

Bjørn Erik Opstadmo
Daniel Klopbakken
Fredrik Skofteland Foss

Sykepleieres oppfatninger om ergoterapi i kommunehelsetjenesten

Bacheloroppgave i Ergoterapi

Veileder: Linda Stigen

Mai 2020

Sammendrag

| | |
|---------------|---|
| Tittel: | Sykepleieres oppfatninger om ergoterapi i kommunehelsetjenesten |
| Forfattere: | Bjørn Erik Opstadmo Daniel Klopbakken Fredrik Skofteland Foss |
| Veileder: | Linda Stigen |
| Nøkkelord: | Sykepleiere, kommunehelsetjeneste, ergoterapi, oppfatninger |
| Antall ord: | 10092 |
| Antall sider: | 48 |

Innledning: Med bakgrunn i tidligere forskning og tidligere bachelorer skrevet ved NTNU Gjøvik, ser man at ergoterapi er en verdsatt og respektert profesjon blant de som jobber med ergoterapeuter i tverrfaglig setting. Det blir beskrevet som et behov for videre forskning på hvordan ergoterapeuter blir oppfattet av andre faggrupper utenfor tverrfaglige team.

Hensikt: I studentgruppens litteratursøk og funn av tidligere forskning så foreligger det et kunnskapshull innen forventninger og erfaringer om ergoterapi blant andre faggrupper. Formålet med denne oppgaven er å undersøke hvilke forventninger og erfaringer sykepleiere i kommunehelsetjenesten har til ergoterapi

Forskningsspørsmål: 1) Hvilke forventninger har sykepleiere i kommunehelsetjenesten, utenfor tverrfaglige team til ergoterapi? 2) Hvilke erfaringer har sykepleiere i kommunehelsetjenesten, utenfor tverrfaglige team med ergoterapi?

Metode: Det er benyttet en kvalitativ tilnærming ved bruk av individuelle intervjuer av fem sykepleiere som er ansatt i kommunehelsetjenesten.

Resultat: Hovedfunnene i denne oppgaven ble fordelt på fire temaer: forståelse av ergoterapi, samarbeid, tilrettelegging og andre arbeidsoppgaver. Det kommer frem i resultatene at informantene verdsetter og respekterer ergoterapeuten, men innehar ulik grad av kjennskap til hva en ergoterapeut kan gjøre utenfor arbeidsoppgavene de har på arbeidsplassen. Det kan være antydninger til ulik grad av bevissthet rundt ergoterapeuters kompetanse, og det sees flere likhetstrekk mellom tidligere forskning og studiets resultater. Samtidig poengteres det at et tettere samarbeid i form av tverrfaglige team, bedre koordinering mellom fagprofesjonene og en bedre innføring i ergoterapeuters kompetanse er ønskelig.

Konklusjon: Resultatene fra datainnsamlingen i denne oppgaven tilsier at informantene har en forståelse av hva ergoterapeuter gjør på de ulike informantenes arbeidsplasser i dag, og at de verdsettes. Det kommer frem i resultatene at en bevisstgjøring rundt ergoterapi er ønskelig. Det ses av studentgruppen et behov for videre forskning på dette temaet, da gjerne med andre fagprofesjoner og utenfor tverrfaglige team.

Abstract

| | |
|------------------|---|
| Title: | Nurses' perception of occupational therapy in municipal healthcare services |
| Authors: | Bjørn Erik Opstadmo Daniel Klopbakken Fredrik Skofteland Foss |
| Supervisor: | Linda Stigen |
| Keywords: | Nurses, municipal healthcare service, occupational therapy, perceptions |
| Number of words: | 10092 |
| Pages: | 48 |

Introduction: In previous research and studies done by students, findings suggests that occupational therapy is an appreciated and respected profession among those who work in interdisciplinary teams. It is described as a need for further research on perception of occupational therapists amongst other professions outside of interdisciplinary teams.

Objective: In earlier studies the student group found research that suggest a gap of knowledge in expectations and experiences about occupational therapy within other health professions. The aim om this study is to explore the perceptions and expectations nurses in municipal health services have to occupational therapy.

Research questions: 1) Which expectations do nurses in municipal health service outside of interdisciplinary teams have to occupational therapy? 2) What experiences do nurses in municipal health service outside of interdisciplinary teams have to occupational therapy?

Method: Using a qualitative approach, individual interviews were used on a total of five nurses employed in municipal healthcare services.

Results: The main findings in this study is divided into four themes: understanding of occupational therapy, cooperation, facilitation and other tasks. These results suggest that the informants have an understanding of what an occupational therapist does in their workplace and that they are appreciated and respected as a profession. However, it is also indicated that knowledge of occupational therapists' expertise is somewhat variable in general, which seems to match previous research. It is pointed out that closer cooperation in form of interdisciplinary teams with occupational therapists, better coordination with these and education about occupational therapy is requested by the informants.

Conclusion: The results of this study indicates that the informants have an understanding of the occupational therapists' tasks at the workplace. However, the results also suggest that a broader awareness of occupational therapy is needed. The student group sees the need for further research to this topic, preferably on other health professions outside of interdisciplinary teams.

Forord

Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært en interessant, lærerik og utfordrende prosess. Ved å være tre stykker som har jobbet med denne oppgaven, har vi funnet mye støtte i hverandre og vi vil rette en stor takk til alle som har deltatt med å gjøre denne oppgaven mulig. Tusen takk til alle informantene som har bidratt med sin tid og kunnskap i en krevende periode med tanke på en pågående pandemi i Norge og resten av verden. Uten deres deltakelse hadde ikke denne oppgaven vært mulig å gjennomføre. En spesiell takk rettes til vår veileder Linda Stigen. Hun har bidratt med mange kloke ord, motivasjon og støtte underveis i prosessen.

Vi vil også rette en stor takk til familie og venner som har vært en stor støtte underveis i prosessen, i en krevende periode for alle.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| FORORD | 3 |
| 1.0 INNLEDNING OG BAKGRUNN | 6 |
| 1.1 BEGREPSAVKLARING | 6 |
| 1.2 INNLEDNING | 6 |
| 1.3 FORFORSTÅELSE | 7 |
| 1.4 TEORETISK RAMMEVERK | 7 |
| 1.4.1 Sosial konstruksjonistisk verdenssyn | 7 |
| 1.4.2 PEO-modellen | 7 |
| 1.5 TIDLIGERE FORSKNING | 8 |
| 1.6 HENSIKT OG FORSKNINGSPØRSMÅL | 11 |
| 2.0 METODE | 11 |
| 2.1 KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU | 11 |
| 2.2 INTERVJUGUIDE | 12 |
| 2.3 HVEM INNGÅR I STUDIEN | 12 |
| 2.4 ANALYSE AV DATA | 13 |
| 2.5 ARTIKKELSØK | 15 |
| 2.6 ETISKE OVERVEIELSER | 16 |
| 2.7 RELIABILITET, VALIDITET OG GENERALISERBARHET | 17 |
| 2.7.1 Reliabilitet | 17 |
| 2.7.2 Validitet | 17 |
| 2.7.3 Generaliserbarhet | 18 |
| 3.0 RESULTAT | 18 |
| 3.1 FORSTÅELSE AV ERGOTERAPI | 18 |
| 3.1.1 Mangel på kunnskap | 18 |
| 3.1.2 Hverdag og mestring | 19 |
| 3.2 SAMARBEID | 20 |
| 3.2.2 Utfordringer i samarbeid: | 21 |
| 3.2.3 Andre briller | 22 |
| 3.3 TILRETTELEGGING | 23 |
| 3.3.1 Hjelpemidler | 23 |
| 3.3.2 Ergonomi | 24 |
| 3.3.3 Generell tilrettelegging | 24 |
| 3.4 ANDRE ARBEIDSOPPGAVER | 24 |
| 3.4.1 Rehabilitering | 25 |
| 3.4.2 Kartlegging | 26 |
| 3.4.3 Generelt | 27 |
| 4.0 DISKUSJON | 27 |
| 4.1 METODEDISKUSJON | 27 |
| 4.1.1 Begrensninger som følge av Koronavirus pandemien | 27 |
| 4.1.2 Metode | 28 |
| 4.1.3 Tidligere forskning | 28 |
| 4.1.4 Informanter | 29 |
| 4.2 RESULTATDISKUSJON | 30 |
| 4.2.1 Forståelse av ergoterapi | 30 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| 4.2.2 Samarbeid..... | 31 |
| 4.2.3 Tilrettelegging..... | 33 |
| 4.2.4 Andre arbeidsoppgaver..... | 34 |
| 5.0 KONKLUSJON | 36 |
| 6.0 REFERANSELISTE..... | 38 |
| 7.0 VEDLEGG | 40 |
| VEDLEGG 7.1: INFOSKRIV | 40 |
| VEDLEGG 7.2: INTERVJUGUIDE | 45 |
| VEDLEGG 7.3: SØKEHISTORIKK | 46 |

1.0 Innledning og bakgrunn

1.1 Begrepsavklaring

Reliabilitet: *“Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere”* (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 276).

Validitet: *“Validitet vil si hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke”* (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 137).

Generaliserbarhet: *“Hvis resultatene av en intervjuundersøkelse vurderes som rimelig pålitelige og gyldige, gjenstår spørsmålet om resultatene primært er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner”* (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 289).

1.2 Innledning

Temaet for denne bacheloroppgaven vil dreie seg om annet helsepersonell sine oppfatninger om ergoterapi i kommunehelsetjenesten. Med bakgrunn i tidligere bacheloroppgaver ser man blant annet at ergoterapi er en verdsett og respektert profesjon blant de som jobber med ergoterapeut i tverrfaglig setting, og at disse har god innsikt i arbeidsoppgaver og roller. Det kommer videre frem at forskningen på området er begrenset og at det oppleves som et behov å undersøke videre hvordan ergoterapeuter blir oppfattet av samarbeidspartnere utenfor tverrfaglige team. Det er undersøkt hvilke oppfatninger og erfaringer andre faggrupper har til ergoterapi. Basert på de svarene som kom frem og studentgruppens egne erfaringer, ble det gjennomført en kvalitativ undersøkelse ved bruk av individuelle intervjuer med helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Studentgruppen anser temaet som tidsaktuelt og relevant for nyutdannede og etablerte ergoterapeuter med tanke på endring i lovgivningen om helse- og omsorgstjenesten som trådte i kraft 01.01.2020. Denne innebærer at alle kommuner skal tilby ergoterapitjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011).

1.3 Forforståelse

Gjennom erfaringer fra praksisfelt opplever studentgruppen ulik kjennskap til hva ergoterapi dreier seg om blant samarbeidspartnere. Det erfares blant annet at ergoterapi hovedsakelig dreier seg om hjelpemidler og tilrettelegging, eller at det er liten kunnskap om hva ergoterapeuter kan bidra med. Med bakgrunn i tidligere bachelorer skrevet ved NTNU, er det antydninger til at det er samarbeidspartnere som jobber tett på ergoterapeuter som har størst kjennskap til kompetansen. Denne oppgaven vil ta for seg det samme temaet, men vil fokusere på de som ikke jobber like tett med ergoterapeuter. Studentgruppen håper at denne oppgaven vil være et bidrag til å belyse temaet og undersøke behovet for bevisstgjøring rundt ergoterapi.

1.4 Teoretisk rammeverk

1.4.1 Sosial konstruksjonistisk verdenssyn

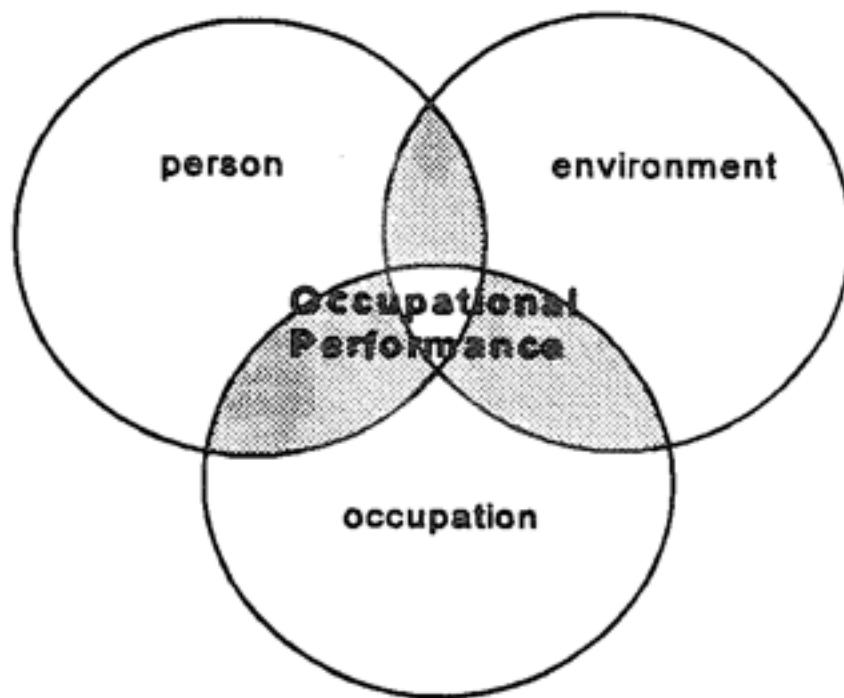
Som et perspektiv i denne kvalitative studien velger studentgruppen å ta for seg det sosial konstruksjonistiske verdenssynet. Denne teorien baseres hovedsakelig på at mennesker med ulik historie og kultur, danner seg meninger og oppfatninger ut ifra deres erfaring, om spesielle gjenstander eller personer i konteksten de befinner seg i (Creswell, 2009). Dette kan også beskrives som at roller blir sosialt konstruert gjennom erfaringer og opplevelser. Meningene kan ofte være varierte, noe som vil føre til at studentgruppen vil undersøke mangfoldet av meningene for å svare på forskningsspørsmålene. Spørsmålene til informantene bør være mest mulig åpne og generelle. Dette er for at de skal kunne få frem sine subjektive meninger som har blitt formet gjennom deres omgivelser og arbeidshverdag hvor de samhandler med andre. Dataen som kommer frem tolkes også av forskerne med sin egen forståelse, kultur og erfaring, og skal med dette beskrive hvordan andre oppfatter verden (Creswell, 2009).

1.4.2 PEO-modellen

Gjennom datainnsamlingen handlet noen funn blant annet om ergoterapeutenes ulike roller, og hvordan disse blir konstruert av omgivelsene gjennom erfaringer og opplevelser. For å kunne diskutere dette har studentgruppen valgt å implementere ergoterapimodellen PEO i oppgaven. Denne modellen tar for seg det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og omgivelsene disse befinner seg i (Law *et al.*, 1996). I artikkelen av Law *et al.* (1996)

beskrives viktigheten av omgivelsene og hvordan denne påvirker mennesket ved faktorer som arbeid og fritid. Modellen har gjennom mange år formet ergoterapeutiske vurderinger og gir et likeverdig bilde mellom person, omgivelser og hva dette samspillet kan resultere i. Fokuset i denne oppgaven vil ligge på institusjonelle, fysiske og sosiale faktorer ved omgivelsene og hvordan dette kan påvirke ergoterapeuter, andre samarbeidspartnere og deres oppfatninger om hverandre.

Bilde 1: PEO-modellen



(Law et al., 1996).

1.5 Tidligere forskning

For å få et innsyn i temaet og for å kunne diskutere funnene fra datainnsamlingen har studentgruppen gjort litteratursøk etter fagfelleverderte artikler som tidligere forskning.

I Bonsaksen *et al.* (2020) kommer det frem at over halvparten av Norges ergoterapeuter jobber i kommune, dermed er kommunehelsetjenesten den største arbeidsplassen for ergoterapeuter her i landet. Studien viser at 88% av ergoterapeutene som deltok jobber med hjelpemidler og bruker i gjennomsnitt halvparten av tiden sin til dette. De rapporterte også at de bruker omtrent halvparten av tiden til å jobbe direkte med brukeren, og det er sannsynlig

at arbeidet med hjelpemidler overlapper en del av dette. Det spås at kommunesammenslåing og lovpålagt ergoterapitjeneste i kommuner kommer til å endre deres praksis i årene som kommer.

Det ble også undersøkt hvilke utfordringer kommuneergoterapeuter møter i sin praksis. Det oppgis at tverrfaglig samarbeid kan begrenses av organisering i kommunene. Videre funn tyder på at mange av ergoterapeutene føler seg trygg på sin egen kompetanse, men at det er vanskelig å formidle den. Forventningene andre faggrupper har til ergoterapeuter stemmer ikke overens med deres egen forståelse. Det understrekes at ergoterapeuten må være tydelig på sin rolle og kompetanse, men også at andre faggrupper må anerkjenne den. Dette krever innsats fra begge parter (Gramstad og Nilsen, 2016).

Ifølge Arntzen *et al.* (2019) kategoriseres kommuneergoterapeuter i fire ulike kategorier: “hjelpemiddelformidleren”, “brannslukningsapparatet”, “innovatøren” og “altnuligpersonen”.

“Hjelpemiddelformidleren” beskrives som det mange forbinder en ergoterapeut med, mens ergoterapeuter selv ser på det som en av mange løsninger på en utfordring.

«Brannslukningsapparatet» blir beskrevet som en som kommer inn veldig sent i prosessen med brukere, mange i en slik posisjon ønsker å kunne jobbe mer forebyggende.

«Innovatøren» beskrives som en ideell rolle hvor nyskaping og redefinering av ergoterapirollen står i fokus. «Altnuligpersonen» har et stort spekter av ulike arbeidsoppgaver, denne ses på som en ønskelig rolle, men også veldig krevende. I større kommuner med flere ergoterapeuter er det vanligere at ergoterapeutene spesialiserer seg mens i bygdekommuner er det vanligere at de har et større spekter av arbeidsoppgaver (Arntzen *et al.*, 2019).

I Sverige jobber ergoterapeuter hovedsakelig innen rehabilitering av eldre mennesker og kan ofte føle på en frustrasjon over tidspresset i kommunehelsetjenesten. De må vurdere behovene til pasienter, men har sjelden tid til behandling. Derfor har de med tiden fått en rådgivende rolle i kommunehelsetjenesten og kan være konsulterende både for pasienter og medarbeidere (Furåker og Nilsson, 2011). Ergoterapeuter kan i denne forbindelsen oppleve at annet helsepersonell konsulterer dem om bestilling av hjelpemidler uten at ergoterapeuten har foretatt en egen vurdering av behovene til pasienten på forhånd. Det blir beskrevet at det i

disse tilfellene bestilles hjelpemidler av hjemmetjenesten for å lette deres arbeidsbyrde, men som ikke nødvendigvis styrker selvhjulpenheten til pasienter. Ergoterapeuter besøker sjeldent eller er kun en kort tid på rehabiliteringsavdelinger, og er derfor avhengig av at personalet har kompetansen som kreves ved ulike rehabiliteringsbehov. I noen av disse tilfellene må ergoterapeuten av og til overbevise hjemmetjenesten og tydeliggjøre behovet for rehabilitering for å styrke livskvaliteten til pasienter og samtidig ivareta deres fysiske funksjoner (Furåker og Nilsson, 2011).

Kunnskap om ergoterapi blant andre faggrupper hevdes også å påvirke ergoterapeuters praksis. Ved manglende kunnskap hos leder eller politikere, kan dette føre til færre ansettelser av ergoterapeut i forhold til befolkningsantallet i kommunene (Shafaroodi *et al.*, 2014). En annen undersøkelse oppdaget at ledere som var bevisst på hva ergoterapirollen innebar, var mer sannsynlige til å ansette ergoterapeuter (Muñoz *et al.*, 2000). Generelt kan manglende kunnskap, lokalisasjon hos ergoterapeut samt avstand også svekke samarbeidet mellom faggruppene, noe som kan påvirke kvaliteten på tjenesten negativt (Shafaroodi *et al.*, 2014).

Det indikeres videre at dette er med på å begrense hvilke henvisninger som utsendes. Ved en undersøkelse om sykepleiere i tverrfaglige team på et psykiatrisk sykehus ble det oppdaget at sykepleiere hadde utfordringer med å identifisere hva ergoterapirollen gikk ut på. Dermed måtte de “gjette” seg frem til hvilke arbeidsoppgaver rollen innebar. Videre førte dette til at de hadde utfordringer med å vite hva de skulle henvise pasienter til ergoterapi. Årsaken til problemet, sett fra sykepleiernes ståsted, ble beskrevet som uklare stillingsbeskrivelser og mangel på promotering av egen rolle fra ergoterapeuter (Smith og Mackenzie, 2011).

Ved implementering av ergoterapeut i team i kommunehelsetjenesten, beskrives det at forståelse av faget og kompetansen er fundamentalt for et godt samarbeid. Den største utfordringen er at de ulike faggruppene har sine arbeidsplasser spredt i en kommune og ikke jobber sammen daglig, men tilgang på samme journalsystem bedrer kommunikasjonen. Faggrupper som har erfaring i samarbeid med ergoterapeuter bedrer implementeringen i team, men det kreves en lik forståelse for alle parter. Leger er de som beskrives å ha minst erfaring med ergoterapi og er usikre på hva ergoterapeuter gjør, noe som kan føre til færre henvisninger og svekket bruk av ergoterapeutens tjenester (Donnelly *et al.*, 2013).

1.6 Hensikt og forskningsspørsmål

I studentgruppens litteratursøk og funn av tidligere forskning så foreligger det et kunnskapshull innen forventninger og erfaringer om ergoterapi blant andre faggrupper. Forskningen som studentgruppen har vurdert som aktuell i denne oppgaven baserer seg på erfaringer fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og innenfor tverrfaglige team. Studentgruppen anser likevel funnene å være overførbare til denne studiens tema. Det kan også tydes som at temaet er lite forsket på. Denne bacheloroppgaven vil ta for seg noe av dette kunnskapshullet ved å undersøke hvilke forventninger og erfaringer sykepleiere utenfor tverrfaglige team, i kommunehelsetjenesten, har til ergoterapi.

Det påpekes at studentgruppen definerer “utenfor tverrfaglig team” således som at samarbeidspartnerne må være involvert i og jobbe med ergoterapeut, men ikke være medlem av et team med ergoterapeut som strukturert arbeidsform.

Med dette som bakgrunn er forskningsspørsmålene:

- 1) Hvilke forventninger har sykepleiere i kommunehelsetjenesten, utenfor tverrfaglige team til ergoterapi?
- 2) Hvilke erfaringer har sykepleiere i kommunehelsetjenesten, utenfor tverrfaglige team med ergoterapi?

Siden denne studien kun hadde sykepleiere som jobbet på sykehjem som informanter, ble problemstillingen spesifisert med tanke på dette og er som følger: “Hvilke oppfatninger har sykepleiere på sykehjem til ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten, utenfor tverrfaglige team?”

2.0 Metode

2.1 Kvalitative forskningsintervju

For å kunne samle inn best mulig data for å svare på forskningsspørsmålene anses kvalitative forskningsintervju som den mest hensiktsmessige og realistiske metoden. Dette med tanke på studentenes erfaringsnivå, metodeferdigheter og tiden som er tilgjengelig (Malterud, 2017).

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver det kvalitative forskningsintervjuet som en søken etter å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Intervjupersonen blir delaktig i dette ved å skape mening og forståelse om et bestemt emne. I denne studien ønsker studentgruppen å bringe frem nyanserte beskrivelser av studiets tema, og for å få utfyllende beskrivelser kan det ofte være nødvendig å stille utfyllende spørsmål (Malterud, 2017).

Det ble gjennomført totalt fem individuelle intervjuer i denne oppgaven. I mange samfunnsvitenskapelige miljøer ser man med mistenksomhet på studier med få deltakere (Kvale og Brinkmann, 2015). Likevel ses det fordeler. Det blir blant annet lettere håndterlig for studentgruppen med tanke på tid og ressurser, og det gir mulighet for å gjøre et grundigere arbeid. I tillegg gjør analyse av et fåtall av deltakere det mulig å finne ut interessante funn om kultur og samfunnet generelt, noe som er ønskelig for å svare på forskningsspørsmålene i lys av oppgavens teoretiske rammeverk (Kvale og Brinkmann, 2015).

2.2 Intervjuguide

For å kunne svare på forskningsspørsmålene utarbeidet studentgruppen en intervjuguide. Denne ble brukt som en ramme for intervjuene, men skulle ikke standardisere samtalen. Studentgruppen utarbeidet seks spørsmål for å undersøke hvilke forventninger og erfaringer informantene hadde med ergoterapi. Intervjuene begynte med en uformell samtale samt introduksjonsrunde av informant og studentgruppen. Se vedlegg 7.1.

2.3 Hvem inngår i studien

Informantene som har deltatt i studien er sykepleiere som jobber i kommunehelsetjenesten. På bakgrunn av tidligere forskning og forskningsspørsmål måtte informantene være involvert med ergoterapeuter, fortrinnsvis henviser til eller lignende. Samtidig skulle de være utenfor tverrfaglig team da dette temaet ble skrevet om i tidligere bacheloroppgaver ved NTNU Gjøvik.

For å identifisere de aktuelle kandidatene har studentgruppen benyttet seg av snøballrekruttering, som startet med å lokalisere nøkkelinformanter som videre kunne foreslå potensielle deltakere (Malterud, 2012). Studentgruppen kontaktet ergoterapeuter og bekjente i ulike kommuner. Disse hadde en oversikt over hvem som henviste til ergoterapeut, eller hadde en eller annen form for samarbeid med disse. På grunn av den pågående pandemien

med Korona-viruset ble arbeidet med å skaffe informanter krevende, siden helsetjenester hadde et økt fokus på forebygging og ivaretagelse av sine pasienter. Dette førte til at noen av våre informanter takket nei, eller ikke lenger svarte på studentgruppens henvendelser. Studentgruppen endte likevel opp med fem informanter, som fikk oversendt infoskriv og samtykkeerklæring og videre ble intervjuet digitalt over Skype for Business eller Microsoft Teams.

Tabell 1: Informanttabell

| Utdanning | Utdanningsår | Fagbakgrunn | Nåværende arbeidsplass |
|---|--------------|--|--|
| Spesialsykepleier 1 | 2013 | 2 år med gastrokirurgi, ortopedi og urologi. 5 år ved korttids -og rehabiliteringsavdeling i kommunehelsetjenesten. | Korttids- og rehabiliteringsavdeling i kommunehelsetjenesten |
| Sykepleier 2 | 2008 | Sykepleier/fagkoordinator | Kombinert lang- og korttidsavdeling |
| Sykepleier, 3 Økonomi, administrasjon og ledelse, IKT og ledelse | 1992 | 25 år på sykehjem: sykepleier i to år 23 år som avdelingsleder og enhetsleder | Avdelingsleder sykehjem |
| Sykepleier 4 | 2003 | Skjermet avdeling, sykehjem | Skjermet avdeling på sykehjem |
| Sykepleier 5 | 2001 | Psykiatri, sykehjem | Langtidsavdeling på sykehjem/fagansvarlig |

2.4 Analyse av data

For å analysere dataen som blir innhentet gjennom kvalitative forskningsintervju anser studentgruppen analysemetoden meningsfortetting som aktuell. Denne metoden kan bidra i arbeidet med letingen etter naturlige meningsenheter i lange og komplekse intervjuetekster,

samt uttrykke hovedtemaet i en nyansert og konkret beskrivelse. Metoden kan også bidra i strukturering av oppgavens resultat- og diskusjonsdel. Denne metoden er delt inn i fem trinn:

1. For å få en helhetlig oversikt starter studentgruppen med å lese hele intervjuet.
2. I dette trinnet vil studentgruppen bestemme de ulike meningsenhetene slik de uttrykkes av informantene.
3. Studentgruppen vil lese temaet rundt disse ulike meningsenhetene på en så fordomsfri måte som mulig. Deretter vil uttalelsene tematiseres fra informantenes synsvinkel.
4. Meningsenheten vil undersøkes i lys av studiets formål.
5. De viktigste temaene vil bli kategorisert i studiets resultatdel, og videre settes som overskrift med en nyansert og konkret beskrivelse av temaet som mulig.

(Kvale og Brinkmann, 2015).

Tabell 2: Eksempel på arbeidsark

| Råtekst | Kondensert meningsenhet | Kode | Kategori | Tema |
|---------|-------------------------|------|----------|------|
| | | | | |

Som illustrert i tabellen over benyttet studentgruppen seg av arbeidsark i excel, utlevert av veileder. Dette for å systematisere analysearbeidet. Rekkefølgen på noen av punktene i meningsfortettingen er derfor endret til en viss grad og beskrives som følgende:

De ulike intervjuene ble satt inn i råtekst i arbeidsarket og, studentgruppen startet med å få en helhetlig oversikt over disse. Slik Kvale og Brinkmann (2015) beskriver meningsfortetting skal man i trinn to i denne prosessen bestemme de ulike meningsenhetene som de uttrykkes av informantene, men i arbeidsarket ble det en kondensert meningsenhet hvor fyllord ble fjernet. På trinn tre er det også beskrevet av forfatterne at man skal tematisere uttalelsene til informantene. I stedet ble de kondenserte meningsenhetene i arbeidsarket kodet i henhold til oppgavens tema. Kodene ble deretter sortert i farger og satt inn i ulike kategorier. Kodene og kategoriene ble så satt i et felles dokument for å få en samlet oversikt over alle intervjuene. Her ble det gjennomført en grundigere sjekk i lys av studiets formål, hvor ikke relevant informasjon ble filtrert ut. Til sist ble det ut fra kategoriene dannet fire foreløpige temaer i samråd med veileder som ble satt inn i oppgavens resultatdel, med en konkret og nyansert beskrivelse av informantenes utsagn. Disse er nevnt i tabell 3. Aktuelle funn ble videre satt

sammen i en diskusjonstekst knyttet opp mot tidligere forskning og det teoretiske rammeverket for oppgaven.

Tabell 3: Tematisering

| Tema | Forståelse av ergoterapi | Samarbeid | Tilrettelegging | Andre arbeidsoppgaver |
|-------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Kategorier | Mangel på kunnskap | Ønsker om samarbeid | Hjelpemidler | Rehabilitering |
| | Hverdag og mestring | Utfordringer i samarbeid | Ergonomi | Kartlegging |
| | | Andre briller | Generell tilrettelegging | Generelt |

2.5 Artikkelsøk

For å kunne belyse forskningsspørsmålene ble det før datainnsamlingen gjort litteratursøk i databasene Embase, Medline og Cinahl. I forbindelse med dette deltok studentgruppen på undervisning med bibliotekar på NTNU Gjøvik. Etter dette ble det satt ulike søkeord og kombinasjoner som skulle bidra i litteratursøkene. En rekke artikler ble gått gjennom av studentgruppen, men ekskludert etter å ha funnet mangler i henhold til NTNU Universitetsbibliotekets tips til kildevalg (NTNU, 2020a). Artikkelen som studentgruppen endte opp med var Arntzen *et al.* (2019), Bonsaksen *et al.* (2020), Donnelly *et al.* (2013), Furåker og Nilsson (2011), og Smith og Mackenzie (2011). For oversikt over søkeord, kombinasjoner og antall treff, se vedlegg 7.3.

Materiale som ble brukt i forbindelse med det sosial konstruksjonistiske verdensbildet (Creswell, 2009), ble funnet gjennom forelesninger av NTNU Gjøvik. Artikkelen om PEO-modellen (Law *et al.*, 1996) kom etter tips fra veileder. Artikkelen av Gramstad og Nilsen (2016) ble funnet gjennom søk på www.ergoterapeuten.no. Det ble også gjort søk i Google Scholar med søkefrasen “knowledge of occupational therapy”. Her kom det veldig mange treff, men artikkelen Darawsheh (2018) og Tariah, Abulfeilat og Khawaldeh (2012) ble funnet på de første tre sidene. Artikkelen av Darawsheh (2018) ble ikke benyttet men artikkelen av

Shafaroodi *et al.* (2014) ble funnet i referanselisten. Artikkelen fra Muñoz *et al.* (2000) ble funnet gjennom referanselisten fra Smith og Mackenzie (2011).

2.6 Ethiske overveielser

Ethiske problemstillinger oppstår når forskningen direkte berører mennesker (Johannessen, Christoffersen og Tuft, 2016). I denne oppgaven aktualiseres dette særlig under datainnsamlingen som foregår gjennom intervjuer. Derfor tas det hensyn til en rekke forskningsetiske prinsipper. Sett fra forsvarlighets- og ansvarsprinsippet har forskere som driver medisinsk forskning ansvar for at den er etisk og faglig forsvarlig (NOU 2005: 1).

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) vil det i den kvalitative forskningen kunne være en spenning mellom ønsket om å oppnå kunnskap og det å ta etiske hensyn. Gjennom studiet og praksisperioder vil studentgruppen i varierende grad ha dannet seg noen individuelle meninger og holdninger til temaet. Dette er nærmere beskrevet under forforståelse.

Uavhengig om disse er positive eller negative skal det ifølge Creswell (2009) og det sosial konstruksjonistiske perspektivet ikke tas utgangspunkt i disse. I stedet vil det etterstrebtes å formulere så fordomsfrie spørsmål som mulig, samt å tolke informantenes meninger sett fra et nøytralt utgangspunkt. Videre bør det tas hensyn til at studiens deltakere kan oppleve spørsmålene som kritikk til hvordan deres praksis gjennomføres. Sett fra risiko- nytteprinsippet (NOU 2005: 1) veies likevel nytten av studien som større enn en eventuell ulempe.

For å ivareta deltakernes personvern i medhold til menneskeverdprinsippet (NOU 2005: 1) vil alle opplysninger bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket til NTNU (NTNU, 2019). Informantene vil før intervjuet få utlevert et infoskriv som blant annet inneholder informasjon om hvem som har tilgang på opplysningene og hvordan de vil behandles. I tillegg følges selvbestemmelsesprinsippet (NOU 2005: 1) ved at alt baseres på informert samtykke og det gis mulighet for å trekke seg når som helst i studiet.

Andre forskningsetiske prinsipper som kan være verdt å nevne er felleskapsprinsippet (NOU 2005: 1), da forskningsoppgaven inkluderer mennesker og helseopplysninger, noe som gjør den til et felleskapsprosjekt som avhenger av informanternes tillit og frivillig deltakelse.

Åpenhetsprinsippet (NOU 2005: 1) vil også gjelde ved godkjent oppgave, da den eventuelt

vil publiseres og bli tilgjengelig for nedlastning etter visse krav. På den måten kan andre nyttiggjøre seg av resultatene som er oppnådd.

2.7 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

2.7.1 Reliabilitet

I intervjuguiden er det tilstrebet å unngå å stille ledende spørsmål, da dette utilsiktet kan bidra til å påvirke svarene (Kvale og Brinkmann, 2015). Derfor er det i tråd med det sosialkonstruksjonistiske perspektivet tatt til sikte på å formulere så åpne spørsmål som mulig. Dette øker studiets reliabilitet ved at det er informantens subjektive meninger som kommer frem, uavhengig av hvem stiller spørsmålene (Creswell, 2009).

I denne studien er det blitt benyttet en intervjuguide for å strukturere intervjuforløpet (Kvale og Brinkmann, 2015), samt et arbeidsark i Excel for struktur av analysearbeidet.

Transkriberingen foregikk ved at intervjuene ble skrevet ordrett slik de ble sagt. Dette for å utsette hvilken som helst form for tolkning i denne prosessen. Gjennom arbeidet har studentgruppen fordelt arbeidet slik at hver enkelt har gjennomført intervjuer samt utført analyser enkeltvis, før det i fellesskap er blitt gjort en grundig gjennomgang. Gjennom denne fremgangsmåten sees det at resultatet blir relativt likt, uavhengig av hvem det blir gjort av. Dette gir en god indikasjon på at arbeidet innehar en viss grad av reliabilitet, knyttet til gjennomføring av intervju, transkribering og analyse av innsamlet data.

2.7.2 Validitet

Ifølge Bogdan og Biklen (2007) er det umulig å forske på noe uten at det blir påvirket av å bli forsket på, også kalt "Heisenberg effekten". Dermed er det naturlig å tenke at informantens svar kan bli påvirket av situasjonen og at dette vil ha en betydning for studiens resultater. For eksempel kan det være en fordel at intervjueren er oppmerksom på egne positive eller negative kroppslige og verbale responser, da det kan påvirke svarene på videre spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2015). I forbindelse med dette kan det legges til at da intervjuene måtte foregå over digitale midler ble det vanskelig å få med seg eventuelle kroppslige responser fra begge parter. Videre, siden dette er et forskningsprosjekt, medfører det at informantene deltar på frivillig grunnlag og får informasjon om tema i god tid før selve

intervjuet. Dette kan påvirke validiteten til resultatene ved at de for eksempel kan forberede seg i forkant.

2.7.3 Generaliserbarhet

Faktumet om at denne undersøkelsen kun innehar informanter fordelt over to kommuner, setter et spørsmål til resultatenes generaliserbarhet. Et bredere spenn blant informantene ville gi en sterkere indikasjon på hvilke fellestrekk som går igjen blant de ulike kommunene. På den annen side kan det tolkes gjennom resultatene som at det ikke er mulig å få akkurat de samme resultatene flere ganger, og at det på hver arbeidsplass uansett vil eksistere en viss grad av variasjon. Dessuten vil et krav om generalisering bygge på en antakelse om at det ikke finnes variabler i menneskenes kunnskap om temaet, at kunnskapen ikke endres over tid og at den er gyldig alle steder (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette står i strid med det sosialkonstruksjonistiske perspektivet som denne oppgaven tar inspirasjon fra (Creswell, 2009) og grunnleggende elementer i den samfunnsvitenskapelige vitenskapen som at meninger og oppfatninger ikke er stabile, men er stadig under endring (Gramstad og Nilsen, 2016). Derfor er det begrenset i hvilken grad man kan generalisere dataene som kommer frem i kvalitative studier med intervju som metode. Hensikten er heller å gi et øyeblikksbilde av erfaringene til informantene som ble inkludert.

3.0 Resultat

3.1 Forståelse av ergoterapi

Ut ifra datainnsamlingen fremstod informantene å ha ulik kjennskap til hva en ergoterapeut kunne bidra med, men alle uttrykte et ønske om å vite mer. Internundervisninger, undervisning på utdanningsnivå og innføringer i hverandres fagkompetanse kom som forslag på ulike løsninger fra de ulike informantene.

3.1.1 Mangel på kunnskap

En av informantene trodde det var flere funksjoner en ergoterapeut kunne ha, men at dette var ukjent for informanten. Det kom an på hvor man jobbet. Informanten snakket om forforståelsen av ergoterapeuter, at de gjerne forbindes med hjelpemidler og at dette var noe som gjaldt for alle yrkesgrupper: *“Typiske arbeidsoppgaver hos sykepleier er gjerne at vi*

vasker pasientene, men det er mye mer enn bare det.” sier informanten.

Det ble beskrevet videre at innføringer i hva andre faggrupper kan gjøre var aktuelt, og at dette burde foregå på utdanningsnivå. Med dette kunne man lære mer om hverandres kompetanse, i motsetning til arbeidslivet der man kun erfarte det man så. Ifølge informanten skulle det skulle også vært internundervisning med ergoterapeut, i for eksempel forflytningsteknikk. Dette på grunn av blant annet en usikkerhet rundt hjelpemidler og bruken av dette hos andre ansatte. Dette var avhengig av ressurser og organiseringen i kommunen, men informanten ga videre uttrykk for usikkerhet forflytningsteknikk falt under ergoterapiens fagfelt. Det fremstod å være en felles interesse for ergoterapi blant informantene og at de gjerne skulle ha visst mer om eventuelle arbeidsoppgaver.

Informanten fortalte videre at uutdannede assistenter på deres arbeidsplass hadde for liten kompetanse og “klinisk blikk”, og at tidlig intervensjon og hjelpemidler var viktig for pasientene. Her spilte ergoterapeuten en stor rolle. Informanten sa samtidig at hun trodde ergoterapeuter kunne forveksles med aktivitører. Ergoterapeuten kunne også bidra innen velferdsteknologi, og ville ha en sentral rolle i dette med årene som kommer. Det tenkes og at ergoterapeuter vil få en naturlig plass i primærteamene, men at dette var avhengig av at ergoterapi ble løftet opp på ledernivå: *“Man må opp på tjenesteledernivå for å kunne prioritere ressurser til ergoterapeuter og må bli satt litt på kartet. Ergoterapeutene har også et ansvar her, de må bruke stemmen sin og si hva de kan brukes til”*.

Det ble beskrevet av informanten et behov for nytenkning, hvor flere ergoterapistillinger kommer i kommunene og at det er behov for det på sykehjemmene. Da gjerne i form av faste stillinger i hver avdeling.

3.1.2 Hverdag og mestring

Informantene ga uttrykk for at ergoterapeuter jobbet for å gjøre hverdagen god og håndterbar for slagpasienter og lignende. Det ble også forventet av ergoterapeuter at de innehar denne kompetansen, og brukte sitt fagområde for å gjøre hverdagen god for pasienter. En informant beskrev at dette innebar å legge til rette for daglige mål og aktiviteter, og at pasienter skulle bo hjemme lengst mulig. Informanten sa at *“ergoterapi handler om å sette folk i stand til å mestre så mye som mulig med sine forutsetninger”*.

3.2 Samarbeid

En fellesnevner blant informantene var at ergoterapeuten viste stor velvilje i samarbeid med andre og at de hadde en god kompetanse på sitt område. Samarbeidet fungerte ved at ergoterapeuten mottok henvisninger fra sykepleierne, eller at de møttes på kontorene hvis de hadde samme lokalisasjon. Noen benyttet henvisningsskjemaer, telefonsamtaler eller internmeldinger via journalsystemet. Arbeidsfordeling og arbeidsoppgaver varierte noe i de ulike kommunene, avhengig av lokaliseringen til ergoterapeuten i forhold til samarbeidspartnerne. På noen avdelinger hvor ergoterapeuter selv hadde kontor, ble det beskrevet at ergoterapeuten hadde stålkontroll på nye pasienter og kom ukentlig for å gjøre sine egne vurderinger. Ut ifra de ulike beskrivelsene fra informantene hadde noen fastere rammer på et samarbeid enn andre. De bidro derfor på lik måte som andre helsepersonell, ved å gå gjennom journaler og dokumenterer selv samt rapporterte direkte til sykepleiere. På andre steder var de kun på avdeling hvis det var meldt et behov eller sendt bestilling av sykepleierne. Ergoterapeuten gjorde også da sin egen vurdering av pasientene, og nye behov kunne oppstå. Typiske behov som ble meldt av informantene dreide seg om justeringer av hjelpemidler eller behovet for et nytt et, og spesielt med tanke på trykksår blant pasientene. En informant fortalte at det var ikke alltid henvisningene gikk gjennom sykepleierne. Fra rehabiliteringsinstitusjoner ble det ofte meldt et behov direkte til ergoterapeuten på avdelingen.

3.2.1 Ønske om samarbeid:

Det kom frem i noen av intervjuene at sykepleierne ønsket flere ergoterapeuter på sine arbeidsplasser og et bedre samarbeid med de som var der. De fleste hadde ingen koordinerende enhet for hjelpemidler på avdelingene, men hadde gjerne sykepleiere med ansvaret for å koordinere tjenester, for eksempel ernæring. Informanten beskrev at de ofte mottok hjelpemidler som avlastningsmadrasser, men få på avdelingene visste hvordan disse skulle brukes. Det ble heller ingen oppfølging fra ergoterapeutenes side, og annet personale fikk ikke sett betydningen av hjelpemidlene. *“Vi skulle hatt mer internundervisning, på hele huset, med ergoterapeuter også”*.

Resultatet av dette ble beskrevet å kunne være et større tverrfaglig samarbeid, da det ble beskrevet av informanten å være tilfeldig hvem som dukket opp på møter i avdelingen. Dette kunne tenkes å øke effektiviseringen av blant annet rehabiliteringen på avdelingen, fortalte

informanten. Det var ønskelig med en fast ergoterapeut på avdelingen, da de tidligere hadde en i 20% stilling i pleien og dette var noe som fungerte bra. Dette på grunn av at ergoterapeuten fikk muligheten til å identifisere behov selv, i stedet for sykepleierne. Det ble beskrevet av informanten at det var kapasiteten i kommunen som bestemte organisering og treffpunkt for de ulike samarbeidspartnerne.

“For det er ingen som kan alt og ingen er god på alt, og det er en grunn til at vi har ulike utdanninger, for at vi skal bli gode på hvert vårt område. Og hvis man legger sammen det alle er gode på og tilbyr det til pasienten, så får pasienten førstehåndkompetanse fra flere fagdisipliner.”

3.2.2 utfordringer i samarbeid:

Utfordringene som ble beskrevet i samarbeid med ergoterapeut, var at de av og til kunne være vanskelig å få tak i. De hadde ingen felles møtepunkter med dem, og ergoterapeuten var ofte ute fra kontoret sitt: *“Dette går på kapasiteten i kommunen, å få tilrettelagt felles treffpunkt. Per i dag så er det tilfeldig hvem som dukker opp, og noen ganger blir det for sent. Vi skulle fått inn en kultur da, og løfte ergoterapien opp i det tverrfaglige samarbeidet i avdelingen.”*

Det ble sagt av informanten at deres ergoterapeut ønsket henvisninger på internmelding på journalsystemet, men at mange av andre helsepersonell var usikre på hvordan dette skulle sendes. Dette kunne føre til en begrensning på hvem som sendte henvisninger, og at mange ikke gjorde det. Dette førte igjen til at det ble noe tilfeldig hvem som fikk hjelpemidler på avdelingen, fortalte informanten. Ergoterapeuten savnet også denne kunnskapen hos de andre ansatte, ifølge informanten. Informanten derimot visste hvordan man gjorde dette, og ringte ofte i tillegg. Siden deres avdeling var en langtidsavdeling, ble det beskrevet fra informanten at denne ikke ble prioritert av ergoterapeuten, og at de gjerne skulle hatt en person der som hadde en koordinerende funksjon så de lettere kunne samarbeide med ergoterapeuten. Det var en frustrasjon over få møteplasser fra begge sider og at det var for få kommunikasjonskanaler. *“Jeg tenker at vi skulle hatt mulighet til å kunne bruke kunnskapen til ergoterapeut bedre, og at ergoterapeut kanskje kunne deltatt i avdelingsmøter. Så vi fikk noen sånne knutepunkter der personalet blir klar over hvilken kompetanse de sitter med”.*

3.2.3 Andre briller

Informantene beskrev at ergoterapeuten gjerne så pasientene med andre øyne enn det sykepleierne og hjelpepleierne gjorde. Ergoterapeuten var derfor veldig bra å ha med under konsultasjoner og ble beskrevet å være løsningsorientert der andre kunne ha for mye fokus på utfordringene. Den tenkte annerledes angående hvordan man kunne utføre oppgaver i pleien, ifølge informanten. *“Dette klarer brukeren selv, dette må trenes på for å bli mer selvhjulpen. De har med andre ord ikke et så stort fokus på selve pleien av pasientene slik sykepleierne har.”* forteller informanten.

Jeg synes ergoterapeuter er et viktig ledd i behandlingen av pasienter. Ofte i små tilfeller, men særlig i mer omfattende og krevende tilfeller så er ergoterapeuten kjempeviktig. De er superviktig for oss i pleien også, de kommer med tips og råd, hjelpemidler og diverse. Vi skulle hatt flere ergoterapeuter.

Det ble også skildret fra flere informanter om nytteverdien av å ha flere yrkesgrupper, spesialisert på hvert sitt fagområde når en skal jobbe inn mot pasientens beste. En annen fortalte at de for noen år siden ansatte en ergoterapeut i vanlig fagarbeiderstilling, kun for å få inn kompetansen. Det ble også da latt merke til at ergoterapeuten hadde et litt annet fokus enn sykepleierne:

Hun så ting på en litt annen måte enn det vi sykepleierne tenker jeg. Laget litt opplegg med hvordan en burde trene med de forskjellige brukerne for å opprettholde funksjonene lengst mulig. Og på de med korttid så var det jo spesielt med opptrening og sånn. Vi satte henne på de oppgavene som var nærmest hennes fagområde.

Arbeidet resulterte i at det blir opprettet en fulltidsstilling som ergoterapeut. Likevel ble det beskrevet at stillingen utviklet seg noe bort fra det som var blitt gjort i pleien:

Nei, altså det hun gjør nå i dag, de ergoterapeutene blir jo innhentet alle veier, så vi mistet hun i den delen av stillinga. Så nå har hun fått 100% som ergoterapeut. Både med hjelpemidler og med trygghetsalarmene har hun jo jobbet litt med, og i mestringsteamet som er opprettet for noen år siden.

3.3 Tilrettelegging

3.3.1 Hjelpemidler

Hjelpemidler var et tema med stort fokus i alle fem intervjuene. På spørsmål om hva det første de tenkte på at de hørte ordet ergoterapi svarte en informant følgende: *“Jeg tenker på hjelpemidler i forhold til pasientene. I form av tilrettelegging hos pasienter som har utfordringer i hverdagen sin. Særlig med de som er på langtidsavdeling, så går mye på forebygging med hjelpemidler.”* Alle informantene jobbet på avdelinger hvor pasientene hadde behov for ulike typer hjelpemidler, og dermed hadde de mye erfaring når det kom til ergoterapi og hjelpemidler. Det handler både om at de skaffer og tilrettelegger aktuelle hjelpemidler. Hovedsakelig var det også ergoterapeuten som kom inn og vurderte behovet for hjelpemidler etter henvisning, men det hendte at avdelingen bestilte hjelpemidler fra ergoterapeuten. Spesielt en informant understrekte at det mest hensiktsmessige var om ergoterapeuten gjorde denne vurderingen selv. Ved pasienter som var inne for rehabilitering og skulle hjem kunne ergoterapeuten reise på hjemmebesøk og vurdere hvilke hjelpemidler som trengtes i hjemmet.

En informant påpekte at ergoterapeuten kunne møte med pasient og eventuelt pårørende i forkant og avtale hjemmebesøket og hva som måtte på plass av hjelpemidler. En annen informant sa at det var ergoterapeuten som hadde ansvar for å montere hjelpemidlene og gi opplæring i bruk av det. Alle informantene mente at ergoterapeutene hadde god kontroll på ulike hjelpemidler og at de var flinke med dette. En informant fortalte at pasienter som kom fra en annen institusjon, for eksempel sykehus eller et rehabiliteringsopphold ofte hadde et meldt behov om hjelpemidler på forhånd fra ergoterapeuten der. I slike tilfeller kunne ergoterapeuten på huset ordne dette i forkant, uten at avdelingen trengte å henvise. En annen informant fortalte at ergoterapeuter burde brukes mer med tanke på hjelpemidler, helst tidligere i prosessen. Aktuelle hjelpemidler som ble nevnt var: rullestol, puter i stoler, trykkavlastningsmadrasser, trygghetsalarm, GPS, gripestang, anti skli teip og ergonomisk bestikk. Det kan også være aktuelt med hjelpemidler for ansatte ved for eksempel hjelpemidler for forflytning av pasienter og tips og råd ved bruk av dette. En informant uttrykte også at ergoterapeuter kan bidra innen velferdsteknologi, spesielt med tanke på den kommende eldrebølgen.

3.3.2 Ergonomi

Flere av informantene sa de hadde kunnskap om at ergoterapeuter kunne jobbe med ergonomi i for eksempel en bedriftshelsetjeneste ved at de reiste rundt på arbeidsplasser. Informantene sa at i slike tilfeller kunne de kartlegge behov, gi tips og råd og justerte arbeidsbenker og stoler. Ingen av informantene oppga at ergoterapeuten hadde en bestemt rolle for slikt arbeid på deres arbeidsplass, men sa at de fikk tips og råd hvis de spurte. Dette var for eksempel informasjon om arbeidsstillinger eller opplæring i bruk av heis. Den ene informanten fortalte: *“Det er dessverre mange av personalet på langtidsavdelingen som ikke er klar over når man skal bruke passiv eller aktiv heis. En ergoterapeut så tilfeldigvis en forflytning av en pasient, og fortalte at det var mer aktuelt å bruke passiv heis”*. Flere sa at de hadde et ønske om at ergoterapeuten skulle jobbe mer fast med slikt arbeid og to av informantene kommer med konkrete eksempel på ønske om regelmessige internundervisninger, kurs eller faglunsjer med bestemt tema, f.eks. forflytningsteknikk og lignende. Begge uttrykker imidlertid usikkerhet om dette favner innenfor ergoterapeuters arbeidsområde. En informant sa at det var fysioterapeuten som ofte ga tips og råd til forflytning, men at hun var klar over at ergoterapeuten også kan brukes til dette. Flere av informantene har opplevd at det har fremkommet en del skulder og ryggplager som et resultat av lite fokus på dette området. *“Hvis ergoterapeuten hadde kommet inn, med si for eksempel et sånn månedlig fokus. Løfte riktig opp av stol, det skal vi fokusere på denne måneden. Også vise teknikker”*

3.3.3 Generell tilrettelegging

Tilrettelegging ble også nevnt som en viktig arbeidsoppgave for ergoterapeuter av alle informantene. Oftest ble det brukt som et overordnet begrep for hjelpemidler eller tilrettelegging av hjelpemidler, men de kom også med eksempler utover dette. Eksempler som blir nevnt er tilrettelegging av rom og bad for slagpasienter, generell tilrettelegging i hjemmet, men også tilrettelegging av daglige mål og aktiviteter. Flere av informantene nevnte at ergoterapeuter skal tilrettelegge for at pasientene skal få en god og selvstendig hverdag.

3.4 Andre arbeidsoppgaver

I løpet av intervjuene fremkom det også andre arbeidsoppgaver hos ergoterapeuter. Disse ble plassert under en egen kategori på grunn av de ikke kunne anses som like store gjengangere som de tidligere kategoriene, eller at det ble nevnt, men ble ikke i stor nok grad brukt blant

informantene.

Flere av informantene hadde noe kjennskap til ergoterapeuters rolle innenfor rehabilitering. Fra noen kom det frem at ergoterapeuten hadde jobbet med rehabilitering på deres arbeidsplass, men at det ikke lenger var gjeldende, eller at de ikke ble nok brukt. Hos andre ble rehabilitering nevnt som en arbeidsoppgave for ergoterapeuter, men at det var mer aktuelt på andre arbeidsplasser.

Generelt sett dukket det opp flere utsagn om at ergoterapeuter kan bli brukt til mye forskjellig, både til tips og råd og ulike praktiske oppgaver. Det ble imidlertid gitt få eksempler på hva noen av disse oppgavene dreide seg om, annet et at det var mange små oppgaver med stor variasjon.

3.4.1 Rehabilitering

To av informantene beskrev et behov for mer rehabilitering i den daglige pleien, og at ergoterapeuter hadde kompetanse til å bidra i dette arbeidet.

Jeg tenker at det kunne vært en fordel med rehabiliteringspasientene. Vi sykepleiere har et stort fokus på det medisinske og patologi, altså det er så mange ting som opptar deg. Jeg kan oppleve at i min arbeidshverdag så kommer rehabiliteringen litt på siden. Jeg tenker at en ergoterapeut kunne tatt over der.

En tredje hadde, som tidligere nevnt, erfart å ha ansatt en ergoterapeut som fagarbeider i pleien. Videre uttrykte informant en mulighet for ergoterapeuter å jobbe i rehabiliteringsavdeling. Likevel ble ikke dette nødvendigvis beskrevet som en typisk arbeidsoppgave for en ergoterapeut: *“Rehabiliteringsavdeling tenker jeg godt at en ergoterapeut kunne jobbet i, men da blir hun jo litt mer sånn pleietype også da”*.

Ved spørsmål knyttet rehabiliteringsprosessen beskrev flere av informantene at rehabiliteringen skjedde utenom deres avdeling eller arbeidsplass. Flere hadde kjennskap til at ergoterapeuter jobbet i rehabiliteringsinstitusjoner, og at slagpasienter var en relevant pasientgruppe. Eksempelvis nevnes spisesituasjonen som et område med stort rehabiliteringspotensiale. Informantene i denne studien var likevel sjelden involvert i dette arbeidet. En av informantene forklarte dette som at behovet ofte var meldt på forhånd fra

rehabiliteringsinstitusjonen og at det da ble tatt hånd om av det tverrfaglige teamet. Det var kun en informant som ga inntrykk av at de sendte henvisninger til ergoterapeut med formål om videre planlegging for rehabilitering etter en nyinnlagt slagpasient:

Når vi får disse pasientene så pleier vi ofte å sende internmelding til ergo og fysio, hvor vi ber om at de kommer og gjør et tilsyn og hvor de leser epikriser og disse fysio- og ergorapportene, også prater vi litt sammen om hvordan vi skal jobbe best mulig med pasienten framover.

Andre som var innom samme tema formidlet at henvisningene stort sett handlet om hjelpemidler, hjemmebesøk eller tilrettelegging i hjemmet. En informant hadde erfaring med at det var et nedsatt rehabiliteringspotensiale hos pasientene deres på korttidsavdelingen, og at de ikke hadde det samme tilbudet til ergo- og fysioterapitjenesten på langtidsavdelingen:

Vi ser at mange av pasientene er multimorbide, eldre og skrøpelige som har et stort funksjonsfall, så det er kanskje mindre og mindre rehabilitering inne på sykehjemmet, selv om det er en korttidsavdeling. Det som blir rot er at når pasienten går over til langtidsopphold, så mister de retten til fysio- og ergoterapi.

3.4.2 Kartlegging

Kun en av informantene delte kunnskap om at ergoterapeuter bisto andre faggrupper i å kartlegge pasienter under ADL. Det ble beskrevet at ergoterapeuter hadde bedre tid enn andre i pleien til å gjennomføre slike kartlegginger. Kartleggingstyper som ble nevnt var kartlegging av ADL-ferdigheter under stell samt kartlegging av kognitive ferdigheter med “MMS” og “klokketesten”. Dessuten hadde informanten erfaringer på at kartlegginger gjennomført av ergoterapeuter holdt et høyt kvalitetsnivå:

Hvis vi får slagpasienter som har vært innlagt på slagpost og kommer inn til oss for videre rehabilitering og opptrening, så er jo ofte en av de de bedre kartleggingene som vi får gjort av fysio- og ergotjenesten. Der de i en veldig stor detalj beskriver funksjonsnivå til pasienten etter et gjennomgått slag, og ofte og kommer med tips til hva vi skal fokusere på videre i rehabiliteringsforløpet.

3.4.3 Generelt

En gjenganger blant informantene var at ergoterapeuten ble sett på som en som jobbet med alt mulig, alt etter hva det var behov for. Det ble gitt få direkte eksempler på hva disse oppgavene gikk ut på, men det kunne være tips og råd til behandlingen eller andre praktiske oppgaver. En forventning som dukket opp, var nettopp det at ergoterapeuten burde være i stand til å løse litt forskjellige oppgaver:

Det kan jo være greit at en har litt forventinger om at når hun (ergoterapeuten) tar på seg oppgaven, finner hun ut av litt ting selv, kan sette seg inn i ting og oppdaterer seg faglig på den oppgaven en har ansvar for. For det kan jo være litt forskjellig der, hva slags oppgaver en blir tillagt som en ergoterapeut.

Videre beskrives det at denne forventningen kommer fra erfaringer om at egen ergoterapeut har jobbet på denne måten. Ergoterapeuter med tilleggsutdanninger var også erfart til å bruke den ekstra kompetansen sin i arbeidshverdagen sin som ergoterapeut, selv om det ikke skulle ha en direkte tilknytning til ergoterapi. For eksempel hadde en av ergoterapeutene gitt råd og veiledning innen kost og ernæring til både ansatte og pasienter, da den hadde tilleggsutdanning innen temaet.

4.0 Diskusjon

Diskusjonen er delt inn i to deler: en metodediskusjon og en diskusjon av resultatene.

4.1 Metodediskusjon

Metodediskusjonen vil inneholde en kritisk gjennomgang av forskningen som er blitt gjort. Det presenteres utfordringer knyttet til viruset som satte sitt preg på oppgaven og det diskuteres rundt metoden som er benyttet, tidligere forskning og valg av informanter.

4.1.1 Begrensninger som følge av Koronavirus pandemien

På grunn av Koronavirus (Covid-19) pandemien (FHI, 2020) ble det ikke mulig å gjennomføre oppgaven på ønsket måte (NTNU, 2020b). Dette påvirket oppgaven på flere måter:

- Flere av informantene måtte trekke seg fra studiet.

- Metoden måtte endres, og det ble valgt individuelle intervju i stedet for fokusgruppeintervju
- Det måtte skaffes nye informanter på relativt kort tid. Nye forespørsler på mail ble ofte nedprioritert.
- Intervju og samtaler måtte skje digitalt over Skype eller Microsoft Teams.
- Stengte bibliotek og grupperom. Tilgang på bøker og litteratur var begrenset. Dermed ble det kun brukt litteratur som ble innhentet før bibliotekene stengte.
- Gruppearbeid måtte skje digitalt. Det er rimelig å anta at dette bidro til noe mindre effektivt arbeid i studentgruppen.

4.1.2 Metode

I utgangspunktet ble det valgt fokusgruppeintervju som metode da dette er en godt egnet forskningsmetode til å få frem erfaringer og synspunkter blant helsepersonell (Malterud, 2012; Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016). Ved å benytte fokusgrupper ville informantene fått mulighet til å engasjere seg gjennom diskusjon om studiets tema og gjennom åpne spørsmål ville dette åpnet for refleksjon i fellesskap (Malterud, 2012; Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016). Det kan også tenkes at diskusjon i fokusgrupper ville gitt mer utfyllende svar og at fysisk tilstedeværende intervjuer ville åpnet opp for flere observasjoner, lettere samtaleflyt og bedre mulighet for oppfølgingsspørsmål.

Kvalitativ metode ble benyttet da denne gjorde det mulig å i større grad gi en forklaring på hvordan sykepleierne forstod ergoterapikompetansen. En ulempe ved denne metoden var at den ikke sa noe om hvor mye det var av disse forståelsene, da den kun tok for seg et kneppe av informanter (Kvale og Brinkmann, 2015). Dermed gjenstår det som usikkert om de samme resultatene vil gjelde ved gjentatte forsøk flere steder. Tanken er likevel at forskningen dekker en rekke fellestrekk som det er stor sannsynlighet at man vil finne igjen ved nye undersøkelser.

4.1.3 Tidligere forskning

Studentgruppen har videre reflektert rundt bruken av de utvalgte artiklene som tidligere teori i denne oppgaven. Ut ifra artikkelsøkene som ble foretatt kan det tyde på at forskningsspørsmålene som denne oppgaven tar for seg, er lite forsket på i Norge. Noen av

artiklene som finnes, er av eldre årgang og ble derfor valgt bort da studentgruppen ville benytte seg av nyere forskning. Det ble derfor valgt ut artikler fra blant annet Sverige, Australia og Jordan, noe som kan tenkes å påvirke hva som er med av tidligere forskning i denne oppgaven og hvordan dette sammenlignes med resultatene fra datainnsamlingen. Det er viktig å ta høyde for eventuelle kulturelle forskjeller, og at ergoterapi er et relativt ungt fag i mange land, inkludert Norge. Arbeidsoppgaver og struktur i helsetjenester er tenkelige forskjeller som varierer fra land til land. Dette kan ha en betydning for denne bacheloroppgaven.

4.1.4 Informanter

Da opptil flere av informantene hadde trukket seg, ble det nødvendig å finne nye kontaktpersoner og gjenta snøballrekrutteringsprosessen. Det ble oppnådd kontakt med tre nye informanter gjennom en og samme kontaktperson. Disse jobbet i samme kommune, men på ulike avdelinger og hadde erfaringer fra hovedsakelig samme ergoterapeut. De to resterende informantene var fra en annen kommune og snakket også om de samme ergoterapeutene. Derfor inneholdt studiet totalt fem deltakere fordelt på to kommuner. Dette kan sees på som kritikk til oppgaven, da det satt en begrensning på forskningsresultatets generaliserbarhet. Siden intervjuene foregikk digitalt åpnet det opp for en større geografisk spredning av informanter, men på grunn av utfordringer med å finne nok informanter ble det ikke mulighet å dra noen stor fordel av dette.

Rekrutteringsmetoden brukt i dette studiet gjorde det mulig for studiets kontaktpersoner å “håndplukke” de informantene man så for seg hadde en del kunnskap om temaet. I tillegg må det påpekes at studiet baseres på frivillig deltagelse. Det kan dermed tenkes at de som ikke innehadde så mye kunnskap om temaet enten uteble fra å bli spurt eller valgte å avstå fra studien. Dette bør tas i betraktning i vurderingen av resultatene da disse oppfatningene også var noe studentgruppen ønsket å undersøke.

Alle studiets informanter hadde utdanning innen sykepleie. Det var i utgangspunktet tenkt at oppgaven skulle ta for seg også andre fagprofesjoner. Eksempelvis var det påbegynt en dialog med saksbehandlere, før kontakten ble avsluttet grunnet pandemien. Flere aktuelle profesjoner som også kunne passet inn i forskningsspørsmålene ville kunne vært vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter med mer. En granskning av dette ville kunne gitt

resultater med henblikk på om funnene gjelder for flere faggrupper, eller om det er noen som skiller seg ut. Derimot har denne oppgaven fått et lite innblikk i hvordan én profesjon oppfattet ergoterapi i kommunehelsetjenesten.

Av hensyn til personvern vil det ikke oppgis eksakte befolkningstall, annet enn at samtlige informanter kunne regnes å jobbe i relativt små kommuner med færre enn 10 000 innbyggere. I en større kommune ville det være større sannsynlighet for at det jobbet flere ergoterapeuter med spesialiseringer på ulike felt (Arntzen *et al.*, 2019). Det kan derfor tenkes at resultatene ville sett annerledes ut om den samme metoden ville vært brukt i en større kommune.

4.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil de viktigste hovedfunnene fra datainnsamlingen under hvert tema bli diskutert opp mot tidligere forskning og teoretisk rammeverk.

4.2.1 Forståelse av ergoterapi

I intervjuene var forståelsen av ergoterapi et sentralt tema da studentgruppen ville undersøke hvilke forventninger og erfaringer andre samarbeidspartnere har med ergoterapi. Som tidligere nevnt i resultatene fremstod informantene å ha en forståelse av hva ergoterapeuten gjorde på deres arbeidsplass, men kunnskapen utover dette var varierende. De påpekte selv at de ikke hadde denne kunnskapen, men ville gjerne lære mer om kompetansen og hva aktuelle arbeidsoppgaver kunne være. Som beskrevet av Smith og Mackenzie (2011) kan denne manglende kunnskapen om ergoterapeuter påvirke henvisningene som gis til disse, og kan føre til ubrukte ressurser. Årsaken til dette beskrives som uklare stillingsbeskrivelser og mangel på promotering. Sistnevnte kan også ses i informantenes utsagn, hvor det var et ønske om flere internundervisninger og innføring i de ulike kompetansene.

Det er usikkert om ergoterapeutene hos informantene hadde en konkret stillingsbeskrivelse, men manglende kunnskap kan likevel føre til at ergoterapikompetansen ikke blir brukt nok. I undersøkelsen beskrevet av Smith og Mackenzie (2011) kan manglende kunnskap føre til gjetning av hva ergoterapeuter kan gjøre, men ut ifra informantenes beskrivelser kan det tyde på at henvisningene noen ganger kan utebli. Det beskrives også en mangel på internundervisninger og et tettere samarbeid med de ulike aktørene. Ifølge Tariah, Abulfeilat og Khawaldeh (2012) så fremstår ergoterapiens rolle ofte vag hos andre faggrupper, og det er

liten bevissthet om bredden og kompleksiteten til ergoterapifaget. Det finnes antydninger til dette gjennom oppgavens datainnsamling, ved at informantene fremstod som å ha en oversikt på hva ergoterapeuten gjør på arbeidsplassen, men lite utover dette.

I tråd med ny lovgivning (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011) kan det forventes at det vil ansettes flere ergoterapeuter i kommunene i tiden som kommer. En forutsetning for at ledere og arbeidsgivere skal ansette og prioritere ergoterapi i fremtidige tjenester er kjennskap til hva ergoterapirollen kan innebære (Muñoz *et al.*, 2000; Shafaroodi *et al.*, 2014). Resultatene i dette studiet kan indikere at det finnes rom for mer bevisstgjøring for at ledere og arbeidsgivere skal kunne gjenkjenne nytten av ergoterapirollen.

Det kan i tillegg tenkes at måten helsetjenesten er bygget vil kunne ha en påvirkning på ergoterapeutens rolle i arbeidslivet. Som illustrert i PEO-modellen så spiller omgivelsene en viktig rolle ved at den påvirker produktiviteten til mennesker. Faktorer som fysiske, sosiale og kulturelle aspekter av omgivelsene kan ha en hemmende, eller fremmende påvirkning på prestasjoner (Law *et al.*, 1996). I dette tilfellet kan det være at mangel på kunnskap om de ulike kompetansene kan være et bidrag på å svekke samarbeidet mellom faggruppene og videre påvirke kvaliteten på tjenestene negativt (Tariah, Abulfeilat og Khawaldeh, 2012).

4.2.2 Samarbeid

Som tidligere beskrevet var en fellesnevner blant informantene at ergoterapeuter viste stor velvilje i samarbeid med andre, og at de hadde en god kompetanse på sitt område. Det var samtidig tegn på at samarbeidet mellom de ulike aktørene kunne vært bedre på de arbeidsplassene hvor ergoterapeut hadde samme lokalisasjon som de andre samarbeidspartnerne. Ifølge Shafaroodi *et al.* (2014) er lokalisasjon noe som kan påvirke kvaliteten av tjenestene som gis, grunnet et svekket samarbeid ved å ikke ha samme lokalisasjon.

Mange av informantene ønsket flere ergoterapeuter på sine arbeidsplasser, men de fleste hadde heller ingen koordinerende enhet eller person for hjelpemidler, noe som kan tenkes å være en del av en løsning på utfordringene informantene beskrev. Det ble også beskrevet et behov for videre oppfølging av ergoterapeut, da mange av samarbeidspartnerne ikke hadde samme kompetansen på hjelpemidler som ergoterapeuten. Dette kan ses i sammenheng med at ergoterapeutene ofte kan føle på en frustrasjon over tidspress, da de må vurdere behovene

til pasientene, men har sjelden tid til behandling (Furåker og Nilsson, 2011). Informanten beskrev også at ergoterapeuter gjerne kunne ha et annet blikk på pasienter enn de som sykepleiere, og var løsningsorientert der noen kunne ha for mye fokus på utfordringer. Dette var spesielt med tanke på oppgaver i pleien.

Donnelly *et al.* (2013) beskriver at ved implementering av ergoterapeut i team, så er forståelsen av faget og kompetansen fundamentalt for et godt samarbeid. Den største utfordringen kan være spredningen av arbeidsplasser i kommunene. Informantene som var lokalisert på samme plass som ergoterapeuten fremstod som å ha en forståelse av hva ergoterapeuten gjorde, og hadde et tettere samarbeid med denne i behandling av pasienter. I sammenheng med det Donnelly *et al.* (2013) beskriver, kan det tenkes at forståelsen av faget og kompetansen også spiller en rolle utenfor team, og at internundervisninger i forbindelse med dette kan være en løsning. Samme forfatter beskriver også viktigheten av å ha samme lokalisering for å utvikle et godt samarbeid og er med som støtte for integrering av ergoterapi på arbeidsplassen.

Noen informanter beskrev også et ønske om et større tverrfaglig samarbeid, da det var som tilfeldig hvem som deltok på ulike møter, og i noen tilfeller var det tilfeldig hvilke av pasientene som mottar nødvendige hjelpemidler. Donnelly *et al.* (2013) beskriver også tverrfaglige møter som en mulighet for å møte hverandre og lære hverandre å kjenne. Integreringen av ergoterapi beskrives ved tre faktorer som tillit, forståelse og kommunikasjon.

Faktorene som ble nevnt av informanten, kan også ses i sammenheng med PEO-modellen og kulturelle faktorer innad i omgivelsene (Law *et al.*, 1996). Det ble beskrevet fra den ene informantene at ergoterapi burde løftes opp og at det skapes en kultur rundt dette, hvor den i større grad involveres i tverrfaglige møter. Videre ble det beskrevet at faktorer som ressurser og organisering i kommunen hadde en betydning for om dette lot seg gjøre.

Ergoterapeuter beskrives i tillegg av informantene som å ha et ansvar rundt bevisstgjøring om sin kompetanse. Dette sees også i Gramstad og Nilsen (2016) hvor det understrekes at ergoterapeuter må være tydelig på sin rolle og kompetanse. En av informantene beskrev at ergoterapeuter måtte bruke stemmen sin, og sette seg selv på kartet med hva man kan bidra med. Ergoterapeutens rolle er ofte utydelig for annet helsepersonell (Tariah, Abulfeilat og Khawaldeh, 2012) og ergoterapeuter selv opplever at andre faggrupper har lite kunnskap om

ergoterapeutenes fagutøvelse, rolle og kunnskapsgrunnlag (Gramstad og Nilsen, 2016). Som illustrert i PEO-modellen (Law *et al.*, 1996) vil dette kunne ha betydning for omgivelsene rundt ergoterapeuten og samarbeidspartnerne. Med dette som utgangspunkt tenkes det at ved å skape bevissthet rundt kompetansen sin, kan dette påvirke omgivelsene i form av å skape nye arbeidsoppgaver, bedre bruken av ergoterapitjenester og samarbeidet mellom de ulike partnerne.

4.2.3 Tilrettelegging

Det var liten tvil om at alle informantene forbandt ergoterapi til tilrettelegging og herunder hjelpemidler. Hjelpemidler var det temaet som oftest kom opp under alle intervjuene. At andre faggruppers forståelse av ergoterapi handler mye om hjelpemidler passer opp mot studentgruppens forforståelse av temaet og tidligere forskning som er gjort (Gramstad og Nilsen, 2016; Arntzen *et al.*, 2019). Som illustrert i PEO-modellen (Law *et al.*, 1996) vil omgivelsene og personen påvirke hverandre i et dynamisk samspill. Ved at ergoterapeuter hovedsakelig jobber med hjelpemidler, blir dette også oppfatningene til informantene.

Som nevnt i resultatdelen oppga en informant at det hendte at avdelingen bestilte hjelpemidler fra ergoterapeuten, mens en annen informant var tydelig på at det burde være ergoterapeuten som gjør disse vurderingene. Furåker og Nilsson (2011) og Gramstad og Nilsen (2016) illustrerer lignende problemstillinger hvor andre bestilte hjelpemidler uten å konsultere med ergoterapeuten. Ifølge Furåker og Nilsson (2011) erfarer ergoterapeuter at annet helsepersonell konsulterer ergoterapeut om bestilling av hjelpemidler for å lette deres egen arbeidsbyrde, men at det ikke nødvendigvis er pasienten som står i fokus under disse vurderingene. Ergoterapeuter har kunnskap om hvordan vurdere hvilke hjelpemidler som bør søkes på og hva som kreves av oppfølging, slik at de fungerer etter hensikten og gir økt deltakelse eller selvstendighet til brukeren (Gramstad og Nilsen, 2016). Det er ikke sikkert andre faggrupper har forståelse for slike problemområder som formidling av hjelpemidler krever (Gramstad og Nilsen, 2016).

Ifølge Bonsaksen *et al.* (2020) jobber 88% av norske kommuneergoterapeuter med hjelpemidler og bruker omtrent halvparten av tiden sin på det. Hvis det tas utgangspunkt i disse tallene er det ikke overraskende at informantene forbinder ergoterapeuter i stor grad med hjelpemidler. Det kan da stilles spørsmål om dette er en gjenspeiling av behovene rundt

om i kommunene eller om det er et resultat av hvilke henvisninger ergoterapeuter får. Hvis andre faggrupper hovedsakelig forbinder ergoterapi med hjelpemidler er det naturlig å tenke at henvisningene blir deretter.

Som tidligere nevnt kan det tyde på at lite kunnskap om ergoterapirollen kan sette en begrensning på hvilke henvisninger som utsendes (Smith og Mackenzie, 2011). Gramstad og Nilsen (2016) og Arntzen *et al.* (2019) gjenspeiler dette temaet hvor henvisningene de får dreier seg ofte om nettopp tekniske hjelpemidler og lignende. Noe som resulterer i at de ikke føler seg godt nok brukt (Gramstad og Nilsen, 2016). Arntzen *et al.* (2019) beskriver at ergoterapeuter sliter med å komme seg ut av slike tradisjonelle arbeidsoppgaver som hjelpemiddelformidler. Hjelpemiddelformidleren blir beskrevet som en ikke ønsket posisjon å være i siden den typisk har liten grad av fleksibilitet og ofte blir styrt påvirkning fra andre faggrupper. Ifølge Gramstad og Nilsen (2016) har ergoterapeuter lett for å få en slik rolle i tverrfaglig arbeid hvor oppgaven er å bestille hjelpemidler som andre har vurdert behovet for. Dette kan ha noe å gjøre med at andres forventninger til ergoterapeuters praksis ikke stemmer overens med deres egen forståelse, og at ergoterapeuter opplever det som utfordrende å formidle kompetansen og forståelsen av faget sitt (Gramstad og Nilsen, 2016). I dette eksempelet ser man også hvordan omgivelsene kan påvirke arbeidsoppgavene og rollene til ergoterapeuten, og blir styrende for hvordan denne oppfattes blant samarbeidspartnere (Law *et al.*, 1996).

4.2.4 Andre arbeidsoppgaver

Rehabilitering

Samtlige av informantene hadde kjennskap til at ergoterapeuter kunne bidra inn i rehabilitering. Flere forklarte dette med at ergoterapeutene bidro med et annet syn som hadde et mer rettet søkelys mot rehabilitering og opptrening. En av informantene som arbeidet på korttidsavdeling hadde mer erfaring med dette, og nevnte spesielt slagrehabilitering. Legg *et al.* (2007) viser til at ergoterapi bør tilbys til alle som har et hjerneslag. Helsedirektoratet (2017) anbefaler alle kommuner å tilby tverrfaglig døgn-, dag- og hjemmerehabilitering ut fra individuelle behov, dette inkluderer ergoterapi som en del av et tverrfaglig team. Her anbefales det også at sykehjem bør tilby fysio-/ergoterapi i form av funksjonstrening og kompensierende tiltak (Helsedirektoratet, 2017). St. Meld nr.47 (2008-2009) trekker også

frem ergoterapi som et sentralt tilbud for pasienter som skal trene opp funksjon og mestre dagliglivets aktiviteter.

Selv om flere av informantene hadde kjennskap til ergoterapeuters arbeid i rehabiliteringsinstitusjoner med slagpasienter, virket det ikke nødvendigvis som om det ble overført kunnskap om dette over i kommunen. Flere av informantene forbandt ergoterapi med rehabilitering, men hovedsakelig med tanke på hjelpemidler. Selv om det anbefales at det er ergoterapeuter som bedriver hjelpemiddelformidling til blant annet slagpasienter (Helsedirektoratet, 2017) regnes dette nå som en mer tradisjonell arbeidsoppgave (Arntzen *et al.*, 2019; Gramstad og Nilsen, 2016), og ergoterapeuter selv ser på dette som kun en av mange mulige løsninger (Gramstad og Nilsen, 2016).

En informant hadde erfart å ha en ergoterapeut i en pleiestilling, og la da merke til at arbeidet skilte seg ut fra de andres. Senere da det ble opprettet en ergoterapistilling, ble det beskrevet at stillingen gikk over til å handle mer om andre oppgaver. Det ble videre tenkt av informanten at en ergoterapeut kunne jobbet i rehabiliteringsavdeling, men at den da gikk inn i pleierollen. Flere informanter ga uttrykk for et ønske om at det burde vært flere ergoterapeuter i pleien. Dette kan tyde på at det finnes et behov, men det kan være ulike faktorer som forårsaker at dette ikke blir dekket. I lys av oppgavens tema kan mangel på kunnskap være en av disse faktorene. Dette kan trekkes til PEO-modellen, ved at siden informantene ikke har særlig erfaring med ergoterapeuter i rehabilitering, oppfatter ikke alle informantene dette som en naturlig arbeidsoppgave (Law *et al.*, 1996).

Kartlegging

Selv om kartlegging kun ble nevnt av en informant, var det erfart at dette er noe ergoterapeuter kan være spesielt gode på. Det ble i tillegg uttrykt at ergoterapeuter hadde bedre tid enn sykepleiere til å gjennomføre kartlegginger. Siden denne arbeidsoppgaven kun ble tatt opp i et av intervjuene er det vanskelig å fastslå om henvisinger angående kartlegginger blir sendt på grunn av tidspress hos andre faggrupper, eller om de sendes grunnet at ergoterapeuter har god kompetanse på området.

Generelt

Ut ifra intervjuene kom det frem flere trekk som kjennetegnet Arntzen *et al.* (2019) beskrivelse av «Altmuligpersonen». Selv om informantene først og fremst snakket om at henvisningene handlet om hjelpemidler, kom de opptil flere ganger inn på at ergoterapeuten hadde tatt på seg ulike småoppgaver, og at det dreide seg om mye forskjellig. Årsaken til dette kan dreie seg om at det kun var et fåtall ergoterapeuter som var ansatt i kommunene, i motsetning til større kommuner der det finnes flere ergoterapeuter med mulighet for å spesialisere seg på hvert sitt område. Dette stemmer overens med det Arntzen *et al.* (2019) beskriver som typisk for denne kategorien av ergoterapeuter.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har studentgruppen tatt for seg hvilke forventninger og erfaringer sykepleiere har til ergoterapi i kommunehelsetjenesten. Forskningsspørsmålene var som følger:

- 1) Hvilke forventninger har sykepleiere i kommunehelsetjenesten, utenfor tverrfaglige team til ergoterapi?
- 2) Hvilke erfaringer har sykepleiere i kommunehelsetjenesten, utenfor tverrfaglige team med ergoterapi?

Ut ifra disse forskningsspørsmålene og hvilke informanter som deltok i studien, ble følgende problemstilling formulert: *“Hvilke oppfatninger har sykepleiere på sykehjem til ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten, utenfor tverrfaglige team?”*

Resultatene fra datainnsamlingen i denne oppgaven tilsier at informantene hadde en forståelse av hva ergoterapeuter gjorde på de ulike informantenes arbeidsplasser, og at de verdsettes. Det kan likevel være antydninger til ulik grad av bevissthet rundt ergoterapeuters kompetanse utover dette, og det sees flere likhetstrekk mellom tidligere forskning og studiets resultater. Mange av informantene ønsket seg et større tverrfaglig samarbeid og la vekt på at en bevisstgjøring rundt ergoterapi var ønskelig. Det uttryktes et ønske om flere ergoterapeuter i de ulike kommunene, eller en bedre koordinering for disse tjenestene. Noen av informantene påpekte at bevisstheten rundt ergoterapeuters kompetanse blant annet helsepersonell og hvordan helsetjenester er bygd opp på, kunne ha påvirkning på hvordan ergoterapeuter ble brukt. På bakgrunn av dette kan det derfor være aktuelt med en nytenkning i hvordan man samarbeider med ergoterapeuter utenfor tverrfaglige team.

Det oppleves av studentgruppen at det er behov for å forske videre på hvordan ergoterapi oppfattes i kommunehelsetjenesten, da gjerne blant andre profesjoner som er utenfor tverrfaglige team. Med tanke på situasjonen i Norge med pågående pandemi og at denne bacheloroppgaven måtte endres i form av metode, erfarer studentgruppen likevel at forskningsspørsmål og problemstilling ble besvart på en tilfredsstillende måte.

6.0 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.
- Bogdan, R. og Biklen, S. K. (2007) *Qualitative research for education : an introduction to theory and methods*. 5. utg. Boston, Mass: Pearson A & B.
- Bonsaksen, T. *et al.* (2020) Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(1), s. 39-46. doi: 10.1080/11038128.2019.1609085.
- Creswell, J. W. (2009) *Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3. utg. Los Angeles: SAGE.
- Darawsheh, W. B. (2018) Awareness and Knowledge about Occupational Therapy in Jordan, *Occupational Therapy International*, 2018, s. 1-9. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/2493584>.
- Donnelly, C. *et al.* (2013) The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design, *BMC Family Practice*, 14(60), s. 60. doi: 10.1186/1471-2296-14-60.
- FHI (2020) *Råd til arbeidsplasser, herunder høyskoler og universiteter*. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/rad-og-informasjon-til-andre-sektorer-og-yrkesgrupper/rad_til_arbeidsplasser/ (Hentet: 12 Mars 2020).
- Furåker, C. og Nilsson, K. (2011) The consultative work of occupational therapists working in municipal healthcare, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), s. 101-108. doi: 10.3109/11038121003686179.
- 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/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=Files%2fFiles%2fVitenskapelige_artikler%2fVi_bli_r_ikke_brukt_godt_nok.pdf.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3 (Hentet: 19. Februar 2020).
- Helsedirektoratet (2017) *Organisering av slagrehabilitering*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag/organisering-av-slagrehabilitering> (Hentet: 23 April 2020).
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. utg. Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Law, M. *et al.* (1996) The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance, *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), s. 9-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/000841749606300103>.
- Legg, L. *et al.* (2007) *Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials*. Finnes ved 922.
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. 1. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Muñoz, J. P. *et al.* (2000) Utilization of Occupational Therapy in Mental Health Facilities in Western Pennsylvania, *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(1), s. 33-51. doi: 10.1300/J004v16n01_03.

- NOU 2005: 1 (2005) *God forskning – bedre helse – Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, som involverer mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger (helseforskningsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NTNU (2019) *Retningslinje for behandling av personopplysninger*. Tilgjengelig fra: https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Retningslinje+for+behandling+av+personopplysninger?fbclid=IwAR2gpcM0R5iGrDI55Oz3VzQAPjFi_AzhaurIbteaCctqH06LpPaetCDWli8 (Hentet: 20. Februar 2020).
- NTNU (2020a) *Finne kilder*. Tilgjengelig fra: https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Finne+kilder?fbclid=IwAR2mUsNkrqIFDfEk_OqIdWTKhy7j1mCkTlDeIz0PI1qLuusnSF6z6GnpKFo (Hentet: 2020 27 april).
- NTNU (2020b) *Koronavirus (COVID-19): Retningslinjer og råd*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/korona> (Hentet: 27 April 2020).
- Shafaroodi, N. *et al.* (2014) Factors affecting clinical reasoning of occupational therapists: a qualitative study, *Medical journal of the islamic republic of Iran*, 28(8). Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4154286/>.
- Smith, E. og Mackenzie, L. (2011) How occupational therapists are perceived within inpatient mental health settings: The perceptions of seven Australian nurses.(Report), *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), s. 251. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00944.x.
- St. meld nr. 47 (2008–2009) (2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Tariah, H. S. A., Abulfeilat, K. og Khawaldeh, A. (2012) Health Professionals' Knowledge of Occupational Therapy in Jordan, *Occupational Therapy In Health Care*, 26(1), s. 74-87. doi: 10.3109/07380577.2011.635184.

7.0 Vedlegg

Vedlegg 7.1: Infoskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Andre faggruppers syn på ergoterapeuters arbeid i kommunehelsetjenesten”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle informasjon om andre faggruppers erfaringer og forventninger til ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi er en gruppe ergoterapistudenter ved NTNU Gjøvik som skal skrive vår Bacheloroppgave våren 2020. Vi vil med dette invitere deg til å delta som informant i vår studie. Formålet med studien er å samle erfaringer rundt ergoterapeuters praksis knyttet til kommunehelsetjenesten. Vår problemstilling er: *“Hvilke erfaringer og forventninger har andre faggrupper utenfor tverrfaglige team til ergoterapeuter?”*. Informasjonen vi får fra deg gjennom intervjuet vil brukes i vår Bacheloroppgave og muligens til en publikasjon i tidsskriftet Ergoterapeuten i etterkant av innlevert Bacheloroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

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

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får invitasjon om å delta i denne studien ettersom du jobber i en stilling som er tilknyttet ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten og har blitt anbefalt av kolleger å kontaktes. Vi

tenker derfor at du har erfaringer og kunnskap som vi kan lære av og håper at du kunne tenke deg å delta som informant i vår studie.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien vil innebære at vi gjennomfører et intervju over «Skype for business» eller telefon på ca. 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer rundt samarbeidet med ergoterapeuter. Intervjuet vil bli tatt opp og transkribert ordrett, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at verken du eller din arbeidsplass vil kunne bli gjenkjent i det ferdige materialet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det vil kun være studentene Bjørn Erik Opstadmo, Daniel Klopbakken og Fredrik Skofteland Foss, samt veileder og prosjektansvarlig Linda Stigen ved NTNU Gjøvik som vil ha tilgang til dine opplysninger.

Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil erstattes med fiktive navn i transkripsjonen og dine personopplysninger vil oppbevares i en liste som er adskilt fra de øvrige dataene. Alt materiale, bortsett fra ditt navn og kontaktopplysninger, vil oppbevares på en ekstern, passord beskyttet enhet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.20. Opptak fra intervjuet vil slettes når intervjuet er transkribert og ved prosjektslutt vil alle personopplysninger om deg slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Bjørn Erik Opstadmo, epost: bjornops@stud.ntnu.no, telefon: 99362895

Daniel Klopbakken, epost: danieklo@stud.ntnu.no telefon: 97763496

Fredrik Skofteland Foss, epost: fredrsf@stud.ntnu.no, telefon: 45675594

NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: linda.stigen@ntnu.no , telefon: 93223019

Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost: thomas.helgesen@ntnu.no , telefon: [93079038](tel:93079038)

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller [telefon: 55 58 21 17](tel:55582117).

Med vennlig hilsen

Linda Stigen

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Bjørn Erik Opstadmo

Student

Daniel Klopbakken

Student

Fredrik Skofteland Foss

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *andre faggruppers syn på ergoterapeuters arbeid i kommunehelsetjenesten*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

å delta i individuelt intervju

å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.07.20

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 7.2: Intervjuguide

Intervjuguide for intervju til bacheloroppgaver ved NTNU Gjøvik

Innledning

| | |
|--------------------------|--|
| Informasjon | <ul style="list-style-type: none">• Takk for at du vil stille opp• Introdusere oss selv• Innhente samtykke• Taushetsplikt, poengtere viktighet av dette• Anonymitet• Sletting av opptak etter endt datainnsamling• Spør om noe er uklart |
| Introduksjon av oppgaven | <ul style="list-style-type: none">• Start opptak• Kort presentasjon av hver enkelt• Introdusere oppgavens formål |

Oppfølgingsspørsmål

- Kan du si noe mer om det?
- Kan du gi noen eksempler på det du sier? Har du selv opplevd det?
- Når du sier (...), mener du da (...)?
- Kan du beskrive nærmere hvordan (...)?

Hoveddel

| Nr | Tema | Intervju - spørsmål | Stikkord |
|----|---|--|--|
| 1 | Innledende spørsmål / Ergoterapeutens arbeidsoppgaver | Når jeg sier ergoterapi, hva tenker du da? | |
| 2 | Arbeid | Hva gjør ergoterapeuten hos dere i dag? | Er det både for pasientens del og/eller helsepersonell? |
| 3 | Forventninger | Hvilke forventninger har du til ergoterapeutens arbeidsoppgaver? | Hvilke arbeidsoppgaver tenker du en ergoterapeut kan ha i kommunehelsetjenesten/på din |

| | | | |
|---|------------------------|--|--|
| | | | arbeidsplass? Hvilke oppfatninger har du om kompetansen til ergoterapeuter? |
| 4 | Samarbeid | Kan du fortelle litt om hvilke erfaringer du har i samarbeid med ergoterapeuter? Hvordan ønsker du å samarbeide med ergoterapeuter? | Fungerer samarbeidet sånn det er i dag? Hva kan eventuelt bli bedre? Finnes det andre områder der du tenker ergoterapeuten kunne bidra? |
| 5 | Usikkerhet | Er det noe du kunne tenke deg å vite mer om innen ergoterapi eller om ergoterapeuten? | |
| 6 | Oppsummerende spørsmål | Oppsummere funn Er det noe du ønsker å legge til? | |

Avslutning

| |
|--|
| Takke for deltagelse Skru av diktafon |
|--|

Vedlegg 7.3: Søkehistorikk

| Søkeord og kombinasjoner | Database | Antall treff | Artikkel |
|----------------------------|----------|--------------|--|
| 1. Occupational therapy | EMBASE | 1. 2141 | Furåker, C. og Nilsson, K. (2011) The consultative work of occupational therapists working in municipal healthcare, <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 18(2), s. 101-108. doi: 10.3109/11038121003686179. |
| 2. Occupational therapists | | 2. 6611 | |
| 3. Health care personnel | | 3. 1514362 | |
| 4. Health personell | | 4. 180714 | |
| attitude | | 5. 59909 | |
| 5. Clinical competence | | 6. 20932 | |
| 6. Expectation | | 7. 57624 | |
| 7. Public relations | | 8. 114186 | |
| 8. Community care | | 9. 233379 | |
| 9. Satisfaction | | 10. 26335 | |
| 10. 1 ELLER 2 | | 11. 0 | |

| | | | |
|--|----------------|--|--|
| 11. 3 OG 5 OG 6 OG 8 OG 10 12. 5 OG 8 OG 10 13. Stereotype 14. Prejudicial 15. Municipal 16. 3 OG 10 OG 15 | | 12. 8 13. 15124 14. 4 15. 32585 16. 1 | |
| 1. Occupational therapy 2. Occupational therapists 3. Clinical competence 1. 1 ELLER 2 2. Knowledge 3. 3 OG 4 4. 5 OG 6 | EMBASE | 1. 21416 2. 6611 3. 59909 4. 26335 5. 163561 6. 349 7. 61 | Donnelly, C. <i>et al.</i> (2013) The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design, <i>BMC Family Practice</i> , 14(60), s. 60. doi: 10.1186/1471-2296-14-60. |
| 1. Occupational therapy 2. Occupational therapist 3. 1 OR 2 4. Municipal.mp 5. Community.mp 6. 4 OR 5 7. 3 AND 6 8. Perceptions 9. Motivations 10. Attitude 11. Attitude of health personnel 12. Experience. Mp | MEDLINE (Ovid) | 1. 7212 2. 273 3. 7351 4. 19012 5. 376208 6. 393478 7. 927 8. 297153 9. 113692 10. 450302 11. 128862 12. 422787 13. 1196964 14. 302 | Bonsaksen, T. <i>et al.</i> (2020) Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey, <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , 27, s. 39-46. doi: 10.1080/11038128.2019.1609085. Arntzen, C. <i>et al.</i> (2019) Community-based |

| | | | |
|---|---------------|--|---|
| <p>13. 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 14. 7 AND 13</p> | | | <p>occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities, <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>, 26, s. 371-381. doi: 10.1080/11038128.2018.1548647.</p> |
| <p>1. Occupational therapy 2. Occupational therapists 3. 1 OR 2 4. Perception 5. Attitude 6. 4 OR 5 7. Role 8. Interprofessional relations 9. 3 AND 6 AND 7 AND 8</p> | <p>CINAHL</p> | <p>1. 29204 2. 9945 3. 36360 4. 89076 5. 476795 6. 550818 7. 147570 8. 32842 9. 30</p> | <p>Smith, E. og Mackenzie, L. (2011) How occupational therapists are perceived within inpatient mental health settings: The perceptions of seven Australian nurses.(Report), <i>Australian Occupational Therapy Journal</i>, 58, s. 251. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00944.x.</p> |

