersøkelses- og vurderingsredskap i mindre grad sammenlignet med ergoterapeuter som er ansatt i privat eller statlig sektor (Hagby et al. 2013; Horhagen et al. 2015). Kommunale ergoterapeuter ansatt i rehabiliteringsavdelinger bør ha mulighet til å arbeide etter gjeldende

standarder og benytte validerte verktøy ved observasjoner og standardiserte tester (Helsedirektoratet, 2010; Helse –og omsorgsdepartementet, 2015).

Ergoterapeuter med virke innen kommunal rehabilitering, står mellom spesialisten på sykehuset og generalisten i ergoterapitjenesten. Hagby et al. (2013) fant i sin studie at den gjennomsnittlige ergoterapeut ble utdannet for 15 år siden. Kunnskapsbasert praksis var den gang ikke innlemmet i bachelorutdanningene med samme tyngde som det er i dag. Med bakgrunn i dette kan det være behov for kompetanseheving innen KBP blant kliniske ergoterapeuter utdannet før begynnelsen av 2000 tallet. I et langsiktig perspektiv kan det være at KBP også gir mer effektivitet i deres arbeid og innvirker for bedre utnyttelse av arbeidstiden. Standardiserte prosedyrer og rutiner ved observasjoner kan i et langsiktig perspektiv innvirke slik at observasjoner blir trygt og enkelt etter en tids bruk. Samtidig kan det bidra til at ergoterapeuter oppnår enklere og mer effektiv tilgang på forskningskunnskap og valide verktøy. Det kan også bidra til at deltagerne i denne studien oppnår bedre kvalitetssikring av deres observasjoner, samt at utøvelsen praktiseres etter gjeldende pålegg (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008; Ergoterapeutene.org, 2009; Regjeringen, 2015). Det kan være hensiktsmessig å gi opplæring i bruk av valide redskap til ergoterapeuter i klinikken, slik at de får større tilgang til validerte, standardiserte verktøy til bruk ved observasjoner også på treningskjøkken (Holmquist et al. 2009; Sansonetti & Hoffman, 2013; Hagby et al. 2013; Leknes et al. 2014 og Horghagen et al. 2015).

Med stort antall pasienter og liten «liggetid» er kanskje ikke forholdene lagt til rette for utøvelse av KBP på arbeidsplassen, slik at de kan søke etter og lese artikler (Mangen, 2009). Denne kunnskapen kan dermed bli ignorert til fordel for pasientarbeid og dokumentasjonsarbeid, da KBE kan være tidkrevende (Hagby et al. 2014). Deltagerne i denne studien oppgir bruk av «hjemmesnekrede» observasjonsverktøy som en enkel løsning. Dersom man i klinikken ikke har tid til å anskaffe og anvende nyere forskning, kan det indikere for stor avstand mellom forskning og praksis. Ergoterapeutene i denne studien ser ut å benytte deres brukerkunnskap og erfaringsbaserte kunnskap, når de beskriver at de har MoHO ferdighetsverb i «bakhodet» ved observasjoner på treningskjøkken. Dersom deltagerne i denne studien hovedsakelig arbeider med utgangspunkt i sin brukerkunnskap og erfaringsbaserte kunnskap, kan de oppleve at utviklingen av deres ekspertkunnskap blir skjøvet til side på grunn av tidspress. Deres kunnskapsbase bør bestå av både profesjonell og personlig kunnskap (Higgs & Titchen, 1995). Studier peker på et uttalt behov for kompetanseheving og opplæring i KBP og KBE blant ergoterapeuter i klinikken. (Holmquist,

2009; Leknes et al. 2014; Bonsaksen et al. 2015; Horghagen et al, 2015). Mer kunnskap om KBP og KBE, kan også sikre kontinuitet i deres kunnskapsutvikling som er vesentlig for klinikere innen alle profesjoner (Higgs & Titchen, 1995). Dette kan også være gjeldende ved observasjoner på treningskjøkken.

5.1 Dokumentasjon av observasjoner på treningskjøkken

Deltagerne i denne studien beskriver at deres dokumentasjonsrutiner ved observasjoner av pasienter på treningskjøkken innebærer en grovinndeling av motorikk –og prosessferdigheter. Utgangspunktet for denne inndelingen er hentet fra MoHO, der menneskers ferdigheter blir beskrevet og inndelt i blant annet kognitive og motoriske ferdigheter (Kielhofner, 1995). Det er utviklet flere maler for dokumentasjon av ergoterapi intervensjon. Ergoterapeutene henviser til flere modeller i ergoterapi som kan anvendes ved utforming og maler i rapporter (Norsk Ergoterapi Forbund, 2001). Det kan for øvrig se ut til å være lite informasjon om hvordan observasjoner og aktivitetsanalyser bør dokumenteres.

Norsk ergoterapeut forbund påpeker at skriftlig rapportering og journalføring er av stor betydning for å oppnå kontinuitet og helhetlig oppfølging av den enkelte pasient (Norsk ergoterapeut forbund, 2001). Ergoterapeuter skal arbeide kunnskapsbasert (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008; Ergoterapeutene.org, 2009; Nordtvedt et al. 2012; Horghagen et al. 2015). Likevel ser det ut til at fokus i mindre grad er rettet mot prosesser ved dokumentasjon og dokumentasjonsrutiner. Dersom ergoterapeuter ikke har tilgang på gode verktøy ved observasjoner på treningskjøkken, kan dette innvirke ved utforming og struktur på deres rapporter etter observasjonene. Utfordringen ligger i at kun en liten andel av observasjonsverktøyene er standardisert og testet for validitet og reliabilitet, eller validert for norske forhold (Josman & Birnboim, 2001; Sansonetti & Hoffman, 2013; Horghagen et al. 2015). Hvis dette innvirker negativt for utforming av rapporter etter observasjoner, kan mangel på gode observasjonsredskap innvirke i neste ledd som er dokumentasjonsprosessen.

Deltagerne i denne studien oppgir at struktur og innhold i rapporter etter observasjoner kan variere fra person til person ansatt på samme arbeidsplass. I Veileder 2001:1, beskriver Ergoterapeutene.org (2009) muligheten for å danne egne maler på den enkelte arbeidsplass. De anbefaler å ta utgangspunkt i ulike arbeidsmodeller innen ergoterapi ved utforming av rapporter. Her anbefales også bruk av ICF, som en mulighet til å oppnå struktur på rapporter, slik Høyem & Tørnquist (2010) beskriver. Flere forskere fremhever behovet for en enhetlig

begrepsbruk ved utforming av rapporter, som også er gjeldende ved observasjoner på treningskjøkken (Jespersen et al. 2014; Skøyen et al. 2014; Hedberg-Kristensson & Iwarsson, 2009). Dette kan ses som en kontrast til Ergoterapeutene.org (2009) sin veileder. Dersom ergoterapeuter kan velge mellom fire eller fem arbeidsmodeller/teorier som utgangspunkt ved utforming av observasjonsrapporter, kan dette gi sprik i dokumentasjonsrutinene blant ergoterapeuter (Jespersen et al. 2014). Dette er av særlig betydning hvis teoriene og modellene i tillegg tolkes på ulike vis.

Ergoterapeuter kan i større grad knytte sine rutiner ved rapportering og dokumentasjon til KBP. Det kan fremheves en mer tydelig sammenheng mellom kunnskapsbasert profesjonsutøvelse til ergoterapeuters dokumentasjonsprosesser. Dette kan fremme en kvalitetssikring av dokumentasjonsprosesser i ergoterapi og gi øket bevissthet om KBP og dokumentasjonsrutiner blant ergoterapeuter (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008). Ergoterapeuter bør kommunisere med et felles språk og enes om en felles struktur og terminologi ved utforming av rapporter. Dette er av betydning hvis målet er enhetlige dokumentasjonsprosedyrer (Høyem & Tørnquist, 2010; Jespersen et al. 2014). Studier viser at planlagt bruk av nøkkelord i rapporter, kan gi rapportene bedre struktur (Ergoterapeutene.org 2009; Hedberg-Kristensson & Iwarsson, 2009; Jespersen et al. 2014; Backman et al. 2013)

Noen observasjonsredskaper kan også anvendes som mal ved utforming av rapporter etter observasjoner. De kan være aktuelle redskap som kan bidra til bedre struktur på rapportene (Ellingham, 2012). EVA – systemet er et eksempel på hvordan ergoterapeuter kan systematisere informasjon om kognitiv funksjon ved for eksempel aktiviteter på treningskjøkken (Ellingham, 2012; Jespersen et al. 2014.) Felles terminologi ved dokumentasjon kan også være av betydning for kommunikasjonen i tverrfaglig team, og kan styrke ergoterapifagets profesjonalitet ved samarbeid med andre faggrupper (Chen et al. 2012). Deltagerne i min studie oppgir ingen slike maler når de utformer rapporter etter observasjoner på treningskjøkken. Strukturen på deres rapporter kan variere fra person til person ansatt på samme arbeidsplass, selv om de i grove trekk benytter overskriftene kognitiv og motorisk funksjon. Skøyen et al. (2014) laget egen mal for dokumentasjon ved observasjoner på treningskjøkken, strukturert etter ferdighetsverbene. De oppgir at malen gjør rapportskrivningen effektiv, som også sikrer at viktige punkter i kartleggingen blir dokumentert. Backman et al. (2008) fant at de fleste ergoterapeutene i deres studie, strukturerte rapportene sine etter aktivitet og deltagelseskomponentene i ICF, som også være en mulighet ved strukturering av observasjonsrapporter.

Noen av deltagerne i denne studien oppgir at de opplever det som utfordrende å skrive svært kortfattede observasjonsrapporter. En av de mest betydningsfulle områdene i ergoterapi er å beskrive og analysere menneskers utførelse og deltagelse i aktivitet (Kielhofner, 1995, 2003, 2008, 2009; Kinn, 2006; Wæhrens, 2008). Observasjonene kan være grunnlaget for å definere mål og avgjøre videre behandling (Alve, 2007). Ergoterapeutenes faglige grunnlag kan bli visket ut dersom konklusjonen alene blir journalført. Deres helhetlige tilnærming i pasientarbeidet kan bli redusert dersom de ikke kan sette ord på sine resonneringsstrategier (Mattingly & Fleming, 1994; Unsworth, 2004). Ergoterapeuter kan også bli trukket mot en biomedisinsk forståelse av helse, der beskrivelser av menneskers erfaringer blir skjøvet til side til fordel for konkret kunnskap om kognitive og motoriske funksjoner, beskrevet med tall og avgrensede oppsummeringer. Dette kan oppleves med ambivalens, da analyser av menneskers deltagelse i aktivitet er grunnleggende kunnskap innen ergoterapi (Kielhofner, 1995, 2003, 2008, 2009; Kinn, 2006; Wæhrens, 2008).

Arbeidsgiver bør være en ansvarlig premissleverandør og være styrende for de rammer som er gjeldende for dokumentasjon på den enkelte arbeidsplass (Helse –og omsorgsdepartementet, 2001). For å integrere og utvikle eksisterende dokumentasjonsrutiner mot en kunnskapsbasert struktur, er lederforankring av stor betydning (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008). Deltagerne i denne studien beskriver at rapportene etter observasjoner også kan være et utgangspunkt for kommunikasjon med kolleger i tverrfaglig team og eksterne samarbeidspartnere. Innen rehabilitering og geriatri, er ICF en aktuell ramme for utforming av rapporter, og er kjent for å bidra til bedre tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid (Høyem, 2007; Høyem & Tørnquist, 2010). Struktur og innhold i rapporter kan variere på arbeidsplassene (Høyem, 2007; Norsk ergoterapeut forbund, 2001; Ergoterapeutene.org, 2009). Av den grunn bør arbeidsgiver være deltagende med innspill og retningslinjer, slik at god kommunikasjon og dokumentasjon på arbeidsplassen blir et felles ansvar (Chen et al. 2012).

5.1.1 Vaner ved valg av aktivitet - av betydning for pasient og ergoterapeut

Deltagerne i min studie oppga at de benytter pasientenes sine vaner og deres egne vaner som utgangspunkt for valg av aktivitet på treningskjøkkenet. De ønsker at pasientene skal utføre aktivitetene tilnærmet slik de gjør i hjemmet, etter samme «aktivitetsmønster» som de benytter der. Deltagelse i aktivitet har nær relasjon til pasientenes identitetsfølelse og følelsesmessige reaksjoner, som spiller inn på deres evne til å tilpasse seg aktiviteter (Williams & Murray, 2012). Dersom ergoterapeuter tar utgangspunkt i pasientenes vaner og

identitetsfølelse ved aktiviteter på treningskjøkken, kan det ses slik at de oppmuntrer pasienter til å ta aktivt del i avgjørelser som omhandler deres egen rehabiliteringsprosess. Dette er en del av ergoterapeutenes samhandlingsresonnering sett i lys av klinisk resonnering i ergoterapi (Johnsen, 2011; Ergoterapeutene.org, 2009). Når pasient og ergoterapeut sammen velger aktivitet, benytter ergoterapeutene informasjon om pasienten, egne erfaringer, og fagkunnskap i samhandling med pasientene (Jamtvedt & Nortvedt, 2008; Ergoterapeutene.org, 2009). De tre resonneringsspoene narrativ resonnering, prosedyreresonnering og samhandlingsresonnering, ser ut til å bli anvendt om hverandre (Ergoterapeutene.org, 2009; Mattingly & Fleming, 1994). Klinisk resonnering med bakgrunn i fagkunnskap og erfaring er nødvendig for å anvende kunnskapsbasert ergoterapi i klinisk arbeid (Ergoterapeutene.org, 2009; Johnson, 2011). Det er likevel noe usikkerhet vedrørende komponenten prosedyreresonnering i deltagerens resonneringsprosess, da forskningskunnskap opprinnelig skal innlemmes i denne delen av arbeidsprosessen for KBP (Jamtvedt & Nortvedt, 2008; Ergoterapeutene.org, 2009).

Pasientenes aktivitetsvaner og ergoterapeutenes erfaringer og arbeidsvaner, kan være komponenter som bidrar til motivasjon og mestring blant pasientene i aktivitet på treningskjøkken (Kielhofner, 2008; Provencher et al. 2013; Gausdal et al. 2015). I denne studien dannet deltagerens personlige erfaringer grunnlaget for valg av aktiviteter ved observasjoner på treningskjøkken. Erfaring er en vesentlig komponent innen profesjonskunnskap når den samspiller med teoretisk og praktisk kunnskap (Higgs & Titchen, 1995; Grimen, 2008, 2010; Molander & Smedby, 2013). Når ergoterapeuter observerer i aktivitet, kan det være et eksempel på anvendelse av kunnskapsformer som forener praktisk og teoretisk kunnskap. Denne kunnskapsformen omtales som profesjonskunnskap og kan også beskrives som ekspertise innen profesjoners yrkesutøvelse (Higgs & Titchen, 1995; Grimen, 2008; Molander & Smedby, 2013). Ergoterapeuters profesjonskunnskap kan fremtre som et kontinuum i deres kliniske arbeid etter hvert som erfaringsgrunnlaget utvikles hos den enkelte terapeut. Denne type kunnskap kan være av betydning for å utvikle ekspertise og et godt klinisk blikk (Molander & Smedby, 2013). Et godt klinisk blikk kan influere positivt ved valg av aktiviteter på treningskjøkken. Den kan også være en betydningsfull del av ergoterapeutens resonneringsprosess som en taus kunnskap i pasientarbeidet (Higgs & Titchen, 1995; Johnson, 2011,).

5.2 Ergoterapeutene tilrettelegger omgivelsene for pasientenes mestring

Ergoterapeutene i denne studien oppgir at de fysiske og sosiale omgivelsene på treningskjøkkenet influerer i pasientenes aktivitetsutførelse under observasjoner på treningskjøkkenet. Omgivelsene kan fremstå som et positivt bidrag for pasientenes opplevelse av mestring (Kielhofner, 2008). Mestringsfølelsen kan gi motivasjon til videre opptrening, og er av betydning for både pasient og ergoterapeut når de arbeider på treningskjøkken. Dersom de fysiske omgivelsene er tilrettelagt for pasientens funksjonsnivå, både motorisk og kognitivt, kan det være større sannsynlighet for at pasienten opplever mestring (Skær og Niva, 2005). Det oppstår et samspill mellom pasient og omgivelsene som kan innvirke positivt for pasientens aktivitetsutførelse (Kielhofner, 1995, 2003, 2008; Skær & Niva, 2005). Deltagerne tilrettelegger omgivelsene etter det enkelte individets behov, og kan anvende narrativ resonnering og prosedyre resonnering når de reflekterer rundt hvordan de best kan tilrettelegge (Johnson, 2011). Ifølge mine funn samhandler pasient og ergoterapeut ved aktivitetsutføring. Her innvirker trygge omgivelser på treningskjøkkenet positivt for pasientens opplevelse av mestring, ifølge deltagerne.

Det kan ofte foregå en veksling mellom de ulike resonneringssporene (Mattingly & Fleming). Dersom deltagerne observerer at pasientens funksjonsnivå endrer seg, må ergoterapeuten endre omgivelsene og endrer samtidig sin resonnering. I dette ligger en helhetlig tilnærming til resonneringsstrategiene ergoterapeutene anvender i sitt kliniske arbeid (Mattingly & Fleming, 1994; Unsworth, 2001). Dette er ikke nødvendigvis en artikulert resonneringsprosess, og kan i stor grad fremstå som en form for taus kunnskap, slik Johnson (2011) beskriver. Denne kunnskapsformen kan være erfaringsbasert og intuitiv. Ergoterapeutene ser ut til å anvende både teoretisk og praktisk kunnskap for å stimulere i trening og tilrettelegge omgivelsene, slik at pasienten kan oppleve større grad av mestring ved aktiviteter på treningskjøkken. Dette er også i tråd med beskrivelser innen utvikling av ekspertise som en form for taus kunnskap (Molander & Svendby, 2013; Grimen, 2008). Det foreligger usikkerhet om hvilken grad deltagerne i min studie anvender forskningskunnskap i sin resonneringsprosess og arbeidsprosess. Kunnskap fra oppdatert forskning bør være et betydningsfullt supplement til ergoterapeutenes kliniske erfaring (Jamtvedt & Nortvedt, 2008; Ergoterapeutene.org, 2009; Johnson, 2011). I følge mine funn er det ingen av deltagerne som i stor grad vektlegger forskningsbasert kunnskap i sitt arbeid på treningskjøkken. Omgivelsene og konteksten kan spille en avgjørende rolle for hvordan ergoterapeutene kan anvende de tre

kunnskapsformene innen KBP. Da konteksten bør stå som en ramme om de ulike kunnskapsformene (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008; Nordtvedt, et al. 2012). Når deltagerne i min studie ikke vektlegger KBP i sine beskrivelser av observasjoner, kan dette også bety at innholdet i begrepet KBP kan forstås på ulikt vis. Deltagernes referanser og erfaringer kan gi ulik forståelse av begrepet, og det er mulig innholdet i begrepet er en større utfordring enn arbeidsmetodene til ergoterapeutene.

Deltagerne i min studie utfører i liten grad observasjoner i pasientens hjem, og oppgir samtidig at de anser aktiviteter på treningskjøkken som lite egnet for pasienter med svært redusert kognitiv funksjon. Likevel hevder Porvencher et al. (2013) og Skær & Niva (2005) at tilrettelegging for aktiviteter på treningskjøkken er av stor betydning for pasienter med kognitiv svikt, da overføringsverdien til situasjonen i hjemmet er stor. Samtidig hevder de at det kan gi indikasjoner på grad av selvstendighet i hjemmet. Tilrettelagte omgivelser kan gi opplevelse av trygghet og større arbeidskapasitet (Skær & Niva, 2005). Når deltagerne i min studie veileder pasientene i oppgaver på treningskjøkken, benytter de klinisk resonnering i sitt samarbeid med pasienten (Unsworth, 2004). I denne sammenhengen spiller omgivelsene inn som kontekst for utførelse av oppgavene. Dersom konteksten oppleves som god for pasienten, kan det gi ergoterapeutene større mulighet til å gjøre pasienten aktive i eget liv (Johnson, 2011). Dette er av stor betydning for pasienter med kognitive utfordringer da de i mindre grad opplever mestring i nye omgivelser (Porvencher et al. 2013; Skær & Niva, 2005). Unsworth (2004) hevder også at ergoterapitiltak ofte er influert av ergoterapeutenes egen motivasjon, verdier og tro. Likevel viser hun til Barris (1987) som påpeker at omgivelsene har større betydning for terapeutens kliniske resonneringsprosess, sammenlignet med den innflytelse ergoterapeutens personlige tro og holdninger har for resonneringsprosessen. Konteksten på treningskjøkken kan ut i fra dette ha stor innflytelse ved observasjoner på treningskjøkken. Innen KBP kan konteksten bestå av bakenforliggende elementer som økonomi, politikk og kultur som også er en del av ergoterapeutenes miljø (Nordtvedt et al. 2012; Mangen, 2009; Jamtvedt & Nordtvedt, 2008;) Med bakgrunn i dette kan deltageres individuelle erfaringer innvirke for hvordan de forstår konteksten og anvender sin kunnskap på treningskjøkkenet.

Det sosial miljøet og settingen er ifølge deltagerne i min studie av betydning når ergoterapeuter benytter treningskjøkken som arena for trening med pasienter. Deltagerne påpeker i stor grad at de får mye informasjon om pasientens funksjonsnivå, men også informasjon om andre sider ved pasienten. Det gode sosiale samspeillet mellom terapeut og pasient fremheves av flere deltagere. Skubik-Peplaski (2012) beskriver fleksibiliteten i de

sosiale omgivelsene som vesentlig ved pasienters aktivitetsutførelse. Dette er særlig gjeldende dersom flere pasienter er tilstede, eller det gjennomføres gruppeaktiviteter. Flexibiliteten i omgivelsene på for eksempel treningskjøkken, kan bidra til opplevelse av trygghet og større grad av tilhørighet blant pasientene, slik Ribeiro (2001) beskriver. Omgivelser som dette kan ifølge Ribeiro (2001) stimulere til bedre aktivitetsutførelse hos pasientene. Det gode samspillet mellom ergoterapeut og pasient er ifølge deltagerne i min studie helt spesielt for observasjoner på treningskjøkken, og utspilles i mindre grad ved andre typer av observasjoner. Det sosiale miljøet mellom ergoterapeut og pasient, kan ifølge være av betydning for pasienters aktivitetsutførelse (Kielhofner, 1995; Skær & Niva, 2005; Skubik-Peplaski, 2012). Ut ifra dette har fysiske og sosiale omgivelser betydelig innflytelse for pasientens opplevelse av mestring ved observasjoner i aktiviteter på treningskjøkken.

5.3 Samarbeid – en betydningsfull del ved observasjoner på treningskjøkken

Deltagerne i denne studien erfarer at funn ved observasjoner på treningskjøkken er av betydning for samarbeidet med pasient og pårørende. Pasientens kognitive utfordringer kan dermed forklares ut i fra en praktisk situasjon. Et godt tillitsforhold mellom pasient og ergoterapeut er vesentlig for å oppnå trygge rammer ved aktivitetsbaserte tiltak som aktiviteter på treningskjøkken (Skubik-Peplaski, 2012). Tillitsforholdet kan ses som en base for samspillet mellom pasient og ergoterapeut under aktivitet. Det kan ha innflytelse for pasientens opplevelse å få forståelse for sine utfordringer, noe som er vesentlig for godt samarbeid (Ribeiro, 2001). Ergoterapeuter kan benytte sine praktiske og teoretiske kunnskaper, samt personlige erfaringer for å opparbeide tillit blant pasientene når de utfører oppgaver på treningskjøkken (Grimen, 2008). Deltagernes intuitive forståelse av pasientens behov kan bidra til å styrke samarbeidet. Siden deltagerne har mange års erfaring kan deres praktiske og teoretiske kunnskaper ha utviklet seg i takt med deres erfaringsgrunnlag (Smedby & Molander, 2013). Dette kan stimulere til større forståelse av pasientenes ønske om å oppnå et godt samarbeid.

Dersom pasienten ikke ser aktiviteter på treningskjøkken som relevant, eller som en kjent arena for opptrening, kan de vegre seg mot å delta på treningskjøkken. Dette kan ha innflytelse på aktivitetsutførelsen (Provencher et al. 2013). Ergoterapeutene i min studie erfarer at de i slike situasjoner kan invitere pasienten til å utføre aktiviteten sammen med seg, som ved deltagende observasjon. De kan i denne sammenhengen anvende sin

profesjonskunnskap for å oppnå et bedre samarbeid med pasienten. Deres bakgrunnskunnskap om pasienten, fagkunnskap og erfaringer kan innvirke ved deres valg av metode i samarbeidet med pasientene (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008; Nordtvedt et al. 2012). Dette er ergoterapeutenes arbeidsprosess og kliniske resonnering og fremstår som en betydningsfull del av ergoterapeuters samarbeid med pasienter (Ergoterapeutene.org, 2009). Ergoterapeutene i denne studien beskriver at deres arbeidsprosess på treningskjøkken fungerer godt i samarbeid med pasientene. Dersom de ikke anvender KPB i sin arbeidsprosess, kan det være mulig at innholdet i begrepet KBP kan være utfordrende. Hvis man ser tilbake i tid har ergoterapeuter bakgrunn innen flere vitenskapsteoretiske retninger, men enkelte hevder at faget i dag balanserer mellom naturvitenskapen og fenomenologien (Kinn, 2006). Dersom profesjoners ulike kunnskapstradisjoner kan gi ulik forståelse av innholdet i KBP, er det mulig å tenke seg at begrepet KBP kan være utfordringen for ergoterapeuter. Ergoterapeuters utfordringer kan dermed ligge innen forståelse av begrepet KBP, mer enn at arbeidsmetoder og arbeidsprosesser i ergoterapi skal formes inn i KBP.

Når pasienter opplever mestring i aktiviteter på treningskjøkken, beskriver deltagerne at pasientene ofte ønsker større utfordringer ved senere avtaler. Betydningen av et godt samarbeid med pasienten er essensielt dersom pasienten skal oppnå fremgang samt oppnå et individuelt tilpasset pasientforløp (Williams & Murray, 2012). Funn ved observasjonene kan benyttes som grunnlag for videre samarbeid ved å sette mål og tiltak sammen med pasientene (Alve, 2007). Ved observasjonene ser ergoterapeutene ut til å anvende prosedyre, situasjon – og samhandlingsspoet, med hurtige vekslinger mellom de ulike sporene. Dette viser også at ergoterapeutenes resonneringsprosess under samarbeidet er dynamisk (Mattingly & Fleming, 1993; Unsworth, 2004; Ergoterapeutene.org, 2009; Johnson, 2011). Denne resonneringsprosessen i samarbeid med pasientene, der de finner utfordringer, men samtidig ser løsninger ved å anvende aktivitet, fremstår som deltagernes kliniske resonnering ved aktiviteter på treningskjøkken (Johnson, 2011). Denne dynamiske resonneringsprosessen er i tråd med slik Nordtvedt et al. (2012) beskriver dynamikken i KBP. De påpeker her betydningen av å anvende brukermedvirkning sammen med forskning og erfaring innenfor en gitt kontekst eller situasjon. Denne anvendelsen av de ulike kunnskapsformene krever erfaring dersom utøver skal dra nytte av dynamikken i konseptet KBP (Nordtvedt et al. 2012). Ergoterapeutene i denne studien beskriver et spesielt samarbeid ved observasjoner på treningskjøkken. Det kan være en indikasjon på at pasientene er aktivt deltagende i spørsmål om egen helse, som kan gi motivasjon for videre opptrening. Dette er betydelige deler ved en

kunnskapsbasert tilnærming i pasientarbeidet, der en klientsentrert praksis er vesentlig (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008; Nortvedt et al. 2012).

Pårørende er ifølge deltagerne i denne studien en svært betydningsfull brikke i samarbeidet med pasienten. De har særlig stor betydning og innflytelse i pasientarbeidet ved svært redusert kognitiv funksjon. Pårørende kan bidra med komparentopplysninger og god informasjon om tidligere funksjon i hjemmet (Haddeland et al. 2014). I noen sammenhenger kan det være utfordrende å forklare pasientens kognitive vansker for pasient og pårørende. Kompleksiteten ved kognitiv funksjonssvikt kan være vanskelig å forklare og beskrive. Det stiller krav til ergoterapeutenes fagkompetanse, der ergoterapeuten må anvende sin kunnskap og terapeutiske egenskaper med tydelige tilbakemeldinger og beskrivelser til pasientene (Holmquist et al. 2009). Dette er i tråd med et klientsentrert fokus i KBP (Nordtvedt et al. 2012; NOU, 2005:1). Når pasienten får tilbakemelding under aktivitet, bør også vedkommende få mulighet til å ytre sine tanker angående egne utfordringer. Pasienten kan dermed aktivt ta del i avgjørelser vedrørende egen helse. Dette omtaler Nordtvedt et al. (2012) som brukermedvirkning i praksis, og er av betydning når helseprofesjoner anvender KBP.

Samarbeid med pårørende kan også kreve at deltagerne benytter sine ekspertkunnskaper når de forklarer pasientens kognitive utfordringer, planlegger hjemreise eller andre tiltak med pårørende. Profesjonelle yrkesutøvere kan intuitivt veksle mellom ulike typer kunnskap etter hva omgivelsene krever for å oppnå et dynamisk samarbeid (Molander & Smedby, 2013). Med bakgrunn i teoretiske og praktiske kunnskaper samt deres generelle erfaringsgrunnlag, kan deltagerne anvende sin ekspertisekunnskap når de gir informasjon til pårørende etter observasjoner på treningskjøkken, i tråd med slik Grimen (2008) beskriver denne type kunnskap. Ergoterapeuter utfører profesjonell veiledning i pasientarbeidet og anvender kliniske resonnering i denne delen av arbeidet (Unsworth, 2004). Samhandlingsprosessen som Flemming (1993) beskriver i sin modell for klinisk resonnering (vedlegg 7), viser hvordan ergoterapeutene kan benytte de tre resonneringsstrategiene underveis i samarbeidet med pasient og pårørende (Mattingly & Fleming 1994; Unsworth, 2001; Ergoterapeutene.org, 2009).

Deltagerne i denne studien beskriver samarbeid som en vesentlig del av deres arbeidshverdag. Det kan være utfordrende for ergoterapeuter å opprettholde et klientsentrert fokus og anvende en kunnskapsbasert tilnærming i arbeidet hvis de har lite tid sammen med pasientene. Tidspresset er overhengende og pasientene kan være redusert fysisk, kognitivt og mentalt. Deres totalkapasitet kan være svekket slik at de ikke har mulighet til å gjennomføre mange

avtaler samme dag. Ergoterapeuter arbeider med å muliggjøre aktivitet og deltagelse sammen med pasienter, og tilstreber en helhetlig tilnærming i arbeidet (Ergoterapeutene.org, 2009; Berg, 2010; Horghagen, 2015). Deres kartlegging kan være kompleks og tidkrevende i mange tilfeller, slik som ved observasjoner i aktiviteter på treningskjøkken. Dersom de skal opprettholde et klientsentrert fokus i arbeidshverdagen med slik rammer, vil tett tverrfaglig samarbeid være avgjørende (Holmquist, 2009; Leknes et al. 2014).

5.4 Styrker og svakheter ved studien

Jeg vil nå belyse styrker og svakheter i min studie med utgangspunkt i kriteriene pålitelighet og gyldighet. Tjora (2013), beskriver pålitelighet som en form for intern logikk der forsker redegjør for hvilke faktorer som fører mot studiens resultater. Tjora (2013) beskriver samtidig begrepet gyldighet som sammenhengen mellom analyse og funn, eller sammenhengen mellom flere deler i en studie. Fangen (2010), beskriver gyldighet innen kvalitativ forskning ved å stille spørsmål til om en studie faktisk undersøker det som er sagt at man vil undersøke.

5.4.1 Gyldighet

I forhold til pålitelighet ble det i kapittel tre redegjort for metodisk tilnærming i forhold til rekruttering, deltagere, innsamlingsmetode og metode ved analyse. Analyseprosessen er gjennomført med Cresswell (2007) sitt forslag for fenomenologisk analyse. Min forforståelse er også belyst i kapittel 3, der også forskningsetiske betraktninger er beskrevet. Metodisk tilnærming er også belyst i kapittel tre, der flere perspektiver og mulige måter å gjennomføre dette arbeidet på, er beskrevet. Dette kan bidra til å styrke studiens pålitelighet.

Som forsker kan det være utfordrende å innta en nøytral posisjon ved analyse av funn. Mine erfaringer og opplevelser kan ligge som et bakteppe og farge analyseprosessen. Jeg har forsøkt å skyve til side egne erfaringer ved analyse av funn, med håp om å innta en mer nøytral posisjon under analysen. Jeg har forsøkt å anvende min erfaring og kunnskap med den hensikt å øke egen forståelse av deltagernes erfaringer, som kan bidra til å styrke påliteligheten i studien. Tjora (2013) fremhever også at det innen kvalitativ forskning er tilnærmet umulig å innta en fullstendig nøytral posisjon som forsker. Det er også vesentlig å påpeke at forskere fortolker på ulike vis (Kvale & Brinkman, 2012). Med det som bakgrunn er det mulig at mine funn hadde blitt fortolket på annet vis, dersom mine erfaringer var av en

annen art. Analysebearbeiding er gjennomført ut i fra en trinnvis metode (Creswell, 2007). I tillegg er funnene analysert og fremstilt ut i fra et bredere perspektiv, der også annen forskning bidrar til å belyse funn i denne studien.

Med tanke på at jeg er ergoterapeut som intervjuer andre ergoterapeuter, opplever jeg samtidig at det er utfordrende å uttale med sikkerhet om min fagkunnskap og erfaring kan ha innvirket for svarene deltagerne ga i intervjuene. Jeg har hatt kontakt med noen av deltagerne flere ganger før prosjektet ble startet, og jeg er godt kjent med deres arbeidsoppgaver. Ifølge Tjora (2013) kan relasjonen mellom forsker og deltager ha innflytelse for studiens pålitelighet. Dette kan tolkes slik at min forbindelse med noen av deltagerne kan ha innvirket på deres svar.

5.4.2 Pålitelighet

Min erfaring som klinisk ergoterapeut ved kommunale rehabiliteringsinstitusjoner –og ved rehabiliteringsavdelinger i spesialisthelsetjenesten, kan være en ressurs i denne studien. Dette er blant annet bakgrunnen for min forforståelse. Med min yrkesbakgrunn kan jeg også oppnå forståelse for deltagerens erfaringer. Dette kan være en faktor som har stimulert deltagerne til å dele informasjon ved intervjuene. Fangen (2010) fremhever at forforståelse om emnet som undersøkes også er en form for kunnskap, og det er av den grunn vesentlig at forsker besitter noe forforståelse. Min forforståelse kan dermed fremstå som en ressurs i denne studien. Min fagkunnskap og erfaringer vedrørende deltagerens faglige utfordringer, kan ha vært en medvirkende faktor for trygghet og åpenhet fra deltagerne under intervjuene. Likevel har deltagerne selv avgjort hvor mye informasjon de har delt, og i hvilken grad de har utdypet informasjonen. Min forforståelse kan ha innvirket ved oppfølgingsspørsmål som ble stilt, men jeg hadde ikke til hensikt å stille ledende spørsmål under intervjuene. Det er likevel problematisk å uttale med sikkerhet at dette overhode ikke har forekommet. Dersom det har forekommet, vil det ha påvirket studiens resultater og bør sees med et kritisk blick.

Fokusgruppeintervju ble vurdert som metode for innsamling av data. Denne tanken ble forkastet, til fordel for flere dybdeintervju. Fokusgruppeintervju kunne ha åpnet for diskusjon mellom deltagerne, eller gitt rom for diskusjon om hvordan de arbeider innen dette feltet. Dersom enkelte av deltagerne ikke kunne utdype bruken av redskap, eller forklare i særlig grad hvordan de dokumenterer arbeidet sitt, ville deltagelse i fokusgruppen oppleves som vanskelig. En slik opplevelse ville generere liten mengde informasjon fra disse personene. Det

var også et uttalt ønske om at deltagerne skulle være så ærlig som mulig under intervjuene. Av den grunn var det vesentlig å etablere en viss grad av tillit og trygghet ved intervjuene. Ved å la deltagerne snakke uten andre tilhørere og innta en lyttende holdning, forsøkte jeg å tilrettelegge for størst mulig av åpenhet og tillit mellom meg og deltagerne.

5.5 Implikasjoner for praksis

Flere av deltagerne i denne studien erfarte AMPS som et lite egnet observasjonsredskap ved observasjoner på treningskjøkken. Dette gir indikasjoner på at AMPS blir for omfattende og tidkrevende ved deler av ergoterapeuters kliniske arbeid. Deltagere i denne studien, ansatt i kommunale virksomheter, hadde ikke tilgang på AMPS. Kun en deltager kunne anvende A-ONE, men benyttet ikke redskapet på nåværende arbeidsplass. Dersom denne kunnskapen ses i relasjon med at gjennomsnittsergoterapeuten er utdannet i begynnelsen av 2000- tallet (Hagby et al. 2013), da KBP ikke var implementert i utdanningene i samme grad som i dag, kan dette gi indikasjoner på et behov for kompetanseheving blant ergoterapeuter utdannet før kunnskapsbasert praksis ble satt på dagsorden av helsemyndigheter/ politikere. Større grad av tilrettelegging for tilgang til forskningskunnskap blant kliniske ergoterapeuter, kan styrke deres avgjørelser og resonnering når de velger aktiviteter sammen med pasienter. Dette kan bidra til å fremme en kunnskapsbasert profesjonsutøvelse blant ergoterapeuter også ved observasjoner og aktivitetsanalyser på treningskjøkken. Dette er også i tråd med gjeldende helsepolitiske føringer, der ergoterapeuter er lovpålagt å arbeide kunnskapsbasert (Helse –og sosialdepartementet, 2001).

Dersom det også fremheves en kunnskapsbasert tankegang i fremtidige dokumentasjonsrutiner, kan ergoterapeuter i større grad implementere KBP gjennom hele sin arbeidsprosess, som også bør være gjeldende når observasjonene skal dokumenteres. Samtidig kan dette styrke profesjonens samlede forståelse av KBP og gi ny innsikt og øket kompetanse om dokumentasjonsprosesser. Dette vil samtidig kunne styrke ergoterapeuters profesjonelle utøvelse av klinisk ergoterapi.

Ut i fra funn i denne studien kan det være behov for fremtidige diskusjoner om begrepet KBP. Ulike kunnskapstradisjoner kan gi ulik forståelse av begrepet. Utfordringen til ergoterapeuter kan ligge mer i begrepets innhold, enn hvordan de arbeider ved observasjoner på treningskjøkken.

5.6 Videre forskning

Fremtidige studier vedrørende norske ergoterapeuters kliniske resonnering innenfor en kunnskapsbasert ramme, vil blant annet bidra til å avdekke hvordan KBP kan tydeliggjøres i ergoterapeuters kliniske arbeidsprosess. Det er behov for ytterligere studier som undersøker hvordan ergoterapeuter resonnerer når de gjennomfører observasjoner, velger redskap og avgjør tiltak, i en kunnskapsbasert kontekst. Klinisk resonnering er en vesentlig del av kunnskapsbasert ergoterapi, og bør fremheves i større grad innen norsk forskning.

Ergoterapeutene i denne studien har ikke tilgang på egnede valide og reliable observasjonsverktøy til bruk ved aktivitet på treningskjøkken. Ut i fra dette kan det være et behov for fremtidige studier som undersøker tilgang på -og muligheter for bruk av pålitelige observasjonsredskaper for ergoterapeuter som arbeider med observasjoner og aktivitetsanalyser på treningskjøkken. Det kan fremdeles være behov for fremtidig forskning der fokus rettes mot ergoterapeuters kunnskap og anvendelse av observasjonsbaserte verktøy. Studier vedrørende bruk av observasjonsverktøy blant ergoterapeuter i klinisk arbeid, kan være med å styrke ergoterapeuters yrkesutøvelse og eventuelt bedre nåværende rutiner ved valg av redskap ved observasjoner. Valg av redskap bør knyttes til kunnskapsbasert profesjonsutøvelse, slik at også denne kompetansen økes og sikres i daglig klinisk arbeid.

Studien viser også et mulig behov for fremtidige undersøkelser og studier av ergoterapeuters dokumentasjonsrutiner. Store sprik i dokumentasjonsrutiner på en –og samme arbeidsplass, og generelt svært varierende praksis ved utforming av rapporter etter observasjoner, kan gi et fragmentert og lite konsist bilde av ergoterapeuters yrkesutøvelse. Fremtidige studier av ergoterapeuters dokumentasjonsrutiner kan være av særlig betydning for å avdekke et behov for revisjon av nåværende retningslinjer for rapportering og journalføring i ergoterapi (Norsk Ergoterapi Forbund, 2001). Samtidig kan dette fremme en kunnskapsbasert utøvelse av faget, dersom det dannes klare linjer mellom KBP, klinisk utøvelse av ergoterapi og rutiner ved dokumentasjon.

Konklusjon

Denne studien hadde til hensikt å undersøke hvilke erfaringer ergoterapeuter har med observasjoner av pasienter med kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken. Deltagerne anvender i hovedsak hjemmelagede observasjonsverktøy fordi det er enkelt og tidsbesparende. Dette er i tråd med andre norske studier som også fremhever relativt hyppig bruk av hjemmelagede eller modifiserte verktøy blant ergoterapeuter (Hagby et al. 2014; Horghagen et al. 2015). Ergoterapeutene velger aktiviteter på treningskjøkken ut i fra egne - og pasientenes vaner. De tilrettelegger for mestring, der settingen og samarbeid også er av betydning for å skape gode relasjoner med pasienter. Observasjonene gir viktig informasjon om kognitiv status, som er av betydning for samspillet med samarbeidspartnere. Deltagernes rapporter etter observasjoner på treningskjøkken utformes hovedsakelig med en grov inndeling i kognitiv og motorisk funksjon. Utover dette benytter de fritekst.

Resultater av denne studien antyder at det i dag foreligger mangel på kunnskap om ergoterapeuters vurderingspraksis, og anvendelse av KBP i observasjoner på treningskjøkken. Det kan antydes et samsvar mellom bruk av hjemmelagede verktøy ved observasjoner på treningskjøkken, og ergoterapeuters dokumentasjonsrutiner etter observasjonene. Dokumentasjonsrutiner blant ergoterapeuter er et spennende felt der det i stor grad kan være mulig å inkludere KBP, som da kan være et element gjennom hele arbeidsprosessen til ergoterapeuter. Dette er et felt der ergoterapeuter, forskere og ergoterapeututdanningene kan bidra til å utvikle og kvalitetssikre ergoterapeuters fremtidige yrkesutøvelse.

Kilder

Aas, R.W, Hellem, I, Ellingsen, K.L. (2008). *WHO's ICF. En nasjonal presentasjon*. Rapport IRIS - 2008/256

Alve, G (2007). *Beste praksis - i ergoterapi*. Jubileumsbok. Tapir Akademiske Forlag, 2007.

Backman, A., Kåwei, K. & Bjørklund, A. (2008). *Relevance and focal view point in occupational therapists' documentation in patient case records*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2008; 15: 212220

Berg, M (2010). *Hvordan kan vi styrke ergoterapi og utvikle kvaliteten i fagutøvelsen? Ergoterapeuten nr. 2, 2010.*

Barris, R. (1987). *Clinical reasoning in psychosocial occupational therapy: the evaluation process*. Occupational Therapy Journal of Research, 7, 147-62.

Bernspång, B & Fisher, A.G (1995). *Differences Between Persons With Right or Left Cerebral Vascular Accident on the Assessment of Motor and Process Skills*. Arch Phys Med Rehabil. 1995;76:1144-51.

Bonsaksen, T, Hagby, C, Solbakken, A.I., Horghagen, S., Sveen, U., Dolva, A.S., & Thyness, E.M. (2015). *I hvilke situasjoner benytter ergoterapeuter undersøkelses –og vurderingsredskaper?* Ergoterapeuten 2015;2, 38 – 42.

Broom & Willis (2007) *Researching Health: Qualitative, Quantitative and Mixed methods*. SAGE publications Ltd. London, 2007

Carrier, A., Levasseur, M., Bedard, D., & Desroisiers, J., (2010). *Community occupational therapist's clinical reasoning: Identifying tacit knowledge*. Literature review. Australian Occupational Therapy Journal. 57, 356 – 365.

Chen, P., McKenna, C., Kutlik A. M., & Frisina, P. G., (2013). *Interdisciplinary communication in inpatient rehabilitation facility: evidence of underdocumentation of spatial neglect after stroke*, Disability and Rehabilitation, 35:12, 1033-1038,

Cicerone, K. D., Langenbahn, D.M., Braden, C., Malec, J.F., Kalmar, K., Fraas, M., Felicetti, T., Laatsch, L., Harley, P.J., Bergquist, T., Azulay, J., Cantor, L., & Ashman, T. (2011). *Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From*

2003 Through 2008. [Archives of Physical Medicine and Rehabilitation](#). [Volume 92, Issue 4](#), April 2011, Pages 519–530

Claridge, J. F. & Fabian, T.C. (2005). *History and Development of Evidence-based Medicine*. World J. Surg. 29, 547–553 (2005). Department of Surgery, University of Tennessee Health Science Center. Tennessee 38163, USA

Creswell, J (2007), *Qualitative inquiry and research design*. 3.ed. Thousand Oaks (CA): Sage

Direktoratet for e-helse (2016). *Et enklere helse - Norge*. <http://ehelse.no>

Dolva, A. S., Hagby, C., Sveen, U., Bonsaksen, T., Horghagen, S., Solbakken, A. I., og Thyness, E. M. (2015). *Hvilke undersøkelses –og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter?* Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: del 3 Ergoterapeuten 2015, 2: 44-49.

[Douglas](#). A., Letts L. & [Liu](#), L (2008). *Review of Cognitive Assessments for Older Adults* Physical & Occupational Therapy In Geriatrics. [Volume 26, Issue 4](#), pages 13-43

Engedal, K. Kirkevold, Ø., Lillesveen, B., Sanaker, H., Selbæk, G., A.M. Mork Rokstad og Røen, R (2011). “*Utredning og oppfølging av pasienter i sykehjem med fokus på demens*”. Revidert utgave 2011. Aldring og helse, Nasjonalt kompetansesenter.

www.aldringoghelse.no

Ellingham, B. (2012). “*EVA, Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalysesystem*”. Høgskolen i Oslo og Akershus. Ergoterapeut utdanningen

Ergoterapeutene, Norsk ergoterapeut forbund (2009). *En innføring i kunnskapsbasert ergoterapi*. www.ergoterapeutene.org Sist redigert 18.03.09

Eriksson, G & Tham, K (2010) *The Meaning of Occupational Gaps in Everyday life the First Year After Stroke*. OTJR Occupation, Participation and Health (2010) vol. 30 no.4 184-192

Fangen, K (2010). *Deltagende observasjon*. 2. utgave. Fagbokforlaget.

Fisher, A. (2003). “*Gender differences in the performance of activities of daily living*”. Arch Phys. Med. Rehabil 2003; 84:1872–7

Fisher, A (2014). *Occupation-centered, occupation-based, occupation-focused: same, same or different?* Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2014; 21:96-107

Folkehelseinstituttet (2016), Kunnskapssenteret for helsetjenesten <http://www.fhi.no/>

- Furst, R. & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS FoU-prosjekt nr. 134027 Sluttrapport 15.06.2014 KS – Hverdagsrehabilitering i norske kommuner
- Gausdal, M., Michelet, M. og Skarpenland, T. (2015). *Utredning og oppfølging av pasienter med demens*. Ergoterapeuten 1: 2015, s.36-41.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach*. Pittsburg, PA: Duquesne University Press.
- Graham, F., Robertson, L. & Anderson, J., (2013) *New Zealand occupational therapists` view on evidence-based practice: A replicated survey of attitudes, confidence*
- Graverholt, B. & Tuntland, H. (2008). *Arbeidsformer som implementerer kunnskapsbasert praksis*. Ergoterapeuten 2008 (1): 54-59.
- Grimen, H. & Molander, A., (2008). *Profesjon og skjønn*. I: A. Molander & L. I. Terum (red.) Profesjonsstudier (179 – 196). Universitetsforlaget
- Grimen, H. & Terum, I. (2009). *Debatten om evidensbasering – noen utfordringer. Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s. 191- 222). Oslo: Abstrakt forlag.
- Grimen, H. (2010) *Profesjonsstudier*. III: Molander, A. & Terum, L.I. (2010) 2. opplag. Universitetsforlaget AS.
- Haddeland, A., Vik, K., & Marstand, N. (2013). *Tidlig intervensjon, utvikling og evaluering av tiltak til personer med demens og deres pårørende*. Rapport fra forprosjekt. Avdeling for helse- og sosialfag Program for ergoterapeututdanning. Skipnes Kommunikasjon AS
- Hagby, C., Bonsaksen, T. Dolva, A., S. Horghagen, S. Sveen, U., Solbakken, A. I., Thyness, E. M (2013). *“Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses-og vurderingsredskaper?”* Ergoterapeuten, temanummer om undersøkelses og vurderingsredskaper 4-3014/57 Norsk Ergoterapeutforbund. 007-Gruppen.
- Hedberg – Kristensson, E., & Iwarsson, S. (2009). *Documentation Quality in Occupational Therapy Patient Records: Focusing on the Technical Aid Prescription Process*. Scandinavian Journal Of Occupational Therapy, 2003;10:72/80
- Helse –og omsorgsdepartementet (2016). *Tema helse og omsorg*.
www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg

Helsedirektoratet (2015). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator

Helsedirektoratet (2015). *Helsefaglige kodeverk*. www.helsedirektoratet.no

Helse –og omsorgsdepartementet, (2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. Meld. St. 19 (2014/2015). www.regjeringen.no

Helse –og omsorgsdepartementet, (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* Meld. St. 11 (2015–2016) www.regeringen.no

Helse –og omsorgsdepartementet, (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Meld. St. 26 (2014-2015) Tema: helse og omsorg.

Helsedirektoratet (2014). *Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten. Status, utfordringer og behov*. Rapport IS- 2221 www.helsedir.no

Helse –og omsorgsdepartementet, (2014). *De regionale helseforetakene*. Artikkel, sist oppdatert 24.11.2014 Tema; helse og omsorg, sykehus. www.regjeringen.no

Helse –og omsorgsdepartementet, (2013). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. Meld. St. 11 (2014-2015).

Helse –og omsorgsdepartementet, (2013). *Morgendagens omsorg*. Meld. St. 29 (2012–2013).

Helsedirektoratet (2010). *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Kap. 5.4.2 Kognitive vansker, side 120-127. Nasjonale faglige retningslinjer 15-1688, 4/2010*

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008–2009). www.regjeringen.no

Helse –og omsorgsdepartementet, (2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011*. St.prp. nr. 1 2007–2008 kap. 9, Helse- og omsorgsdepartementet. www.regjeringen.no

Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om helsepersonell*. Kap. 2 krav til helsepersonells yrkesutøvelse og 8, dokumentasjonsplikt. www.lovdata.no

Higgs, J. & Titchen, A. (1995). *The Nature, Generation and Verification of Knowledge* *Physiotherapy*, 1995, Vol.81(9), pp.521-530

- Holmquist, K., Kamwendo, K., & Ivarsson, A. B (2009). *Occupational Therapists' descriptions of their work with persons suffering from cognitive impairment following acquired brain injury*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2009, 16: 13-24
- Horghagen, S., Bonsaksen, T., Dolva, A. S., Hagby, C., Solbakken, A. I., Sveen, U., & Thyness, E. M., (2015). *På vei inn i en kunnskapsbasert praksis*. Ergoterapeuten nr. 6 – 2015: 48 - 59.
- Horghagen, S., Sveen, U., Holm, J., Hagby, C., Hammersvold, B., Reinsberg, S., & Thyness, E. M. (2007). *Beste praksis i ergoterapi*. Tapir Akademisk Forlag, Trondheim
- Hripsak, G., Vawdrey, D. K., Fred, M. R. & Bostwick, S. B (2011) *Use of electronic clinical documentation: time spent and team interactions*.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jamia.2010.008441.112-117>
- Høyem, A. (2007). *ICF i rehabilitering: forståelse og bruk*. Masteroppgave i helsefag. UIT. MUNIN open research archive.
- Høyem, A. & Thornquist, E. (2010). *Et kritisk blikk på ICF – måleverktøy og forståelsesmodell*. Forskning 46, nr 1, 2010; 5:46–53.
- Jamtvedt G & Nortvedt M.W. (2008). *Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis*. Ergoterapeuten 2008(1): 10-18.
- Claridge, J. & Fabian, T. C. (2005). *History and Development of Evidence-based Medicine*. World J. Surg. Vol. 29, No. 5, May 2005. Department of Surgery, University of Tennessee Health Science Center, USA.
- Jespersen, L. F., Clark, E. G., Ellingham, B., (2014). *Klinisk bruk av ferdighetsanalyse fra EVA-systemet i observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse*. Ergoterapeuten 4. 2014
- Johnson, S. G., (2011). *Klinisk resonnering beskrevet av ergoterapeuter som arbeider på sykehus – en metasyntese*. Mastergradsstudium i Kunnskapsbasert praksis. Høgskolen i Bergen.
- Josman, N., Birnboim, S. (2001). "Measuring Kitchen Performance: What Assessment should we choose?" Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2001; 8: 193-202
- Kielhofner, G (1995) "Model of Human Occupation: Theory and Application" Williams & Wilkins

- Kielhofner, G., & Forsyth, K., (2003) *A Model of Human Occupation*. Ergoterapeuten 11: 2003
- Kielhofner, G (2008) «*A Model of Human Occupation: Theory & Application*». Lippincott, Williams & Wilkins
- Kielhofner, G. (2009) *Ergoterapi i praksis – det begrepsmessige grundlag* 3. udgave, Munksgaard Danmark.
- Kinn, L. G (2006). *Evidence Based Practice – a double edged - sword for occupational therapists?* Essay i vitenskapsteori. Side 1-33. Høgskolen i Bergen
- Koh, L, Hoffman, T, Bennett, S & McKenna, K (2009). *Management of patients with cognitive impairment after stroke: A survey of Australian occupational therapists*. Australian Occupational Therapy Journal (2009) 56, 324-331
- Kristensen, H. K., Borg, T., & Hounsgaard, L. (2012). *Aspects affecting occupational therapists` reasoning when implementing reserarch – based evidence in stroke rehabilitation*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2012; 19: 118 -131.
- Kristensen, H. K., Nielsen, G. E. (2003). *Ergoterapi og hjerneskade – aktiviteter i kognitiv rehabilitering*. FADL`s forlag A/S Copenhagen
- Kroghstrup, K. H (2011) *Kampen om evidens. Resultatmåling, effektevaluering og evidens*. 1. udgave, 2. oplag. Hans Reitzels Forlag, 2011
- Kunnskapscenteret, (2015). www.kunnskapsbasertpraksis.no
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2012), *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. udgave. Gyldendal akademiske.
- Leknes, R., Bysheim, U., Ness, K.B., og Horghagen, S., (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen*. Ergoterapeuten nr 6 – 2014.
- Malterud, K (2011), *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* 3. udgave, en innføring. Universitetsforlaget.
- Mangen, E (2009), *Kunnskapsbasert praksis angår alle, også ergoterapeuter*. www.duo.uio.no
- Mattingly, C. & Fleming, M. H. (1994). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Melby, L. (2007). *Prat, penn og papir: En sosiologisk analyse av medisinsk informasjonsbruk i en mobil praksis*. Doktoravhandling ved NTNU, 1503-8181; 2007:70 Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Moustakas, T (1994), *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Neistadt, M. & Atkins, A. (1995). *Analysis of the Orthopedic Content in an Occupational Therapy Curriculum from a Clinical Reasoning Perspective*. The American Journal of Occupational Therapy. 1996, Vol. 50, 8: 669 - 675

Nordtvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim & Reinart, L. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utgave. Akribe a/s.

Norsk Ergoterapeut Forbund (2001) *Rapportering og journalføring av ergoterapi*. NETF`s veileder 2001:1. Vedlegg til Ergoterapeuten 2001: 1

NOU 2005:1 (2005) *God forskning – bedre helse*. www.regjeringen.no

Piernyk-Yoder, B. & Beck, A. (2012). *The Use of Standardized Assessments in Occupational Therapy in the United States*. Occupational Therapy in Health Care. [Volume 26, Issue 2-3](#), 2012

Provencher, V., Demers, L., Gelinas, I., (2013) *Cooking task assessment in frail older adults: who performed better at home and in the clinic?* Scandinavian Journal of Occupational Therapy (2013); 20:374-383

Reitan RM (1958). *Validity of the Trail Making test as an indicator of organic brain damage*. *Percept Mot Skills*. 1958; 8: 271-276.

http://doa.alaska.gov/dmv/akol/pdfs/uiowa_trailmaking.pdf

Ribeiro (2001) *The Importance of an affirming environment*. The Canadian Journal of Occupational Therapy, April 2001, vol 68.

Sackett, R.B. (1997) *Evidence Based Medicine. Seminars in Perinatology*, Vol 21, No 1 (February), 1997: pp 3-5.

Sansonetti, D., Hoffman, T., (2013). *Cognitive assessment across the continuum of care: The importance of occupational performance-based assessment for individuals post stroke and traumatic brain injury*. Australian Occupational Therapy Journal 2013:60, 334-342

Shulman, KI (2000). *Clock - drawing: is the ideal cognitive screening test?* Int. Journal of Geriatric Psychiatry. 2000 June: 15 (6):548-61 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10861923

Skubik-Peplaski, C., (2012). *Environmental influences on Occupational Therapy practice*. University of Kentucky. Theses and Dissertations – Rehabilitation Sciences. Paper 23.

Skær, L & Niva, B., (2006). *A pilotstudy of the acitivity patterns of five elderly persons after a housing adaption*. Occupational Therapy International 2006/13 (1): 21-34

Skøyen, R, Hovden, H. & Vågsmyr, U., (2014). *ErgUs, kartleggingsverktøy for vurdering av kognitiv funksjon*. Ergoterapeuten nr. 4, 2014.

Smedby, J.C. (2013). *Profesjon og ekspertise 1*: Molander, A. & J.C. Smedby, 2013, *Profesjonsstudier 2*. Universitetsforlaget.

Smith Eide, I & Henriksen, K. (2012). *Kan kognitive tester avsløre evnen til å utføre daglige gjøremål for personer med kognitiv svikt eller demens?* Fagbladet Ergoterapeuten nr. 2, 2012.

Stigen, L & Røssvoll, T. B., (2009). *Kunnskapsbasert praksis og Evidence Based Practice – snakker vi om det samme?* Fagbladet Ergoterapeuten nr. 1, 2009

Taylor, C (2009). *Exploring evidence-based occupational therapy*. Ergoterapeuten nr. 11, 2009.

The Cochrane Organization (2016). *About us, our vision, mission and principles*. www.cochrane.org

Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utgave, 2. opplag. Gyldendal Akademisk

Toglia, J. P., Golisz, K. M., & Goverover, Y. (2009). *Evaluation and intervention for Cognitive, perceptual impairments*. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Schell (Eds.), Willard & Spackman's Occupational Therapy (pp. 739 – 776). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Trombly, C.A., Radomski, M. V. (2002). *Occupational Theraphy for Physical dysfunction*. Fifth edition. Chapter 8. Lippincott Williams &Wilkins

Tuntland, H (2009). *Betraktinger om kritikken mot kunnskapsbasert praksis*. Ergoterapeuten nr 3, 2009.

- Tuntland, H. (2006). *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. Kristiansand, Høyskoleforlaget 2006.
- Turner- Stokes, L. (2008). *Evidence for the Effectiveness of Multi-Disciplinary Rehabilitation Following Acquired Brain Injury: A Synthesis of Two Systematic Approaches*. [Journal of Rehabilitation Medicine](#), Volume 40, Number 9, October 2008, pp. 691-701(11)
- Unsworth, C. A (2001). *Clinical Reasoning of Novice and Expert Occupational Therapists*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2001; 8: 163 – 173
- Unsworth, C. A (2004). *Clinical Reasoning: How do Pragmatic Reasoning, Worldview and Client-Centredness Fit?* *British Journal of Occupational Therapy* January 2004 67(1)
- Upton, D., Stephens, D., Williams, B., & Scurlock – Evans, L., (2014). *Occupational therapists' attitudes, knowledge, and implementation of evidence-based practice: a systematic review of published research*. *British Journal of Occupational Therapy* January 2014; 77 (1) 24-38.
- Van Manen (1990), *Researching lived experience*. New York: State University of New York Press.
- White, J. H., Mackenzie, L., Magin, P. & Pollack, M. R. P (2008). *The occupational experience of stroke survivors in a community setting*. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 28 (4), 160-167.
- WHO (2013). *How to use the ICF. A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.
<http://www.who.int/classifications/>
- Williams, S & Murray, C (2012) *The lived experience of older adults' occupational adaptation following a stroke*. *Australian Occupational Therapy Journal* (2013) 60, 30-47.
- Wærhens, E. (2008). *Ergoterapeutiske redskaper: - undersøgelser og evaluering..* Side 13 - 93. Munksgaard Danmark.
- Wærhens, E. & Fisher, A. G., (2006). *Improving quality of ADL performance after rehabilitation among people with acquired brain injury*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Side 250 – 257.

Vedlegg

Vedlegg nr. 1: Godkjenning NSD

Vedlegg nr. 2: Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

Vedlegg nr. 3: Samtykkeskjema for deltagelse i forskningsprosjekt

Vedlegg nr. 4: Intervjuguide

Vedlegg nr. 5: Skjema for analyse av funn

Vedlegg nr. 6: Modell for kunnskapsbasert praksis

Vedlegg nr. 7: Modell for klinisk resonnering i ergoterapi

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Heidi Hjelmeland

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 04.02.2015

Vår ref: 41823 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>41823</i>	<i>Ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner på treningskjøkken</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Heidi Hjelmeland</i>
<i>Student</i>	<i>Lene Meinskar Hovde</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lene Meinskar Hovde Lene_hovde@yahoo.no



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 41823

Utvalget vil bestå av ergoterapeuter som arbeider, eller tidligere har arbeidet med voksne pasienter med kognitiv funksjonssvikt. Deltakerne informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.10.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger somf.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

«Ergoterapeuters erfaringer ved observasjoner på treningskjøkken»

Bakgrunn og formål

Dette prosjektet er et masterprosjekt i helsevitenskap ved NTNU, [Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap](#). Formålet med studien er å undersøke hvilke erfaringer ergoterapeuter har med anvendelse av ulike vurderingsredskap ved observasjoner på treningskjøkken med voksne/eldre med kognitiv funksjonssvikt. Jeg vil også undersøke hvordan ergoterapeuter dokumenterer arbeidet sitt i etterkant av sine observasjoner på treningskjøkken.

Deltagere

Deltagere er ergoterapeuter i Trondheimsregionen, som har minst ett års erfaring fra arbeid med voksne pasienter med kognitiv funksjonssvikt, og har erfaring med bruk av treningskjøkken med nevnte pasientgruppe. Deltagere fra både sykehus (spesialist helsetjenesten), og kommunale institusjoner er med i studien. I følge din enhetsleder, som har godkjent at studien gjennomføres på din enhet, oppfyller du kriteriene for å delta i studien. Du forespørres herved om å delta.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du vil bli invitert til et intervju. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan du opplever å benytte kartleggings –og vurderingsredskap for å avdekke kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken. I tillegg vil du spørres om hvilke erfaringer du har med å dokumentere arbeidet i etterkant av observasjonene. Intervjuene beregnes å ha en varighet på cirka 60 minutter. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det er kun veileder og forsker som har tilgang til forskningsmaterialet. Intervjuene vil bli transkribert og både opptakene og transkripsjonene, vil bli oppbevart på krypterte minnepinner. Ved analyse av dataene, sikres konfidensialitet. Alle deltagere vil bli anonymisert ved å omtale alle med samme kjønn og fjerne dialekter i sitater. Det vil ikke bli registrert navn på personer eller navn på arbeidsplasser noe sted. Samtykkeskjema vil bli oppbevart atskilt fra dataene. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes ved publisering av masteroppgaven. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Prosjektet skal etter planen avsluttes oktober 2015. Alle opptak blir slettet ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger fra deg bli fjernet. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med; **Lene Meinskar Hovde, telefon +47 41 67 77 25 eller Lene_hovde@yahoo.no**

Veileder kan også kontaktes; **professor Heidi Hjelmeland, telefon 73 59 18 83**

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg samtykker til å delta i intervju

Intervjuguide

Tema:

I dette prosjektet ønsker jeg å undersøke hvilke erfaringer ergoterapeuter har når de benytter kartleggings -og vurderingsredskap, for å avdekke eller trene kognitiv funksjonssvikt i aktiviteter på treningskjøkken. Jeg ønsker også å undersøke hvilke opplevelser ergoterapeuter har ved dokumentasjon i etterkant av observasjoner på treningskjøkken.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd.

Er du ansatt i kommunen eller i staten?

Hvor mange års erfaring har du som ergoterapeut i arbeid med kognitive skader hos voksne/eldre?

Er du sertifisert for noen redskap som kan benyttes innen dette området?

1) Hvilke redskap benytter du ved observasjoner på treningskjøkken?

Eventuelle tilleggsspørsmål ved behov for utfyllende spørsmål:

- Hvordan finner du ut hvilket redskap du vil benytte?
- Hvilke faktorer påvirker deg?
- (Bakgrunn for valg av redskap – ergoterapifaglige argumenter, pasientens interesser, meningsfull oppgave, mål for observasjonen?)
- Hvorfor tror du det er slik?

2) Hvilke opplevelser har du ved bruk av observasjon som metode ved aktiviteter på treningskjøkken?

- Hva opplever du som positivt og hva opplever du som negativt?
- Benytter du observasjoner som tiltak ved trening?
- Kan du utdype dette?
- Hvorfor tror du det er slik?

3) Hvilke faktorer påvirker deg ved valg av aktivitet på treningskjøkkenet?

- Hvem avgjør hvilke aktiviteter som gjennomføres?
- Hvem styrer?
- Opplever du utfordringer rundt dette?

4) Hvordan bruker du informasjonen du får under observasjonene?

- Tilbakemelding til pasientene?
- Samarbeid i tverrfaglig team/andre kollegaer?
- Videre kartlegging?
- Evaluering (trening), eller til rapportering?

5) Hvordan organiserer du journalnotatene dine etter observasjonene?

- Dersom du må beskrive resultatene i tekst istedenfor med tall, kan du da beskrive hvordan du gjør det?
- Dersom du beskriver resultatene med tall, hvordan gjør du det?
- Hva opplever du som positivt og negativt når du dokumenterer funn ved observasjonene?

6) Hvilke erfaringer har du generelt ved dokumentasjon av observasjonene dine?

- Hvordan tror du dette påvirker jobben du gjør?
- Hvordan opplever du at dette påvirker samarbeidet med andre faggrupper på din arbeidsplass?
- Kan du gi en mer detaljert beskrivelse av hva du gjør?

7) Avslutningsspørsmål: Er det noe mer du vil tilføye?

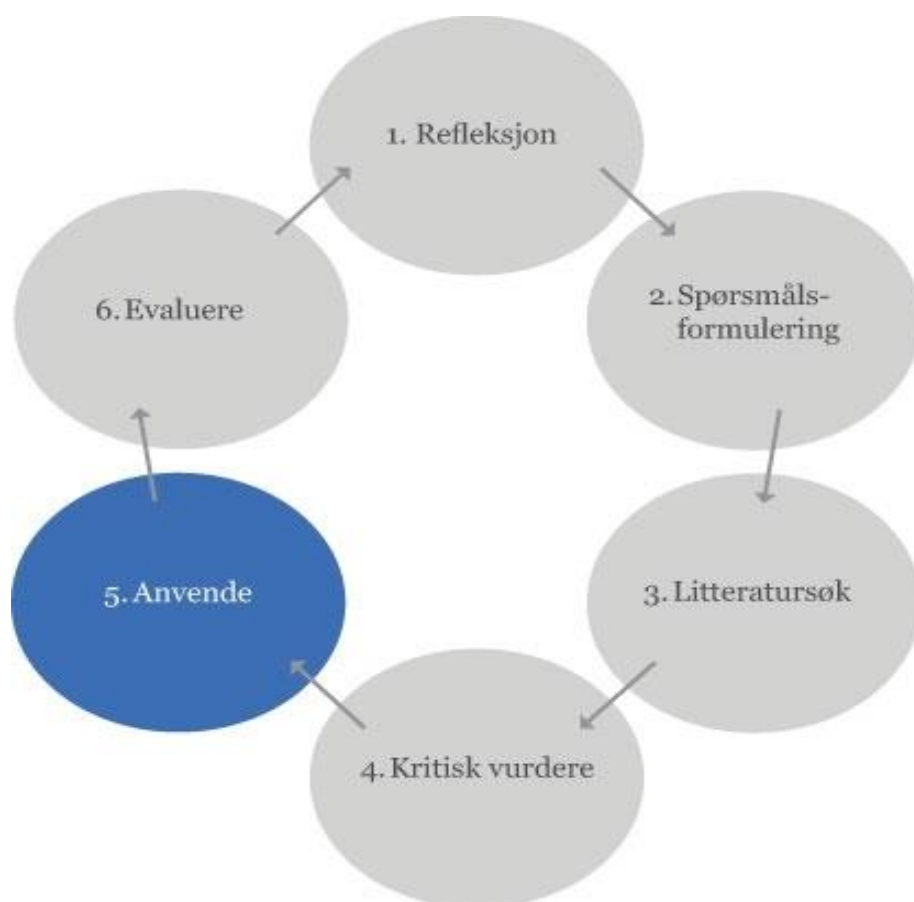
Skjema for analyse av funn

Beskrivende uttalelser fra (hver) gruppe av sitater, samt omformuleringer av disse til hovedtema	
Sitater beskrivende for hovedemner	Hovedemner
<p><i>«Så kan det være litt i forhold til det med tidsrammer også ... ehm ... det er ikke alltid .. Noe må man ta på sparket, og noe får man ikke planlagt så godt ... da kan det også hende at jeg velger ... slik at informasjonen ikke blir så standardisert ... en ikke standardisert måte å observere på»</i></p>	<p>1) Tid og ressurser</p> <p>Tid og ressurser har innflytelse ved planlegging og gjennomføring av observasjoner. Det innvirker også ved valg av metode og redskap ved aktivitet på treningskjøkken. De må ofte prioritere bort observasjoner på treningskjøkken grunnet mangel på ergoterapiressurser.</p>
<p><i>«Å skulle prøve å implementere noe nytt, ser vi som ganske vanskelig da, men så lenge han eller hun får lov til å bruke sine egne innarbeidede vaner, så kan det gå godt .. »</i></p>	<p>2) (Vaner og valg av aktiviteter) velger aktiviteter etter pasientens – og ergoterapeutens arbeidsvaner</p> <p>Ergoterapeutene velger aktivitet med utgangspunkt i egne vaner og pasientens etablerte vaner fra hjemmet. Nye aktiviteter introduseres kun til pasienter med høyt funksjonsnivå.</p>
<p><i>«.. også ser jeg jo på funksjonsnivået...hva vil vedkommende få til å gjøre? Hvor enkelt må det her være og hvor utfordrende må det være ..? Jeg er ganske opptatt av at folk skal få utfordringer, men som passer til dem»</i></p>	<p>3) (Funksjonsnivå, tilpassing og mestring)</p> <p>Bringer frem motivasjon gjennom mestringsopplevelse</p> <p>Ergoterapeutene tilpasser oppgaver på treningskjøkkenet for at pasienten skal oppleve mestring ut i fra sitt funksjonsnivå. Individuelle vurderinger. Henter frem motivasjon gjennom mestring.</p>

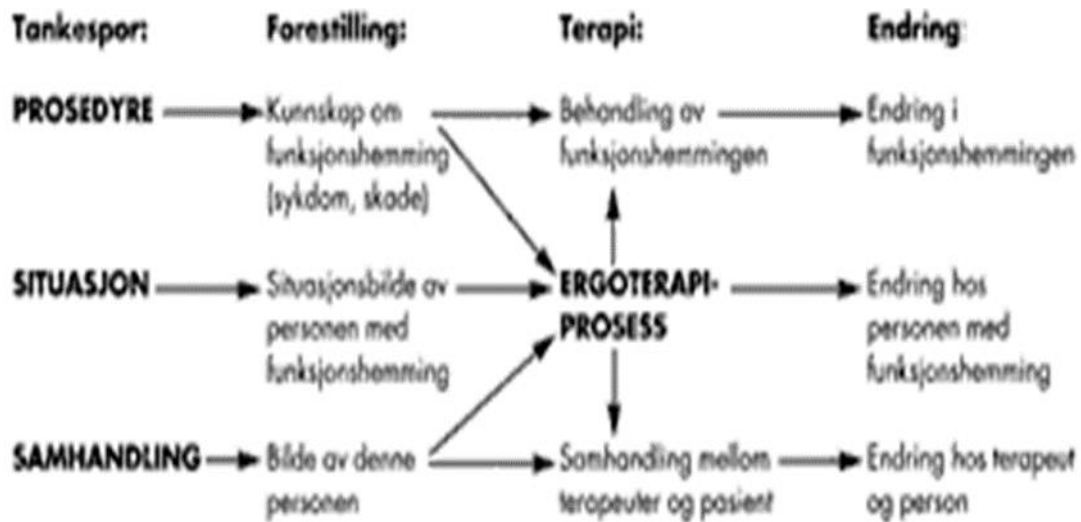
<p><i>«Når man er på sykehus, så er det liksom så ... rammene er så annerledes ... så da får du på en måte ... settinga blir i hvert fall litt tilnærmet som om en var hjemme, så jeg synes jeg får mye informasjon i forhold til det å observere i aktivitet da ...»</i></p>	<p>Omgivelser og setting</p> <p>Ergoterapeutene opplever at treningskjøkkenet er en egnet arena for observasjoner med pasienter som ikke er svært kognitivt redusert. Har overføringsverdi til pasientens hverdag hjemme. Gode samtaler er en viktig del av sosiale miljøet ved observasjoner.</p>
<p><i>«.. jeg bruker det jo både som informasjon ut mot det tverrfaglige temaet, eh.. og mot, til pasienten og pårørende, så det blir litt sånn begge deler. ..eh... For ofte er det lettere i forhold til pasient og pårørende, hvis du har noen konkrete ting å vise til, for eksempel når du gjorde det, så skjedde det»</i></p> <p><i>«Når jeg vet at det er mange som kan lese, og ... bruker kan spørre om å få lese, pårørende ... eller ..og ja...hmmm... teamet rundt meg og sånn... det gjør til at jeg skjærper meg og tenker at nå skal jeg skrive sånn at det er greit å lese både for bruker, og at resten av teamet skal få noe ut av det, og jeg kan også sånn streife innom hjemmesykepleien, sånn kanskje kan dem hmhm ... »</i></p>	<p>4) Samarbeid og planlegging</p> <p>Funn ved observasjoner på treningskjøkken brukes til samarbeid med pasient, pårørende og kollegaer. De er vesentlig for videre tiltak og til konkrete tilbakemeldinger til pasient og pårørende.</p> <p>Kommunikasjon og samarbeid (obs!)</p> <p>Ergoterapeutene benytter rapportene til kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid internt og eksternt. De ønsker å dokumentere slik at pasientene også forstår innholdet i rapportene deres.</p>
<p><i>«..også har vi en del sjekklister i forhold til å se på en del ting, både i forhold til motoriske ferdigheter og prosessferdigheter, og dem ligger det også litt sånn MoHO tankegang i ..»</i></p>	<p>5) Redskap og kunnskap om verktøy</p> <p>Benytter ferdighetsverbene som redskap.</p> <p>Ferdighetsverbene i MoHO er utgangspunkt for de fleste ergoterapeutene når de velger, lager og anvender verktøy for observasjoner på treningskjøkken. Kun en deltager benytter et valid verktøy (AMPS) ved observasjoner på treningskjøkken.</p>

<p><i>«.. så da har vi endt opp på litt sånn motorikk og prosess... bit da... men, jeg synes egentlig det fungerer veldig greit, for det blir fort veldig omstendelig hvis du skal beskrive alt en gjør..»</i></p>	<p>6) System, strukturer og maler Rutiner ved dokumentasjon</p> <p>Ergoterapeutene skriver korte rapporter, der en grov inndeling etter motoriske og kognitive -eller prosessferdigheter, er gjeldende. Rapportene blir brukt som utgangspunkt for tverrfaglig kommunikasjon</p>
--	---

Modell for kunnskapsbasert praksis



Modell for klinisk resonnering i ergoterapi



Maureen Flemming, Danmark 1993
Oversatt og bearbejdet av Nils Erik Ness