

Svendsen, Anne Cathrine
Talle, Nils Ottar

Ergoterapi i spesialisthelsetjenesten

Hvilken oppfatning har andre faggrupper av
ergoterapeutens rolle?

Bacheloroppgave i Bachelor i Ergoterapi

Veileder: Stigen, Linda

Mai 2019

Svendsen, Anne Cathrine
Talle, Nils Ottar

Ergoterapi i spesialisthelsetjenesten

Hvilken oppfatning har andre faggrupper av
ergoterapeutens rolle?

Bacheloroppgave i Bachelor i Ergoterapi
Veileder: Stigen, Linda
Mai 2019

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

Sammendrag

Tittel:	Ergoterapi i spesialisthelsetjenesten; hvilken oppfatning har andre faggrupper av ergoterapeutens rolle?
Forfattere:	Anne Cathrine Svendsen 473231 Nils Ottar Talle 473241
Veileder:	Linda Stigen
Stikkord/ Nøkkelord	Ergoterapi, spesialisthelsetjenesten, rolle, arbeidsoppgaver, tverrfaglig samarbeid

Antall ord: 11 157	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: Ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Ergoterapeutrollen kan ses på som en sosialt konstruert rolle. Det at andre har forventninger til ens yrkesutøvelse kan medføre til at en heller møter disse forventningene, istedenfor å bevare sin egen yrkesutøvelse. Ergoterapeuter i dag kan oppleve å bli møtt av uønsket forventning til ens rolle og arbeidsoppgaver.</p> <p>Oppgaven vil se på hvilke oppfatninger annet helsepersonell har av ergoterapeuten som fagperson, i henhold til arbeidsoppgaver, tverrfaglig samarbeid og kompetanse. Ved å få innsikt og tanker om deres erfaringer på dette området, kan oppgaven bidra til en bedre forståelse av ergoterapeutens rolle og yrkesutøvelse.</p> <p>Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju er benyttet. Informantene er blitt innhentet ved hjelp av kontaktpersoner: yrkesaktive ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten. Informantene er utdannede sykepleiere og fysioterapeuter og ansatt innenfor den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Analysemetoden er basert på analyse med fokus på mening.</p> <p>Resultatene gir en oversikt over hva slags forventninger og forståelse annet helsepersonell har av ergoterapeuten i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer kunnskap om ergoterapi, arbeidsoppgaver og tverrfaglig samarbeid.</p> <p>Det ses at ergoterapeuter har et aktivitetsperspektiv i sin yrkesutøvelse, og at ergoterapeuten er tett integrert i det tverrfaglige team. Funnene viser at ergoterapeuten spiller en viktig rolle i spesialisthelsetjenesten og blir verdsatt av sine samarbeidspartnere.</p>		

Abstract

Title:	Occupational therapy in specialised health care; which assumptions does other healthcare professionals have of the role of occupational therapists?
Authors:	Anne Cathrine Svendsen 473231 Nils Ottar Talle 473241
Supervisor:	Linda Stigen
Keywords:	Occupational therapy, specialised health care, work tasks, roles, interdisciplinary collaboration

Number of words:: 11 157	Number of appendix: 3	Availability (open/confidential): Yes
--------------------------	-----------------------	--

Short description of this bachelor thesis:

The role of occupational therapist can be viewed as a social constructed role. Other expectations to one's professionals' practice may lead to a practice that consists of meeting this expectation rather than preserving your own professional practice. Occupational therapist today may experience unwanted expectations regarding role and work tasks.

This assignment focuses on what assumptions other healthcare professionals have regarding work tasks, interdisciplinary collaboration and competence of occupational therapists. By obtaining insight and thoughts surrounding this topic, this assignment may create a better understanding of the role of occupational therapists and their field of practice.

This study is based on a quality method and there has been used focus group interviews. The participants were recruited through occupational therapist working in specialised health care. The participants are educated physiotherapists and nurses that are working in the somatic part of the specialised health care. Method of analysis is based on analysis with focus on extracting meaning.

The results present an overview regarding which expectations the occupational therapist is faced with, and how other professionals understand the occupational therapist in specialised health care. This includes; knowledge of occupational therapy, work tasks and interdisciplinary collaboration.

Occupational therapists' field of practice is based on an occupation perspective. The occupational therapists are closely connected with the interdisciplinary team. The results show that occupational therapist is important in specialist health care, and highly valued by the other professionals.

Forord

En interessant og lærerik prosess har resultert i en oppgave vi kan si oss stolte og fornøyde med. Ser på denne oppgaven som en fin avslutning på 3 års skolegang på ergoterapiutdanningen på NTNU Gjøvik.

Det har vært mange mennesker som har vært involvert i denne prosessen. Vi vil gjerne benytte anledningen til å takke alle som har bidratt til at oppgaven har blitt et ferdig produkt.

Først vil vi takke ergoterapeutene vi har vært i kontakt med for å være hjelpelige med å anskaffe informanter. Vi vil også takke informantene for deres tid og samarbeid slik at denne oppgaven kunne bli mulig.

Videre vil vi takke vår veileder Linda Stigen for kloke ord og god veiledning som har ledet oss i riktig retning. Vi vil også takke familie og venner som har vært en god støtte for oss gjennom prosessen.

Vi vil også takke hverandre for god støtte og et godt samarbeid under denne arbeidsprosessen.

Gjøvik, 05.05.19

Anne Cathrine Svendsen og Nils Ottar Talle

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Problemstilling	7
1.3 Avgrensning	7
1.4 Formål	7
1.5 Begrepsavklaring.....	8
1.6 Ergoterapifaglig relevans	9
2.0 Teori.....	11
2.1 Teoretisk rammeverk	11
2.1.1 Sosialkonstruksjonistisk verdensbilde:.....	11
2.1.2 Aktivitetsvitenskap:.....	11
2.2 Offentlige føringer	11
2.3 Tidligere forskning.....	12
3.0 Metode	14
3.1 Kvalitativ metode.....	14
3.1.1 Valg av informanter	14
3.1.2 Innsamling av data	15
3.1.3 Analyse av data	16
3.1.4 Reliabilitet og validitet.....	17
3.1.5 Etske overveielser	18
3.2 Litteratursøk og databaser	19
3.3 Statistikk	19
4.0 Resultat	20
4.1 Kunnskap om ergoterapi	20
4.1.1 Forståelse av ergoterapi.....	20
4.1.2 Forventninger til ergoterapeutens kompetanse.....	20
4.2 Arbeidsoppgaver:	21
4.2.1 Kartlegging:.....	21
4.2.2 Trening:	22
4.2.3 Hjelpemidler.....	23
4.3 Tverrfaglig samarbeid	24
4.3.1 Arbeidsfordeling mellom teammedlemmer.....	24

4.3.2 Ergoterapeutens rolle.....	25
4.3.3 Ønsker om tettere samarbeid.....	26
5.0 Diskusjon	28
5.1 Diskusjon av resultat.....	28
5.1.1 Kunnskap om ergoterapi	28
5.1.2 Arbeidsoppgaver	31
5.1.3 Tverrfaglig samarbeid	34
5.2 Metodekritikk.....	37
6.0 Konklusjon.....	40
7.0 Referanseliste	41
Vedlegg 1: Søkeordstabell	45
Vedlegg 2: Invitasjon- og samtykkeskriv.....	46
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	48

1.0 Innledning

Oppgavens tema er ergoterapeuters rolle i spesialisthelsetjenesten. Oppgaven vil se på hvilke oppfatninger annet helsepersonell har av ergoterapeuten som fagperson, i henhold til arbeidsoppgaver, tverrfaglig samarbeid og kompetanse. Arbeidet kan bidra med å skape en bedre bevissthet og kunnskap rundt ergoterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten, samt bidra med å øke nyttiggjørelsen rundt fagutøvelsen.

Oppgaven kommer til å ta for seg den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Gjennom et søk i statistikkbanken tilhørende Statistisk Sentralbyrå vises det hvor mange som er sysselsatte med ulik helseutdanning i somatiske sykehus (Statistisk Sentralbyrå, u.å.). Utfra denne statistikken så ser en at følgende antall av respektive sysselsatte i somatiske sykehus i Norge i 2018 var 480 ergoterapeuter, 1 636 fysioterapeuter og 36 797 sykepleiere (Statistisk Sentralbyrå, u.å.). Med bakgrunn i dette så ser vi at ergoterapeuter utgjør en liten prosentandel på 1.23 % sett sammen med fysioterapeuter og sykepleier på somatiske sykehus.

Ifølge Norsk Ergoterapeutforbund (Ergoterapeutene, 2013) så innehar ergoterapeuter kompetanse til å jobbe utredende, behandlende, rehabiliterende og forebyggende innenfor somatisk helse. Det vises at ergoterapeuter tar utgangspunkt i viktige aktiviteter for å oppnå mestring, også innenfor somatisk helse. Gjennom en studie gjennomført av Gustafsson, Nugent og Biro (2012), så ser en at ergoterapeuter på sykehus arbeider med kartlegging, igangsetting av ulike intervensjoner, og fokuserer på aktivitet i sitt arbeid med pasienter.

1.1 Bakgrunn

Ergoterapeutrollen kan ses på som en sosialt konstruert rolle (Clouston og Whitcombe, 2008). Det kommer frem i tidligere forskning at profesjonell identitet ikke bare er konstruert basert på ens egen oppfattelse, men også av kollegaer rundt deg og at dette kan påvirke ergoterapeutens rolle og identitet på arbeidsplassen (Turner og Knight, 2015; Clouston og Whitcombe, 2008). Det at andre har forventninger til ens yrkesutøvelse kan medføre til at en heller møter disse forventningene istedenfor å bevare sin egen yrkesforståelse (Turner og Knight, 2015).

Erfaring fra praksisperioder viser at det kan oppstå misforståelser grunnet antagelser rundt ergoterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten. Det er blitt observert at andre yrkesgrupper sin forventning til arbeidsoppgaver, kan være en styrende faktor for arbeidshverdagen til

ergoterapeuten. Dette kan medføre en uoverensstemmelse mellom ergoterapeutens ønskede yrkesutøvelse, og andre faggrupper sin forventning. Ettersom ergoterapeuter ofte jobber i tverrfaglige team god rolleforståelse medvirke til et bedre profesjonelt samarbeid og tilfredsstillende yrkesutøvelse.

1.2 Problemstilling

“Hvilke oppfatninger har annet helsepersonell til ergoterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten?”

1.3 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til helsepersonell som arbeider sammen med ergoterapeuter på avdelingen for fysikalsk medisin og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell er avgrenset til yrkesgruppene fysioterapeuter og sykepleiere. I henhold til oppgavens tidsramme og omfang ble det satt en avgrensning i forhold til antall intervjuer og geografisk område for gjennomføring av fokusgruppeintervjuer. Oppgaven fokuserer på den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten, og utelukker dermed andre arbeidsområder.

1.4 Formål

Formålet med oppgaven er å undersøke annet helsepersonells oppfatninger til ergoterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten. Ved å få innsikt og tanker om deres erfaringer på dette området, kan oppgaven bidra til en bedre forståelse av ergoterapeutens rolle og yrkesutøvelse.

viser til at ergoterapeutrollen er kompleks, og at ergoterapeuter selv kan ha vanskeligheter med å finne en konkret definisjon på ergoterapi.

1.5 Begrepsavklaring

Identitet:

Menneskets identitet er ikke statisk og uforanderlig, men skapes i kompleksiteten av samspill mellom psykologiske, sosiale og samfunnsmessige prosesser som utspiller seg i den enkelte persons hverdag (Kristensen, Schou og Mærsk, 2017, s. 96).

Rolle:

Et sett med sosialt aksepterte adferdsmessige forventninger, rettigheter og ansvarsområder til en spesifikk posisjon eller status i en gruppe eller samfunn (Schell, Gillen og Scaffa, 2013, s.1240).

Spesialisthelsetjenesten:

Spesialisthelsetjenesten omfatter institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk. Spesialisthelsetjenesten inkluderer også ambulansetjeneste, privatpraktiserende spesialister med driftsavtale, rehabiliteringsinstitusjoner, og laboratorie- og røntgenvirksomhet. (...) Tjenestene er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 1999. (Statistisk Sentralbyrå, 2019).

ADL (Aktiviteter i dagliglivet):

ADL er en samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige, praktiske aktiviteter. Det dreier seg om oppgaver som egenomsorg, mobilitet, husholdning, bruk av transportmidler, ivaretagelse av egen økonomi, m.m. Mestring av disse aktivitetene innebærer personlig uavhengighet (Tuntland, 2011, s.18).

Oppgaveorientert trening:

Med begrepet oppgaveorientert trening menes at personens bevegelser er intensjonale med bruk av gjenstander (som for eksempel å gripe etter en kopp, som kan ses på som en oppgave), i stedet for bevegelser i luften uten tydelig mening (Curtin, Molineux og Sypuk-Mellson, 2010, som referert i Tuntland, 2011, s.116).

Aktivitetsutførelse:

Evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter. Utbyttet av den valgte aktivitet eller resultatet av aktiviteten som fremkommer av den dynamiske utvekslingen mellom brukeren, konteksten og aktiviteten (Kielhofner, 2015, s.566, vår oversettelse).

Aktivitet:

Er en persons utførelse av en oppgave eller handling (ICF, 2001, s.109).

Tverrfaglig samarbeid:

Å arbeide sammen med andre mot felles mål (Bredland, Linge og Vik, 2011, s.195).

Klientsentrering:

En tar utgangspunkt i det enkelte menneskets situasjon, og innsatsen tilrettelegges utfra individuelle behov og mål, samt det legges vekt på personens egne definisjoner av mål og behov (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015, s.230).

1.6 Ergoterapifaglig relevans

Kinn og Aas (2009) viser til at ergoterapeutrollen er kompleks, og at ergoterapeuter selv kan ha vanskeligheter med å finne en konkret definisjon på ergoterapi. Det kan være utfordrende for ergoterapeuter å forklare synspunkter og oppgaver til sine kollegaer i sammenhenger der de føler seg undervurdert og stigmatisert. Dette har ført til at ergoterapeuter har tilpasset seg, ved å ta på seg ikke ergoterapeutiske oppgaver som en metode for å få aksept av andre (Turner og Knight, 2015).

Ergoterapi er kunsten og vitenskapen til å hjelpe mennesker å mestre daglige aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte, og som har innvirkning på deres helse og velvære gjennom engasjement i aktiviteter (Schell, Gillen og Scaffa, 2013). Ergoterapeuter har et aktivitetsperspektiv i sin yrkesutøvelse (Tuntland, 2011; Kielhofner, 2015; Townsend og Polatajko, 2013; Stigen, Bjørk og Lund, 2018). De innehar en kjernekompetanse som ser det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser som kan være med å fremme helse og mestring hos mennesker. Ergoterapeuter arbeider for at alle skal kunne delta. Gjennom å fremme aktivitetsutførelse, tilrettelegge i aktiviteter og tilpasning av omgivelser ønsker

ergoterapeuter at flest mulig i samfunnet skal oppleve deltakelse og inkludering (Ergoterapeutene, 2017; Utdanning- og forskningsdepartementet, 2005).

Ergoterapeuter ønsker å muliggjøre meningsfulle aktiviteter for pasienter (Townsend og Polatajko, 2013). Ergoterapeuter benytter seg av strategier og ferdigheter i sitt arbeid for å muliggjøre forandring hos pasienten. I MOHO (modellen for menneskelig aktivitet) henviser Kielhofner (2015, s. 205) til ergoterapeutiske strategier for å støtte klienters aktivitetsengasjement: anerkjenne, utpeke, gi tilbakemeldinger, rådgi, forhandle, strukturere, coache, oppmuntre, gi fysisk støtte.

Ergoterapeuter benytter seg av modeller i sin ergoterapeutiske arbeidsprosess (Kielhofner, 2015, s. 160-168; Townsend og Polatajko, 2013, s. 346-362; Fisher, 2013, s. 27-32). Modellene har til felles at de ønsker å undersøke, utvikle mål, iverksette intervensjoner og evaluere utfallet av behandling. Modellene ønsker å innhente pasientens opplevde aktivitetsproblemer med fokus på klientsentrert målsetting og intervensjon (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015). Å kunne skape en god relasjon med pasienter fra første stund i et pasientforløp, ses på som en viktig forutsetning i det videre pasientforløpet (Eide og Eide, 2007; Kielhofner, 2015; Townsend og Polatajko, 2013; Fisher, 2013). Det å fokusere på pasienters ressurser kan virke som en motvekt til negative utfordringer, og derav ha positiv effekt på pasienters helse (Mæland, 2016). En ser at ergoterapeuter benytter vurderingsredskaper for å kartlegge personers livssituasjoner (Hagby *et al*, 2014; Tuntland, 2011). På sykehus og i rehabilitering så jobber en tverrfaglig der ergoterapeuten er en del av et tverrfaglig samarbeid (Bredland, Linge og Vik, 2011; Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015).

2.0 Teori

2.1 Teoretisk rammeverk

2.1.1 Sosialkonstruksjonistisk verdensbilde:

Tilnærmingen til denne studien sammenfatter med et sosialt konstruert verdensbilde, som grunner i at det ønskes å undersøke personers komplekse forståelse. Ved å benytte en slik tankemåte vil en kunne skape en forståelse av meninger som mennesker bygger seg opp når de interagerer med omgivelser (Creswell, 2009). Gjennom å inneha et tankesett om sosialt konstruerte meninger, kan en avdekke meninger som er skapt gjennom sosial interaksjon.

2.1.2 Aktivitetsvitenskap:

Aktivitetsvitenskap vil benyttes som referanseramme i denne oppgaven. Aktivitetsvitenskap tydeliggjør menneskelig aktivitet og relasjonene mellom menneskelig aktivitet, sunnhet og trivsel. Aktivitetsvitenskap ligger som et fundament i ergoterapien og bidrar til forståelse av mennesket som et aktivt vesen (Kristensen, Schou og Mærsk, 2017; Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015). Vitenskapsteorien åpner opp for nye metoder for å utforske kompleksiteten rundt menneskers engasjement i aktivitet. Formålet er å skape kunnskap om former, funksjoner og meninger rundt det mennesker engasjerer seg i (Schell, Gillen og Scaffa, 2013). En grunnleggende antagelse i aktivitetsvitenskap er at mennesker er aktivitetsvesener med en trang for å delta i aktivitet og utrykke seg gjennom de handlingene en foretar seg (Kristensen, Schou og Mærsk, 2017). Aktivitetsvitenskap kan også koble opp mot salutogenese (Mæland, 2016) ettersom en fokuserer på styrker istedenfor utfordringer.

2.2 Offentlige føringer

Med en ambisjon om å levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen er spesialisthelsetjenesten i dag etablert med tverrfaglige team rundt mange fagområder (St. Meld. nr. 47 (2008-2009)). Spesialisthelsetjenesten vil fremover oppnå mer spesialisert kompetanse, som medfører til utvikling av faglige og organisatoriske tjenester (St. Meld. nr. 47 (2008-2009)). Spesialisthelsetjenesten er regulert under Spesialisthelsetjenesteloven (1999), hvor et av formålene med loven er å sikre tjenestetilbudets kvalitet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1).

Rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten innebærer diverse tjenesteyting som både døgntilbud og dagtilbud, samt tverrfaglige eller særskilte polikliniske tjenester. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er tjenester som krever spesialisering, og det er derfor ikke hensiktsmessig å legge denne delen av tjenesteytingen inn under det kommunale ansvaret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Rehabiliteringsforløp oppnår best resultat hvis en starter allerede i den akutte fasen på sykehus, samtidig som pasienter får medisinsk og annen nødvendig behandling (Helse og omsorgsdepartementet, 2016). Spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten innebærer ofte relativt korte opphold, som krever god organisering for å sikre kompetanse rundt enkeltpasienten samt overførbar kunnskap til kommunene (Helse og omsorgsdepartementet, 2016). Tjenesteyting for rehabilitering finner en i ulike deler av spesialisthelsetjenesten der noen finner sted i spesialiserte enheter for rehabilitering, men mesteparten finner en i andre avdelinger integrert sammen med øvrig behandling (Helse og omsorgsdepartementet, 2016). Et eksempel på en avdeling som har rehabilitering som det primære målet for innleggelsen, er avdelinger som fysikalsk medisin og rehabilitering, og avdelinger for nevrorehabilitering. Dette tilbudet kjennetegnes av høy intensitet, og er rettet mot pasientgrupper som har behov for høyspesialisert kompetanse og tiltak, gjennom store deler av døgnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

2.3 Tidligere forskning

Ergoterapeuter i dag kan oppleve å bli møtt av uønsket forventning til ens rolle og arbeidsoppgaver (Kinn og Aas, 2009; Gramstad og Nilsen, 2016). Det kommer frem i tidligere forskning at ergoterapeuter føler seg verdsatt av brukeren, men kan føle seg undervurdert av annet helsepersonell. Lite anerkjennelse fra annet helsepersonell vises å være en årsak til redusert tverrfaglig samarbeid (Kinn og Aas, 2009).

I tverrfaglige team kan det være utfordrende å tenke ergoterapi rettet ettersom denne tankegangen kan fremstå ukjent i et medisinsk dominerende miljø (Turner og Knight, 2015). Ergoterapi er et fag som har gjennomgått mye rolleendring og identitetsutvikling etter hvert som helse og sosialsektoren har utviklet seg (Clouston og Whitcombe, 2008). Påvirkning av andre yrkesgrupper, og usikkerhet rundt ergoterapi kan medføre at ergoterapeuter selv føler seg undervurdert i en profesjonell kontekst (Turner og Knight, 2015).

I samarbeid med andre yrkesgrupper er det viktig at en som profesjonell yrkesutøver har en forståelse og verdsettelse av hva hvert medlem av teamet kan bidra med (Schell, Gillen og Scaffa, 2014). Ved å inneha et godt kunnskapsnivå over andre yrkesgrupper sine roller øker effekten i tjenestetilbudet (Macdonald *et al*, 2010; Franz *et al*, 2018; Turner og Knight, 2015; Suddick og De Souza, 2007; Kraft, Blomberg og Hedman, 2012). For å kunne respektere andre yrkesgruppers roller og bidrag i en profesjonell sammenheng må en ha en forståelse over ens egen profesjonelle rolle samt annet fagpersonell sin rolle. Hvis en ikke har en klar rolleforståelse kan det oppstå uoverensstemmelser som medfører at annet personell i sitt team ikke tror at en anerkjenner hverandres verdi. Stereotyping og forutanelser om annet helsepersonell kan påvirke ved at en mister pågangsmot og effektivitet i arbeidet, noe som til slutt har innvirkning på brukeren sitt utbytte av helsetjenesten (MacDonald *et al*, 2010).

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ metode

For å besvare problemstillingen var det mest hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode ettersom en ønsket utdypende og reflekterte svar, samt søke kunnskap uttrykt i normalt språk (Kvale og Brinkmann, 2015). Metoden har en fenomenologisk tilnærming ved at den sikter mot å forstå meninger, tanker og følelser (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2016).

Hensikten med kvalitativ metode er å få frem betydningen av menneskers erfaringer, avdekke deres opplevelser av virkeligheten og forstå verden fra intervjupersonenes side (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette er erfaringer og opplevelser som ikke lar seg tallfestes eller måles (Dalland, 2017).

Det ble utført to semistrukturerte fokusgruppeintervju med hensikt om å skape diskusjon, og få frem forskjellige synspunkter på temaet (Kvale og Brinkmann, 2015). Ergoterapeutens rolle kan betraktes som et fenomen, og det var ønskelig å undersøke dette i en tverrfaglig kontekst. Ved å undersøke holdningene til annet helsepersonell, kunne en få svar på deres subjektive meninger og opplevelser av hvordan de opplever ergoterapeutens rolle på arbeidsplassen (Creswell, 2009).

En intervjuguide (Vedlegg 3) ble utviklet i forkant for å forberede seg faglig og mentalt før intervjuene (Dalland, 2017). Den bestod av spørsmål relatert til problemstillingen, og fungerte som en veiviser for å lede frem til bestemte temaer (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.1.1 Valg av informanter

Søken etter informanter var basert på strategisk utvelgelse ettersom det var ønskelig med personer som har kunnskap og kompetanse innen ulike fagfelt, som arbeider innenfor problemstillingens tema og område (Dalland, 2017). Grunnet oppgavens omfang og tidsmessige begrensinger er informantene funnet innenfor regionen helse sør-øst.

Anskaffelse av informantene ble gjennomført ved å oppsøke kontaktpersoner (Malterud, 2012, s.50). Her ble det lokalisert interessante institusjoner, og oppnådd kontakt med ergoterapeuten på institusjonen, for så å anskaffe informanter til intervjuet. Informantene ble invitert til deltagelse gjennom et invitasjon- og samtykkeskriv (Vedlegg 2). Dette ble sendt ut elektronisk til aktuelle informanter.

Informantene ble valgt ut på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:

- Har stilling som fysioterapeut, sykepleier eller helsefagarbeider i spesialisthelsetjenesten
- Arbeider innenfor avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Samarbeider tverrfaglig med ergoterapeut på arbeidsplassen

Eksklusjonskriterier:

- Jobber deltid med redusert stillingsprosent

Det ble innhentet fem informanter fordelt på to grupper. Alle informantene gav sitt samtykke til deltagelse. Informantene er utdannede sykepleiere og fysioterapeuter, noen med spesialutdannelse i tillegg. Den ene gruppen bestod av tre informanter: en fysioterapeut og to sykepleiere, den andre gruppen bestod av to informanter: en fysioterapeut og en sykepleier. Arbeidserfaringen siden gjennomført utdanning varierer mellom 4-30 år. Informantenes arbeidserfaring på avdelingen som de arbeider på varierer mellom 4-20 år. Alle informantene er fast ansatte på avdelingen. Det var ønskelig med to fokusgrupper med 3-6 personer til hvert intervju, men grunnet uforutsette hendelser og tidsmessige begrensinger ble ikke dette mulig å gjennomføre.

3.1.2 Innsamling av data

Det ble gjennomført to semistrukturerte intervjuer med utgangspunkt i en intervjuguide (Vedlegg 3). Intervjuene som ble gjennomført klassifiseres som fokusgruppeintervjuer. Denne intervjuformen blir kjennetegnet av en ikke-styrende intervjutill for å bringe frem forskjellige synspunkter om det utvalgte temaet i en gruppe (Kvale og Brinkmann, 2015).

Under intervjuene fungerte den ene studenten som moderator og den andre studenten som observatør. Moderatoren presenterte temaet for gruppen for å legge grunnlaget for en åpen og diskusjonsvennlig atmosfære. Ved å skape en god atmosfære åpnet en opp for at informantene kunne uttrykke seg med sine spontane tanker, samt gjøre det komfortabelt å uttrykke eventuelle motstridende synspunkter (Kvale og Brinkmann, 2015).

I oppstarten av begge intervjuene var det viktig at moderatoren tydelige uttrykte sin rolle og bakgrunn, slik at informantene fikk en oppfatning av hvem intervjueren var. Dette ble gjort for at

informantene skulle føle tillitt, og på den måten kunne snakke åpent om sine opplevelser og følelser (Kvale og Brinkmann, 2015). Det var også viktig at moderatoren anerkjente og utnyttet mangfoldet og spenningene innad i gruppen, og ikke bare ga sin støtte til noen av deltakerne, men lot alle få dele sine meninger og synspunkter (Malterud, 2012). Observatøren sin rolle var å følge med på hva som foregikk i diskusjonen, observere og ta notater om stemning, klima og samhandling (Malterud, 2012).

Før intervjuene startet ble informantene informert om hvem studentene var, informasjon og hensikt med studien, samt rettighetene deres. Samtykkeskriv med skriftlig samtykke ble hentet inn. Det ble satt av maks en time til hvert intervju.

Under gjennomføringen av intervjuene så ble det benyttet en lydopptaker slik at moderatoren kunne fokusere på intervjuets tema og gruppedynamikk. Benyttelse av en lydopptaker gjorde det mulig å transkribere intervjuene i ettertid, ved at den registrerte ordbruk, tonefall og pauser noe som kunne gi en mer helhetlig transkribert tekst (Kvale og Brinkmann, 2015).

Etter at intervjuene var gjennomført, var neste trinn å transkribere intervjuopptakene for å klargjøre råmaterialet for analyse (Kvale og Brinkmann, 2015). Ettersom begge studentene skulle transkribere intervjuopptakene, var det viktig å inneha en felles forståelse av hvordan transkripsjonsprosedyren skulle gjennomføres (Kvale og Brinkmann, 2015). Transkripsjonen av lydopptakene ble gjort ved at studentene transkriberte hvert sitt intervju hver for seg, for så å gjennomgå begge transkripsjonene sammen. Lydopptakene ble skrevet ned ordrett og lyttet til flere ganger i forskjellig hastighet for å sikre kvaliteten på det transkriberte materialet. Det transkriberte materialet ble anonymisert, for å beskytte konfidensialiteten til informantene ved at informantens identitet og arbeidsplass ikke kunne gjenkjennes (Kvale og Brinkmann, 2015).

Lydopptakene og det transkriberte materialet ble lagret på en ekstern lagringsenhet som ble oppbevart utilgjengelig for andre. Lydopptakene ble slettet etter endt transkribering.

3.1.3 Analyse av data

I etterkant av at den innsamlede dataen var transkribert, så var neste trinn å gjennomføre en analyse. Vår analysemetode er basert på Kvale og Brinkmann (2015) sin analyse med fokus på mening. Den er sammensatt av meningskoding, meningsfortetning og meningsfortolkning.

Det første som ble gjort var at begge studentene leste den transkriberte teksten som en helhet, for å skape en forståelse av all den empiriske dataen (Kvale og Brinkmann, 2015). I denne delen av prosessen ble det fokusert på å legge vekk forforståelse slik at objektivitet kunne bli ivaretatt. Dette er med hensyn i å avspeile intervjuobjektene sine uttalelser, og ikke la ens egen fortolkning påvirke resultatet av forskningen (Malterud, 2011, s. 98; Kvale og Brinkmann, 2015, s.274). Etter at den transkriberte teksten var lest, ble det diskutert og notert frem foreløpige temaer for analysen.

Videre så ble de meningsbærende enhetene identifisert, med ønske om å nå skape mer konsentrerte funn. Dette ble gjort ved at lange setninger ble komprimert, og meningen ble uttrykt med få ord. Her ble fyllord og irrelevante setningsledd som “eh...”, “mhm... “ og “hmmm...” fjernet (Kvale og Brinkmann, 2015). Den kondenserte teksten er med på å gi en sammenfatning av råteksten, og en vil kunne gå tilbake til råteksten for å finne utfyllende sitater som samsvarer med formålet til oppgaven.

Videre så ble de meningsbærende enhetene lest gjennom og gitt koder/nøkkelord. De meningsbærende enheter ble kodet for å skape struktur og sammenfatning av intervjuetekster (Kvale og Brinkmann, 2015). Kodene ble deretter kategorisert for å gi en bedre anelse om endelige tematikk av den empiriske dataen. Deretter ble alle de oppsatte kategoriene strukturert inn i ulike temaer: kunnskap om ergoterapi, arbeidsoppgaver og tverrfaglig samarbeid. Disse temaene danner grunnlaget for strukturen i resultatkapittelet.

3.1.4 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet har med forskningsresultatens konsistens og troverdighet, det omhandler hvorvidt et resultat kan reproduseres (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 276). Intervjuguiden ble brukt som grunnlag for tema og lik spørsmålstilling under begge intervjuene. Begge studentene var tilstede under gjennomføringen av intervjuene. Begge studentene foretok transkriberingen og analysearbeidet.

Validitet hentyder til metodens relevans og gyldighet, om metoden er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 276; Dalland, 2017, s. 52). Det omhandler også om hvordan forskerens tilnæringsmåte samsvarer med formålet til studien og at funnene representerer virkeligheten (Johannesen, Tufte, Christoffersen, 2016). Valg av kvalitativ metode

er valgt på bakgrunn av tema og problemstilling. Dette ble ansett som en utfyllende metode for å søke svar på problemstillingen. Antall informanter, fokusgrupper og ulike yrkesgrupper i undersøkelsen er momenter som kan påvirke oppgavens validitet.

3.1.5 Etske overveielser

I Kvale og Brinkmann (2015) nevnes det at det mellommenneskelige samspillet i en intervjuundersøkelse påvirker intervjuobjektene og kunnskapen som frembringes i intervjuet er med å påvirke forskerens syn på menneskets situasjon. Det er dermed flere etiske overveielser å ta hensyn til ved utførelsen av en slik undersøkelse.

For å sikre en etisk forsvarlighet var det viktig å sende ut et informasjons- og samtykkeskriv til deltakerne på forhånd. Dette informasjonsskrivet inneholdt informasjon om undersøkelsens overordnede formål og hovedtrekk ved studien (Vedlegg 2). I tillegg inneholdt den informasjon om at studien var frivillig, og at en hadde muligheten til å trekke seg fra undersøkelsen når som helst (Kvale og Brinkmann, 2015).

For å bevare informantenes konfidensialitet fikk informantene informasjon om hva dataene skulle bli brukt til som et resultat av undersøkelsen, samt hvem som hadde tilgang til dataene (Kvale og Brinkmann, 2015). Anonymisering av informantene slik at private data ikke kommer ut var en forutsetning for å sikre konfidensialiteten. Det var også nødvendig å lagre opptakene og transkripsjonene på et sikkert sted, samt slette opptakene når de ikke lenger skulle brukes (Kvale og Brinkmann, 2015).

En kan i kvalitativ forskning oppleve å utfordre informantenes personlige sfære, fordi en som forsker ønsker å oppnå kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2015, s.96). Under intervjuene fokuserte moderatoren på at deltakerne ikke skulle føle seg presset til å si noe de ikke ønsket (Malterud, 2012).

Det stilles etiske krav til forskeren sin rolle og integritet. Det ble dermed ikke lagt vekt på studentenes personlige meninger, men heller å rapportere og fortolke alt ut ifra informantenes sitt perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2015). Det var derfor svært viktig at begge studentene opprettholdt en objektiv, og profesjonell holdning til undersøkelsen.

3.2 Litteratursøk og databaser

I litteratursøkingen er databasene Medline (Ovid) og Cinahl benyttet for søking etter artikler. Søkeord er dokumentert i en tabell og lagt ved i et skjema (Vedlegg 1). Følgende emneord har dannet grunnlag for utvalg av artikler: Ergoterapi/ergoterapeut, holdning til helsepersonell, klientsentrering, ADL, sykehus, rolle/profesjonell rolle, tverrfaglig relasjoner, identitet og samarbeid.

Ved siden av litteratursøk ble også noen av artiklene funnet gjennom andre artikler, ettersom de er basert på artikler med lignende tema. Noen artikler er anbefalt fra veileder. Artiklene som er benyttet er ikke eldre enn 2007. Utvalget av artikler er fagfellevurderte.

3.3 Statistikk

Statistikken som er benyttet innledningsvis er basert på: *09549: Sykehus og øvrige somatiske institusjoner. Årsverk, etter utdanning og helseforetak 2008 – 2018* (Statistisk Sentralbyrå, u.å.). Det ble benyttet følgende variabler: statistikkvariabel: sysselsatte, region: alle somatiske sykehus i Norge, helseutdanning: ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere og år: 2018.

4.0 Resultat

I denne delen blir resultatet fra to fokusgruppeintervjuer presentert gjennom tre hovedtemaer med egne undertemaer. Hovedtemaene er: kunnskap om ergoterapi, arbeidsoppgaver og tverrfaglig samarbeid. I resultatfremleggingen vil sitater bli brukt for å vise til informantenes uttalelser og synspunkter.

4.1 Kunnskap om ergoterapi

4.1.1 Forståelse av ergoterapi

En av informantene fortalte at synet på ergoterapi har endret seg. Informanten fortalte at hadde du spurt henne for 20 år siden ville hun svart at hun tenkte på hjelpemidler, men nå har forståelsen forandret seg, og hun ser på ergoterapi som ganske sammensatt og stort.

En annen informant sa at det første hun tenker på knyttet til en ergoterapeut er aktivitet. En annen informant fortalte at han tenker på en person som er god på å se hvordan andre mennesker fungerer motorisk og kognitivt. Samt god på å analysere menneskelig atferd, og å kunne se behov og styrker hos mennesker.

Noen av informantene forklarte at de kan en del om ergoterapi, og at dette grunner i at de har ukentlig undervisning internt på avdelingen. Videre forklarte informanten at på denne undervisningen forteller de ulike faggruppene hva de arbeider med, alt fra ulike kartleggingsverktøy til andre oppgaver knyttet opp mot jobben. Samme informant fortalte videre at hun synes ergoterapi er noe av det som er mest knyttet opp mot rehabilitering i forhold til andre faggrupper: *“Ergoterapeuter passer veldig godt inn i rehabilitering og er veldig viktig på avdelingen”*. Informanten la til at fysioterapeuter kan jobbe forskjellige steder, deriblant på akutt og institutt, og det samme gjelder for sykepleiere som kan jobbe mange andre steder i tillegg.

4.1.2 Forventninger til ergoterapeutens kompetanse

En informant påpekte at han forventer at ergoterapeuten skal ha en styrke til å se på de ulike funksjonene pasienten har. Derav kunne si noe om de visuelle, auditive og sensomotoriske funksjonene. Informanten fortalte også at ergoterapeuten bør se ressursene til pasienten, og kunne klare å skape endring der hvor pasienten har sine begrensinger.

Samme informant formidlet også at ergoterapeuten bør kunne tilpasse behandlingen slik at pasienten får benyttet sine sterke sider. Informanten la til at ergoterapeuter som er ansatt på avdelingen bør inneha god nevrologisk kunnskap. Videre så fortalte samme informant at ergoterapeuten forventes å inneha en god pedagogisk kompetanse og forståelse over hvordan en kommuniserer med en pasient.

En annen informant fortalte at en forventer at ergoterapeuten skal være med å finne en god døgnrytme for pasienten, en balanse mellom aktivitet og hvile.

4.2 Arbeidsoppgaver:

I dette temaet beskrives det hva informantene forteller at ergoterapeuten jobber med på deres avdeling. Arbeidsoppgavene er delt inn ulike temaer som blir presentert videre.

4.2.1 Kartlegging:

Informantene fortalte at en av ergoterapeutens hovedoppgaver er å kartlegge hverdagen til pasientene, og dette innebærer at ergoterapeuten kartlegger aktivitet i forhold til aktivitetsutførelse. En informant forklarte at aktivitet er et bredt begrep og at dette kan være et begrep som er vanskelig å gi en klar definisjon på: *“Aktivitet er jo alt fra morgenstell, til kjøkkenaktiviteter og jobb, så ja aktivitet er jo veldig bredt”*. Informanten fortalte at ergoterapeutenes kartlegging er viktig for å se om det er noen utfordringer i forhold til aktivitetsutførelse, samt finne ut av hva som skal til for at pasienten skal kunne mestre forskjellige aktiviteter.

Felles snakket informantene om at kartleggingen er viktig i forhold til at det skal settes i gang tiltak, observasjon og trening på avdelingen. En informant fortalte at det er ergoterapeuten sin oppgave å kartlegge aktivitetsnivået når en ny pasient ankommer avdelingen, og at annet helsepersonell er med å følge opp: *“De kartlegger og igangsetter, hva trenger de og trenger de hjelp til, hva trenger de tilrettelegging til, hva kan de klare selv, også er det sykepleierne som følger opp”*. Informanten utdypet at denne kartleggingen innebærer observasjoner og tester av både fysisk og kognitiv funksjon. Denne kartleggingen videreformidles av ergoterapeuten på et tverrfaglig møte, hvor de sammen blir enige om en videre plan for pasienten.

En informant nevnte at ergoterapeuten benytter tester som klokketest og trailmaking som en del av kartleggingen. Samme informant fortalte også at ergoterapeuten foretar synskartlegging. En annen informant fortalte at kognitiv kartlegging av pasientene også er en viktig del av arbeidsoppgavene til ergoterapeutene, og at dette gjennomføres ved bruk av forskjellige kartleggingsverktøy og tester: *“Alle våre ergoterapeuter har spesialutdanning på det kognitive, og det er spesielle tester og spesielle observasjoner som blir brukt for å kartlegge de skjulte påvirkningene som pasientene har”*. Informanten påpekte at dette er viktig for at de skal kunne sikre best mulig behandling for pasienten.

4.2.2 Trening:

I begge intervjuene nevnte informantene trening i ADL-aktiviteter som en stor del av ergoterapeutenes arbeidsoppgaver. En informant forklarte at han ser på ADL som alle aktiviteter og prosesser for at et menneske skal kunne fungere i en hverdag, og i denne sammenhengen forteller informanten at han tenker på hverdagsaktiviteter.

Informanten forklarte at ergoterapeuten jobber mye med morgenaktiviteter sammen med de andre i det tverrfaglige teamet på avdelingen. Han fortalte at dette gjelder aktiviteter som å stelle seg, pusse tenner, samt kjøkkenaktiviteter for å se blant annet hvordan pasienten planlegger og strukturerer.

Det ble fortalt videre at det er ergoterapeuten som utfører trening og tilrettelegging i ADL aktiviteter. Dette er med på å legge føringer for hvordan treningen skal foregå for pasienten videre i forløpet. Når disse føringene er lagt, forklarte informanten at det er resten av personalet sin oppgave å følge dette opp. En annen informant uttalte det samme ved at ergoterapeuten ofte foretar ADL-observasjon i morgenstell og utformer et ADL-skjema, som sykepleierne følger opp.

Det blir også fortalt at ergoterapeuten jobber for at pasienten skal kunne utfolde seg i aktiviteter som ligner på hverdagsaktiviteter. Informanten fortalte at dette kan være aktiviteter som shuffleboard, bordtennis og ulike kjøkkenaktiviteter som å lage vafler og kaffe. Informanten konkluderte med at det handler om å forberede pasienten på livet som skal komme etter sykdom.

En informant nevnte at håndtrening er en oppgave ergoterapeuten kan inneha på avdelingen. Videre fortalte informanten at dette ikke er en spesifikk arbeidsoppgave for ergoterapeuten, men heller et samarbeid mellom ergoterapeut og fysioterapeut.

4.2.3 Hjelpemidler

Alle informantene nevnte hjelpemidler og hjemmebesøk som en del av ergoterapeutens arbeidsoppgaver på avdelingen. En av informantene fortalte at det ofte blir ergoterapeuten sin oppgave dersom en skal innføre hjelpemidler i hjemmet, men at dette bare er en liten del av arbeidsoppgavene. En annen informant understrekte at det blir lite hjelpemiddelformidling ettersom de heller jobber med forebyggende tiltak på avdelingen, og heller da vil avvente å se fremgangen til pasientene:

Ergoterapeuten jobber med hjelpemidler for å kompensere for tapt funksjon, sånn at pasienten klarer å utføre aktiviteten med et sånt hjelpemiddel. Men i en sånn fase som vi er i her, så er det ofte mye fremgang og da tenker vi ikke bare hjelpemidler. Vi ønsker ofte å vente med hjelpemidler for å se om funksjonen kommer tilbake.

En av informantene fortalte at ergoterapeuter som jobber i kommunehelsetjenesten ofte møter en forventning om at de skal jobbe med hjelpemiddelformidling, og derav ikke får benyttet kompetansen sin godt nok:

Jeg jobba i kommunen ... der er det store forventinger om det med hjelpemidler.. de blir ofte spist av hjelpemiddelformidling i kommunen, for det synes jeg synd fordi da får de brukt lite av kompetansen sin.. men her synes ikke jeg det skjer synes jeg.

Videre fortalte informanten at det også er en fordeling på formidlingen av hjelpemidlene mellom faggruppene:

Vi deler jo litt på arbeidet vi fysioterapeuter og ergoterapeuter. Vi diskuterer jo en del ganghjelpemidler, mens ergoterapeutene her jobber mer med rullestoler som er mer deres felt og tar seg av ADL hjelpemidler sammen med dere (Ser mot sykepleier).

En annen informant uttalte at ergoterapeuten innehar en viktig rolle for å sikre en sikker overflytning til hjemmet sammen med de andre faggruppene. I tillegg så fortalte en informant at

ergoterapeuten kommuniserer med bydeler og kommuner når pasienten skal hjem, men at dette ikke forekommer ofte.

4.3 Tverrfaglig samarbeid

Her omtaler informantene hvordan de samarbeider med ergoterapeuten, og hvilken rolle ergoterapeuten har på avdelingen. Det vil også bli fortalt om informantenes ønsker rundt samarbeid og ulike begrensinger for tverrfaglig samarbeid.

4.3.1 Arbeidsfordeling mellom teammedlemmer

Alle informantene fortalte at ergoterapeuten er en del av det tverrfaglige teamet på avdelingen. En informant fortalte at avdelingen har en behandlingsplan der ergoterapeuten har en sentral rolle i det tverrfaglige teamet.

Informantene fortalte at det er en ganske fast arbeidsfordeling rundt ulike oppgaver. Samtidig så opplyses det at en ikke er så rigid på hva som er ergoterapeutens oppgave til tross for at en vet hva denne yrkesgruppen spesifikt kan bidra med. En annen informant fortalte at det er lite avgrensede rammer for hvilke yrkesgrupper som skal inn i hvilke arbeidsoppgaver, og at det dermed er litt flytende arbeidsfordeling. Fordelingen av arbeidsoppgaver styres av hvilke mål pasienten har, og hva pasienten ønsker å jobbe med. En annen informant fortalte at dersom pasienten har fokus på å stå, så har ergoterapeuten fokus på dette i sitt arbeid med pasienten. Informanten understreker at det er pasientens ønsker som styrer hva som skal trenes på, og at ergoterapeuten da har fokus på dette i sin tid med pasienten. En informant sa også at en alltid vil ha noen særfgaglige oppgaver innad i de ulike yrkesgruppene, men at målsettingen alltid er felles.

Overlapping av arbeidsoppgaver er noe som fremkommer av begge intervjuene. En informant fortalte at hvis en ikke hadde hatt overlapping av arbeidsoppgaver, ville ikke det ikke fungert på avdelingen. En informant fortalte at sykepleiere jobber en del med morgenstell, noe som ergoterapeuter også gjør, og at arbeidsoppgavene dermed overlapper hverandre. Håndtrening er en oppgave en informant fortalte at ergoterapeuten deler med fysioterapeutene på avdelingen. Overlappingen blir fortalt av informantene å alltid ha en hensikt på begge intervjuene, og at samspillet mellom de ulike faggruppene er viktig i forhold til overlappingen. En informant fortalte at fysioterapeuter ofte er inne i måltider med pasienter, men at ergoterapeuter også er

med i måltider av og til. Informanten fortalte videre at det å guide i måltider er noe alle yrkesgrupper kan gjøre.

En informant uttrykte at såkalte “uformelle møteplasser” der en har en tverrfaglig informasjonsutveksling, er like viktig som de planlagte tverrfaglige gruppemøtene der en sitter sammen. Disse møteplassene finner ofte sted i gang eller på vaktrommet og er med på å skape en mer kontinuerlig oppfølging av pasientene.

Tverrfaglig dokumentasjon er et moment som ble belyst av en informant for å være veldig viktig for at en jobber enda tettere, og samarbeider godt tverrfaglig:

(...) også det at vi har tverrfaglig dokumentasjon, vi har jo et målskjema blant annet, en som har målsamtale, men så blir det skrevet ned i et sånt tverrfaglig notat, hvilke mål de har. Også skriver alle yrkesgruppene inn de tiltak, (...) det som vi har til felles er kartleggingsskjema, målskjema, og felles sluttrapport, som vi skriver i alle sammen, det gjør at vi jobber enda tettere. Vi vet at vi har et fellesmål sammen pasienten, som alle jobber mot. Det er et viktig verktøy i det tverrfaglige samarbeidet.

En informant påpekte at fysioterapeuter jobber med ergoterapeuter stort sett hele dagen. Her fortalte informanten at begge yrkesgruppene for eksempel går inn til pasienten der den ene inntar en lederrolle, mens den andre observerer responsen til pasienten. Informantene fortalte videre at fysioterapeuten tar for seg det motoriske hos pasienten, også er ergoterapeuten i synsfeltet til pasienten og kartlegger responsen til pasienten. I etterkant av dette så jobber en sammen med å skåre pasienten i ulike kartleggingsverktøy, for så å legge planer for pasienten.

4.3.2 Ergoterapeutens rolle

I det ene intervjuet fortalte en informant at det er tydelige definerte roller blant de faste ansatte, og at ingen er usikre på sin egen eller andre faggrupper sin rolle på avdelingen: “Jeg tror ikke det er noen her som er av de faste ansatte.. Så er det ingen som er usikre på hvilken rolle ergoterapeuten har, hvilken rolle fysioterapeuten har, hvilken rolle sykepleieren har..” Videre så fortalte informanten at det kan skje misforståelser blant vikarer, men ikke blant de faste ansatte. Informanten fortalte at grunnen til dette er at det faste personalet har en forståelse av hvordan en jobber med pasientgruppen.

En annen informant fortalte at felles jevnlig tverrfaglig undervisning bidrar til at en blir godt kjent med hva de ulike faggruppene kan bidra med: *«Slik kunnskap hjelper på hva slags forventninger en har til ergoterapeuten, og bidrar til å vite hvordan en kan bruke ergoterapeuten og hva en kan etterspørre».*

En informant fortalt at ergoterapeuten er mest særfaglig i kartleggingsfasen, mens resten av pasientforløpet omfatter mye samarbeid for å sikre kontinuerlig oppfølging av pasienten:

(...) Kanskje i den kartleggingsfasen, så er ergoterapeuten særfaglig.. men resten er bare samarbeid.. for eksempel så er det 3 eller 4 ergoterapeuter, og det er 15 pasienter ... hvis det skal trenes fra dems anbefalinger så kan ikke de være 15 steder ... det samme gjelder for fysio eller andre faggrupper.

Flere informanter påpekte at det er en styrke i at det er en nokså liten avdeling. En informant fortalte at det kanskje hadde vært vanskeligere å samarbeide om det hadde vært veldig mange ergoterapeuter spredt rundt om på flere avdelinger, og at det dermed er vanskeligere å definere hva ergoterapeuten skal jobbe med.

4.3.3 Ønsker om tettere samarbeid

Informantene sa at de kunne ønske å jobbe mer aktivt sammen med ergoterapeuten. Her brukes det som eksempel å kunne ta en vurdering på forflytning sammen med ergoterapeuten.

Ved spørsmål om hva som begrenser samarbeidet med ergoterapeuten opplyses det fra intervjuene at det grunner i at det krever mye planlegging, tid og at det forekommer mye dokumentasjon hos alle faggruppene. Informanten utdypet at dette medfører mindre tid til direkte pasientkontakt og færre møteplasser sammen med pasientene. En informant tilføyde at hvis en hadde hatt en annen plan for dagen samt flere ansatte på avdelingen, kunne en blitt mer fristilt til et mer aktivt samarbeid med ergoterapeuten.

En informant fortalte at personalet på avdelingen har stor respekt for de avgjørelser og beslutninger ergoterapeuten gjør:

I stor grad innfrir man de forventningene ... og for å gå litt videre inn på det så har også personellet veldig stor respekt for de på en måte beslutningene og planene som ergoterapeuter legger da.

Videre fortalte informanten at personalet på avdelingen gjør mye for å etterleve de anbefalingene ergoterapeutene kommer med. En annen informant poengterte viktigheten av tverrfaglig samarbeid og uttaler at det ergoterapeuten gjør gagnar pasienten.

5.0 Diskusjon

Problemstillingen i denne oppgaven omhandler som tidligere nevnt: *“Hvilke oppfatninger har helsepersonell til ergoterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten?”*. Diskusjonen er todelt der den første delen tar for seg diskusjon av resultatet, hvor den empiriske dataen vil bli sett opp imot tidligere forskning og annen litteratur. Den andre delen vil ta for seg metodekritikk der det vil ses på fremgangsmåte og svakheter ved metoden.

5.1 Diskusjon av resultat

Under diskusjonen vil funnene i resultatdelen bli koblet sammen med det teoretiske rammeverket, vitenskapelige artikler og annen relevant litteratur. Denne delen av diskusjonen er strukturert etter hovedtemaene: kunnskap om ergoterapi, ergoterapeuters arbeidsoppgaver og tverrfaglig samarbeid med ergoterapeuten.

5.1.1 Kunnskap om ergoterapi

Forventninger og forståelse rundt ergoterapi:

En informant fortalte at hun for 20 år siden hadde oppfattelsen om at ergoterapeuten kun jobbet med hjelpemidler men at det nå har forandret seg. Det at informanten tidligere har knyttet hjelpemidler til ergoterapeutrollen, kan også samsvare med Kinn og Aas (2009) som fant at ergoterapeuter blir møtt av en uønsket rolle om å være “hjelpemiddelekspert”. Gramstad og Nilsen (2016) viser til at ergoterapeuter som er ansatt i kommunehelsetjenesten ofte kan motta rollen som “bestiller av hjelpemidler” i en tverrfaglig kontekst.

Videre forteller Gramstad og Nilsen (2016) at ergoterapeutene i studien erfarte at samarbeidspartnere manglet kunnskap om ergoterapi og hva ergoterapeuter kunne bidra med, noe som medførte misforståelser og feilaktige forventninger. En kan også se at ergoterapeuter tar på seg arbeidsoppgaver andre yrkesgrupper ikke identifiserer seg med. Det vises i Stigen, Bjørk og Lund (2018) at ergoterapeuter ønsker å gjøre det som er best for pasienten, men vil samtidig ikke komme i uoverensstemmelser med kollegaer fordi de ikke gjør som de er forventet.

Det kom frem i et av intervjuene at ergoterapi blir sett på som et sammensatt fagområde. At ergoterapi ses på som sammensatt fagområde kan ses i tråd med artikkelen til Clouston og Whitcombe (2008). De trekker frem at ergoterapi er et fag som er blitt tilpasset fra andre

yrkesprofesjoner, og dermed er ikke områdene for ekspertise tydelig definert innenfor eller utenfor fagområdet. Det blir også poengtert at profesjonaliseringen av ergoterapi som yrke har foregått over en lengre periode, og har blitt preget av rolleendringer og identitetsdannelse knyttet til medisinsk og sosial omsorgsutvikling (Clouston og Whitcombe, 2008). En ser at ergoterapi kan være vanskelig å skape en forståelse for, grunnet at ergoterapi omfatter mange fagområder. En kan derav stille seg spørsmål ved om dette grunner i at ergoterapi har vært under mye endring, og påvirket av mange ulike profesjoner innen helse- og sosialfagene?

Aktivitet er det første en informant assosierer med ergoterapi. Dette kan ses i sammenheng med Stigen, Bjørk og Lund (2018) der det kommer frem at ergoterapeuter identifiserer seg med aktivitetsperspektivet. Dette kan også sees i tråd med aktivitetsvitenskapen hvor det sentrale begrepet er aktivitet. En kan se at aktivitetsvitenskapen beskriver menneske som et aktivt vesen med evner og behov for å delta i aktivitet, noe som også er elementært for ergoterapi (Kristensen, Schou og Mærsk, 2017). Ergoterapeuter innehar en unik kompetanse til å se det dynamiske spillet mellom person, aktivitet og omgivelser, hvor de arbeider med å engasjere mennesker gjennom meningsfulle aktiviteter (Ergoterapeutene, 2017; Townsend og Polatajko, 2013; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Det kommer også frem i artikkelen til Kinn og Aas (2009) at ergoterapeuter selv sier at de fokuserer på å gjøre det enklere for pasienter å lykkes i dagligdagse aktiviteter, som er meningsfulle for pasienten.

Et hovedfokus ergoterapeuter har i sin faglige tilnærming innebærer å se pasientens ressurser fremfor utfordringer. Ergoterapeuter jobber med å kartlegge pasients ressurser for så å kunne dra nytte av disse rundt dette slik at en kan være med å øke pasientens mestring (Ergoterapeutene, 2017). Dette samsvarer mye med at informantene forbinder ergoterapeuten med en fagperson som ser på pasientens behov og ressurser. Informanten forteller også at ergoterapeuten skal klare skape endring der hvor pasienten har sine begrensinger. Dette kan også knyttes til ergoterapeuters muliggjørende ferdigheter og strategier, som støtter pasientens aktivitetsengasjement og forenkler veien mot forandring (Kielhofner, 2015; Townsend og Polatajko, 2013). Det vises at en i et rehabiliteringsforløp må fokusere på pasientens muligheter, og at en må lete etter ressurser. I tillegg så vises det at hvis en er opptatt av hva som fortsatt kan utføres, prøves, læres og trenes, vil en oppnå en optimalisering av de mulighetene en har (Bredland, Linge og Vik, 2011). Det er viktig å fokusere på pasienters styrker og ikke bare negative utfordringer og begrensinger, noe som også kan knyttes til salutogenese (Mæland, 2016). Alt tatt i betraktning så er ergoterapeuter en viktig ressurs ettersom de ikke fokuserer på

problemer, men også er opptatt av pasientens styrker. Det kan derfor også se ut til at ergoterapeuter derav også er med på å øke pasienters motivasjon og engasjement i behandlingssituasjoner.

Det påpekes av en informant at ergoterapeuter bør inneha en god forståelse over hvordan en kommuniserer med en pasient, samt en god pedagogisk kompetanse. Ergoterapeuter er en yrkesgruppe som arbeider med mennesker i mange ulike livssituasjoner, i alle faser av livet. En kan imidlertid undre seg over hvorvidt, ergoterapeuter har et spesielt fokus på kommunikasjon i sin yrkesutøvelse? I henhold til rammeplan for ergoterapeututdanningen (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) så skal en som ergoterapeuter ha handlekompetanse i kommunikasjon. Informantens påstand kan ses i tråd med hvor viktig det er å utvikle en god relasjon og terapeutisk kontakt til pasienter i et pasientforløp som ergoterapeut (Fisher, 2013). Gjensidig tillit og respekt danner grunnlaget for å skape en god terapeutisk relasjon i samhandling med pasienter. Fisher (2013) understreker at det kan være utfordrende å skape et godt samarbeid med pasienter om en lar sine egne mål for pasienten overstyre det å lytte til pasientens meninger. Eide og Eide (2007) benevner begrepet «profesjonell kommunikasjon» som innebærer å inneha et helsefaglig formål i kommunikasjonen ved yrkesutøvelsen. Det forklares at denne kommunikasjonen i relasjon med pasienten skal ha et formål om å være hjelpende og alltid faglig velbegrunnet (Eide og Eide, 2007).

Data fra intervjuene hentyder at ergoterapeuten skal kunne bidra til at pasienten oppnår en god døgnrytme, med balanse mellom aktivitet og hvile. I aktivitetsvitenskapen (Kristensen, Schou og Mærsk, 2017) ses det at et av ergoterapiens hovedfokus innebærer å fremme aktivitetsbalanse. Det vises til et perspektiv på aktivitetsbalanse som innebærer hvordan en balanserer aktiviteter av ulik karakter. Med dette så menes det hvordan en aktivitet oppleves, og en kan kategorisere slike aktiviteter som; fysisk tunge kontra fysisk lette, anstrengende kontra avslappende og pliktmessige kontra frivillige aktiviteter (Kristensen, Schou og Mærsk, 2017). Aktivitetsbalanse kan derav inngå i ergoterapien, og samsvarer med forventningene fra informanten.

Det blir sagt av en informant at han forventer at ergoterapeuter skal kunne si noe om motoriske, kognitive, visuelle og auditive funksjoner, samt ha god nevrologisk kunnskap. Dette kan ses opp mot rammeplanen for ergoterapiutdanning (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005) der det sies at en skal kunne si noe om menneskers motoriske og relevante kroppsfunksjoner. Det

nevnes også at en gjennom ergoterapiutdanningen skal ha gjennomført emner innenfor anatomi og fysiologi, samt sykdomslære og funksjonshemming (Utdannings- og forskningsdepartement, 2005). Gjennom å sammenligne rammeplanen for ergoterapiutdanning og informantens forventning, kan en se antydninger til ergoterapeuter bør inneha slik kunnskap som informanten forventer.

Det blir nevnt av en informant at ergoterapi er noe av det som er mest rettet inn mot rehabilitering. Sett opp imot Bredland, Linge og Vik (2011) ser en at det er antallet av en yrkesgruppe som kan avgjøre om en faggruppe kan arbeide mye eller lite på sine primæroppgaver. Dersom en avdeling innehar veldig mange sykepleiere blir disse oftest omtalt som generalister, og kan dermed bruke mye av sin tid på oppgaver som ikke er fagspesifikke. Ergoterapeuter blir ofte spesialister i et tverrfaglig samarbeid, fordi de må bruke tiden sin der deres kompetanse er nødvendig (Bredland, Linge og Vik, 2011).

5.1.2 Arbeidsoppgaver

Kartlegging:

Det kommer frem fra intervjuene at en av ergoterapeutens hovedoppgaver er kartlegging. At ergoterapeuter bruker kartlegging i sin arbeidshverdag kan ses i sammenheng med kjernekompetansen til ergoterapeuter. Her fremkommer det at ergoterapeuter bruker kartlegging til undersøking og vurdering av personer ved å kartlegge personens aktivitetshistorie, daglige aktiviteter og personlige preferanser innenfor alle aspekter i hverdagslivet (Ergoterapeutene, 2017). Gustafson, Nugent og Biros (2012) viser til resultater i sin studie at ergoterapeuter som jobber på sykehus arbeider mye med kartlegging. Mer detaljert sett så kartlegger de ved å se på kroppsfunksjoner, aktivitet, kroppsstrukturer og deltagelse (Gustafson, Nugent og Biros, 2012).

Informantene forteller at ergoterapeutens oppgaver på avdelingen er å kartlegge aktivitet i forhold til aktivitetsutførelse. Aktivitet blir nevnt av en informant som et bredt begrep som kan være vanskelig å definere, men at det er snakk om varierende aktiviteter fra morgenstell til kjøkkenaktiviteter. At aktivitet kan være vanskelig å definere kan ses i tråd med Tuntland (2011) som også presiserer at aktivitet er et flertydig begrep, men kan sammenlignes med begreper som oppgave, handling eller gjøremål.

Kartlegging sikter å identifisere både personers ressurser og begrensinger (Tuntland, 2011). Informantene forteller at å kartlegge aktivitet i forhold til aktivitetsutførelse er viktig for å finne ut av utfordringer, samt å se hva som skal til for at personen kan oppnå mestring. Dette kan sees i samsvar med ergoterapimodellen CMOP-E som ser på samspillet mellom aktivitet, person og omgivelser (Townsend og Polatajko, 2013). Ergoterapeuter åpner for mestring gjennom sin kjernekompetanse. Ergoterapeuter ser ikke bare å se på personens ferdigheter, men har kunnskap om hvilke krav aktiviteten stiller, samt har forståelse av omgivelsene rundt (Ergoterapeutene, 2017).

Kartleggingen av aktivitet ble begrunnet som viktig for å sette i gang videre tiltak, observasjon og trening. Dette kan sees i sammenheng med en kartleggingsprosess i et rehabiliteringsforløp hvor intervensjonen planlegges på bakgrunn av ADL-vurderinger og en helhetlig kartlegging av en persons livssituasjon (Tuntland, 2011).

Ulike former for kartlegging blir nevnt i intervjuene. Observasjon, kartleggingsverktøy og tester er ulike vurderingsformer som blir fortalt at ergoterapeuten bruker i sin arbeidshverdag. Dette er noe som kan sees i samsvar med at bruken av strukturerte og ustrukturerte undersøkelses- og vurderingsredskaper er noe som står sentralt i ergoterapeuters praksis (Kielhofner, 2015; Townsend og Polatajko, 2013). En ser også i studien til Gustafson, Nugent, og Biros (2012) at ergoterapeuters kartlegging på sykehus består av observasjoner, evaluering og intervjuer. I en undersøkelse så ser en at undersøkelses- og vurderingsredskaper benyttes mest innenfor somatisk helse, og av ergoterapeuter med spesialistgodkjenning (Hagby *et al*, 2014). Hagby *et al* (2014) nevner også at systematisk vurderingsarbeid er mer vektlagt i spesialisthelsetjenesten enn i allmennhelsetjenesten.

Trening:

Informantene fortalte at ADL er en stor del av ergoterapeutenes arbeidsoppgaver. ADL innebærer ulike aktiviteter i ens hverdagsliv som for eksempel: egenomsorg, mobilitet, husholdning, bruk av transportmidler og ivaretagelse av egen økonomi (Tuntland, 2011). Tuntland (2011) hevder at ADL er et arbeidsområde innen en rekke profesjoner. Med bakgrunn i kjernekompetansen ser en at ergoterapeuter har kompetanse om aktiviteters påvirkning på helse, identitet og sosialt nettverk (Ergoterapeutene, 2017).

Det kommer frem fra en av informantene at ergoterapeuten jobber mye med morgenaktiviteter. Dette kan ses i tråd med begrepet PADL som innebærer aktiviteter som toalettbesøk, av og påkledning, spising, personlig hygiene, bading og forflytning (Tuntland, 2011). Utførelse av PADL oppgaver er ofte intime og er for de fleste mennesker et personlig område. PADL har derfor stor betydning for ens opplevelse av integritet, altså hvordan en opplever selvstendighet og frihet (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015).

En informant opplyste at ergoterapeuter arbeider mye med ulike morgenaktiviteter for å se hvordan pasienten planlegger og strukturerer valgte aktiviteter. Sett i lys av ergoterapeuters kjernekompetanse samsvarer dette med at en som ergoterapeut er god til å analysere ulike aktiviteter (Ergoterapeutene, 2017). Tuntland (2011) nevner at aktivitetsanalyse er en forutsetning for å kunne tilrettelegge. Når ergoterapeuter analyserer aktiviteter, oppnår en forståelse over hva slags krav og ferdigheter aktiviteten stiller (Tuntland, 2011). En informant forteller at det er ergoterapeutens oppgave å tilrettelegge i ADL-aktiviteter. En ser at en som ergoterapeut innehar kompetanse på å tilrettelegge aktiviteter for å oppnå en følelse av mestring (Ergoterapeutene, 2017).

Hjelpemidler:

Basert på resultatene ser en at formidling av hjelpemidler er en av arbeidsoppgavene til ergoterapeuten på avdelingen. Det blir også sagt at hjelpemiddelformidling utgjør en liten del av de totale arbeidsoppgavene, noe en annen informant forklarer at grunner i at en heller jobber med forebyggende tiltak, i motsetning til hjelpemidler som ses på som et kompenserende tiltak.

Det understrekes at ergoterapeuten jobber med hjelpemidler der formålet er at pasienten skal kunne utføre valgt aktivitet. Det poengteres likevel at det vektlegges andre intervensjonsstrategier ettersom en ønsker se om pasientens funksjoner kommer tilbake. Dette kan ses i samsvar med OTIPM (Fisher, 2013, s.29) ved at ergoterapeuten istedenfor å velge en kompensatorisk fremgangsmåte, heller fokuserer på trening rettet mot kroppsfunksjoner og aktiviteter.

I likhet med informantenes uttalelser og ergoterapeuters intervensjonsstrategi, ser en at ergoterapeuten sin tilnærming på avdelingen samsvarer med terapeutisk tilrettelegging der fokuset er å fremme kroppsfunksjoner (Tuntland, 2011). Tuntland (2011) nevner også at så lenge

det er mulig å trene opp tapt funksjon, bør dette prioriteres fremfor å tilrettelegge med hjelpemidler.

5.1.3 Tverrfaglig samarbeid

Arbeidsfordeling mellom teammedlemmer:

I likhet med hva informantene forteller så er klientsentrering et viktig moment i et tverrfaglig team. Med klientsentrering så innebefattes det at valgte intervensjoner tilpasses pasientens behov og målsetting (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015). Annen litteratur viser også at klientsentrering er viktig i et tverrfaglig samarbeid (Bredland, Linge og Vik, 2011).

Klientsentrering er essensielt i ergoterapi der en lytter til pasientens egne ønsker, behov, grad av motivasjon og forståelse av utfordringer (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015; Utdannings- og Forskningsdepartementet, 2005). Som informantene forteller så er valg av intervensjoner basert på pasientens ønsker og mål.

I likhet med informantens uttalelser om at en innehar en nokså flytende arbeidsfordeling uten faste rammer, så samsvarer dette med såkalt “interdisiplinært samarbeid” (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015). Her fokuseres det på at en som fagperson representerer teamets faglighet, samtidig som en praktiserer sin særfaglighet. Denne arbeidsformen vil kunne øke det tverrfaglige teamet sin tjenesteyting og gir mulighet for en økt intensitet i rehabiliteringsforløpet (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015). Når en ser dette i lys av uttalelsene til informantene kan det tyde at på arbeidsfordeling på avdeling er hensiktsmessig for den tjenesten som ytes.

Overlappning av arbeidsoppgaver er et moment som poengteres av informantene å forekomme i samarbeid med ergoterapeut. Det vises til at et tverrfaglig samarbeid karakteriseres av fleksible roller, som innebærer at noen oppgaver bør ivaretas av en bestemt fagperson, mens andre ganger er det viktigere at oppgaven blir gjort enn å fokusere på hvem som gjør den (Bredland, Linge og Vik, 2011). Litteraturen viser også at arbeidsfordeling er ømfintlig, og at alle må bidra for at arbeidsdagen skal gå opp (Bredland, Linge og Vik, 2011). Sett i en sammenheng med informantens uttalelse, så ser en at overlappning av arbeidsoppgaver kan være nødvendig for at avdelingen skal fungere hensiktsmessig.

Informantene uttalte at ergoterapeuter og sykepleiere jobber med morgenstell, og at ergoterapeuter og fysioterapeuter deler på håndtrening. Dette kan ses i tråd med at i et tverrfaglig

samarbeid så kan det være vanskelig å sette avgrensinger for hvem som gjør hva (Bredland, Linge og Vik, 2011). Hvis oppgaven er av en sammensatt karakter som for eksempel morgenstell, kan det være vanskelig å avgrense hvem som har mest aktuell kompetanse (Bredland, Linge og Vik, 2011).

Overlapping av arbeidsoppgaver er noe som informantene understreker alltid har en hensikt. Kan dette være grunnet at en i spesialisthelsetjenesten har en så god forståelse av kompetansen til annet helsepersonell? I et tverrfaglig samarbeid så kan det oppstå uoverensstemmelser og anspenhet når det forekommer overlapping av arbeidsoppgaver (MacDonald *et al*, 2010). MacDonald *et al* (2010) skriver at en kan unngå denne type utfordring ved å inneha god kunnskap om hva en kan bidra med, samt kunnskap om andres kunnskap og ferdigheter. En av informantene fortalte at overlapping av arbeidsoppgaver ble gjort med hensikt, og at samspillet mellom faggruppene er viktig. Uttalelsene til informanten og studien til MacDonald *et al* (2010) kan ses i sammenheng ved at overlappingen av arbeidsoppgaver kan være hensiktsmessig så lenge en har en klar forståelse over teammedlemmene sin kompetanse.

Det ble fortalt av en informant at den tverrfaglige dokumentasjonen hadde stor innvirkning på det tverrfaglige samarbeidet på avdelingen ved at den skapte bedre informasjonsdeling på avdelingen. I likhet med informantens utsagn så vises det at deling av elektronisk pasientdokumentasjon er fordelaktig med tanke på informasjonsutveksling. Utover dette så ser en tverrfaglig dokumentasjon er en faktor for å oppnå et velfungerende samarbeid. Dette med hensyn i at det øker pasientsikkerheten og en bedre sikring i ens egen profesjonelle rolle (Kraft, Blomberg og Hedman, 2012).

Rolleforståelse i tverrfaglig team:

Det kom frem i et av intervjuene at de faste ansatte har tydelige definerte roller, og at de ikke er usikre på sin egen eller andre faggrupper sin rolle. Kraft, Blomberg og Hedman (2012) benevner at det å være klar over ens egen profesjonelle identitet på arbeidsplassen vil være en faktor for forbedret tverrfaglig samarbeid. Dersom en har en følelse av mangel på profesjonell identitet kan dette føre til at en kan bli påvirket av andre yrkesprofesjoner og det kan være vanskelig å føle seg anerkjent (Turner og Knight, 2015; Kraft, Blomberg og Hedman, 2012). Det å inneha kunnskap om andre faggruppers profesjonelle rolle, samt verdsette deres bidrag kan føre til et mer effektivt tverrfaglig samarbeid (Macdonald *et al*, 2010).

En annen informant forteller at jevnlig felles tverrfaglig undervisning bidrar til at en blir godt kjent med hva de ulike faggruppene kan bidra med, og hva en kan etterspørre. Det at en vet hva en kan etterspørre i teamet kan ses i tråd med ressursorientering hvor det fokuseres på hverandres ressurser og muligheter. En har positive forventninger, gir tilbakemeldinger ved å etterspørre og ha forventinger til hver faggruppe på hva de kan, og ikke har fokus på hva de ikke kan (Bredland, Linge og Vik, 2011). I tillegg til dette ser en at en yrkesperson kanskje er redd for å gi av egen kunnskap, men erfaringen viser at desto mer en deler av kunnskap, desto mer nytte ser andre yrkesgrupper i din yrkesgruppe (Bredland, Linge og Vik, 2011).

Informantene på begge intervjuene benevner at det finnes en styrke i at avdelingen er nokså liten. Ettersom mange av informantene opplyser at de har jobbet på avdelingen i en lengre tidsperiode så kan det tenkes at personalet kjenner hverandre godt. Dette vil kunne medføre at en både som nevnt har et personlig forhold til de en jobber med, samtidig som en har opparbeidet seg en god forståelse av andre sin rolle og profesjon.

Ønsker og begrensinger for samarbeid:

Informantene påpeker at de gjerne skulle ønske at de kunne jobbet enda tettere sammen med ergoterapeuten men at faktorer som tid, planlegging og dokumentasjon medfører begrensinger. Det vises i en studie (Kraft, Blomberg og Hedman, 2012) at tilstrekkelig med tid til tverrfaglig møter er fordelaktig for et godt tverrfaglig samarbeid. Dette ser en også i litteraturen der det vises at det stilles mer og mer krav til personalet. Noe som medfører at arbeidsdagen blir preget av mer administrasjon, planlegging av brukerens tilbud, dokumentasjon og koordinering av tjenester (Bredland, Linge og Vik, 2011). Er det sånn at dagens tjenesteyting i spesialisthelsetjenesten er blitt utformet på den måten at effektivitet er vektlagt mer enn aktivt samarbeid mellom personale?

At faggruppene har respekt for avgjørelser og beslutninger som ergoterapeuten gjør, er et moment som nevnes i et av intervjuene. Bredland, Linge og Vik (2011) henviser til at gjensidig respekt handler om å respektere og anerkjenne andres faggrupper. Det trekkes frem at personer med ulik kompetanse bør behandles med verdighet og respekt, med baktanke om at andre faggruppers kompetanse er like viktige ledd i behandlingen for pasienten som ens egen kompetanse (Bredland, Linge og Vik, 2011). Ved å ha respekt og tillit for andre faggruppers rolle og yrkesutøvelse er med å fremme kompetanse og bedre tverrfaglig samarbeid (Macdonald

et al, 2010). Sett som en helhet kan funnene hentyde at ergoterapeuter er verdsatt i tverrfaglige team, noe som kan medføre at både ergoterapeuter som profesjon føler på anerkjennelse, og en skaper bedre tjenesteyting i det tverrfaglige teamet.

5.2 Metodekritikk

Denne studien er basert på et kvalitativ design med fokusgruppeintervju som metode for innhenting av empirisk kunnskap. Begge studentene hadde manglende erfaring med denne metoden, noe som kan ha hatt negativ innvirkning på kvaliteten av resultatet i studien. Til tross for mangel på kunnskap rundt metodologi og metode, er det blitt benyttet relevant litteratur for å oppnå en fremgangsmåte for studien, samt dekke kunnskapshull i egen forståelse.

Forforståelsen kan påvirke studien ved at den kan styre måten vi samler inn og leser den empiriske dataen (Malterud, 2011). Gjennom prosessen var det hele tiden fokus på å holde seg så objektiv som mulig. Selv om det har gjennomgående fokus på å være objektiv, vil en alltid ha en form for forforståelse for temaet en ønsker å undersøke. I forkant av innsamlingen av den empiriske ble forforståelsen for temaet notert ned for å skape bevissthet over egen forståelse av temaet (Malterud, 2011).

Når informantene skulle anskaffes ble det opplevd utfordringer med å motta svar fra utvalgte kontaktpersoner. Mangel på respons fra kontaktpersonene medførte at det ble nødvendig å ta kontakt flere ganger. Til det ene fokusgruppeintervjuet forekom det en mangel på respons som medførte at det ikke var likemange som kunne stille til intervjuet. Konsekvensen av dette resulterte i et mindre antall informanter enn planlagt på det ene intervjuet. Dette antallet informanter kan ses på som en svakhet i studien, men grunnet oppgavens tidsramme var det mest hensiktsmessig å gjennomføre intervjuet likevel.

Utvalget av informanter bestod av sykepleiere og fysioterapeuter. Det var også ønskelig med helsefagarbeider men grunnet mangel på respons ble denne yrkesgruppen utelatt fra studien. I etterkant av innsamlingen av den empiriske dataen ble det observert at det kunne vært interessant å inkludere flere yrkesgrupper for å skape et bredere perspektiv på temaet. Som forklart så kan oppgaven ha begrensinger i forhold til antall informanter og antall ulike faggrupper, men begge intervjuene ble gjennomført med like yrkesgrupper.

I den innledende fasen av oppgaven var det ønskelig å få tak i informanter fra to ulike sykehus med forskjellig størrelse. Dette var grunnet i at det kunne vært interessant å se om det fremkom noen forskjeller i informantens synpunkter grunnet størrelse på arbeidsplass. I etterkant av analysen av dataen så en at størrelse på sykehus ikke hadde noen innvirkning på svarene, ettersom avdelingene ble oppfattet å ha lik størrelse.

Intervjuguiden kan ha påvirket utfallet av resultatdelen i oppgaven. Under intervjuet ble intervjuguiden benyttet som en veileder for å holde fokus på temaet. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål til informantene sine uttalelser, noe som kan ha hatt en ledende effekt. Samtidig kan oppfølgingsspørsmålene ha medført mer utfyllende uttalelser og flere resonnement. Intervjuguiden ble utprøvd og revidert flere ganger i forkant av gjennomføring sammen med andre studenter. Dette var med hensyn i å skape en intervjuguide som promoterte diskusjon og en naturlig flyt i samtalen. Selv om intervjuguiden er blitt benyttet likt på begge intervjuene, så kan moderatorens tilpasning av spørsmålsformulering og tolkning av gruppen hatt innvirkning på informantens uttalelser.

Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført istedenfor enkeltintervjuer. Dette ble gjennomført med hensikt i at fokusgruppeintervjuer er gunstig dersom en ønsker å utforske fenomener som gjelder felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2012). I et fokusgruppeintervju oppmuntres deltakerne til å snakke med hverandre, stille spørsmål, og kommentere hverandres erfaringer og synspunkter i stedet for at intervjueren i tur og orden ber hver av deltakerne om å svare på spørsmål (Malterud, 2012).

Det er delte meninger om krav og spesifikasjoner for at en gruppediskusjon skal kunne klassifiseres som en fokusgruppe (Malterud, 2012). I undersøkelsen ble det gjennomført 2 intervjuer: en gruppe på 3 deltakere og en gruppe på 2 deltakere. Det fremgår i Kvale og Brinkmann (2015) at det kreves 6-10 deltakere for at det skal kalles et fokusgruppeintervju, likevel nevner Malterud (2012) at hvilken som helst gruppediskusjon kan kalles en fokusgruppe så lenge forskeren oppmuntret og forholder seg til gruppeinteraksjonen. Det må tas i betraktning at antall informanter i hver gruppe kan ha hatt en innvirkning på gruppedynamikken og muligheten for å oppnå diskusjon.

I det første intervjuet ble det erfart at det var vanskelig å få informantene til å ta initiativ til å diskutere seg imellom. Dette medførte til mer direkte kommunikasjon med moderator fremfor diskusjon mellom informantene. Erfaringen ble at moderatoren ofte måtte henvende seg til hver

enkelt informant for å høre synspunktene til hver enkelt. Med bakgrunn i denne erfaringen ble det tydeligere poengtert i neste intervju at det var ønskelig å skape diskusjon.

Litteratursøk ble gjennomført i forbindelse med å finne fagstoff som kunne belyse tematikken i oppgaven. Lite forskning på feltet fra før av gjorde det litt vanskelig å finne artikler som direkte omhandlet temaet. Det forekom artikler som omhandlet hvordan ergoterapeuter selv ser på sin yrkesutøvelse, men lite artikler som omhandlet annet helsepersonell opplevelse av ergoterapeuter. Det kan dermed ikke utelukkes at mer relevante artikler for temaet kan ha blitt valgt bort. Årstall på artiklene varierte mellom 2007-2018. At noen av artiklene er litt eldre kan også ha ført til at man har utelukket artikler som inneholder den nyeste forskningen på fagfeltet.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å se på oppfatninger annet helsepersonell har av ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten. I resultatet kommer det frem at ergoterapeuter har et aktivitetsperspektiv i sin yrkesutøvelse. Ergoterapeuter jobber mye med aktivitet i spesialisthelsetjenesten, i tillegg til å kartlegge, trene i ADL-aktiviteter og tilrettelegge. Funnene viser også at ergoterapeuter er opptatte av å se pasientens behov og ressurser, samtidig som en identifiserer utfordringer.

Funnene i denne studien har tydelig sammenheng opp mot teori og tidligere forskning. Å inneha god rolleforståelse i tverrfaglige team viser seg å ha positiv innvirkning på hvordan tjenesten ytes til pasienten. Ergoterapeuten viser seg å ha et tett samarbeid med fysioterapeuter og sykepleiere, som en ser medvirker til god forståelse av ergoterapeuten som fagperson.

En ser at ergoterapeuten spiller en viktig rolle i spesialisthelsetjenesten og blir verdsatt av sine samarbeidspartnere. Denne studien har omfattet sykepleiere og fysioterapeuter sin oppfattelse. Videre kunne det vært interessant å forske på enda flere faggrupper sin oppfatning av ergoterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten.

7.0 Referanseliste

- Bredland, E.L., Vik, K. og Linge, O.A. (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse: verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* 3. utg., Oslo: Gyldendal akademisk.
- Clouston, T.J. og Whitcombe, S.W. (2008) The Professionalisation of Occupational Therapy: A Continuing Challenge. *The British Journal of Occupational Therapy*, 71(8), pp.314–320. doi: 10.1177/030802260807100802
- Creswell, J.W. (2009) *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* 3rd ed., Los Angeles: SAGE.
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* 2. rev. og utv. utg., Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ergoterapeutene (2013) *Somatiske helsetjenester. Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om somatiske helsetjenester*. Tilgjengelig fra: <https://www.ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagomradet-somatisk-helse/> (Hentet: 3. Mai 2019)
- Ergoterapeutene (2017) *Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters Kjernekompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://www.ergoterapeutene.org/ergoterapi/?fbclid=IwAR2SIDf5cRCgTkevX08boB5bvf0XH1wREnr5DITQsYiB3Z6NUFKcLIhOZF4> (Hentet: 27. februar 2019)
- Fisher, A. G. (2013) *OTIPM: en model for planlægning og implementering af top-til-bund, klientcentrerede og aktivitetsbaserede interventioner*. 2. utg. København: Munksgaard.
- Franz, S., Muser, J., Thielhorn, U., Wallesch, C.W., Behrens, S. (2018) Inter-professional communication and interaction in the neurological rehabilitation team: a literature review. *Disability and Rehabilitation*, pp.1–9. doi:10.1080/09638288.2018.1528634
- Gustafsson, L., Nugent, N. & Biros, L. (2012) Occupational Therapy Practice in Hospital-based Stroke Rehabilitation? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(2), pp.132–139. doi: 10.3109/11038128.2011.562915

- Hagby, C. *et al.* (2014) Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? ; resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013. *Ergoterapeuten*, 57(4), pp.22–27.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Nasjonal Strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/sartrykk-av-st.prp.nr.1-kapittel-9.pdf> (Hentet: 3. mai 2019).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>. (Hentet: 3. Mai 2019)
- ICF (2001) Tilgjengelig fra:
https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf
(Hentet: 25. April 2019)
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P.A. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* 5. utg., Oslo: Abstrakt.
- Kielhofner, G. (2015) *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdanning og praksis*. 2. utg. København: Munksgaard.
- Kinn, L.G. og Aas, R.W. (2009) Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(2), pp.112–121. doi: 10.1111/j.1440-1630.2007.00714.x
- Kraft, M., Blomberg, K. og Hedman, A.M.R. (2012). The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation – an interview study. *International Journal of Older People Nursing*, 9(3), pp.209–216. doi: 10.1111/opn.12020
- Kristensen, H.K., Schou, A.S.B. og Mærsk, J.L. (2017) *Nordisk aktivitetsvidenskab*. København: Munksgaard.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg., 3. oppl. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Macdonald, M.B. *et al.* (2010) Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10(4), pp.238–242. doi: 10.1016/j.nepr.2009.11.012
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* 3. utg., Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016) *Forebyggende helsearbeid, folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Regjeringen (2014) *Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/> (Hentet: 13. Mars 2019)
- Schell, B.A.B., Gillen, G. og Scaffa, M. (2013) *Willard and Spackman's Occupational Therapy* 12th ed., Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>. (Hentet: 3. Mai 2019)
- St. Meld. Nr. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*
- Statistisk Sentralbyrå (2019) *Spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse> (Hentet: 3. April 2019).
- Statistisk Sentralbyrå (u.å.) *Spesialisthelsetjenesten - 09549: Sykehus og øvrige somatiske institusjoner. Årsverk, etter utdanning og helseforetak 2008 – 2018*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/09549/> (Hentet: 25. April 2019)
- 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*, pp.1–12. doi: 10.1080/11038128.2018.1445778

- Suddick, K.M. og De Souza, L.H. (2007) Therapists' experiences and perceptions of teamwork in neurological rehabilitation: Critical happenings in effective and ineffective teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 2007, Vol.21(6), p.669-686, 21(6), pp.669–686 doi: 10.1080/13561820701722634
- Townsend, E. A. og Polatajko, H. J. (2013) *Menneskelig aktivitet II: en ergoterapeutisk vision om sundhed , trivsel og retfærdighed muliggjort gennem betydningsfulde aktiviteter*. 5. oplag. 1. utg. København: Munksgaard.
- Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL; teori og intervensjon*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Turner, A. og Knight, J. (2015). A debate on the professional identity of occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(11), pp.664–673. doi: 10.1177/0308022615601439
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) *Rammeplan for ergoterapeututdanning*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269372-rammeplan_for_ergoterapeut_05.pdf (Hentet: 2. mai 2019)
- Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgensen, S. J (2015) *Neurologi og Neurorehabilitering* 2. utg. København: Munksgaard.

Vedlegg 1: Søkeordstabell

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1.Occupational Therapy 2.Occupational therapists 3. Professional role 4. Role 5. Attitude of health personell 6. Patient centred care 7. Interprofessional relations 8. Therapeutic professions 9. Teamwork 10. Patient Care Team 11. Activites of Daily Living 12. Hospitals 13. Professional identity	Medline (Ovid)	1 OR 2 AND 3 OR 4 AND 5	84
		8	13
		1 AND 9 AND 10	24
	1 OR 2 AND 11 AND 12	27	
	CINAHL	3 AND 6 AND 7	88
2 AND 13 AND 7	4		

Mal hentet fra: <https://innsida.ntnu.no/wiki/->

[/wiki/Norsk/Skjema+for+litteratursøk+og+oppgaveskriving+i+helsefag](https://innsida.ntnu.no/wiki/Norsk/Skjema+for+litteratursøk+og+oppgaveskriving+i+helsefag) (Hentet: 17. Mars 2019)

Vedlegg 2: Invitasjon- og samtykkeskriv

Invitasjon til deltakelse i undersøkelse om hvordan helsepersonell oppfatter ergoterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten

Bakgrunn og formål

Vi er to studenter ved NTNU i Gjøvik som i forbindelse med vår bacheloroppgave ønsker å invitere deg til å delta i vår undersøkelse om hvordan helsepersonell oppfatter ergoterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten. Studien vil se på hvilke oppfatninger og forventninger annet helsepersonell har i forhold til ergoterapeuters arbeidsoppgaver, samarbeid og kompetanse. Undersøkelsen kan bidra med å skape en bedre bevissthet og kunnskap rundt ergoterapeutens rolle i spesialisthelsetjenesten.

Det vil bli gjennomført to fokusgruppeintervjuer, hvor hensikten er å lære av deres erfaringer. Vi ønsker å lære av erfaringene til fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er ønskelig med 4-6 deltakere til hvert intervju.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i undersøkelsen vil innebære at vi kommer til deg på din arbeidsplass og gjennomfører et fokusgruppeintervju på ca. 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer med å jobbe sammen med ergoterapeuter. Intervjuet vil bli tatt opp og transkribert ordrett, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

Tidsperspektiv

Oppgaven skal ferdigstilles til mai 2019 og det er ønskelig å gjennomføre intervjuet i løpet av mars 2019.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig og du kan når som helst trekke ditt samtykke til deltakelse uten å oppgi noen grunn. Personene med tilgang til personopplysningene vil være oss som studenter, og vår veileder. Om du skulle trekke deg fra undersøkelsen vil ditt bidrag bli slettet og ikke benyttet i oppgaven. Om du kunne tenke deg å bidra i prosjektet, vennligst gi en tilbakemelding med samtykke om å delta på mail innen et par dager.

For eventuelle spørsmål, ta kontakt på mail eller telefon.

Med vennlig hilsen

Anne Cathrine Svendsen

Nils Ottar Talle

Veileder: Linda Stigen

Mail: annecsv@stud.ntnu.no

Mail: notalle@stud.ntnu.no

Mail: linda.stigen@ntnu.no

Tlf: 97 59 35 30

Tlf: 91 13 39 26

Tlf: 93 22 30 19

Samtykkeerklæring

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å delta i intervjuet.

Sted og dato

Signatur (elektronisk)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

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

Hoveddel - spørsmål			
Nr	Tema	Intervju - spørsmål	Stikkord
1	Innledning	Når jeg sier ergoterapi, hva tenker dere da?	Aktivitet Hjelpemidler Kartlegging ADL-trening Håndtrening Hjemmebesøk Velferdsteknologi
2	Ergoterapeutens arbeidsoppgaver	Hva gjør ergoterapeuten hos dere i dag?	Aktivitet Hjelpemidler Kartlegging ADL-trening Håndtrening Hjemmebesøk Velferdsteknologi
3	Forventninger til ergoterapi	Hvilke forventninger har dere til ergoterapeutens arbeidsoppgaver?	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	Hvordan samarbeider dere med ergoterapeuter i dag?	Tverrfaglig Både direkte og indirekte <i>Aktivitet, Hjelpemidler, Kartlegging, ADL-trening, Håndtrening, Hjemmebesøk Velferdsteknologi</i>

5	Ønske om samarbeid	Hvordan ønsker dere å samarbeide med ergoterapeuter?	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?	Er det noe mer dere ønsker å ta opp som ikke har kommet frem i diskusjonen i dag?	

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

