

Holtklampen, Amund  
Pettersen, Arthur Teige

## Tverrfaglig syn på ergoterapi i kommunehelsetjenesten

Helsepersonells erfaringer med ergoterapeuter

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Linda Stigen

Mai 2019



Holtklampen, Amund  
Pettersen, Arthur Teige

## **Tverrfaglig syn på ergoterapi i kommunehelsetjenesten**

Helsepersonells erfaringer med ergoterapeuter

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Linda Stigen  
Mai 2019

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



## Sammendrag

Tittel:	Tverrfaglig syn på ergoterapi i kommunehelsetjenesten
Forfattere:	Amund Holtklampen Arthur Teige Pettersen
Veileder:	Linda Stigen
Stikkord/ Nøkkelord	Tverrfaglig, kommunehelsetjeneste, ergoterapi, rolle, kvalitativ tilnærming.

Antall ord: 12.295	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p><b>Introduksjon:</b> I tidligere forskning kommer det frem at ergoterapeuter opplever mange forventninger til deres praksis fra sine samarbeidspartnere. Dette studiet fokuserer på hvordan helsepersonell oppfatter ergoterapeutens rolle og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Formålet er å undersøke erfaringer og synspunkter knyttet til ergoterapeutens rolle i en kommunal setting.</p> <p><b>Metode:</b> Studiet har benyttet en kvalitativ tilnærming ved bruk av fokusgruppeintervjuer av fire fysioterapeuter, en sykepleier og en helsefagarbeider.</p> <p><b>Resultat:</b> I dette studiet kom det frem tre hovedtemaer, kunnskap om ergoterapi, ergoterapeutens arbeidsoppgaver og tverrfaglig samarbeid. Studiets resultater tilsier at ergoterapeuter er verdsatt og respektert blant de som kjenner til ergoterapeutens styrker og kompetanse. Det kommer frem at tett samarbeid med ergoterapeuter i en tverrfaglig setting er med på å styrke helsepersonells innsikt og kunnskap om ergoterapi. Ved mangel på erfaring i en tverrfaglig setting med ergoterapeuter, er det erfart at helsepersonell kan ha stereotypiske og forutinntatte holdninger til ergoterapi.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Basert på tidligere forskning og resultatene i dette studiet, må ergoterapeuter fortsette å kjempe for at forventninger til ergoterapeuter skal samsvare med det de forventer selv. Dette studier konkluderer med at det oppleves som et behov med en bevisstgjøring rundt ergoterapi blant helsepersonell som ikke jobber i direkte kontakt med ergoterapeuter.</p>		

## Abstract

Title:	Interdisciplinary perspective of occupational therapy in the municipal healthcare.
Authors:	Amund Holtklampen Arthur Teige Pettersen
Supervisor:	Linda Stigen
Keywords:	Interdisciplinary, municipal healthcare service, occupational therapy, role, qualitative approach.

Number of words: 12.295	Number of attachments: 3	Availability (open/confidential): Yes
----------------------------	--------------------------	--

**Introduction:** In previous studies, occupational therapists have been found to experience many different expectations from their co-workers relating to their practice. This study focuses on the perception of healthcare professionals on occupational therapy in the municipal health service. The purpose is to investigate experiences and individuals' perspectives related to occupational therapy.

**Method:** A qualitative approach by conducting two group interviews was used in this study. In total, four physical therapists, one nurse and one health worker were interviewed.

**Results:** Three main themes emerged through the analysis. These are knowledge of occupational therapy, occupational therapists' work tasks and interdisciplinary collaboration. The results of this study highlight how occupational therapy is a respected and appreciated profession to those who are familiar with the core values and competence of occupational therapists. Close interdisciplinary collaboration is essential in order to strengthen healthcare professionals understanding of occupational therapy.

The results indicate that occupational therapist can experience stereotypical assumptions and attitudes from healthcare professionals, by them having a lack of knowledge of occupational therapy.

**Conclusion:** Based on previous research and the results conducted in this study, occupational therapists must continue to fight for the expectations on occupational therapy competence to match their own. There is a need for greater awareness of occupational therapy among healthcare professionals ; who do not have direct working relationships with occupational therapists.

## Forord

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært en lærerik og innholdsrik prosess. Ingen av prosjektlederne hadde skrevet en oppgave av dette omfanget tidligere. Vi funnet mye støtte i hverandre, men vi har heldigvis ikke stått på egne bein hele veien. Vi ønsker å utlyse en takk til alle de personene som har bidratt til å gjøre dette studiet mulig.

Først og fremst ønsker vi å takke alle informanter som ønsket å delta i dette prosjektet. Uten deres frivillighet og deltakelse, ville ikke dette studiet tatt form. Vi vil også takke de som bidro til å rekruttere informantene, men disse er ikke navngitt med hensyn til personvern og anonymisering av deltakerne.

Vi ønsker også å takke ergoterapeut Linda Stigen som har vært vår veileder i denne perioden. Hun har bidratt til å guide oss på veien, og gitt oss motivasjon og støtte. Hennes engasjement, positive humør og innsikt har vært betydningsfullt.

Videre takker vi de ansatte ved bibliotekjenesten ved NTNU i Gjøvik. Deres veiledning og bidrag underveis har vært essensielt og bidratt til økt forståelse.

Avslutningsvis, ønsker vi å takke familie og venner som har vært støttespillere og diskusjonspartnere underveis. Uten deres motiverende kommentarer og innspill, ville arbeidet med denne bacheloroppgaven vært betydelig tyngre.

## Innholdsfortegnelse

<i>Sammendrag</i> .....	1
<i>Abstract</i> .....	2
<b>1.0 Innledning og bakgrunn</b> .....	<b>6</b>
1.1 <i>Begrepsavklaring</i> .....	6
1.2 <i>Innledning</i> .....	6
1.3 <i>Forforståelse</i> .....	7
1.4 <i>Teoretisk rammeverk</i> .....	7
1.5 <i>Tidligere forskning</i> .....	8
<b>2.0 Hensikt og forskningsspørsmål</b> .....	<b>10</b>
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>10</b>
3.1 <i>Fokusgruppeintervju</i> .....	10
3.2 <i>Intervjuguide</i> .....	11
3.3 <i>Informanter</i> .....	11
3.3.1 <i>Informanttabell</i> .....	12
3.4 <i>Analyse av data</i> .....	13
3.5 <i>Artikkelsøk</i> .....	15
3.6 <i>Etiske overveielser</i> .....	15
3.7 <i>Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet</i> .....	17
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>18</b>
4.1 <i>Kunnskap om ergoterapi</i> .....	18
4.1.1 <i>Generell kunnskap om ergoterapi</i> .....	18
4.1.2 <i>Behov for ergoterapeuter</i> .....	19
4.1.3 <i>Manglende kunnskap</i> .....	19
4.1.4 <i>Utvikling over tid</i> .....	20
4.2 <i>Arbeidsoppgaver</i> .....	21
4.2.1 <i>Ergoterapeutens arbeidsoppgaver og rolle</i> .....	21
4.2.2 <i>Hjelpemidler</i> .....	22
4.2.3 <i>Overlappende arbeidsoppgaver</i> .....	23
4.2.4 <i>Forventninger til ergoterapeuter</i> .....	24
4.3 <i>Tverrfaglig samarbeid</i> .....	24
4.3.1 <i>Mangel på samarbeid</i> .....	25
4.3.2 <i>Ulike hensyn</i> .....	26
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>27</b>
5.1 <i>Kunnskap om ergoterapi</i> .....	27
5.1.1 <i>Behov for ergoterapeuter</i> .....	27
5.1.2 <i>Utvikling over tid</i> .....	29
5.2 <i>Ergoterapeutens arbeidsoppgaver</i> .....	29
5.2.1 <i>Forventninger til ergoterapeuter</i> .....	29
5.2.2 <i>Tradisjonell ergoterapi</i> .....	31
5.3 <i>Tverrfaglig samarbeid</i> .....	34



5.3.1 Ulike hensyn .....	34
5.3.2 Tverrfaglig samarbeid .....	35
5.4 <i>Metodediskusjon</i> .....	36
5.4.1 Valg av metode .....	36
5.4.2 Fokusgruppeintervju .....	37
5.4.3 Utvalg av informanter og kommuner .....	38
5.4.4 Benyttelse av tidligere forskning .....	38
5.5 <i>Anvendelse og praktiske implikasjoner av resultater</i> .....	39
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>39</b>
<b>7.0 Referanseliste</b> .....	<b>41</b>
<b>8.0 Vedlegg</b> .....	<b>43</b>
8.1 <i>Intervjuguide</i> .....	43
8.2 <i>Søkehistorikk</i> .....	45
8.3 <i>Informasjonsskriv</i> .....	46

## 1.0 Innledning og bakgrunn

### 1.1 Begrepsavklaring

**Empiri:** “*Empiri er utsagn om virkeligheten som har sitt grunnlag i erfaring, ikke synsing*” (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016, s. 32)

**Fokusgruppeintervju:** En intervjuform som brukes innen den kvalitative metoden fokusgruppe. Målet med intervjuet er å samle empirisk materiale fra en gruppe deltakere, der en prøver å skape en forståelse for fenomenet som skal studeres (Malterud, 2012).

**Helsepersonell:** “*Fellesbetegnelse på personer og yrkesgrupper som har fått offentlig godkjenning (autorisasjon) etter å ha gjennomgått lov – eller forskriftsbestemt helsefaglig utdanning*” (Nylenna, 2009, s. 122).

**Induktiv analyse:** “*Den systematiske undersøkelsen av likheter innen og mellom tilfeller for å utvikle begreper, ideer eller teorier*” Pascale, 2011 som sitert i (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 224).

**TIOR:** Tverrfaglig innsats og rehabiliteringsteam

### 1.2 Innledning

Temaet for denne bacheloroppgaven, tar for seg hvordan helsepersonell oppfatter ergoterapeutens rolle og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Det er blitt undersøkt hvilke erfaringer fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere har til ergoterapi. For å finne ut av dette, ble det først sett på tidligere forskning på feltet. Basert på de svarene som kom frem, ble det gjennomført en kvalitativ undersøkelse ved bruk av fokusgruppeintervju med helsepersonell.

I Kessler (2014) kommer det frem at tverrfaglig samarbeid er elementært i helsetjenesten for å kunne gi pasienter best mulig behandling. Det å kjenne til andre profesjoners ekspertise og kompetanse, er en viktig egenskap for å kunne samarbeide med sine samarbeidspartnere. Rollen som en profesjonell i helsetjenesten innebærer å kunne kommunisere, respektere og

verdsette hva hver enkelt i et tverrfaglig samarbeidsteam kan bidra med i ulike settinger. Ved å ikke gjøre dette, siterer Kessler (2014) hva som kan skje:

*“Differences in how one perceives work/career values and rewards, lead to conflict”*

Lancaster and Stillman, 2002 som sitert i (Kessler, 2014, s. 455).

### 1.3 Forforståelse

Basert på erfaringer fra praksis, har det vært variert forståelse for hva som er ergoterapeutens rolle i kommunehelsetjenesten. Blant annet har det blitt erfart at kollegaer ikke har mye kjennskap til hva ergoterapeuten egentlig gjør. Forutinntatte holdninger som ble erfart, innebar for eksempel at utenforstående kun assosierte ergoterapeuten med installering av hjelpemidler og søknader vedrørende dette. Det ble og opplevd at ulike profesjoner hadde varierte formeninger om hva som var ergoterapeutens arbeidsoppgaver. Dermed ble det ønskelig å finne ut hvorvidt det er et behov for bevisstgjøring rundt ergoterapi. Dette ved å undersøke andre yrkesgruppers meninger om yrket.

### 1.4 Teoretisk rammeverk

Som teoretisk rammeverk, benyttes det sosialkonstruktivistiske verdensbildet. Dette er opprinnelig en kvalitativ måte å jobbe på. Teorien baserer seg på at mennesker danner meninger og får opplevelser gjennom verden de lever i. Forskere stiller dermed så åpne spørsmål som mulig, for å skape et bredest mulig bilde. Konteksten for dette dannes gjennom historiske og sosiale perspektiver. Forskere søker å forstå data som kommer frem gjennom denne konteksten. Data som kommer frem tolkes også på bakgrunn av forskeres egne meninger og bakgrunn. Dette er en induktiv måte å jobbe på, der en skaper mening gjennom data som kommer frem (Creswell og Creswell, 2018). Ifølge denne teorien blir roller dermed sosialt konstruert gjennom det mennesker opplever og erfarer. Ergoterapi er en slik rolle, som en via både tidligere og ny forskning kan ses på som sosialt konstruert gjennom hjelpemidler. Annet helsepersonell forventer at en ergoterapeut skal være spesialist på hjelpemidler, og gjennom det blir arbeidshverdagen styrt deretter (Tuntland, 1998; Gramstad og Nilsen, 2016; Arntzen et al., 2019). I forhold til hensikten, vil dette teoretiske rammeverket benyttes for å samle inn data som kan belyse problemstilling og forskningsspørsmål.

## 1.5 Tidligere forskning

For å få en større innsikt i hvilke syn det er på ergoterapi blant annet helsepersonell, har det blitt gjennomført et litteratursøk der en har sett på fagfelleverderte forskningsartikler. I Turner og Knight (2015) kommer det frem at den profesjonelle identiteten til ergoterapeuter har blitt diskutert i lang tid. Stereotypiske holdninger til ergoterapi er noe som går igjen, som fører til at ergoterapeuter føler seg undervurdert og opplever mangel på annerkjennelse blant sine kollegaer. Dette fører til at ergoterapeuter kan føle på lav status, og lett oppleve misforståelser i sin praksis. I Kinn og Aas (2009) kommer det frem at ergoterapeuter opplever å føle seg usynlige. Mangel på forståelse for ergoterapeutens rolle blant kollegaer, kan føre til uoverensstemmelser. Det kommer også frem at ergoterapeutene opplever at andre yrkesgrupper har en annen forventning til ergoterapeutens arbeidsoppgaver enn de selv har (Kinn og Aas, 2009; Turner og Knight, 2015).

I Atwal (2002), ses det på hvordan forskjellige faggruppers persepsjoner på arbeidsroller er. Der kommer det frem at fundamentale ideologiforskjeller mellom profesjoner lett kan føre til problemer i tverrfaglig samarbeid. Forskjellig fagspråk blir sett på som en grunn til at ulike yrker kan oppleve uenighet, ved å kommunisere på forskjellige måter. Det kommer også frem at ergoterapeuter opplever de må undervise andre profesjoner om deres rolle og ansvarsoppgaver. I Donnelly et al. (2013), ses det på implementering av ergoterapi i primærhelsetjenesten i Canada. Der kom det frem at det var mye forutinntatte negative holdninger rettet mot ergoterapi. Spesielt leger manglet innsikt og kunnskap rundt ergoterapeuters kompetanse. Under implementeringen ble det gjennomført undervisning til tverrfaglige samarbeidspartnere. Dette for å øke bevisstheten rundt ergoterapeuters rolle og arbeidsoppgaver (Atwal, 2002; Donnelly et al., 2013) .

I Gramstad og Nilsen (2016) ses det på kommuneergoterapeuters erfaringer med brukere og andre faggrupper. Der kommer det frem at ergoterapeuter opplever at andre yrkesgrupper, brukere og pårørende har manglende innsikt i ergoterapeutens kompetanse, roller og kunnskapsgrunnlag. I enkelte settinger opplevde ergoterapeuter at annet helsepersonell lovet bort tiltak til brukere som de skulle igangsette. Det kom også frem at ergoterapeuter erfarte å bli forbundet med hjelpemidler, og ofte ha som oppgave å bestille hjelpemidler andre fagpersoner allerede hadde bestemt at en bruker hadde behov for. Det avsluttes med at ergoterapeuter må fortsette å styrke sin identitet i helsetjenesten, ved å gjøre andre

samarbeidspartnere med observante på hva ergoterapeuter kan bidra med (Gramstad og Nilsen, 2016)

I hovedfagsoppgaven til Tuntland fra 1998 har hun sett på ergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutvidelse i kommunehelsetjenesten. I oppgaven, kommer det frem at ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten opplever at helsepersonell har et unyansert og uklart bilde av ergoterapeuter. Det kommer frem at forventninger til ergoterapeuter i mange tilfeller er stereotypiske, og ofte relatert til tekniske hjelpemidler (Tuntland, 1998).

I litteratursøket ble det funnet mange artikler som omtalte hvordan ergoterapeutene opplevde sin rolle i helsetjenesten. En fellesnevner for alle artiklene, er at ergoterapeuter opplever at sine samarbeidspartnere i mange tilfeller har manglende innsikt i hva ergoterapeutenes arbeidsrolle og kompetanse er. Det ble dog funnet lite forskning på hva andre profesjoner mente om ergoterapi. Spesielt i Norge var det lite litteratur rundt dette. Dermed ses det på som aktuelt å dekke et kunnskapshull ved å forske på andre profesjoners erfaringer med ergoterapeutens rolle i kommunehelsetjenesten.

## 2.0 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med oppgaven er å øke kunnskapen om andre faggruppers kjennskap til ergoterapeutens kompetanse og rolle i kommunehelsetjenesten.

Forskningsspørsmålene i studiet er:

1. Hvilke erfaringer har helsepersonell i kommunehelsetjenesten med ergoterapeuter?
2. Hvilke forventninger har helsepersonell tilknyttet ergoterapeutens rolle i kommunehelsetjenesten?

## 3.0 Metode

I forhold til hensikt og forskningsspørsmål, ble det i denne forskningen benyttet en kvalitativ metode ved bruk av fokusgruppeintervju. Denne kvalitative metoden har som hensikt å forstå eller beskrive verdensbildet til personer, gjennom meninger, erfaringer og opplevelser. Her benyttes empiri i forhold til datainnsamling for å skape denne forståelsen (Kvale og Brinkmann, 2015). Videre ble det studert hvordan helsepersonell ser på ergoterapi som fenomen i kommunehelsetjenesten. Her var det ønskelig å få økt forståelse av og innsikt i helsepersonells livsverden. Det for å kunne se deres opplevelse av ergoterapi samt erfaringer og forventninger tilknyttet dette. Dermed ble det tatt hensyn til fenomenologi, selv om dette ikke blir styrende som metodologi. Kvalitativ forskning fikk heller et større fokus. Dette fordi prosjektledere ikke har nok erfaring til å kunne bruke noe mer spesifikt. For å få svar på forskningsspørsmålene, ble det benyttet en tverrsnittsundersøkelse med to mini-fokusgruppeintervjuer. Dette fordi det var verken tid eller ressurser til en longitudinell studie samt stort fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuer er hensiktsmessig siden en vil stille åpne spørsmål, få flest mulig svar og et så bredt bilde av fenomenet som mulig (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). Tverrsnittsundersøkelse er hensiktsmessig når en skal undersøke hvordan ståstedet i forhold til det som skal undersøkes er her og nå. I en longitudinell undersøkelse derimot, går forskningen over et større tidsrom (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

### 3.1 Fokusgruppeintervju

Ved innsamling av data ble det som nevnt tidligere benyttet to mini-fokusgruppeintervju. Hensikten ved å benytte seg av fokusgruppeintervju som metode, er å få frem flest mulige holdninger, meninger og erfaringer tilknyttet fenomenet som studeres. Dette ved å få en nyansert beskrivelse av intervjupersonenes livsverden (Johannessen, Tufte og Christoffersen,

2016). I forhold til hensikten og forskningsspørsmålene i studiet, passer fokusgruppeintervju godt inn. Ved å stille gode spørsmål, vil det åpne for refleksjon i fellesskap som gjør det mulig å gå dypere inn i temaet enn ved et enkeltintervju. Ved å gjennomføre intervjuet gruppevis, kan informantene stimulere og engasjere hverandre til å komme med personlige erfaringer og formening. De ulike meningene og erfaringene som kommer frem ved et gruppeintervju, vil kunne skape et godt kunnskapsgrunnlag. Selve intervjuet hadde en semistruktur, der det forelå en uformell mal for hvordan det skulle utføres (Malterud, 2012).

### 3.2 Intervjuguide

For å stille kunne stille best mulig forberedt til fokusgruppeintervjuet, ble det forberedt en intervjuguide for å danne et rammeverk. Intervjuguiden hadde fokus på tre hovedspørsmål som studiet ønsket å få svar på, se vedlegg 8.1. I første omgang ble det gjennomført en introduksjonsrunde for alle informantene i intervjuet. Dette for at de skulle bli tryggere på hverandre. Videre ble det stilt spørsmål med hensikt å oppfordre til diskusjon og refleksjon rundt temaet for oppgaven. Spørsmålene i intervjuguiden hadde ikke til hensikt å standardisere samtalen, men skulle i stedet være en støttespiller i gjennomføringen. Dette ved å ha relevante spørsmål tilgjengelig rettet mot studiets tema og forskningsspørsmål (Malterud, 2012).

### 3.3 Informanter

I fokusgruppene var det informanter i form av helsepersonell. Informantene bestod av profesjoner som har det relevant i sin praksis å samarbeide med, eller henvise til ergoterapeuter. Dermed ble det benyttet en strategisk utvelgelse av informanter, der utgangspunktet var hensiktsmessighet. (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). Helsepersonell i studiet bestod av sykepleier, helsefagarbeider og fysioterapeuter. Det ble også tilstrebet å få en heterogenitet i gruppen. Formålet med dette var *“(...) for å få representert god bredde i erfaringer og synspunkter i forhold til vår problemstilling”*. (Malterud, 2012, s. 20). Ved å benytte seg av denne metoden for gruppesammensetning, ble det et godt strategisk utvalg av informanter. Validiteten til de empiriske dataene som kom frem, ble også videre styrket (Malterud, 2012). I første intervju var det en sykepleier, en helsefagarbeider og to fysioterapeuter. I andre intervju skulle det egentlig være to fysioterapeuter og en sykepleier. Grunnet tidsmessige årsaker ble det gjennomført intervju kun med de to fysioterapeutene. Dette er selvsagt ikke optimalt ettersom det er anbefalt tre til

fem deltakere i et mini-fokusgruppeintervju, men likevel kom det gode svar i intervjuet (Malterud, 2012; Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

For å rekruttere de aktuelle informantene, ble det benyttet en “snøballeffekt” som metode. Utføring av dette skjedde ved å kontakte nøkkelpersoner som hadde god kjennskap til aktuelle informanter innen sitt domene. Vider kunne informantene som denne personen visste om, kjenne til flere aktuelle informanter. Dermed fikk en billedlig sett en rullende snøball (Malterud, 2012). I dette studiet ble det kontaktpersoner innen kommunehelsetjenesten i ulike avdelinger. Kontaktpersonene fikk et informasjonsbrev, som de kunne videresende til informantene. Her stod det beskrevet hensikten med forskningen, og hva deltakelse innebærer (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

### 3.3.1 Informanttabell

Utdanning	Utdanningsår	Fagbakgrunn	Nåværende arbeidsplass
Sykepleier	2005	Hjemmesykepleie og 5 år på sykehus	TIOR
Helsefagarbeider		15 år i hjemmesykepleie	TIOR
Fysioterapeut 1	2015	Kommune og privat praksis	TIOR
Fysioterapeut 2	2016	Kommune, privat praksis og sykehus.	TIOR
Fysioterapeut 3	2011	Kommune, hverdagsrehabilitering.	Voksenteam i kommune, somatisk korttidsavdeling
Fysioterapeut 4, med videreutdanning innen palliativ omsorg, veiledningspedagogikk og lymfeødembehandling	1979	Sykehus, kommune.	Voksenteam i kommune, lindrende enhet,



### 3.4 Analyse av data

Formålet med analyse av data, er at “*Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet*” (Malterud, 2011, s. 91). Dette ble etterstrebet ved å bruke systematisk tekstkondensering som metode for analysen. Ettersom det ikke eksisterer nok kunnskap og erfaring blant studiets forskere til å følge denne metoden, ble den i stedet brukt som mal for analyse. Dette for at den som leser oppgaven og dataen, skal kunne komme frem til de samme resultatene (Malterud, 2011).

I første steg i den systematiske tekstkondenseringen, ble det lest igjennom intervjuene og deretter laget fem tema for hvert intervju. I første intervju oppstod temaene: holdninger til ergoterapi, kunnskap om ergoterapi, arbeidsoppgaver, hjelpemidler og tverrfaglig samarbeid. I andre oppstod de samme temaene utenom holdninger til ergoterapi, som ble byttet ut med forandring over tid. Formålet med dette er å få et overordnet bilde av resultatene, samtidig som en videre kan bryte ned teksten i mindre deler (Malterud, 2011). I andre steg skal en ifølge metoden bryte ned tema til koder, og videre kode den delen av dataen som er relevant. I denne dataanalysen ble heller rådataen kondensert i stedet, på steg to. Dette fordi det ble mer oversiktlig med tanke på koding og kategorisering. I steg tre derimot, ble det gjort både koding og kategorisering, som til slutt ble satt inn i overordnede tema (Malterud, 2011). Dette ble gjort i et excel dokument for å få en bedre oversikt. Dermed dukket disse kategoriene og temaene frem:

Tema:	<b>Kunnskap om ergoterapi</b>	<b>Arbeidsoppgaver</b>	<b>Tverrfaglig samarbeid</b>
Kategorier:	Generell kunnskap	Hjelpemidler	Positivt tverrfaglig samarbeid
	Forandring over tid	Fordeling av arbeidsoppgaver	Mangel på samarbeid
	Manglende kunnskap	Forventninger	Usikkerhet og ønske om samarbeid
	Ergoterapeutens arbeidsoppgaver		Motstridende hensyn

Etter at disse kategoriene og temaene ble identifisert, ble det gått over til steg fire i den systematiske tekstkondenseringen. Formålet med dette steget, er å rekontekstualisere. Det vil si å sette sammen den kondenserte teksten i de respektive kategoriene til en analytisk tekst. Den analytiske teksten skal gjenfortelle det som kommer frem i intervjuene på en så fordomsfri måte som mulig (Malterud, 2011). Ettersom det er blitt fulgt en mal for analyse av data, er målet å oppnå nettopp dette. Etter at resultatteksten var satt sammen, ble det gjort en veiledning i forhold til denne. Etter veiledningen ble rådataen gått over igjen, og en ny tekst ble satt sammen med nye subkategorier. Dette ettersom de eksisterende subkategoriene ble noe overflødige, og selve teksten ikke var presis nok. De nye subkategoriene ble som følger:

Tema:	<b>Kunnskap om ergoterapi</b>	<b>Arbeidsoppgaver</b>	<b>Tverrfaglig samarbeid</b>
Kategorier:	Generell kunnskap om ergoterapi	Ergoterapeutens arbeidsoppgaver og rolle	Tverrfaglig samarbeid
	Behov for ergoterapeuter	Hjelpemidler	Mangel på samarbeid
	Manglende kunnskap	Overlappende arbeidsoppgaver	Ulike hensyn
	Utvikling over tid	Forventninger til ergoterapeuter	

Etter at resultatet var ferdig skrevet, ble det skrevet en diskusjonstekst. Formålet med denne var å diskutere funnene som kom frem i intervjuene og analysen opp mot tidligere forskning. Dette for å se hvordan ting likheter og ulikheter opp mot resultatene i studiet, samt finne implikasjoner for videre forskning. Tema og subkategoriene i diskusjonen ble endret på etter veiledning, for å fokusere på det som opplevdes som de viktigste funnene.

Tema:	<b>Kunnskap om ergoterapi</b>	<b>Ergoterapeutens arbeidsoppgaver</b>	<b>Tverrfaglig samarbeid</b>
Subkategorier:	Behov for ergoterapeuter	Forventninger til ergoterapeuten	Ulike hensyn
	Utvikling over tid	Tradisjonell ergoterapi	Tverrfaglig samarbeid

### 3.5 Artikkelsøk

Før intervjuene, ble gjort ble det gjennomført et litteratursøk. Hensikten med dette var å finne tidligere forskning som kunne belyse hensikten med forskningen. Etter å ha gjort et grundig søk i databaser som Medline og Cinahl, ble det funnet fire artikler som var relevant (Atwal, 2002; Kinn og Aas, 2009; Donnelly et al., 2013; Turner og Knight, 2015). Opprinnelig ble det funnet flere artikler, men disse ble ekskludert etter å ha lest abstrakt samt sjekket hvorvidt de var vitenskapelige artikler eller ikke. For å finne ut dette, ble det brukt NTNU Universitetsbiblioteket sin guide for kildekritikk (NTNU Universitetsbiblioteket, 2015). Det ble gitt veiledning av universitetsbiblioteket på NTNU i Gjøvik i forhold til søk i databaser. Etter denne kom det frem nye søkeord og databaser som kunne brukes, noe som resulterte i to nye artikler. Disse to er inkludert i de fire som til sammen ble funnet. For søkeord, antall treff og databaser, se vedlegg 8.2.

I tillegg til de fire artiklene som ble funnet i databaser, kom også veileder med tips om seks artikler som kunne brukes i diskusjon. Av disse ble fem brukt ettersom de var svært relevante og ga diskusjonen mye relevant stoff mot temaet i dette studiet (Tuntland, 1998; Gramstad og Nilsen, 2016; Bonsaksen et al., 2018; Stigen, Bjørk og Lund, 2018; Arntzen et al., 2019).

### 3.6 Etiske overveielser

En viktig etisk overveielse i løsningen av denne oppgaven, og noe av det mest essensielle i forskningsetikken, er det å ivareta personvern. Ved å gjennomføre fokusgruppeintervju, vil en komme over personopplysninger, enten direkte eller indirekte (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016). Her er det viktig å være nøye med gjennomføring, slik at deltakere føler seg behandlet på en profesjonell måte, og at personopplysninger ikke kommer på avveie. Blant annet ble det benyttet en lydopptaker, der lydfilen ble overført til en ekstern sikret harddisk. Dermed slipper en å risikere at data kommer på avveie (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

Det har også blitt tatt hensyn til de syv etiske problemstillingene som kommer frem i Kvale og Brinkmann (2015) : tematisering, planlegging, intervjusituasjonen, transkribering, analysering, verifisering og rapportering. Disse ses på som svært relevante for studiets tema og løsningsmetode.

### **1. Tematisering**

I forhold til tematisering, har det blitt tatt hensyn til at forskningen ikke kun er av vitenskapelig verdi. Den har også verdi for de som deltar i intervjuet, samt at den kan skape positive ringvirkninger i det profesjonelle miljøet til ergoterapeuter.

### **2. Planlegging**

Vurdering av konsekvenser forskningen kan ha for intervjupersoner, innhenting av samtykke til å delta i studie samt konfidensialitet. Det vil bli tatt hensyn til informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi. Dette ved at informantene på ingen måte føler seg tvunget til å delta, og at de på hvilket som helst tidspunkt kan trekke seg.

### **3. Intervjusituasjonen**

Vurdering av intervjusituasjonens påvirkning på intervjupersoner. I denne forskningen kan deltakere ha nytte, i form av forbedret fremtidig praksis. Dette ved å bli mer bevisst på ergoterapeutens rolle og potensiale i form av tverrfaglig samarbeid. Negative konsekvenser kan dog være at deltakere blir mer observante på egen praksis, som kanskje ikke var så bra som de trodde. I denne forskningen vurderes nytteverdi som positiv i forhold til negativ. En annen faktor som kan være med på å påvirke intervjusituasjonen, er i hvilke omgivelser intervjuene blir gjennomført. I dette studiet ble intervjuene gjennomført på informantenes arbeidsplass. Dette fordi arbeidsplassen kan oppleves som en trygg og sikker omgivelse for de som deltar.

### **4. Transkribering**

Hensyn til konfidensialitet er viktig i transkribering, ettersom intervjupersoner skal være anonyme. I forhold til dette, vil intervjupersonene transkriberes i henhold til nummer, for eksempel 1, 2, 3.

### **5. Analysering**

Herunder kommer tolkning av uttalelser til intervjupersoner. I tillegg kommer det etiske i forhold til hvor dypt datamaterialet skal analyseres. Her kommer tid og ressurser til å spille en avgjørende rolle.

### **6. Verifisering**

*“Det er forskerens etiske ansvar å rapportere kunnskap som er så sikker og verifisert som mulig. Dette innebærer spørsmålet om hvor kritiske spørsmål som kan stilles til en intervjuperson”*(Kvale og Brinkmann, 2015, s. 97). Her har det blitt tatt hensyn til hvorvidt kunnskapen som kommer frem er verifisert eller ikke. Kunnskapen har blitt nøye gjennomgått, både av veileder og forskerne som gjennomførte prosjektet.

## 7. Rapportering

Her tas det hensyn til hvorvidt den offentliggjorte oppgaven har konsekvenser for intervjupersonene, gruppen og institusjonen som den representerer (Kvale og Brinkmann, 2015). Det tas blant annet hensyn til prinsippet om unngåelse av skade. Innsamling av data og oppgaven skal i minst mulig grad berøre følsomme eller sårbare områder. Dette for at de som deltar skal belastes minst mulig (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2016).

### 3.7 Validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Reliabilitet omhandler i denne sammenhengen spørsmålet om hvorvidt en som gjør samme forskning på nytt vil få de samme svarene som her kommer frem (Kvale og Brinkmann, 2015). I dette tilfellet vil det bli vanskelig, ettersom erfaringer vil endres over tid. Det har dog vært etterstrebet å stille så åpne og objektive spørsmål som mulig i intervjuene, slik at en skal kunne gjøre nettopp dette. Det for å sikre god reliabilitet i studien. Gjør en forsker analyse av data på nytt i denne forskningen, vil det mest sannsynlig komme frem relativt like svar, og dermed sikre god reliabilitet (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette fordi det er brukt systematisk tekstkondensering som mal, slik at de samme temaene og subkategoriene skal kunne dukke opp, og en skal kunne få like svar (Malterud, 2011; Kvale og Brinkmann, 2015).

Validitet omhandler hvorvidt en undersøker det en faktisk skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2015). I denne sammenhengen blir det for eksempel hvorvidt intervjuguiden og selve intervjuet henger sammen med forskningsspørsmålene. Dette har det blitt gitt en veiledning på, der det har blitt gitt positive svar i forhold til dette. Som nevnt tidligere, er det og viktig at det er relevante informanter. En ser også validiteten i analyse av rådata, der svarene som kommer frem faktisk svarer på forskningsspørsmålene. Det eksisterer dog mange regler og sjekkpunkter for validitet som forskere i denne studien ikke har satt seg helt inn i. Det har likevel som en ser, blitt fulgt noen grunnprinsipper for validitet. Dette for at forskningen skal kunne svare på forskningsspørsmålene i studiet (Kvale og Brinkmann, 2015).

Generaliserbarhet omhandler hvorvidt svarere som kommer frem i studien er av lokal interesse, eller at de er overførbare. Når det er sagt, så er ikke generaliserbarhet noe som en etterstreber i kvalitative studier med empiri, ettersom erfaringer er personlig og ikke kan generaliseres direkte (Kvale og Brinkmann, 2015). Likevel kan resultatene være

gjenkjennbare til en viss grad og kunne gi implikasjoner for videre forskning. I forhold til denne studien, vil det imidlertid kreve en større bredde og flere informanter som deltar i de ulike intervjuene. I denne studien har det kun blitt dekket to områder i et veldig stort fylke med mange områder. Dermed kan en ikke si at funnene i studien er generaliserbare. Men en kan si at funnene gir gode implikasjoner for videre forskning avhengig av hva som kommer frem. Samtidig kan funnene være gjenkjennbare om lignende undersøkelser blir gjennomført. Dette ettersom det til en viss grad eksisterer reliabilitet og validitet i studiet (Kvale og Brinkmann, 2015).

## 4.0 Resultater

I resultatet presenteres funnene etter analyse av den empiriske dataen som kom frem i fokusgruppeintervjuene. Resultatet er fordelt på tre hovedtemaer, med subkategorier som prosjektledere oppfattet som mest aktuelle med tanke på studiets forskningsspørsmål. Det første temaet, er kunnskap om ergoterapi. Her finnes subkategoriene generell kunnskap om ergoterapi, behov for ergoterapeuter, manglende kunnskap og utvikling over tid. Neste tema er ergoterapeuters arbeidsoppgaver. Her er subkategoriene ergoterapeutenes arbeidsoppgaver og rolle, hjelpemidler, overlappende arbeidsoppgaver og forventninger til ergoterapeuter. Til slutt kommer temaet tverrfaglig samarbeid. Her vil subkategoriene tverrfaglig samarbeid, mangel på samarbeid og ulike hensyn bli presentert.

### 4.1 Kunnskap om ergoterapi

Hensikten med å gjennomføre prosjektet, var å få innsikt i de andre yrkesgruppens kunnskap om ergoterapi. Dette kom godt frem i intervjuene. I tillegg kom det frem diskusjoner rundt hvorvidt en skal løse den økte etterspørselen til ergoterapi og hvordan ergoterapi hadde forandret seg over tid. Manglende kunnskap var også et aktuelt diskusjonstema, og disse vil bli presentert videre.

#### 4.1.1 Generell kunnskap om ergoterapi

Den første subkategorien som kom frem i dataanalysen var generell kunnskap om ergoterapi. Med det menes den kunnskapen informantene hadde eller manglet samt mente andre hadde eller manglet om ergoterapi. I intervjuene kom frem at mange av ergoterapeutene på informantenes arbeidsplass, hadde videreutdanning eller kurs. Enkelte hadde også spisskompetanse og erfaring fra spesialfelt, som for eksempel spiseforstyrrelser og palliasjon.

Det kom og frem i intervjuene at informantene hadde god kunnskap om ergoterapeutens arbeidsoppgaver, roller, og kompetanse. Dette skal utdypes videre i resultatene. Først skal det snakkes om det økte trykket på ergoterapien som har kommet gjennom årene.

#### 4.1.2 Behov for ergoterapeuter

I intervjuene kom det frem at det hadde blitt en større bevissthet rundt ergoterapi. Dette fordi informantene merket at det hadde blitt mye lengre ventelister på ergoterapeuter.

*“Et tankekors, er de lange ventelistene som er på ergoterapi. Hvordan en i fremtiden skal løse det. Det er noe som vi funderer litt på. Alle sammen”.*

Da moderator spurte videre hva de tenkte var grunnen til lange ventelister, kom det frem at økt etterspørsel og bevissthet var en av grunnene. *“(…) Alle rundt har blitt mer oppmerksomme på hva ergoterapeuter kan gjøre”.* Videre ble det diskutert hva annet som må til for å få ned ventelistene, blant annet fordeling av arbeidsoppgaver. Det kom også frem at ergoterapi var et viktig yrke, og at i årene fremover vil en måtte ansette flere for å møte det økende behovet. *“Ergoterapi er en viktig faggruppe. (...) Må bare styrkes”.*

#### 4.1.3 Manglende kunnskap

Med manglende kunnskap som tema, menes det mangel på forståelse for hva en ergoterapeut kan bidra med i sin rolle. I intervjuene kom temaet veldig godt frem i diskusjon mellom informantene. Innad i TIOR opplevdes det at profesjonene hadde god forståelse for hverandres rolle og kompetanse. En informant uttrykte dog å være usikker på om dannelsen av treningsprogrammer mot hverdagsrehabilitering var en aktuell arbeidsoppgave for ergoterapeuter basert på egne erfaringer. Med tanke på øvelser som krever kunnskap om motoriske ferdigheter og treningslære, uttrykte informanten å være usikker på hva som finnes av det i utdanningen til en ergoterapeut. Informanten var allikevel positiv til at ergoterapeuter kan ha det som en arbeidsoppgave dersom kompetansen var tilstede.

Utenfor det tverrfaglige teamet derimot, uttrykte terapeutene at det kunne oppleves forutinntatte holdninger rettet mot hva ergoterapeuter og fysioterapeutenes arbeidsoppgaver var. Eksempelvis, hvis en sykepleier eller helsefagarbeider utenfor det tverrfaglige innsatsteamet hadde behov for et hjelpemiddel, tok de kontakt med en terapeut. Dette ofte uten at terapeuten hadde kjennskap til brukeren, med en forventning om at terapeuten skulle

ordne et hjelpemiddel for dem. «Jeg opplever jo at det ikke er helt tydelig, at de utenfor vårt team vet hva vi terapeuter kan bidra med».

I noen tilfeller, kom det også frem at ansatte i allmennteam kunne ha et annet perspektiv på hva rehabiliteringsrehabiliteringspotensiale hos en bruker var. Allmennteamene er ambulerende hjemmetjenester, bestående av helsefagarbeidere, sykepleiere og assistenter. For eksempel, kunne en sykepleier fra allmennteam ta kontakt med en terapeut for å formidle potensiale, som terapeuten ofte hadde et annet syn på. Det opplevdes som en nødvendighet å jobbe med å implementere et mestringsfokus ellers i tjenesten utenfor TIOR. For å gjøre de andre yrkesgruppene mer bevisste på terapeutenes kompetanse og arbeidsoppgaver, hadde terapeutene begynt med å være med i langrapporter. Langrapportene var tverrfaglige samarbeidsmøter der de ulike teamene møtte hverandre for å diskutere aktuelle brukere og potensielle tiltak. Dette som et forsøk på å gi et tydelig bilde på hva en terapeut kan bidra med i ulike settinger.

#### 4.1.4 Utvikling over tid

Informantene beskrev hvordan synet på ergoterapi har forandret seg i løpet av årene som har gått. En fysioterapeut beskrev at;

*Jeg tenker jo at det er veldig vidt. At tidligere var det kanskje mer snevert, og at en tenkte mye på hjelpemidler og tilrettelegging av bolig. (...) Etter å ha jobbet med ergoterapeuter, har jeg fått en forståelse av at det er mye videre enn det. (...) Kognitiv testing, observasjoner (...). Jeg føler at ergoterapeuter fyller veldig mange roller egentlig*

Den ene informanten uttrykte at tidligere var det en profesjonskamp der hun hadde jobbet. Tidligere kunne det fort oppstå rollekonflikter da det skulle samarbeides, og det kunne være usikkerhet i forhold til hvor ens egen plass var. Det var og et klart skille mellom arbeidsoppgaver, og det kom ofte reaksjoner hvis en ergoterapeut gjorde en typisk fysioterapeutoppgave eller omvendt. Dette har over tid utviklet seg til det bedre, og slik oppleves det ikke lenger i dag. Informantene uttrykte at det var fortsatt et godt skille mellom hvem som skulle gjøre hva, men at profesjonene har blitt bedre til å spille på hverandres styrker for å benytte seg mest mulig av hverandres kompetanse. Informantene opplevde at dersom det oppsto konflikter mellom terapeutene, var det basert på personlighet fremfor profesjon.



## 4.2 Arbeidsoppgaver

### 4.2.1 Ergoterapeutens arbeidsoppgaver og rolle

I intervjuene, snakket informantene om deres forståelse for ergoterapeutens arbeidsoppgaver og rolle, samt hva de assosierer med ergoterapi. Et aspekt i ergoterapeuters praksis som ble trukket frem, var ergoterapeutens styrke innenfor ADL-kartlegging og vurdering. En informant uttrykte: *«De jobber en del med kartlegginger, i forhold til ADL-funksjon, for eksempel dusj.. De er en styrke for oss som ikke driver så mye med det»*

Informantene så på ergoterapeuten som en viktig rolleinnhaver når det kom til brukeres aktiviteter i dagliglivet, i forbindelse med muliggjørelse av aktivitet. For eksempel, ved å observere en bruker i dusjsituasjon og komme frem til strategier for at brukeren kunne mestre aktiviteten selvstendig. Ved å observere og kartlegge brukerens funksjonsnivå samt kapasitet, kom ergoterapeuter med forslag til tiltak. En informant trakk også frem ergoterapeuters styrke ved å bidra til deltakelse, med fokus på å utnytte brukeres ressurser.

Arbeid med kognisjon og håndtrening ble også trukket frem som en av ergoterapeutenes arbeidsoppgaver. Det opplevdes som at ergoterapeuter hadde mye kunnskap om rehabilitering og kartlegging innen feltet, og at det var en styrke for teamet. En fysioterapeut i TIOR uttrykte: *«(...) De er særlig gode på kognitiv funksjon. Og, håndfunksjon»*. En annen styrke som ble trukket frem i TIOR, var at ergoterapeuter var flinke til å hjelpe brukerne med å finne målsetninger for rehabilitering. Dette ved å finne målsetninger for rehabiliteringen som var realistiske og tilpasset hver enkelt bruker med fokus på brukervedvirkning.

I intervju 2, trakk også fysioterapeuten frem håndtrening som en av ergoterapeutenes arbeidsoppgaver. Der var dette en oppgave som terapeutene samarbeidet om, men det kom frem at ergoterapeutene gjennomførte håndtreningen muligens på en mer avansert måte. En annen arbeidsoppgave som kom frem, var ergoterapeutens rolle i boligkartlegging. En fysioterapeut uttrykte: *«Vi må jo se liksom at, de pasientene vi har inne kan komme hjem på en trygg måte. Og da ser en ergo på terskler og ja.. Alt egentlig i huset som kan være en utfordring når pasienten kommer hjem»*. Ved å kartlegge boligen ved å se på terskler og lignende, fortalte informantene at ergoterapeuten hadde fokus på at brukeren skulle kunne komme trygt tilbake til hjemmet sitt og mestre sine omgivelser. Etter kartlegging av bolig, søkte ergoterapeuten ofte etter hjelpemidler for at brukeren skulle bli mest mulig selvstendig i hjemmet. Det hendte at fysioterapeuter også gjennomførte enkle boligkartlegginger når de

allerede var i kontakt med en bruker, når det var lang ventetid på ergoterapeuter.

Informantene trakk frem at dette kunne oppleves problematisk når fysioterapeuter også hadde høyt arbeidspress selv.

#### 4.2.2 Hjelpemidler

Hjelpemidler var et tema som var gjennomgående i begge intervjuene. I forhold til rollefordeling og ansvar, var det litt forskjell mellom informantene. I TIOR, var hjelpemidler hovedsakelig terapeutenes ansvar. Ergoterapeuten hadde hovedansvaret for generelle og aktivitetsrettede hjelpemidler, mens fysioterapeuten var mer involvert dersom det dreide seg om forflytningshjelpemidler. Tidligere, hadde sykepleiere og helsefagarbeidere også vært involvert i søkeprosessen på hjelpemidler. En informant uttrykte: «(...) *For det gjorde vi masse før, men det ble jo bare kaos*». På spørsmål om hva som førte til kaos, var det flere formeninger. Det opplevdes som vanskelig å finne frem til riktig hjelpemiddel, og da endte det ofte opp med mange feilbestillinger. Det kunne være vanskelig å finne frem til riktig kode for hjelpemiddelet, og oppgaven var tidskrevende. Derfor opplevde sykepleieren og helsefagarbeideren det som veldig trygt at ergoterapeuter tok ansvaret for hjelpemidler, ettersom de hadde kompetanse på feltet. “*Jeg synes det er trygt. Dere (ergoterapeutene) har greie på det synes jeg*”.

En fysioterapeut i TIOR opplevde også at ergoterapeuter hadde god kompetanse innen hjelpemidler. «*Men så tenker jeg samtidig at det er viktig å ikke kimse av den hjelpemiddelkompetansen. Også, tenker jeg litt at en hadde stjålet litt av spillerommet til ergoterapeutene. Hvis man hadde tatt det med hjelpemidler fullt og helt*». Det ble diskutert at ergoterapeuter hadde god kunnskap når det kom til vurderinger av hvilket hjelpemiddel som var passende i ulike situasjoner, og at det var viktig å utnytte den kunnskapen. En fysioterapeut i TIOR uttrykte også at ergoterapeuter brukte mye av sin tid på hjelpemiddelsaker, som førte til at fysioterapeuter jobbet mer med andre ting. «*(...) Ergoterapeutene har ofte mye hjelpemiddelsaker, og det er mye kontorarbeid. Også tar vi mye av kontorarbeidet med hverdagsrehabilitering*».

I intervjuet med fysioterapeutene, kom også temaet hjelpemidler frem. Der var praksisen litt annerledes sammenlignet med TIOR. Grunnet en problematikk rundt lange ventelister på ergoterapi og fysioterapi, hadde kommunen delegert hjelpemiddelansvaret utover profesjonene slik at sykepleiere også kunne søke hjelpemidler. “*(...) Dette er en bevisst*

*politikk. Fordi før så var det mye fysio og ergo som hadde dette. (...) Det spiser oss opp. Sånn at vi gjør ikke noe annet enn å søke hjelpemidler hvis kun vi skal gjøre det".* Formålet med dette, var å effektivisere arbeidet og senke ventetiden på oppfølging fra terapeuter. Allikevel, satt fysioterapeutene med et inntrykk av at ergoterapeutene brukte mye av sin tid på kontorarbeid i forbindelse med hjelpemidler. *"(...) Ergoterapeutene har ofte mye hjelpemidler, og det er mye kontorarbeid. Også tar vi (fysioterapeutene) mye av kontorarbeidet med hverdagsrehabilitering"*. På spørsmålet om hva de trodde grunnen til at ergoterapeuter måtte bruke så mye kontortid i forbindelse med hjelpemidler, uttrykte den ene fysioterapeuten:

*«For de blir fortsatt ofte forbundet med hjelpemidler. Sånn at det er de som søker. Da er det de som får henvisningene. Og da må ergoterapeuter få unna de henvisningene».*

I begge intervjuene kom det frem at informantene opplevde at ergoterapeuter hadde mye kompetanse og ansvar innen hjelpemidler. Oppgaven ble sett på som svært tidskrevende, ved at det var mange steg i prosessen for å komme frem til riktig hjelpemiddel i hver enkelt situasjon. Dette førte til mye kontorarbeid for ergoterapeuter, ettersom oppgaven ble i de fleste situasjoner tildelt dem. Eksempelvis, kom det frem at fysioterapeuter hadde mer kontorarbeid i forbindelse med hverdagsrehabilitering, når ergoterapeuter måtte bruke mye av deres tid til hjelpemiddelsaker.

#### 4.2.3 Overlappende arbeidsoppgaver

I begge fokusgruppeintervjuene kom det frem at arbeidsoppgavene i noen tilfeller kunne overlappe mellom profesjonene. En ergoterapeut kunne eksempelvis utføre arbeidsoppgaver som i utgangspunktet tilhørte en sykepleier, som for eksempel stell, dusj og lignende. En informant uttrykte at hun var litt usikker på hvordan ergoterapeuter opplevde denne ordningen. *«Jeg synes det er greit jeg, men vet ikke helt om terapeutene er helt enig i det i alle situasjoner.. Nei. At de skal gå inn i morgenstell eller sånne ting da. Ja ...».* Etter litt diskusjon rundt dette, kom informantene med ulike synspunkter på ordningen. Det opplevdes både som en styrke og en ressurs at profesjonene kunne bistå hverandre i gjennomføringen av arbeidsoppgaver. Men det kom også frem at det var viktig at arbeidsoppgavene var relevante for de som skulle gjøre dem. Det var viktig at yrkesgruppene fikk brukt sin kompetanse, og at arbeidsoppgave ikke overlappet grunnet tidspress. For da ble det heller et spørsmål om kapasitet istedenfor formål, og da kunne det oppleves negativt.

#### 4.2.4 Forventninger til ergoterapeuter

I forhold til forventninger, menes det her hva informantene tenker at en ergoterapeut skal gjøre i sin praksis, og hvilke roller de skal fylle. I denne delen kom det frem litt ulike oppfatninger mellom profesjonene. Fysioterapeutene hadde få konkrete forventninger til en ergoterapeut, men hadde heller tanker om hva en ergoterapeuts styrker og kompetanse var. En forventning til ergoterapeuter, var at de skulle følge retningslinjene for praksis ved å opprettholde fristene for oppfølging fra en ergoterapeut. Det kom også frem at de tenkte at ergoterapeuter arbeider med et mestringsrettet fokus ved bruk av aktivitet og deltakelse i sin praksis. En fysioterapeut opplevde at ergoterapeuter og fysioterapeuter arbeidet på litt forskjellige måter, men med samme målsetning og formål. Fysioterapeutene uttrykte også at de hadde en forventning om at terapeutene skal kjenne til hverandres arbeidsoppgaver, og utnytte hverandres kompetanse for å gi et best mulig tilbud til brukere. Når det gjelder arbeidsoppgaver, uttrykte fysioterapeuter at ergoterapeuter hadde god kompetanse innen kognitiv funksjon, håndtrening, rehabilitering og kartlegging ved bruk av ADL, med fokus på å utnytte brukeres ressurser.

Sykepleieren og helsefagarbeideren hadde et litt annerledes fokus når det kom til forventninger til ergoterapeuter. I likhet med fysioterapeuter, uttrykte de at det var viktig at alle profesjoner i TIOR hadde kjennskap til hverandres kompetanse og styrker. Helsefagarbeideren hadde en litt annen innsikt i ergoterapi enn sykepleieren grunnet deltakelse i hverdagsrehabilitering. Dette førte ofte til diskusjon rundt brukere tilknyttet hverdagsrehabiliteringen sammen med ergoterapeuten. Dette bidro til at helsefagarbeideren opplevde større forståelse for mestringsfokuset ergoterapeuter vektlegger i sin praksis.

#### 4.3 Tverrfaglig samarbeid

Innledningsvis, vil det presenteres første subkategori, som omhandler tverrfaglig samarbeid. I intervjuene, stiltes spørsmålet: «Hvordan samarbeider dere med ergoterapeuter i dag?» En fysioterapeut uttrykte: «... vi går veldig godt sammen, og vi glir inn i hverandre, samarbeider godt. Og kan overlape på enkelte ting». Det kom frem at ergoterapeuter og fysioterapeuter kunne dele på arbeidsoppgaver, og hjelpe hverandre der en yrkesgruppe hadde mye kompetanse å bidra med. De hadde en bevisst politikk på å utnytte hverandres kunnskap, for å gi et best mulig tilbud til pasientene sine. Yrkesgruppene kunne veilede hverandre, hvis en

profesjon hadde mer kunnskap på arbeidsoppgaven som skulle gjennomføres. I intervjuene ble dette belyst:

*Så hvis det er noe som er veldig viktig, for eksempel med gangtrening eller tiltak ellers, så går vi inn å gjør det begge to. Sånn at pasienten får det hver dag. Og da, veileder ergoterapeuten meg som fysio, hvis det er mer ergorelatert, og jeg veileder ergoterapeuten hvis det er fysiorelatert.*

I TIOR, var også samarbeidet mellom yrkesgruppene godt. Fysioterapeutene der opplevde at terapeutene hadde god kjennskap til hverandres arbeidsoppgaver og kompetanse. En fysioterapeut uttrykte: «vi vet at vi vet ganske mye om ergoterapeutens arbeidsoppgaver, og de vet mye om våre. Sånn at vi er gode på å se hverandres behov». Det kom også frem at det var en fordel at terapeutene satt samlokalisert, slik at det ble enkelt å kontakte hverandre dersom de hadde et behov for å diskutere. I noen tilfeller, kunne en yrkesgruppe ha sett noe hos en pasient som den andre yrkesgruppen ikke hadde. Da hadde de muligheten til å diskutere med hverandre, for å komme frem til en løsning som gagnet pasienten. En fysioterapeut uttrykte: «Sånn at det er det som er fordelene med å jobbe tverrprofesjonelt også, at vi kan korrigere hverandre».

#### 4.3.1 Mangel på samarbeid

I det tverrfaglige innsats og rehabiliteringsteamet, opplevdes samarbeidet i teamet godt. Men terapeutene i teamet kunne oppleve vanskeligheter om de skulle samarbeide med andre i allmennteamene utenfor TIOR. Helsefagarbeidere og sykepleiere som ikke var tilknyttet TIOR, hadde ofte et annet perspektiv og i forhold til rehabilitering.

*«Vi ser med en gang når vi beveger oss ut mot de som ikke er vant med å jobbe tverrprofesjonelt».*

Derfor var terapeutene ofte bekymret for at rehabiliteringspotensialet til brukere ikke ble ferdigstilt om de ble overført videre til allmennteam. Det førte til at terapeutene i TIOR i enkelte situasjoner ønsket å holde på pasienter involvert i hverdagsrehabilitering, mens sykepleiere ønsket å avslutte tjenesten. En fysioterapeut uttrykte: «Også har det nok kanskje litt å si når sykepleierne overfører, så er det noen som overtar deres arbeidsoppgaver. Men det er ingen som overtar våre arbeidsoppgaver som terapeuter».

Fysioterapeutene og ergoterapeutene kunne oppleve en mangel på terapeuter til å ta over deres arbeidsoppgaver når en tjeneste ble avsluttet. Sykepleieren i TIOR uttrykte også en bekymring rundt dette: «*Dere fire terapeuter på innsatsteamet kan ikke følge alle brukere videre*». Dette var en problemstilling som var svært aktuell på arbeidsplassen, uten noe bevisst svar. Både sykepleieren og helsefagarbeideren uttrykte at det var et behov for flere terapeuter i tjenesten.

En fysioterapeut uttrykte at hun gjerne skulle hatt mer tid til å diskutere pasienter med ergoterapeuter, for å komme frem til en felles målsetning for rehabilitering. Men grunnet mangel på tid, lot dette seg sjelden gjøre. En viktig prioritering på arbeidsplassen var å utnytte de tilgjengelige ressursene, og da var det vanskelig å få tid til dette.

#### 4.3.2 Ulike hensyn

Fysioterapeuter uttrykte i begge fokusgruppeintervjuene, at de noen ganger kunne oppleve at ergoterapeuten kunne ha motstridende hensyn i sin praksis. «*Jeg kan innimellom kjenne det at ergoterapeuten, eller noen ergoterapeuter har veldig lyst til å sette inn hjelpemidler tidlig i en rehabiliteringsfase hvor jeg egentlig ønsker å ikke å begynne å kompensere enda*».

Informanten opplevde det som at ergoterapeuten ønsket å muliggjøre en aktivitet ved bruk av et hjelpemiddel, mens fysioterapeuten ville avvente for å teste andre muligheter først. For å løse slike situasjoner, satte terapeutene seg ned for å diskutere ulike synspunkter på saken. I noen tilfeller hadde en ergoterapeut sett noe fysioterapeuten ikke hadde lagt merke til, eller omvendt. Informantene uttrykte at dette var et eksempel på en situasjon der viktigheten av det tverrfaglige samarbeidet kom frem.

Et annet eksempel på motstridende hensyn i TIOR, var synspunkter på hvordan teamet skulle fungere i praksis. En fysioterapeut sa: «*Det er litt ironisk. For vi heter jo både innsatsteam og rehabiliteringsteam. Og jeg føler ofte at terapeuter og hjemmetrenere føler at vi har et rehabiliteringsteam, og innimellom at sykepleiere føler vi er et innsatsteam*». Dette er et spennende eksempel der ulike perspektiver på praksis kommer frem. Terapeutene og hjemmetrenere har et rehabiliteringsrettet fokus i deres praksis, mens sykepleierne kunne oppleve at teamet skulle være et innsatsteam.

Sykepleieren uttrykte at «*Hvis vi ser at det er går greit at en bruker tar medisiner sine (...). Hvis det er bare det vi skal se på. Så ser vi ikke på det som noen nødvendighet at vi har*

*pasienten lenger*». Utfallet av dette kunne være at sykepleiere i noen situasjoner ville avslutte en tjeneste, mens terapeuter og hjemmetrenere ville forlenge rehabiliteringsforløpet. Alle faggrupper var enig i at det var viktig å ikke ta med sin egen agenda for mye inn i praksis, og være åpen for ulike synspunkter fra andre profesjoner.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Kunnskap om ergoterapi

I intervjuene var generell kunnskap om ergoterapi et sentralt tema. Hva som er god kunnskap og ikke er selvsagt vanskelig og si, men det fremstod som informantene kunne gi et godt og nyansert bilde av hva en ergoterapeut gjør. Både i forhold til hvilken rolle ergoterapeuten har i et team og i kommunehelsetjenesten, samt hvilke arbeidsoppgaver som er aktuelle.

#### 5.1.1. Behov for ergoterapeuter

Informantene i intervjuene følte det var et økt behov for ergoterapeuter, ettersom det var lange ventelister og at befolkningen hadde blitt mer bevisst på sine rettigheter. I forhold til ventelister, er dette noe som er diskutert i tidligere forskning (Tuntland, 1998; Gramstad og Nilsen, 2016; Arntzen *et al.*, 2019). Blant annet knyttes ventelister opp mot dårlig tid og at en må prioritere hva som bør gjøres (Arntzen *et al.*, 2019). Dette igjen går utover utvikling av ergoterapi, ettersom en ikke har tid til å reflektere over egen praksis og utvikle nye arbeidsoppgaver (Tuntland, 1998). Dermed ser man et økende behov for ergoterapeuter, for å kunne faglig utvikle profesjonen i kommunehelsetjenesten. Informantene opplevde også ventelistene som bekymrende, med tanke på den kommende eldrebølgen. Dette speiler oppfordringene som kommer frem i Norges offentlige utredninger (2011). Her pekes det på det økende behovet for ergoterapi i årene fremover. Blant annet at antall ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten bør tredobles for å kunne møte de kommende utfordringene samt gi god helsehjelp (Norges offentlige utredninger, 2011).

Et tankekors som kom frem i intervjuene, var nettopp hvordan en skal få ned de lange ventelistene i tiden som kommer. En løsning som kom frem er at ergoterapi kan bli synliggjort ved å gjøre tjenesten lovpålagt. Ser en tilbake til Tuntland sin hovedoppgave fra 1998, er ikke mye endret i forhold til ventelister. Her nevnes det at ergoterapeuter jobber for å få ned ventelister og effektivisere arbeidet sitt (Tuntland, 1998). Dermed blir det en

spennende utfordring i tiden som kommer, hvordan dilemmaet rundt det økte behovet for ergoterapeuter skal løses i kommunehelsetjenesten.

Manglende samarbeid er også noe som belyser det økende behovet for ergoterapeuter. Dette kom godt frem i refleksjon blant informantene. Et eksempel var at det ikke var noen som kunne ta over arbeidsoppgavene til ergoterapeuten, når bruker blir videreført fra TIOR og ut i allmennteamene. Dermed oppstod det et problem, da rehabiliteringen stoppet opp. Et bedre samarbeid mellom tjenester og samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten vil kunne gi et mye bedre tilbud, spesielt i forhold til rehabilitering (Arntzen *et al.*, 2019). Ved å for eksempel ansette flere ergoterapeuter i allmennteamene, vil disse brukerne kunne bli fulgt opp videre, og samarbeidet kan bli bedre mellom de ulike tjenestene i kommunen. Men ved å ansette ergoterapeuter i kommunen, vil ikke nødvendigvis samarbeidet mellom de ulike teamene bli noe bedre. Rehabilitering er en tidskrevende oppgave, som gjør at hverdagen til en ergoterapeut blir fastlåst (Tuntland, 1998). Dermed vil kanskje andre oppgaver bli prioritert, skulle det bli ansatt flere ergoterapeuter i kommunen. Dette er noe å tenke på i fremtiden når det skal ansettes flere ergoterapeuter. At det er viktig å prioritere arbeidsoppgaver, slik at samarbeidet mellom tjenester blir godt og effektivt (Tuntland, 1998; Arntzen *et al.*, 2019).

Som nevnt tidligere i resultatet forekom det forutinntatte holdninger utenfor de tverrfaglige teamene. Hvis det først ble henvist til en terapeut, gjaldt dette som regel kun hjelpemidler eller et rehabiliteringspotensiale som var malplassert. Dette stemmer godt sammenlignet med tidligere forskning, der de samme problemene vedrørende henvisninger dukker opp (Tuntland, 1998; Gramstad og Nilsen, 2016; Arntzen *et al.*, 2019). Ettersom det blir mye ensformige og eventuelt feil type henvisninger, vil ikke potensialet til ergoterapeuten bli fullt utnyttet. Dette kan igjen føre til at ergoterapeuten går glipp av mange henvisninger, ettersom enkelte har forutinntatte holdninger til hva en ergoterapeut gjør. Dette ser en i Tuntland sin hovedoppgave, der ergoterapeuten følte seg lite sett og fikk lite henvisninger (Tuntland, 1998). Hvorvidt det hadde blitt færre forutinntatte holdninger til ergoterapi ved å ansette flere ergoterapeuter er et interessant tema. Flere ergoterapeuter med tydeligere roller kunne vært en faktor som bidro til økt forståelse for ergoterapi blant utenforstående (Gramstad og Nilsen, 2016).



### 5.1.2 Utvikling over tid

Et tema som kom frem i intervjuene var hvordan ergoterapi har forandret seg over tid. En informant nevnte at hun hadde sett en stor forandring fra da hun begynte å jobbe i 1979. Før i tiden hadde informanten opplevd at det kunne være en profesjonskamp, ved at en var usikker på sin egen identitet som arbeidstaker i forhold til arbeidsoppgaver. Dette finner en igjen i Tuntland (1998), der hun diskuterer at det kan oppstå en kamp om arbeidsoppgaver med høy status. I artikkelen, ses det også på hvordan ergoterapeuters rolleutvidelse over tid har vært vertikale, innenfor arbeidsoppgaver som har vært ledige og lite attraktive for andre profesjoner grunnet lav status (Tuntland, 1998).

*«Det mest typiske var imidlertid at ergoterapeutens rolleutvidelse var innenfor et område hvor ingen andre yrkesgrupper hadde etablert seg eller innenfor et område som allerede var ergoterapeutens domene» (Tuntland, 1998, s. 81).*

I Turner og Knight (2015) diskuteres den profesjonelle identiteten til ergoterapeuter. Artikkelen drar frem at ergoterapeuter historisk sett har opplevd å føle en mangel på anerkjennelse. For å forebygge dette, kommer det frem i flere artikler at ergoterapeuter må tydeliggjøre sin rolle og identitet i helsetjenesten, for å forsterke sin rolle (Turner og Knight, 2015; Bonsaksen *et al.*, 2018; Stigen, Bjørk og Lund, 2018; Arntzen *et al.*, 2019). Informantene uttaler at dette har forandret seg over tid. De understreker at de har vært åpne for at ergoterapeuter innehar varierte arbeidsoppgaver, fremgangsmetoder. Generelt kommer det frem at de føler de har god kjennskap til ergoterapeutens kompetanse. Disse resultatene indikerer at tverrfaglig samarbeid vært en viktig faktor som har vært med på å tydeliggjøre ergoterapeutens rolle blant sine samarbeidspartnere. (Turner og Knight, 2015; Bonsaksen *et al.*, 2018; Stigen, Bjørk og Lund, 2018; Arntzen *et al.*, 2019).

## 5.2 Ergoterapeutens arbeidsoppgaver

### 5.2.1 Forventninger til ergoterapeuter

I Kinn og Aas (2009) kom det frem at ergoterapeutene opplever at andre yrkesgrupper har en annen forventning til ergoterapeutens arbeidsoppgaver enn de selv har. I artikkelen nevnes det også at ergoterapeuter kunne ha lite definerte roller, som var vanskelig å komme seg ut av. Men hva er egentlig grunnen til dette? Hvorfor er ikke en ergoterapeuts rolle mer forankret og spikret sammenlignet med andre profesjoner i kommunehelsetjenesten? (Kinn og Aas, 2009).

I dette studiet kom det frem i intervjuene at ergoterapeutenes samarbeidspartnere utenfor tverrfaglige samarbeidsteam kan ha en annen forventning til ergoterapeuter enn ergoterapeuten selv. Bakgrunnen for dette kan være variert. Informantene diskuterte dette, og drøftet at en mangel på informasjon om ergoterapeuters arbeidsoppgaver i allmennteamene kunne bidra til forskjellige syn på ergoterapi ute i kommunehelsetjenesten. I Gramstad og Nilsen (2016), kommer det også frem at ergoterapeuter må fortsette med å styrke sin identitet i helsetjenesten ved å gjøre sine samarbeidspartnere mer observante på hva som ligger i ergoterapeuters kompetanse. Informantene i dette studiet understreket at dette er noe de allerede har begynt med, ved at ergoterapeuter og fysioterapeuter har deltatt i langrapporter sammen med allmennteamene for å tydeliggjøre terapeuters rolle (Gramstad og Nilsen, 2016).

Hvorvidt en økning av antall ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten vil bidra til å bevisstgjøre ergoterapeuters kompetanse er noe vi kan få svar på i fremtiden. Det ettersom stortinget er i en prosess der de jobber med å lovpålegge ergoterapi i kommunehelsetjenesten (Helse og Omsorgsdepartementet, 2017). Hanne Tuntland har i sin hovedoppgave sett på faktorer som har påvirket ergoterapeuters plass i kommunehelsetjenesten. Der kom det frem at de viktigste faktorene som hadde dempet utviklingstakten til ergoterapeuter den gang, var en mangel på ergoterapeuter og at ergoterapi ikke fikk status som basistjeneste i kommunehelsetjenesten. Ved å øke antall ergoterapeuter i tjenesten, og lettere tilgang på ergoterapeuter kan muligens synet på ergoterapi endre seg blant ergoterapeutens samarbeidspartnere (Tuntland, 1998).

Informantene opplevde at ergoterapeutene fylte mange roller i deres praksis, og diskuterte ulike aspekter ved ergoterapeuters arbeidsoppgaver. Blant annet, ble ergoterapeuters styrke mot aktiviteter i dagliglivet trukket frem. Dette stemmer godt overens med det som kommer frem i Hanne Tuntlands hovedfagsoppgave fra 1998. «*ADL-vurdering og ADL-trening er på mange måter kommuneergoterapeutens domene i det tverrfaglige teamet*» (Tuntland, 1998, s. 60). I oppgaven til Tuntland kommer det dog frem at selv om ADL-vurdering og ADL-trening blir sett på som ergoterapeuters domene, var det sjelden ergoterapeutene utførte ADL-trening basert på hennes undersøkelser. Det var flere grunner til dette, blant annet at faste ADL-treningsavtaler kunne føre at ergoterapeutens timeplan ble fastlåst. I Tuntland kommer det frem at ADL-trening opplevdes tidskrevende, og at ergoterapeuter derfor tydde mer til fysisk tilrettelegging i kommunale helsetjenester (Tuntland, 1998).

Sett opp mot resultatene fra Tuntland, reflekteres det i Stigen, Bjørk og Lund (2018) på ergoterapeuters erfaringer med bruk av ADL i deres praksis. Er grunnen til at ergoterapeuter ikke benytter aktiviteter i dagliglivet mer i deres praksis grunnet andre profesjoners syn på strategien som metode? Hvorvidt gjennomføring av daglige aktiviteter kan ses på som rehabiliterende trening er et interessant tema, der ergoterapeuter kan oppleve å være usikre på om arbeidsmetoden oppleves profesjonell nok for deres samarbeidspartnere (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Ved å sammenligne forskningen opp mot informantenes uttalelser i dette studiet, kom det frem at ergoterapeutene var mye involvert i situasjoner der det var behov for ergoterapeuters mestringsfokus. Informantene som samarbeider med ergoterapeuter i en tverrfaglig setting er innforstått med at ergoterapeuter jobber mye mot aktiviteter i dagliglivet i sin praksis (Stigen, Bjørk og Lund, 2018).

Et annet aspekt informantene trakk frem, var ergoterapeuters kompetanse mot kognitiv funksjon. En informant opplevde at ergoterapeuter hadde mye kunnskap på det feltet. Dette stemmer godt overens med tidligere forskning. I Stigen, Bjørk og Lund (2018) kommer det frem at ergoterapeuter opplever at de har mest kompetanse innen kognisjon enn noen annen yrkesgruppe basert på utdanning (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). I Tuntland (1998) derimot, ble det belyst at ingen ergoterapeuter innen somatikken den gang drev med spesifikk kognitiv trening i deres praksis. De drev heller med motorisk trening, ofte i samarbeid med fysioterapeuter. (Tuntland, 1998). Dette kan tyde på at ergoterapeuter har utvidet sine arbeidsoppgaver, og økt sitt kompetansenivå på flere områder siden 1998.

### 5.2.2 Tradisjonell ergoterapi

Ergoterapi og hjelpemidler har vært et omfattende tema i studiet. I begge intervjuene som nevnt i resultatet, kom det frem diskusjoner rundt ergoterapeutens rolle i forbindelse med hjelpemidler. Det var ulike løsninger på hvordan ordningen var i praksis på informantenes arbeidsplass, men i begge intervjuene kom det frem at ergoterapeuten hadde en sentral rolle.

Gramstad og Nilsen (2016) har i sin vitenskapsartikkel sett nærmere på hva slags erfaringer ergoterapeuter har med sine samarbeidspartnere i praksis. Det kom her frem at ergoterapeuten ofte opplever at andres forventninger til ergoterapeuter ikke stemmer overens med egen

forståelse. Som eksempel, nevnes det at ergoterapeuter kunne oppleve at andre yrkesgrupper kunne love bort tiltak som ergoterapeuten skulle iverksette (Gramstad og Nilsen, 2016).

*«(...) Ergoterapeuten kunne få en rolle som «bestiller av hjelpemiddel» i tverrfaglig arbeid, uten at kompleksiteten ved denne rollen ble tatt hensyn til» (Gramstad og Nilsen, 2016, s. 35).*

Dette sitatet stemmer godt overens med resultatene fra dette studiet. I intervjuene, kom det frem at annet helsepersonell utenfor TIOR hadde en forventning til at ergoterapeuter skulle bidra med hjelpemidler uavhengig av kontekst. Dette er en interessant problemstilling. Hva er det som gjør at helsepersonell opplever at ergoterapeuter skal være såpass mye involvert i hjelpemidler? Hva ligger i en ergoterapeutics utdanning, rettet mot bestilling av hjelpemidler og innstallering? Er det basert på normer, der ergoterapeuter tradisjonelt har vært ansvarlige for hjelpemidler over tid? Hvorfor er det primært ergoterapeuter som er ansvarlige for hjelpemidler – og hvorfor arbeider ikke andre profesjoner mer med hjelpemidler?

Tuntland har i sin hovedoppgave sett på hvordan arbeidsoppgavers status påvirker hvem som gjennomfører de. Tradisjonelt, kommer det frem at ergoterapeuter har opplevd lite konkurranse fra andre yrkesgrupper når det kommer til deres arbeidsoppgaver. Hvorvidt søking og installasjon av hjelpemidler er en av arbeidsoppgavene i kommunehelsetjenesten som fremstår lite attraktivt til andre yrkesgrupper kan diskuteres (Tuntland, 1998).

*«Ergoterapeutens arbeidsoppgaver er på noen områder lite attraktive for andre profesjoner på grunn av sin lave status. Dette medfører at ergoterapeuten får arbeide i fred og det kan forklare hennes store handlingsfrihet i kommunehelsetjenesten» (Tuntland, 1998, s. 4)*

Informantene i TIOR uttrykte at det opplevdes som kaotisk når de tidligere søkte hjelpemidler. Mangel på tid, kompetanse og andre ansvarsoppgaver var faktorer som spilte inn som førte til at de opplevde arbeidsoppgaven mer aktuell for ergoterapeuter. I Stigen, Bjørk og Lund (2018) kommer det frem at ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten erfarte at de utførte arbeidsoppgaver i deres praksis basert på forventninger fra deres kollegaer. Spørsmålet om ergoterapeuter ikke har vært gode nok til å markedsføre sine styrker og kompetansefelt blir diskutert (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Sett opp mot forventningene som har kommet frem i intervjuene i dette studiet, kan det diskuteres hvorvidt ergoterapeuter må bli bedre på å formidle sin kunnskap. Dette for at forventninger fra ergoterapeutens

samarbeidspartnere skal samsvare med det ergoterapeuten forventer selv (Stigen, Bjørk og Lund, 2018).

I Stigen, Bjørk og Lund (2018) ses det også på at ergoterapeuter som jobber alene i kommunehelsetjenesten, kan savne en kollega å diskutere utfordringer i profesjonen med. Ved å være alene i praksis, opplever ergoterapeuter at videreutvikling av kompetanse og kunnskap hemmes (Stigen, Bjørk og Lund, 2018). Dette er også et interessant tema med tanke på hjelpemidler i kommunehelsetjenesten. Ved at ergoterapeuter historisk sett har vært en marginalisert yrkesgruppe i kommunehelsetjenesten, kan det diskuteres hvorvidt ergoterapeuter har hatt vansker med å komme seg bort fra den stereotypiske rollen i forbindelse med hjelpemidler. I Tuntland (1998) kommer det frem at ergoterapeuter erfarte et dilemma med hvordan de skulle utvide sine arbeidsoppgaver samtidig som de skulle dekke ansvaret for hjelpemiddelformidling. Kan dette være grunnet at andre yrkesgrupper har hatt forventninger til ergoterapeuter, som ergoterapeuter har slitt med å komme seg bort fra?

I Arntzen *et al.* (2019) kommer det frem at ergoterapeuter sliter med å komme seg ut av tradisjonelle arbeidsoppgaver i praksis. Det blir belyst at ergoterapeuter opplever å være tilknyttet fire roller, disse er en brannslukker, en innovatør, en allrounder og en formidler av hjelpemidler. I forhold til tidsbruk i arbeidsdagen, kommer det frem at 88% av ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten jobber med hjelpemidler og at 51% av arbeidsdagen går til dette. Ergoterapeutene uttrykker at de opplever det som vanskelig å utvide deres rolle i kommunehelsetjenesten utover de tradisjonelle arbeidsoppgavene. Det diskuteres at ergoterapeuter må bli bedre til å reflektere over egen praksis for å ikke ende opp med å bli fastlåst til tradisjonelle arbeidsoppgaver der ergoterapeuters kompetanse ikke blir utnyttet (Arntzen *et al.*, 2019)

I Tuntland (1998) har det blitt sett på arbeidsfordeling mellom ergoterapeuter og andre samarbeidspartnere. Der kommer det frem at ergoterapeuter i studiet var positive til at andre yrkesgrupper kunne bistå når arbeidspresset på ergoterapeutene var stort. For eksempel nevnes det at flere ergoterapeuter var positive til at sykepleiere kunne bistå i å søke hjelpemidler som toalettforhøyer, badekarhjelpemidler og seng. Derimot der det var mer avanserte og kostbare hjelpemidler, opplevde ergoterapeuter at deres kompetanse ikke kunne erstattes av andre (Tuntland, 1998). Det ble også belyst at ergoterapeuter og fysioterapeuter overlapper på enkelte arbeidsoppgaver. Blant annet, samarbeidet de om å søke hjelpemidler,

der ergoterapeuter hadde ansvaret for ADL-hjelpemidler, og fysioterapeutene hadde ansvaret for mobilitetshjelpemidler. Boligtilrettelegging nevnes i Tuntland som en arbeidsoppgave som ergoterapeuter hadde eksklusivt ansvar for. Her kan en se en utvikling i praksis da det kom frem i intervjuene at fysioterapeuter i dag bistår ergoterapeuter når det var lang ventetid på boligtilrettelegging (Tuntland, 1998).

## 5.3 Tverrfaglig samarbeid

### 5.3.1 Ulike hensyn

I resultatet, kom det frem at et sentralt tema innenfor det tverrfaglige samarbeidet var ulike hensyn i praksis blant profesjonene. Et eksempel som ble trukket frem, var at ergoterapeuter i noen tilfeller ønsket å installere et hjelpemiddel hos en bruker, mens fysioterapeuten ville avvente for å teste andre muligheter først. Her kommer ideologiforskjeller frem i praksis, der ulike hensyn må tas i vurderingen av tiltak. I Atwal (2002) ses det på hvordan ulike ideologiforskjeller kan føre til uenigheter i tverrfaglig samarbeid. I dette tilfellet ville ergoterapeuten muliggjøre en aktivitet, mens fysioterapeuten ville undersøke andre muligheter før kompensering. Til tross for uenighet i hvilket tiltak som skulle vektlegges, kom det frem at terapeutene ikke opplevde disse situasjonene som et problem på arbeidsplassen. Dette er noe uventede resultater, som ikke var forventet i forkant basert på tidligere forskning. Dette tyder på at ergoterapeuter og fysioterapeuter har et godt tverrfaglig samarbeid, der de verdsetter hverandres rolle og kompetanse (Atwal, 2002).

I funnene i studiet som nevnt tidligere, kom det frem hvordan profesjonene opplevde at det tverrfaglige innsats og rehabiliteringsteamet skulle fungere i praksis. Fysioterapeutene, ergoterapeutene og hjemmetrenerne så på teamet som et rehabiliteringsteam, mens sykepleiere tenkte på teamet som et innsatsteam. Bakgrunnen for dette kan være variert. Dette er et svært spennende tema, der sykepleiere og terapeuter/hjemmetrenere har ulike fokus i sin yrkesutøvelse. Terapeuter og hjemmetrenere har et rehabiliteringsrettet og mestringsrettet fokus i hverdagsrehabiliteringen, der de ønsker å gjøre bruker mest mulig selvstendig. Sykepleierne derimot, oppleve at de skulle gjøre en innsats før bruker ble videreført. Det ble diskutert at aktivitetene innen hverdagsrehabilitering kunne se potensiale for rehabilitering som ikke ble ferdigstilt om tjenesten ble avsluttet. Dette var noe sykepleiere ikke observerte på samme måte. Informantene reflekterte rundt hvordan det hadde vært å forankre et

mestringsfokus blant profesjoner som ikke var terapeuter. Sykepleieren uttrykte at det var vanskelig å omstille fokuset i starten. Det å la brukeren gjøre mest mulig selv, var annerledes.

Dersom intervjuene hadde blitt gjennomført individuelt, ville muligens ideologiforskjeller mellom yrkene blitt trukket enda mer frem i lyset. Grunnet at intervjuene ble gjennomført i grupper, kan svarene til informantene ha blitt påvirket av at kollegaer fra andre profesjoner et tilstede. Det ble funnet svært lite forskning som omtalte ulike fokusområder i praksis blant yrkesgrupper i helsetjenesten. Derfor oppleves det som et behov for videre forskning på dette feltet. Informantene understrekte at planen for fremtiden, var å involvere sykepleiere enda mer i hverdagsrehabilitering enn det som var praksisen i dag, dette for å forankre mestringsfokuset. Her har det altså blitt iverksatt tiltak for å motvirke motstridende hensyn mellom profesjonene i praksis. Informantene understrekte at det også var viktig å ta med sin egen agenda for mye i praksis, og lytte til andre profesjoners formeninger og perspektiver.

### 5.3.2 Tverrfaglig samarbeid

Når det kommer til ergoterapeuters arbeidsoppgaver, ble den varierte kompetansen til ergoterapeutene belyst flere ganger i intervjuet. Informantene understrekte at ergoterapeuter noen ganger hadde overlappende arbeidsoppgaver med andre profesjoner.

Resultatene fra informanter og litteraturen i dette studiet, tyder på at ergoterapeuter opplever å være positive til å overlappe i arbeidsoppgaver med sine samarbeidspartnere når tiltakene er aktuelle for ergoterapi. Det ses på som viktig at hver enkelt profesjon får brukt sin kompetanse best mulig i praksis, så ikke arbeidsoppgaver overlapper grunnet mangel på tid og ressurser. Informantene i dette studiet uttrykte at de hadde et godt samarbeid innad i det tverrfaglige teamet, der yrkesgruppene hadde god kjennskap til hverandres rolle og arbeidsoppgaver.

I intervjuene kom det frem at fysioterapeutene og ergoterapeutene satt samlokalisert, og at dette bidro til at de ble mye bedre kjent med ergoterapeuten. Dette ettersom terskelen for å stille hverandre spørsmål var lav. I Tuntland (1998) har hun diskutert hvorfor samarbeidet mellom ergoterapeuter og fysioterapeuter er så tett. Der kommer det frem at det nære fellesskapet mellom terapeuter kan delvis forklares ved en mangel på kolleger fra egen yrkesgruppe. I TIOR er muligens dette en faktor som bidrar, med tanke på at terapeuter er i minoritetsgrupper kontra pleiegruppen. En annen faktor som blir trukket frem, er at

ergoterapeuter og fysioterapeuter opplever at de har kunnskap og kompetanse som utfyller hverandre i jobben. Dette stemmer godt overens med informantene i dette studiets uttalelser, da ergoterapeuter og fysioterapeuter oppsøkte hverandre for å søke veiledning og diskusjon (Tuntland, 1998).

Det kan diskuteres hvorvidt samlokalisering påvirker hvor godt en kjenner til andre profesjoners kompetanse og arbeidsoppgaver. For eksempel, i allmennteamene kom det frem forutinntatte holdninger mot terapeuter i forbindelse med hjelpemidler. Noe av grunnen til dette kan være at helsepersonell i allmennteam har lite kontakt med terapeutene ellers, og dermed sitter igjen med manglende kunnskap terapeuters arbeidsoppgaver. I Kessler (2014) poengteres det at det å kjenne til andre profesjoners ekspertise og kompetanse er elementært for et godt samarbeid (Kessler, 2014).

I Gramstad og Nilsen (2016) kommer frem flere faktorer som påvirker det tverrfaglige samarbeidet i negativ grad. Blant annet at det kan være utfordrende å kommunisere egen kompetanse, forskjellige ideologier, at andres forventninger ikke samsvarer ikke med egen forståelse og organisering av tjenester (Gramstad og Nilsen, 2016). I teamene løste de disse utfordringene på en slik måte at samarbeidet ble til noe positivt. De var veldig åpne for hverandres ideologier og synspunkter, og de utnyttet hverandres kompetanse og samarbeidet for brukerens beste (Gramstad og Nilsen, 2016).

## 5.4 Metodediskusjon

Malterud (2012) sier at hvis en vil gjennomføre et forskningsprosjekt, så er det viktig å velge en metode som best mulig kan belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene i prosjektet. Det kommer frem at forskning handler om en systematisk og refleksiv prosess, der en må være kritisk og reflektert. I denne metodediskusjonen vil studiet legge vekt på faktorer som kan ha påvirket resultatene i forskningen (Malterud, 2012)

### 5.4.1 Valg av metode

I dette studiets problemstilling og forskningsspørsmål, var det ønsket å få svar på hvilke erfaringer og forventninger helsepersonell i kommunehelsetjenesten har til ergoterapeuter. Det ble diskutert hvilken metode som var mest aktuell i studiet basert på formålet. Valget falt på en kvalitativ tilnærming for å best mulig belyse forskningsspørsmålene. En kvalitativ



tilnærming er med på å gå i dybden på det aktuelle temaet det forskes på, og gir muligheten til å stille oppfølgende og utdypende spørsmål ettersom samtalen utvikler seg. En alternativ løsning, kunne vært en kvantitativ tilnærming for å inkludere flere informanter. Bruken av fokusgruppeintervjuer med et lite utvalg, gjør at resultatene ikke er representative i stor grad, og heller ikke generaliserbare (Kvale og Brinkmann, 2015). Ved bruken av en kvantitativ tilnærming som for eksempel spørreundersøkelse, oppleves muligens ikke deltakelsen like personlig som ved en kvalitativ tilnærming. Dette kunne bidratt til mer ærlige svar, da informantene ikke ville besvart undersøkelsen i fellesskap med kollegaer. Det er både fordeler og ulemper ved bruk av begge metoder. Studiet sitter igjen med en positiv erfaring ved bruk av den kvalitative tilnærmingen, da det har kommet frem gode resultater som har vært svært relevante for forskningsspørsmålene (Kvale og Brinkmann, 2015).

#### 5.4.2 Fokusgruppeintervju

Den kvalitative metoden med bruk av fokusgruppeintervjuer ga muligheten til å være i direkte kontakt med informantene. Dette opplevdes som en positiv erfaring, i forbindelse med utvikling av relasjon og samhandling. En av fordelene med å intervju informantene personlig, er muligheten til å guide informantene på rett vei. For eksempel, ved feiltolkning av et spørsmål kan moderator spore samtalen tilbake mot ønsket tema. Metoden er med på å gi et helhetlig bilde av ulike profesjoners erfaringer med ergoterapi. Ved å gjennomføre intervjuene i grupper, kan informantene bidra til diskusjon og utvikle en dynamikk der de engasjerer hverandre til å dele informasjon og personlige erfaringer i tilknytning til studiets tema.

Dog kan svarene informantene gir være påvirket av at kollegaers uttalelser og tilstedeværelse. En løsning kunne være og gjennomført intervjuene profesjonsmessig istedenfor tverrfaglig. Dette kunne bidratt til å gi tydeligere svar på hvordan ulike profesjoner opplever ergoterapi. En annen løsning kunne være å gjennomføre intervjuene individuelt. Da kunne vi muligens fått andre svar enn ved en gruppevis gjennomføring, ved at informantene ikke blir påvirket av kollegaers uttalelser. (Kvale og Brinkmann, 2015).

Fokusgruppeintervjuer er tidssparende sammenlignet med individuelle intervjuer, da studiet får et mer helhetlig og dekkende svar ved å inkludere flere informanter. En ulempe med bruken av fokusgruppeintervjuer, er at det er mange prosesser det må tas hensyn til underveis.

Det opplevdes som utfordrende å komme i kontakt med informanter som hadde muligheten til å gjennomføre fokusgruppeintervjuer på kort varsel. Ved bruk av gruppeintervju, må flere informanter møtes til et spesifikt tidspunkt. Dette kan være vanskelig for arbeidsplasser å ta stilling til, ved å måtte sette av tid og ressurser for flere ansatte. Eksempelvis, skulle det i utgangspunktet vært flere informanter inkludert i begge intervjuene i dette studiet. Men grunnet mangel på kapasitet og tid, endte studiet opp med et mer begrenset utvalg enn planlagt. Ideelt skulle studiet gjennomført flere intervjuer og inkludert flere informanter, men grunnet bacheloroppgavens tidsramme og forløp var dette ikke realistisk eller mulig å få til (Kvale og Brinkmann, 2015).

#### 5.4.3 Utvalg av informanter og kommuner

I studiet, ble det lagt vekt på å intervju informanter som har det som relevant i sin praksis å samarbeide eller henviser til ergoterapeuter. Derfor ble sykepleier, helsefagarbeider og fysioterapeuter involvert. En alternativ løsning, kunne vært å inkludere flere profesjoner for å få en større dekning av helsepersonells syn på ergoterapi. Det var hovedsakelig fokus på ergoterapeuters nærmeste samarbeidspartnere, men dette kan variere innen ulike arbeidsplasser. Eksempelvis, kunne også sosionomer, vernepleiere eller andre yrkesgrupper blitt inkludert i forskningen. Informantene tilknyttet studiet, praktiserte i kommuner med relativ stor likhet i befolkningsantall. Ved å velge to kommuner med større befolkningssprik, kunne vi undersøkt hvorvidt befolkningsantall hadde påvirket resultatene eller ikke.

#### 5.4.4 Benyttelse av tidligere forskning

For å stille best mulig forberedt til valg av metode, undersøktes det hvilke løsninger som hadde blitt gjennomført i tidligere forskning. Enkelte av artiklene som ble valgt, var av eldre årgang. Grunnen til dette, var at det opplevdes som relevant å fremstille hvordan ergoterapi har utviklet seg over tid ved å sammenligne eldre forskning med ny. Derfor las det mye vekt på Hanne Tuntlands hovedfagsoppgave, der hun gjennomførte en omfattende undersøkelse av ergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutvidelse i kommunehelsetjenesten. En faktor som var med på å påvirke denne beslutningen, var det limiterte utvalget av forskning tilgjengelig på feltet. Grunnet marginal forskning internasjonalt og nasjonalt, opplevdes det som usannsynlig å ikke inkludere eldre forskning.

## 5.5 Anvendelse og praktiske implikasjoner av resultater

Tidligere i oppgaven, har det blitt skrevet om reliabilitet og validitet. Svarene som kom frem i dette studiet er ikke generaliserbare grunnet valget av en kvalitativ metode. Men svarene gir implikasjoner på at temaet er aktuelt å undersøke videre, for å finne ut om det finnes lignende funn andre steder. Ergoterapifaget er kontinuerlig i utvikling, og synet på ergoterapi forandrer seg stadig. Med tanke på at ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste i 2020, kan en lignende undersøkelse ved et senere tidspunkt besvare hvorvidt en økning av antall ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten vil endre synet på ergoterapi. Dermed oppleves det som at dette studiet kan anvendes som bakgrunnskunnskap for videre forskning.

## 6.0 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har vi sett nærmere på hvilke erfaringer og forventninger helsepersonell har til ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. Våre forskningsspørsmål var:

1. Hvilke erfaringer har helsepersonell i kommunehelsetjenesten med ergoterapeuter?
2. Hvilke forventninger har helsepersonell tilknyttet ergoterapeutens rolle i kommunehelsetjenesten?

Resultatene tilsier at nære samarbeidspartnere som jobber tett på ergoterapeuter i en tverrfaglig setting har god innsikt i hvilke arbeidsoppgaver og roller ergoterapeuter fyller i sin praksis. Det oppleves som at fysioterapeuten er den profesjonen som har best innsikt i ergoterapeuters kompetanse, og kjenner best til ergoterapeutens ansvarsoppgaver. Det finnes fortsatt stereotypiske holdninger mot ergoterapi fra profesjoner som ikke jobber i en tverrfaglig setting med ergoterapeuter. Det oppleves som et behov å forske videre på hvordan ergoterapeuter blir oppfattet i kommunehelsetjenesten av samarbeidspartnere utenfor et tverrfaglige team. Funnene i dette studiet tilsier at helsepersonell opplever et økt behov for flere ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten, for å kunne styrke tilbudet og dekke manglende terapeutressurser. Videre oppleves det som at ergoterapeuter må fortsette med å kjempe for at andres forventninger til ergoterapi skal samsvare med det ergoterapeuten forventer selv. Dette studiet har bidratt til å utvide kunnskapsfeltet for hvordan ergoterapeutens samarbeidspartnere opplever ergoterapi.

Det konkluderes med at ergoterapeuter er en respektert og verdsatt profesjon blant de som kjenner til ergoterapeuters styrker. Prosjektlederne i dette studiet erfarer at forskningsspørsmålene i dette prosjektet ble besvart tilfredsstillende. Det anbefales videre forskning ettersom kunnskapsfeltet på området er begrenset.

## 7.0 Referanseliste

- Arntzen, C. *et al.* (2019) Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), s. 371-381. doi: 10.1080/11038128.2018.1548647.
- Atwal, A. (2002) A world apart: how occupational therapists, nurses and care managers perceive each other on acute health care, *British Journal of Occupational Therapy*, 65(10), s. 446-452. doi: 10.1177/030802260206501003.
- Bonsaksen, T. *et al.* (2018) Perceived Influence on Service Goals Among Community-Working Occupational Therapists in Norway, *Journal of Primary Care and Community Health*, 9(1), s. 1-7. doi: 10.1177/2150132718813491.
- Creswell, J. W. og Creswell, D. J. (2018) *Research Design - qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 5. utg. Los Angeles, California: Sage Publications.
- Donnelly, C. *et al.* (2013) The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design, *BMC Family Practice*, 14, s. 60-71. doi: 10.1186/1471-2296-14-60.
- Gramstad, A. og Nilsen, R. (2016) "Vi blir ikke brukt godt nok" ; kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper, *Ergoterapeuten*, 59(4), s. 30-39. Tilgjengelig fra: <https://www.ergoterapeuten.no/fag-og-vitenskap/vitenskapelige-artikler>.
- Helse og Omsorgsdepartementet (2017) *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/658a620ad1bc494ba81d2abba423aa41/no/pdfs/prp201620170071000dddpdfs.pdf> (Hentet: 02. mai 2019).
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kessler, J. F. (2014) Professionalism, Communication, and Teamwork, i Schell, B. A. B., *et al.* (red.) *Willard and Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, s. 452-465.
- Kinn, L. G. og Aas, R. W. (2009) Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study, *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2), s. 112-121. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00714.x.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norges offentlige utredninger (2011) *Innovasjon i omsorg*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf> (Hentet: 02. mai 2019).
- NTNU Universitetsbiblioteket (2015) *Finne Kilder*. Tilgjengelig fra: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Finne+kilder> (Hentet: 01. mai 2019).
- Nylenna, M. (2009) *Medisinsk ordbok*. 7. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Stigen, L., Bjørk, E. og Lund, A. (2018) The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(4), s. 261-272. doi: 10.1080/11038128.2018.1445778.
- Tuntland, H. (1998) *Ergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutvidelse i kommunehelsetjenesten*. Hovedfagsoppgave i helsefag, Universitetet i Oslo.

Turner, A. og Knight, J. (2015) A debate on the professional identity of occupational therapists, *British Journal of Occupational Therapy*, 77(11), s. 664-673. doi: 10.1177/0308022615601439.

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Intervjuguide

# Intervjuguide

## Rammesetting

Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Takk for at dere vil stille opp</li> <li>• Introdusere oss selv</li> <li>• Innhente samtykke</li> <li>• Taushetsplikt, poengtere viktighet av dette</li> <li>• Anonymitet</li> <li>• Sletting av opptak etter endt datainnsamling</li> <li>• Spør om noe er uklart</li> </ul>
Introduksjon av oppgaven	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Start opptak</li> <li>• Kort presentasjon av hver enkelt (Litt om deres arbeidsplass, hvem de er, brukergrupper, yrkesbakgrunn,)</li> <li>• Introdusere oppgavens formål</li> </ul>

## Hoveddel - spørsmål

Nr	Tema	Intervju - spørsmål	Stikkord
1	Innledning	<b>Når jeg sier ergoterapi, hva tenker dere da?</b>	Aktivitet Hjelpemidler Kartlegging ADL-trening Håndtrening Hjemmebesøk Velferdsteknologi
2	Ergoterapeutens arbeidsoppgaver	<b>Hva gjør ergoterapeuten hos dere i dag?</b>	Aktivitet Hjelpemidler Kartlegging ADL-trening Håndtrening Hjemmebesøk Velferdsteknologi

3	Forventninger til ergoterapi	<b>Hvilke forventninger har dere til ergoterapeutens arbeidsoppgaver?</b>	Tverrfaglig samarbeid Dokumentasjon Bindeledd mellom ulike instanser <i>(Aktivitet, Hjelpemidler, Kartlegging, ADL-trening, Håndtrening, Hjemmebesøk Velferdsteknologi)</i> Overlapper arbeidsoppgavene? Deler dere på arbeidsoppgaver?
4	Samarbeid	<b>Hvordan samarbeider dere med ergoterapeuter i dag?</b>	Tverrfaglig Både direkte og indirekte <i>Aktivitet, Hjelpemidler, Kartlegging, ADL-trening, Håndtrening, Hjemmebesøk Velferdsteknologi)</i>
5	Ønske om samarbeid	<b>Hvordan ønsker dere å samarbeide med ergoterapeuter?</b>	Ulikheter mellom profesjoner? Er det slik dere ønsker nå? Hvis ikke, hvorfor er det sånn? <i>Aktivitet, Hjelpemidler, Kartlegging, ADL-trening, Håndtrening, Hjemmebesøk Velferdsteknologi)</i>
6	Manglende spørsmål?	<b>Er det noe mer dere ønsker å ta opp som ikke har kommet frem i diskusjonen i dag?</b>	

### Oppsummering

<b>Oppsummere</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppsummere funn</li> <li>• Har jeg forstått deg riktig?</li> <li>• Er det noe dere ønsker å legge til?</li> </ul>
<b>Avslutning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Takke for deltagelse</li> </ul>



## 8.2 Søkehistorikk

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall Treff
<b>1. Occupational therapy</b>	Medline	1 eller 2 OG 3 eller 4 OG 5	53
<b>2. Occupational therapists</b>		1 eller 2 OG 3 eller 7 OG 5	70
<b>3. Role</b>		1 eller 2 og 8 eller 9 og 10	86
<b>4. Perception</b>		1 eller 2 og 8 eller 9 og 5 og 10	8
<b>5. Community health services</b>		1 eller 2 og 8 eller 9 og 5 og 11	16
		1 eller 2 og 3 og 10	52
<b>6. Stereotyping</b>		1 eller 2 og 11 og 12	27
<b>7. Perspective</b>		1 eller 2 og 9 og 12	66
<b>8. Attitude</b>		1 eller 2 og 8 eller 9 eller 12 og	10
<b>9. Attitude of health personel</b>		10 og 11	
		1 OG 3 OG 5	39
<b>10. Interprofessional relations</b>		1 OG 6	16
<b>11. Qualitative research</b>	2 OG 3	13	
<b>12. Health knowledge, attitudes, practice</b>	2 OG 4	11	
	2 OG 3 OG 4	1	

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall Treff
<b>1. Occupational therapy</b>	Cinahl	1 eller 2 og 3 og 7	97
<b>2. Occupational therapist</b>		1 eller 2 og 6 og 7	62
<b>3. Role</b>		1 eller 2 og 7 og 8	3
<b>4. Perception</b>		1 eller 2 og 3 og 6 og 7	22
<b>5. Perspective</b>		1 eller 2 og 4 og 7	4
<b>6. Attitude</b>		1 eller 2 og 3 og 4	31
<b>7. Interprofessional relations</b>			
<b>8. Health knowledge</b>			
<b>9. Qualitative research</b>			

### 8.3 Informasjonsskriv

## **Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet «helsepersonells erfaringer med ergoterapi»**

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har som formål å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell i kommunehelsetjenesten har med ergoterapi og ergoterapeuters kompetanse. I dette skrivet får du informasjon om hva målene for prosjektet er og hva din deltagelse vil innebære. Prosjektet er en bacheloroppgave ledet av to studenter, Amund Holtklampen og Arthur Teige Pettersen ved ergoterapiutdanningen på NTNU i Gjøvik.

### **Hvorfor er du/dere invitert til å delta?**

Du har fått en forespørsel om å delta i forskningsprosjektet fordi du er en ansatt i kommunehelsetjenesten, og vi ønsker å lære av dine erfaringer.

### **Hva innebærer din deltagelse i prosjektet?**

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, innebærer det at du svarer på noen spørsmål om din rolle i kommunehelsetjenesten, samt at du inviteres til et fokusgruppeintervju med fokus på dine erfaringer med ergoterapi og ergoterapeuter. Samtalen fra intervjuet vil bli registrert elektronisk og lagret i en ekstern datafil, men hverken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent.

### **Frivillig deltagelse**

Det er helt frivillig å delta i prosjektet. Dersom du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket til deltagelse uten noen grunn. Da vil alle personopplysninger om deg bli slettet.

### **Ditt personvern, hvordan håndterer vi dine personopplysninger?**

Dine personlige opplysninger vil kun bli benyttet til formålet med prosjektet. Alle opplysninger vil bli håndtert konfidensielt, i samsvar med regelverket for personvern. Alle opplysninger som gis fra deg, vil kun være tilgjengelige for prosjektgruppen, som består av prosjektledere og prosjektveileder.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 06.05.2019. Tre uker etter prosjektslutt, vil alle innsamlede data slettes og vil ikke kunne spores tilbake til deg.

### **Spørsmål eller mer informasjon?**

Dersom du har spørsmål til studiet, behov for ytterligere informasjon, ta kontakt med:

Prosjektledere:

- [arthurtp@stud.ntnu.no](mailto:arthurtp@stud.ntnu.no)
- [amundhol@stud.ntnu.no](mailto:amundhol@stud.ntnu.no)

Eller prosjektveileder:

- [linda.stigen@ntnu.no](mailto:linda.stigen@ntnu.no)

Med vennlig hilsen

Prosjektleder

Amund Holtklampen

Tlf. 90 79 59 63

Prosjektleder

Arthur Pettersen

Tlf. 99 42 95 15

Veileder

Linda Stigen

Tlf. 93 22 30 19

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Tverrfaglig syn på ergoterapi».

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, den 06.05.2019

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

