

Johansen, Thea Traasdahl
Hinseth, Vilde Emilie

ADL som ergoterapi-intervensjon med kritisk syke intensivpasienter

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Mai 2023

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Johansen, Thea Traasdahl
Hinseth, Vilde Emilie

ADL som ergoterapi-intervensjon med kritisk syke intensivpasienter

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

ADL som ergoterapi-intervensjon med kritisk syke intensivpasienter

ADL as an occupational therapy intervention with critically ill patients in the Intensive Care Units

Kandidatnummer: 10054 & 10004

Antall ord: 8183

Annen informasjon:

NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven.
Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

Forord

Dette er en avsluttende oppgave på Bachelor i Ergoterapi ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved NTNU.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder som har gitt oss gode råd, konstruktive tilbakemeldinger og vist et stort engasjement i denne prosessen. Vi setter stor pris på det gode samarbeidet.

Videre ønsker vi å takke våre informanter som åpent har delt sine erfaringer og gitt oss en unik mulighet til å få innblikk i deres arbeid med intensivpasienter. Det har vært meget lærerikt og inspirerende å få æren av å intervjuere dere.

Til slutt vil vi takke familie og venner som har støttet oss gjennom denne prosessen.

Uten veileder, informantene, familie og venner, ville ikke bacheloren vært mulig å gjennomføre. Tusen takk.

Sammendrag

Bakgrunn: Ved norske sykehus er ergoterapi, per i dag, ikke et standardisert tilbud til voksne intensivpasienter. I 2021 var 14 713 pasienter innlagt ved en intensivavdeling. Retningslinjene for intensivvirksomhet i Norge har som minimumskrav at ergoterapeuter kan bli kontaktet per telefon, men oppgir at de bør være daglig til stede. Intensivbehandling er ressurskrevende, og burde i større grad standardiseres, reguleres og harmoniseres. Forskning viser til at ergoterapi-intervensjon ved intensivavdeling er assosiert med positive effekter blant kritisk syke pasienter, hvor intervensjonen inkluderte trening i basale hverdagsaktiviteter (ADL).

Hensikt: Problemstillingen til studien omhandler norske ergoterapeuters erfaringer med ADL som aktivitetsbasert intervensjon for voksne intensivpasienter. Formålet med studien er å belyse hvordan ergoterapeuter ved intensivavdelinger arbeider med ADL, hva påvirker muligheten til å gjennomføre ADL-trening og hvorfor ergoterapeuter bruker ADL i intervensjon.

Metode: I studien ble det anvendt en kvalitativ metode, hvor det ble gjennomført semistrukturerte intervju av tre utvalgte informanter, for å innhente data. Inkluderingskriteriene til informantene var ergoterapeuter med erfaring fra arbeid med voksne intensivpasienter. Det var ingen krav til erfaring med en spesifikk pasientgruppe innen intensiv.

Funn: ADL er sentralt i ergoterapeuters arbeid med intensivpasienter. Informantene beskrev sin rolle ved intensivavdelingen som den ansvarlige for å inkludere aktivitet i behandling. De ønsker å inkludere hverdagsaktivitetene til pasientene. Ved å anvende basal ADL i intervensjon, skaper terapeutene gjenkjennbare og intuitive aktiviteter for pasienten. Pasientene opplevde ADL-trening som meningsfullt. Omgivelsene ved intensivavdeling kan være utfordrende i ergoterapeutens arbeid med ADL.

Konklusjon: Ergoterapeuters arbeid med ADL som intervensjon er forbundet med positive erfaringer. Ergoterapi kan styrke det tverrfaglige teamet ettersom de anses som den rette profesjonen til å iverksette gjenopptrening av ADL og inkludere hverdagslivet i behandlingen av intensivpasienter.

Nøkkelord: intensivavdeling, ergoterapi, erfaring, ADL, hverdagslivet

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Hensikt og problemstilling.....	6
1.3 Studiens aktivitetsperspektiv.....	7
1.4 Oppgavens struktur.....	7
2.0 TEORI	8
2.1 Rehabilitering.....	8
2.2 Ergoterapeuters kjernekompetanse.....	8
2.3 Activities of daily living (ADL).....	8
2.4 Rutiner.....	9
3.0 METODE	10
3.1 Design av forskningsmetode.....	10
3.2 Innsamling av data.....	10
3.3 Utvalg av informanter.....	11
3.4 Induktiv innholdsanalyse.....	11
Mikroanalyse.....	12
Kategorisering.....	12
Mening og sammenheng.....	12
4.0 RESULTAT	14
4.1 Å skape gjenkjennbare aktiviteter for pasienten.....	14
4.2 Å ivareta klientsentrering i ADL.....	15
4.3 Pasientens kognitive kapasitet.....	17
4.4 Omgivelsenes påvirkning på ADL.....	17
5.0 DISKUSJON	20
5.1 Hvordan ergoterapeuter arbeider med ADL.....	20
5.2 Hva påvirker gjennomføring av ADL-trening.....	22
5.3 Hvorfor ergoterapeuter anvender ADL som intervensjon.....	23
5.4 Metodologisk drøfting.....	24
6.0 RELEVANS FOR PRAKSIS OG KONKLUSJON	26
7.0 REFERANSELISTE	27
8.0 VEDLEGG	30
Vedlegg 1: Intervjugudie.....	30
Vedlegg 2: Samtykkeskjema.....	32
Vedlegg 3: Ordsky.....	34
Vedlegg 4: Illustrasjon av prosessen i analysen.....	35

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Innledning

I 2021 var det registrert 17 660 intensivopphold fordelt på 14 713 pasienter. Mindre enn halvparten av alle intensivopphold hadde en liggetid på under to døgn, som genererte til omtrent 73 000 intensivdøgn. Over 15% hadde en liggetid på syv dager eller mer (Buanes et al., 2022, s. 12-13). Populasjonen ved en intensivavdeling er kritisk syke og skadde pasienter som får overvåkning og behandling med spesialisert utstyr og spesialutdannet personale. De vanligste årsakene til innleggelse med intensivbehandling er alvorlige infeksjoner, større skader, og svikt i ulike organsystem som respirasjonssystemet, sirkulasjonssystemet og nervesystemet (Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre, u.å.). Intensivpasienter kan oppleve mangel på kontroll på grunn av ulike medisinske årsaker og behandling som overtar pasientens egne funksjoner og påvirker sensorisk stimuli, som kan redusere egen deltakelse i meningsfull aktivitet (Howell, 1999, sitert i Rapolthy-Beck et al., 2021, s. 2). Delirium er ofte en gjentakende komplikasjon blant intensivpasienter, og skyldes oftest en medisinsk tilstand som kan påvirke pasienters kognitive funksjoner, slik som nedsatt hukommelse, desorientering og/eller hallusinasjoner. Helsedirektoratet (2019) definerer delirium som: «en akutt forstyrrelse av bevissthetsnivå med redusert evne til å fokusere, fastholde eller skifte oppmerksomhet».

I retningslinjene for intensivvirksomhet i Norge er det anbefalt med et tverrprofesjonelt team som jobber sammen om tidlig rehabilitering. Et multidisiplinært team har en viktig betydning for å sikre optimal prosess og best mulig resultat for pasienter. Ifølge retningslinjene skal intensivsykepleiere sammen med lege utgjøre kjernen i det tverrprofesjonelle teamet. Ergoterapeut, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og farmasøyt inkluderes ved behov. For at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere er det helt nødvendig å sette av tid til daglig felles visittgang. Utforming og organisering av slike møter vil variere mellom intensivenheter, men det er viktig å poengtere at denne type møter utgjør en viktig del av intensivbehandlingen. Ergoterapeuten bør daglig være til stede på intensivavdelingen, men minimumskrav er at de kan kontaktes per telefon (Norsk Anestesiologisk Forening [NAF] & Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere [NSFLIS], 2014, s. 13-16).

Intensivbehandling er ressurskrevende å bør i større grad enn i dag (i Norge) standardiseres, reguleres og harmoniseres (NAF & NSFLIS, 2014, s. 7). Helse- og omsorgsministerens sykehustale fra 2022 fikk kritikk av forbundslederen i «Ergoterapeutene» for å ikke prioritere bredden av ulike faggrupper. Det ble trukket frem at dersom kapasiteten ved intensivavdelingene skal økes, må også organiseringen sees på. Det blir oppgitt at studier viser at tidlig rehabilitering burde starte på intensivavdelingene, men da må flere faggrupper slippe til (Bjerkaas, 2022). For å styrke fremtidig samarbeid i tidlig rehabilitering blir det i forskningen anbefalt å inkludere flere ulike profesjoner (Rapholty-Beck, 2021, s. 12).

Ergoterapeuter er opplært til å gi en helhetlig evaluering og behandling med fokus på hele personen. Dette ved å inkludere deres fysiske-, psykososiale- og mentale helse, sensoriske behov, miljø og kommunikasjonsevne. Ved å benytte et helhetlig synspunkt i arbeid med intensivpasienter kan ergoterapeuter forebygge og behandle mange av funksjonsnedsettelsene som pasientene opplever når de er på en intensivavdeling (Woodard, 2020, s. 12-13). Costigan et al. (2019) trekker frem at ergoterapeuter er eksperter på å sette mennesker i stand til å utføre meningsfulle aktiviteter som støtter helse, velvære og deltakelse i hverdagslivet. Gitt den fysiske, kognitive og psykologiske funksjonsnedsettelsen som overlevende intensivpasienter opplever, mener forskningsartikkelen at ergoterapeuter kan spille en viktig rolle i pasientenes *recovery*. Recovery er i denne studien definert som pasienters individuelle bedringsprosess. Forskning viser til at ergoterapi-intervensjon ved intensivavdelinger er assosiert med positive effekter blant kritisk syke pasienter. Dette innebærer forbedret delirium, mindre bruk av beroligende medisiner, forbedret styrke og funksjon, kortere sykehusopphold og intensivbehandling (Algo & Aitken, 2019, s. 74; Weinreich et al., 2017, s. 210-211). Derimot viser Weinreich et al. (2017) til at det er behov for ytterligere avklaringer av hvilke intervensjoner ergoterapeuter kan utføre og effekten av disse. Det kommer også frem en usikkerhet rundt effekten av ergoterapi-intervensjon da det ikke er noe klart skille mellom rehabiliteringstjenestene (Munier, 2021, s. 52-52; Tobar et al., 2017, s. 49). “Activities of Daily Living” (ADL) blir trukket frem som en intervensjon anvendt i behandling med intensivpasienter i flere studier (Algo & Aitken, 2019, s. 82; Rapolthy-Beck et al., 2021, s. 8; Tobar et al., 2017, s. 249). Munier (2021) viser til en studie hvor ergoterapeuter anvendte basal ADL-trening, som viser at tidlig intervensjon (24-48 t) har en sammenheng med å redusere forekomsten av delirium. Forskning trekker frem hvordan standardiserte verktøy, kommunikasjon og andre profesjoners forståelse påvirker ergoterapeuters arbeid på intensivavdeling (Algo & Aitken, 2019, s. 84; Munier, 2021, s. 37; Rapolthy-Beck et al., 2021, s. 7-8). Algo & Aitken (2019) hevder at målsettingen med ergoterapi-intervensjon som inkluderer ADL-trening, er å fremme, vedlikeholde eller gjenopprette livskvalitet og selvstendighet i hverdagsaktiviteter.

1.2 Hensikt og problemstilling

Ut fra det som er beskrevet innledningsvis, kan det forstås at ergoterapi ikke er et standardisert tilbud for alle voksne intensivpasienter ved norske sykehus, til tross for forskning som viser positive resultater. Dette kan indikere at voksen-intensivavdelinger er en utradisjonell arbeidsplass for norske ergoterapeuter og det kan dermed være et fåtall ergoterapeuter som arbeider med denne pasientgruppen. Forskningsartiklene denne studien benytter, omhandler intensiv-ergoterapi fra andre land i verden. Ettersom artiklene ikke inkluderer noe forskning fra norske sykehus, ønsker studien å undersøke norske ergoterapeuters erfaringer fra intensivavdelinger. Forskningen trekker blant annet

frem ADL-trening som en lovende intervensjon med intensivpasienter. Derfor tar studien for seg den første fasen pasienter er innlagt på intensivavdeling, der en ønsker å se på ADL som aktivitetsbasert intervensjon blant pasienter over 18 år, uavhengig av innleggelsesårsak. Studien ønsker å belyse hvordan norske ergoterapeuter ved intensivavdelinger arbeider med ADL, hva påvirker muligheten for gjennomføring av ADL-trening og hvorfor ergoterapeuter bruker ADL i intervensjon.

Problemstillingen til studien er derfor: "Hvilke erfaringer har norske ergoterapeuter med ADL som aktivitetsbasert intervensjon med voksne intensivpasienter?"

1.3 Studiens aktivitetsperspektiv

Studiens aktivitetsperspektiv er *hverdagslivet*. Hverdagslivet er på én og samme tid aktivitet og omgivelser, men også iboende i oss som holdninger og verdier (Petersen, 2019, s. 56). Petersen (2019) oppgir at innenfor ergoterapeutisk teori er "aktivitet og deltakelse" og "meningsfull aktivitet" profesjonens fagfelt. Samtidig presiseres det at disse begrepene omhandler hverdagslivets aktiviteter, altså *hverdagsaktiviteter*. Hverdagsaktiviteter er de typiske livsoppgavene som er nødvendig for menneskers egenomsorg og selvforvaltning (Taylor, 2019, s. 23). Dette er aktiviteter som tilhører hverdagen, noe de fleste mennesker gjør (Petersen, 2019, s. 55). Av den grunn kan en si at hverdagsaktiviteter i stor grad er ADL. Mennesker organiserer sin hverdag gjennom hverdagsaktiviteter og kan derfor ses på som rutiner, da de ofte er innøvde og gjenkjennbare. Ifølge World Federation of Occupational Therapy (2012), er kunsten i ergoterapi-intervensjonen å muliggjøre engasjement i hverdagen gjennom aktivitet. De menneskene ergoterapeuter arbeider med har enten mistet eller holder på å miste deres hverdagsliv (Petersen, 2019, s. 56). Intensivpasienter er ofte mennesker som får endret hverdagslivet på et splittsekund, for eksempel gjennom en ulykke, og må sette spørsmål på det selvfølgelige. Ergoterapeuter kan gjenskape opplevelsen av et hverdagsliv gjennom tidlig rehabilitering, ved å inkludere elementer fra pasientens hverdag inn i den nye situasjonen (Petersen, 2019, s. 57).

1.4 Oppgavens struktur

Innledningsvis er studiens samfunnsaktualitet, faglig forankring, hensikt, problemstilling og aktivitetsperspektiv presentert. Videre vil studien vise til teori, og en beskrivelse av kvalitativ metode som studien benytter, innsamling av data, utvalg av informanter og induktiv innholdsanalyse av data. Deretter presenteres studiens funn. Avslutningsvis vil diskusjonen besvare problemstillingen med følgende underoverskrifter: "Hvordan ergoterapeuter arbeider med ADL", "Hva påvirker gjennomføring av ADL-trening" og "Hvorfor ergoterapeuter anvender ADL som intervensjon".

2.0 TEORI

2.1 Rehabilitering

Rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, pårørende og profesjoner, som tar utgangspunkt i den enkelte pasients livssituasjon og mål. Rehabilitering skal gi pasienter, som står i fare for å få eller som har begrensninger i sin fysiske, psykiske og kognitive funksjonsevne, mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3). For å mestre daglige gjøremål (ADL), er gjenopptrening av funksjonsevne essensielt i rehabiliteringsarbeidet (Bredland et al., 2016, s. 32).

2.2 Ergoterapeuters kjernekompetanse

Ergoterapeutene (2017) beskriver ergoterapeuter som eksperter på meningsfull aktivitet og deltakelse. Gjennom kjernekompetansen skal ergoterapeuter kunne fremme aktivitetsutførelse, tilrettelegge aktiviteter og utvikle inkluderende omgivelser slik at individer opplever deltakelse. “The Person - Environment - Occupation - model” (PEO-modellen) illustrerer hvordan ergoterapeuter bruker sin kjernekompetanse. Modellen har et perspektiv som viser at person, aktivitet og omgivelser ikke kan isoleres som separate systemer, men skal ses på som et samlet komplekst og dynamisk system. Intervensjon kan målrettes mot en eller alle av disse tre komponentene. Eksempelvis kan omgivelsene tilpasses og aktiviteten kan graderes slik at den passer til personens aktivitetsutførelse. Personen selv ses på som dynamisk, der deres ressurser vil påvirke deres aktivitetsutførelse og hvordan de samhandler med omgivelsene (Faber, 2019, s. 199). Det er ergoterapeutens oppgave å likeverdig samarbeide med pasienten i tilrettelegging av intervensjon. Samtidig skal terapeuten skape en balanse mellom omgivelsesfaktorene, personlige faktorer og aktivitet, slik at aktivitetsutførelse fremmes og muliggjøres (Faber, 2019, s. 200).

2.3 Activities of daily living (ADL)

ADL er fellesbetegnelsen for ulike hverdagslige, praktiske aktiviteter som egenomsorg, mobilitet, bruk av transportmidler, ivaretagelse av egen økonomi, m.m (Tuntland, 2014, s. 18). «Personal Activities of Daily Living» (PADL) er de personlige hverdagsaktivitetene som er nødvendig for liv og velbefinnende (Aagaard & Langdal, 2019, s. 118). Dette er med andre ord basale egenomsorg-aktiviteter som alle mennesker utfører mer eller mindre hver dag, eksempelvis å pusse tenner, personlig hygiene og spising. PADL er nødvendig for alle å få utført eller utføre, uavhengig av kjønn, alder, kultur, sosiale forhold, m.m. De kan derfor karakteriseres som universelle (Tuntland, 2014, s. 20). ADL-trening er ment å føre til bedret funksjonsevne i dagliglivet, som bidrar til selvstendighet og mestring for personen det gjelder (Tuntland, 2014, s. 29-30). Av den grunn er ADL et sentralt arbeidsområde innen rehabilitering. Dette er et tverrfaglig felt, hvor noen yrkesgrupper er mer sentrale enn andre. Ergoterapeuter er en yrkesgruppe som ses på som meget sentral innenfor

rehabiliteringstjenesten (Tuntland, 2014, s. 26). I denne studien er de basale aktivitetene, PADL, omtalt som ADL.

2.4 Rutiner

En rutine gir en grad av struktur og forutsigbarhet i livet. Det er innøvde og gjenkjennbare aktiviteter og sekvenser av aktivitet, noe de fleste mennesker har og som er typisk for det enkelte individ. Rutiner hjelper med å plassere mennesker effektivt innenfor tidens strøm: De setter mennesker i stand til å være hvor de bør være, og få gjort det de burde gjøre i livet. Hverdagslivet defineres og formes i høy grad av disse rutinene. De skaper det overordnede mønstret som gjør at mennesker klarer å utføre sine ulike daglige aktiviteter (Taylor, 2019, s. 96-97).

3.0 METODE

3.1 Design av forskningsmetode

I studien ble det anvendt kvalitativ metode ettersom ønsket var å undersøke ergoterapeuters erfaringer med arbeid med voksne intensivpasienter og ADL som aktivitetsbasert intervensjon. Årsaken til valgt metode var at den tar utgangspunkt i å forstå individers opplevelser og erfaringer knyttet til et spesifikt tema (Malterud, 2017, s. 31). Ved bruk av kvalitativ metode, vil studien belyse andre forståelser og sammenhenger knyttet til teamet, som ikke er beskrevet i annen forskning (Sverdrup, 2021, s. 59).

3.2 Innsamling av data

For å innhente data ble det gjennomført individuelle semistrukturerte intervju av utvalgte informanter. Med utgangspunkt i problemstillingen, ble det utformet en intervjuguide (se vedlegg 1). Ved å anvende en semistrukturert intervjuguide, formuleres åpne spørsmål som gir varierte svar knyttet til problemstillingen. Denne metoden gir en stor dekning av informantens kunnskap om vurderinger, meninger, holdninger og erfaringer (Sverdrup, 2021, s. 62). Intervjuguiden ble inspirert av Sverdrup (2021), og ble bygd opp med en presentasjon av hensikten med studien, introduksjonsspørsmål, hovedspørsmål med tilhørende oppfølgingsspørsmål og et avsluttende spørsmål.

For å oppnå en åpen informasjonsutveksling, var det nødvendig å etablere en tillitsrelasjon mellom informanten og intervjueren (Jacobsen, 2022, s. 172). Først ble det valgt å presentere hensikten med studien til informanten, for å sikre at vedkommende var innforstått med studiens formål og for å starte en relasjon. Før selve intervjuet ble gjennomført, spurte intervjueren informanten om han eller hun hadde noen spørsmål knyttet til hensikten, som en oppvarming for begge parter og for å oppklare eventuelle uklarheter (Jacobsen, 2022, s. 172). To introduksjonsspørsmål knyttet til informantens bakgrunn ble stilt, for å skaffe et innblikk av hvem informanten er og for å bygge tillit. Videre i intervjuet ble hovedspørsmålene stilt. Disse var utformet med bakgrunn av to temaer knyttet til problemstillingen. Spørsmålene var åpne, noe som bidro til å ta tak i hva informanten mente var viktig og for å få frem beskrivelser med deres egne ord (Jacobsen, 2022, s. 173). Det ble utformet oppfølgingsspørsmål på forhånd som en trygghet for intervjueren i intervjusituasjonen. Dette bidro til å sikre svar på det studien ønsket belyst. Dersom studien fikk belyst det de ønsket gjennom hovedspørsmålene, ble det ikke stilt oppfølgingsspørsmål. Avslutningsvis ble det inkludert et spørsmål for å gi informanten mulighet til å tilføye aspekter som ikke ble nevnt. Ved å stille et slikt spørsmål, unngår intervjueren at informanten sitter igjen med informasjon vedkommende ønsket å få frem (Jacobsen, 2022, s. 176).

Informantene fikk forskjellige valgmuligheter til å gjennomføre intervju. Grunnen var at studiens forfattere håpet at rekrutteringsprosessen ville fremstå attraktiv for dem, om vi var fleksible. Informantene kunne velge fysisk intervju dersom det geografisk lot seg gjøre, eller digitalt intervju

gjennom valgfri plattform. I tillegg ble det gitt mulighet til å ringe over telefon, om informantene var mer komfortable med det. På grunn av studiens begrensninger og anonymisering av informanter, ble det ikke tatt opp lyd under intervjuene. Derfor hadde en av studiens forfattere ansvar for å lede og stille spørsmål fra intervjuguiden, samtidig vurdere hvilke oppfølgingsspørsmål som skulle stilles, og den andre forfatteren hadde ansvar for å notere.

3.3 Utvalg av informanter

På grunn av studiens omfang, ble det valgt å rekruttere tre informanter. Inkluderingskriteriene til hvilke informanter studien var ute etter, tok utgangspunkt i studiens problemstilling: "Hvilke erfaringer har norske ergoterapeuter med ADL som aktivitetsbasert intervensjon med voksne intensivpasienter?". Det var ikke ønskelig å spesifisere erfaringer med en spesifikk pasientgruppe innen intensiv. Årsaken var vår forforståelse av at det kan være et mindretall ergoterapeuter som arbeider med voksne intensivpasienter. Inkluderingskriteriene til informantene ble derfor; ergoterapeuter med erfaring fra arbeid med voksne intensivpasienter. Den ene informanten ble anbefalt fra en ergoterapeut i spesialisthelsetjenesten, og ble kontaktet direkte på e-post. For å rekruttere to informanter til ble det ringt til de største sykehusene i Norge. Kriteriene for sykehusene som ble ringt, var at de måtte ha en form for ergoterapi-tilbud og intensivavdeling. Det ble ringt til avdelingslederne for ergoterapi ved fjorten sykehus, hvor tolv svarte på telefonen. Syv av sykehusene oppga at deres ergoterapeuter ikke hadde nok erfaring til at de ønsket å delta. To av sykehusene ba oss ringe opp på et senere tidspunkt. Tre av sykehusene oppga å ha ergoterapeuter med erfaring fra voksen-intensivavdeling. Skriftlig informasjon om studien og et samtykkeskjema (se vedlegg 2) ble sendt via e-post til alle ergoterapeutene som var interessert. De to første ergoterapeutene som takket ja til å delta, ble informanter. Det ble videre avtalt tidspunkt med alle tre informantene for intervju via e-post. En informant valgte å gjennomføre intervjuet med videosamtale over Messenger, én annen over FaceTime uten video, og den siste over telefonsamtale. De tre ergoterapeutene som ble informanter, hadde ulik bakgrunn og yrkeserfaring. To av informantene hadde fast stilling ved en intensivavdeling. En informant hadde fast stilling ved en annen avdeling, men fikk henvisninger fra intensivavdelingen. I studien benevnes de som informant 1, informant 2 og informant 3.

3.4 Induktiv innholdsanalyse

Umiddelbart i etterkant av hvert intervju, transkriberte vi ut fra hukommelse og notater som var nedskrevet underveis i intervjuprosessen. Vi transkriberte intervjuene sammen for å sikre at all informasjon ble inkludert. Intervjuene hadde en varighet på 53 minutter, 49 minutter og 51 minutter. Ettersom det ikke ble tatt opp lyd, ble det ikke notert nonverbal kommunikasjon. Dette var en vurdering vi gjorde i forkant, hvor det ble prioritert å notere svar på spørsmålene som ble stilt. Hensikten med dette var å tilstrebe etter beste evne å skrive ordrett hva informantene sa og fange opp direkte sitater.

I analysen av rådata var studien inspirert av Jacobsens (2022) prinsipper for induktiv innholdsanalyse. Induktiv innholdsanalyse tar utgangspunkt i det manifeste innholdet i rådataene, som til slutt gir empiri. Ettersom den induktive tilnærmingen er tett knyttet til utforskning av noe en kjenner dårlig til, vil ofte hensikten, altså problemstillingen, med studien være rettet mot forståelse og beskrivelse, og i mindre grad mot forklaring (Jacobsen, 2022, s. 221). Ut fra analysen av rådata, var studiens ønske å ende opp med en forståelse og beskrivelse av ergoterapeuters erfaringer med arbeid med ADL og voksne intensivpasienter.

Mikroanalyse

Til å begynne med leste vi transkriptene hver for oss, for å skaffe et helhetsinntrykk over hva informantene formidlet under intervjuene og for å ikke påvirke hverandres tanker rundt rådataene. Ved å aktivt sette bort vår forforståelse av tema, roller, hypoteser og grunnleggende kunnskap om ergoterapi, tilstrebet vi å holde oss objektive til innholdet. Hensikten var å være åpne for nye tolkninger som mulig kunne belyse studiens problemstilling. Det ble notert koder (ord) ut fra våre egne tolkninger, som representerte rådataene på en spesiell måte. Kodene ble som en “merkelapp”, som kunne knyttes opp til setninger og direkte sitater fra intervjuene (Jacobsen, 2022, s. 217-218).

Det ble valgt å lage en ordsky (se vedlegg 3) av de tre intervjuene, hvor støtteord som og, men, for, m.m, ble utelatt for å vise hvilke ord som ofte ble gjentatt i intervjuene. Dette var for å synliggjøre informasjonen som var formidlet i en mengde rådata, og gi et bilde av hva informantene vektla (Jacobsen, 2022, s. 217). Mentimeter ble brukt for å lage ordskyen, hvor vi selv skrev inn ord og uttrykk fra intervjuene.

Kategorisering

I neste steg ble det dannet kategorier av kodene. Dette ble gjort ved at alle kodene fra mikroanalysen ble skrevet ned på Post-it lapper og sortert ut fra fellestrekk (se vedlegg 4). Hensikten var å visualisere rådataene for å danne et bilde av virkeligheten slik informantene opplevde den, og slik vi fortolket den (Jacobsen, 2022, s. 219). Ut fra dette ble det dannet fem foreløpige kategorier: “muliggjøre ADL”, “arbeidsprosess”, “meningsfull aktivitet”, “pasientens tilstand” og “omgivelser”.

Mening og sammenheng

Siste steg var å lete etter sammenhenger innad i kategoriene, men også mellom dem. Hensikten var å forstå hvordan ulike deler hang sammen og dannet strukturer, hvor det til slutt ble funnet fenomener som kunne besvare problemstillingen (Jacobsen, 2022, s. 220). Vedlegg 4 viser at tankeprosessen med å trekke sammenhenger, allerede begynte i kategoriseringen. Videre ble funnene strukturert og sortert fra sammenhenger, som resulterte i empiri. Til slutt ble det utarbeidet fire hovedtemaer som

presenterer funnene: “Å skape gjenkjennbare aktiviteter for pasienten”, “Å ivareta klientsentrering i ADL”, “Pasientens kognitive kapasitet” og “Omgivelsenes påvirkning på ADL”.

4.0 RESULTAT

Med tilknytning til studiens problemstilling; “hvilke erfaringer har norske ergoterapeuter med ADL som aktivitetsbasert intervensjon med voksne intensivpasienter?”, beskrev informantene sine erfaringer med utgangspunkt i spørsmål stilt fra studiens intervjuguide. Studien presenterer funnene i fire hovedtema, hvor det blir trukket frem informantenes synspunkt og tanker. Hovedtemaene er: “Å skape gjenkjennbare aktiviteter for pasienten”, “Å ivareta klientsentrering i ADL”, “Pasientens kognitive kapasitet” og “Omgivelsenes påvirkning på ADL”.

4.1 Å skape gjenkjennbare aktiviteter for pasienten

Aktivitet finnes i alle livsfaser, også når en er kritisk syk. Informantene trakk frem at ved å bruke ADL som intervensjon, ønsket de å “få inn” hverdagsaktivitetene til pasientene når de befinner seg i en ikke-gjenkjennbar setting. De oppga at det var merkbart at pasienten opplevde ADL som meningsfullt. Meningsfull aktivitet trakk informantene frem som det de først og fremst tenker på når det var snakk om ADL. Informant 3 hevdet at ved å jobbe målrettet og bevisst med aktivitet, kan det gi raskere progresjon for pasienten. Informant 2 mente aktivitet er viktig på intensivavdelingen, hvor terapeuten oppga at pasienter kommer seg raskere og har færre liggedøgn, de er mindre avhengig av tjenester etter endt opphold, og er generelt friskere. Informanten uttrykte det slik:

“Dersom man bare skulle pleiet pasienten, ville ikke pasienten begynt å lære ting selv. Vi, som ergoterapeuter, er viktige med tanke på gjenopptrening.”

Alle informantene var enige om viktigheten av å bringe gjenkjennbare aktiviteter inn i livet til pasientene. Ergoterapeutene ønsket å skape intuitive og gjenkjennbare aktiviteter for at det skal være forståelsesfullt for pasienten, spesielt når de kan befinne seg i en forvirringstilstand. For eksempel kan det for enkelte pasienter være mer forståelsesfullt å få beskjed om å plukke opp en genser, enn å få beskjed om å løfte opp armen. På denne måten brukte informantene kjente aktiviteter for å gjøre treningen mer meningsfull for pasienten. Den ene informanten forklarte det slikt:

“Ved å bruke ADL-aktiviteter roer de [pasienter med delirium] seg mer ned, siden de gjør kjente, meningsfulle oppgaver. Da holder de ut lengre. Ved at de for eksempel kjenner igjen deodorant-duften sin og oppgaven med å ta på deodorant, kan det gjøre at de blir roligere, da ting ellers er veldig ukjent og skummelt på en intensivavdeling. [...] Aktivitet gjøres ikke likt av alle, vi alle mennesker har ulike rekkefølger og rutiner for å gjøre ADL. Det er derfor mer personsentrert, og en meningsfull aktivitet, å be pasienten holde en kopp, enn å be han klemme en hånd til en fremmed person [lege, sykepleier, fysioterapeut].”

Informant 3 understrekte at det er viktig å ha fokus på Empowerment. Terapeuten oppga at det er viktig å benytte ADL som aktivitetsbasert intervensjon, ettersom ergoterapeuter knytter intervensjonen opp til hverdagslivet, noe som gjør det mer meningsfullt for pasienten. Informant 1 trakk frem at de arbeider for at ADL-trening skal falle inn i de daglige rutineene. Altså at pasientene skal trene på å pusse tennene på morgenen, da dette er en del av morgenrutinen.

For å gjøre det forståelsesfullt og gjenkjennbart for pasienten, er det nødvendig å tilrettelegge omgivelsene. Informant 3 oppga at det er viktig å få kartlagt pasienten og deres behov, for så å tilpasse omgivelsene så langt det lar seg gjøre, ettersom at ergoterapeuter skal tilrettelegge for mestring. Informanten hevdet at tilrettelegging av omgivelsene kan være utfordrende på en intensivavdeling.

4.2 Å ivareta klientsentrering i ADL

Informantene beskrev sin rolle ved intensivavdelingen som den ansvarlige for å inkludere aktivitet i behandling. De trakk frem at ADL er sentralt i deres arbeid med pasienter, men at de må arbeide på en annen måte enn den tradisjonelle ergoterapeuten ettersom pasientgruppen er medisinsk ustabil og kritisk syk. I tillegg ble det nevnt at intensiv-ergoterapeuter benytter hele "Occupational Therapy Intervention Process Model" (OTIPM) i sitt arbeid. Det er flere faktorer ved intensivpasienter som gjør det vanskelig å trene på ADL, hvor det derfor er viktig som ergoterapeut å tenke utenfor boksen i intervensjon for å ivareta klientsentrering.

Informantene oppga at de brukte et scoringverktøy kaldt RASS (Richmond Agitation and Sedation Scale) for å vurdere sedasjon-, bevissthet- og agitasjonsnivået til pasienten, og deretter avgjøre om de kunne starte intervensjonen. RASS har en skala fra -4 til 4, og måler grad av medisinerings som viser hvor bevisst eller sedert en pasient er. Når pasienten har en score på -2 (lett sedert) og oppover, kan ergoterapeuten gå inn. Alle tre informantene dro frem at det første de ser etter når de møter en pasient, er om vedkommende tar imot forskjellige typer stimuli og samtidig vurdere hvilken grad av tilstedeværelse pasienten befinner seg i.

“Det første jeg ser på er våkenhet, jeg banker på døren for å se om pasienten snur hodet ut fra lydstimuli.”

Informantene fortalte at observasjon er et viktig virkemiddel når de er med en pasient. De ser på hvordan pasienten ligger i sengen, hvordan pasienten ser på dem, blikket, berøring og bevegelser, om pasienten klemmer dem når de tar i hånden, og hvordan pulsen til pasienten forandrer seg. Informant 3 benytter "Ergoterapi analyse og vurdering av aktivitet" (EVA) under pasientbesøk, men ikke som en standardisert undersøkelse. I aktivitetsanalyse fokuserer informantene på pasientens selvstendighet, kvalitet og effektivitet, og forklarte det slik:

“Det er vanskelig å bruke standardiserte redskaper, men å måle fremgang og dokumentere effekt er allikevel ikke så vanskelig. Når du er strukturert og graderer, viser til kvalitetsutførelse og selvstendighet, bedring av delirium og våkenhet, kan vi [ergoterapeuter] vise effekt av det vi gjør.”

Kommunikasjonen mellom ergoterapeuten og intensivpasienten foregår ofte nonverbalt, og av den grunn må ergoterapeuter tenke kreativt for å personliggjøre intervensjon. To av informantene trakk spesielt frem at god og jevnlig kontakt med pårørende er viktig på en intensivavdeling, da pasienten ofte ikke klarer å formidle nødvendig informasjon om seg selv. Informant 1 oppga at de har utarbeidet et skjema der pårørende kan skrive ned pasientens viktige rutiner og hva vedkommende liker. Informanten ber også pårørende om å ta med personlige redskaper som kremer og deodorant, for å tilpasse intervensjon til hver enkelt pasient og gjøre ADL-trening mer klientsentrert.

“Det er essensielt med god og jevnlig kontakt med pårørende. Spesielt med tanke på innhenting av informasjon om tidligere funksjon- og aktivitetsnivå, interesser, fritid, jobb, dersom pasienten selv ikke kan formidle dette.”

For de pasientene som ikke har pårørende til å gi informasjon om dem, oppga spesielt en informant hvordan ergoterapeuter kan ivareta klientsentrering:

“Jeg benytter meg av verktøyene, maskiner og skjermene som måler de vitale organers funksjoner, som er på intensiv når jeg jobber med aktiviteter. Jeg kan for eksempel benytte skjermen til å se på hvordan pulsen øker når de [intensivpasientene] gjør ulike aktiviteter. Det blir en annen måte å lese mennesker som ikke har mulighet til å snakke selv.”

Det ble trukket frem av informantene at aktivitetsbasert tiltak er klientsentrert, og at aktivitet er noe vi alle har i oss. Alle informantene la stor vekt på at dersom det skal være mulig å bruke ADL som aktivitetsbasert intervensjon med kritisk syke pasienter, må en tilrettelegge og jobbe med de mest basale aktivitetene. Dette er helt enkle, grunnleggende aktiviteter, som for eksempel å vaske seg i ansiktet. Informant 1 fortalte at det er viktig å gjøre aktiviteter som er gjenkjennbar for pasienten, hvor terapeuten oppga at basale aktiviteter er noe alle mennesker kjenner til.

Det kom frem i et av intervjuene at intensiv-ergoterapeuter bruker aktivitet bevisst og målrettet i intervensjon, noe informant 3 hevdet å gi et bedre resultat for pasientene. Informanten beskrev sin måte å kartlegge pasienten på, ved å benytte aktivitetsanalyse og deretter gradere aktiviteten i forhold til hver enkelt pasient. Informant 1 forklarte at gradering av aktivitet går begge veier. Ofte starter arbeidet med å gradere ned aktiviteten, da pasienten ikke er i stand til å gjøre så mye på egen hånd.

Dersom pasienten eksempelvis våkner opp, må aktiviteten graderes opp slik at aktiviteten oppleves utfordrende nok, men samtidig kan føre til mestring. Informanten vektla også aktivitetsanalyse i sitt arbeid, og uttrykte seg slik:

“Aktivitetsanalyse er mitt viktigste redskap for å kunne gradere hvordan vi skal jobbe med aktivitet med pasientene.”

Spesielt to av informantene trakk frem at de aller sykeste intensivpasientene ikke er i fysisk stand til å klare å utføre basale aktiviteter på egen hånd og at guiding da er helt essensielt. Informant 1 forklarte guiding ved et eksempel der ergoterapeuten styrer hånden til pasienten når vedkommende vasker dem. Målet med aktiviteten kan være at pasienten åpner øynene og ser hva terapeuten gjør med hånden deres. Det settes mindre krav til aktivitetsutførelsen når pasientene er kritisk syke.

4.3 Pasientens kognitive kapasitet

Når informantene fortalte hva som påvirker deres mulighet til å gjennomføre ADL-trening, ble pasientens tilstand trukket frem. Her beskrev informantene at våkenhet er essensielt når en skal inn til en pasient og at delirium er en faktor som ofte gikk igjen blant pasientene. Dersom pasienten var veldig forvirret, var det vanskeligere å gjennomføre ADL-trening. En av informantene oppga at omtrent 80% av pasientene opplever delirium i løpet av et intensivopphold, uavhengig av alder.

“Våkenhet er essensielt når man skal inn til en pasient. Ser jeg som ergoterapeut tegn til forverring, må jeg avbryte [intervensjonen].”

Pasientens kognitive funksjon er også noe som påvirker ergoterapeutenes arbeid med ADL. Pasientene kan ha vært igjennom et stort traume, og hjernen bruker mye mer energi enn vanlig. Under ADL-treninger oppga informant 3 at det derfor er spesielt viktig å følge med på kognitiv kapasitet. En av informantene hevdet at hvor dårlig en pasient er påvirker aktivitetens krav, som igjen påvirker muligheten til å gjennomføre ADL-trening. Jo dårligere pasienten er, desto mer må aktiviteten graderes, og det stilles mindre krav. Det vil være enklere å gjennomføre korte sekvenser av en aktivitet. Informanten beskrev det slik:

“Når pasienten er dårligere, er det ofte lettere å få gjennomført trening fordi det er mindre sekvenser av aktiviteten man får til å gjøre, men jo bedre pasienten er, jo større krav stilles det til aktiviteten, som kan gjøre det vanskeligere å gjennomføre.”

4.4 Omgivelsenes påvirkning på ADL

De fysiske omgivelsene ved intensivavdelingen ble beskrevet av informantene som skummel, ukjent, unaturlig og kunstig. Informantene oppga at det er mye ergoterapeuten må ta hensyn til, slik som

ledninger, apparater og utstyr som er koblet til pasienten, i tillegg til smittevern og restriksjoner på hvordan pasienten kan flyttes. Dette er praktiske ting som kan gjøre det utfordrende å utføre ADL, spesielt ved guiding.

På intensivavdelingen er pasientene ofte brått tatt ut av sin naturlige hverdag, og plassert i disse kunstige omgivelsene. Informantene beskrev omgivelsene som medisinsk dominert, og det kan gi pasienten en følelse av utrygghet og fremmedgjørelse, som igjen kan bidra til delirium. Videre fortalte informantene at omgivelsene kan føre til at pasienten blir overstimulert, da apparater og utstyr bidrar til mye støy rundt pasienten. En av informantene beskrev det slik:

“Omgivelsene er en utfordring, mye ledninger og støy kan gjøre at pasienten ikke ønsker å gjøre noe. De blir overstimulert av alle inntrykk utenfra og blir sliten av dette.”

Det var tydelig at informantene var enig i at sjansen for å bli forstyrret i ADL-trening var stor. Det ble flere ganger gjentatt at det er det medisinske som prioriteres, og at det er det som er naturlig og viktigst på en slik avdeling. Det er mye som skjer rundt pasienten, da det er mange profesjoner som har “hands-on” og skal gjennomføre ulike undersøkelser. Ergoterapeuten kan derfor fort bli avbrutt i intervensjon. Når det i tillegg er mange mennesker samlet i et rom, danner dette en del støy, som kan resultere i mye stimuli for pasienten. En av informantene trakk frem at det bør være ro rundt pasienten når en skal trene, men omgivelsene gjør det utfordrende. Dessuten blir det satt mange forskjellige mål fra de ulike profesjonene. Informant 2 oppga at dette kan føre til at profesjonene lett kan “glemme” pasienten opp i det hele. Informanten beskrev det slik:

“[Det er] mye undersøkelser, men dette er en del av en intensivavdeling. Dette kan påvirke at pasienten faller ut av rutinene: Omgivelsene er ustabile som gjør at man [ergoterapeuten] må begynne på nytt og på nytt [med ADL-trening].”

En av informantene trakk frem hvordan andre profesjoners forståelse og kunnskap om ergoterapi kan påvirke ergoterapeuters mulighet til å gjennomføre ADL-trening. Informanten opplevde at på de sykeste pasientene, hvor intervensjonen blir veldig korte sekvenser, har andre profesjoner mindre forståelse og ser ikke viktigheten rundt det ergoterapeuten gjør. Informanten trakk også frem at stress blant andre profesjoner kan påvirke deres mulighet til ADL-trening med pasienter. Informanten fortalte om en hendelse hvor en sykepleier med hovedansvaret for en pasient, var skeptisk og ikke ønsket å flytte på pasienten, når ergoterapeuten kom for å gjennomføre ADL-trening. Grunnen var at pasienten nylig hadde vært i en kritisk tilstand, som sykepleieren akkurat hadde fått kontroll over.

Informantene trakk frem at et godt team rundt pasienten er viktig i behandlingen. De ulike profesjonene fokuserer på ulike ting, noe som er essensielt når pasientens tilstand ofte er kompleks. Ved å kjenne til de andre profesjonene, kan ergoterapeuten benytte dem til pasientens fordel i ADL-trening.

5.0 DISKUSJON

Studiens problemstilling er: "Hvilke erfaringer har norske ergoterapeuter med ADL som aktivitetsbasert intervensjon med voksne intensivpasienter?". Videre vil studien diskutere hvordan funnene fra resultatkapitlet kan forstås i lys av bakgrunnskunnskap presentert innledningsvis og studiens aktivitetsperspektiv. For å gi svar på problemstillingen, vil diskusjonen struktureres med følgende underoverskrifter: "Hvordan ergoterapeuter arbeider med ADL", "Hva påvirker gjennomføring av ADL-trening" og "Hvorfor ergoterapeuter anvender ADL som intervensjon".

5.1 *Hvordan ergoterapeuter arbeider med ADL*

Funn viser at intensiv-ergoterapeuter har, i likhet med andre tradisjonelle ergoterapeuter, fokus på hele arbeidsprosessen og aktivitetsperspektiv i intervensjonen. Informantene beskrev deres rolle i intensivteamet som den ansvarlige for å inkludere aktivitet i pasientens behandling ved å bruke ADL som intervensjon. Ergoterapeuters kjernekompetanse vektlegger at profesjonens hovedfokus er meningsfull aktivitet og deltakelse, hvor målet med intervensjon er å fremme aktivitetsutførelse og opplevelse av deltakelse for pasienten (Ergoterapeutene, 2017, s. 15-25). Alle ergoterapeuter som er utdannet i Norge har samme grunnkompetanse, og som følge av det sitter intensiv-ergoterapeuter med de samme ergoterapeutiske verdiene som andre ergoterapeuter. På den andre siden viser et annet funn i studien at intensiv-ergoterapeutene ofte må anvende grunnkompetansen på en annen måte enn de tradisjonelle ergoterapeutene, da pasientgruppen er medisinsk ustabil og kritisk syk. Det fremstår som essensielt å kunne tenke kreativt i måten intensiv-ergoterapeutene arbeider med ADL som aktivitetsbasert intervensjon. Empirien viser at intensiv-ergoterapeuter anvender standardiserte kartleggingsredskap for å blant annet avgjøre om de kan starte intervensjon. Forskning bekrefter dette funnet, hvor intensiv-ergoterapeuter bruker like standardiserte verktøy i behandling av intensivpasienter (Munier, 2021, s. 37-38; Rapolthy-Beck et al., 2021, s.7-8). Eksempelvis viser Rapolthy-Beck et al. (2021) til en liste over tilbud til intervensjons-terapi hvor de ulike scorene fra kartleggingsverktøyene viser hvordan ergoterapeuten burde gradere ADL, hvor blant annet en RASS-score på -2 til 0 indikerer guiding i ADL. Ved å bruke slike verktøy, kan ergoterapeuten tilpasse intervensjon ut fra pasientenes kapasitet og strukturer sitt arbeid, som resulterer i at ergoterapeuten kan vise til effekt av intervensjon. Derimot viser empirien til at det kan være utfordrende for intensiv-ergoterapeuter å anvende kartleggingsverktøy på en standardisert måte. Terapeutene må tilpasse verktøyet ut fra pasientens funksjon og observasjon er derfor sett på som en "nøkkel" i arbeidet med intensivpasienter. Med andre ord, ergoterapeuten kan ivareta klinsentrering i ADL-trening med den enkelte intensivpasienten ved å anvende ergoterapeutisk arbeidsprosessmodeller og tilpasse kartleggingsverktøy.

På den andre siden er ikke alltid intensivpasienter i stand til å formidle nødvendig informasjon selv, som kan gjøre det utfordrende for ergoterapeuten å ivareta klinsentrering på en intensivavdeling. Med bakgrunn i dette, viser funn at pårørende er et viktig virkemiddel i intervensjon, da de kan oppgi

nødvendig informasjon om pasienten og ta med pasientens personlige eiendeler, som terapeuten kan benytte i ADL-trening. I rehabilitering blir pårørende sett på som en viktig del i samarbeidsprosessen (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3). I lys av dette, kan en forstå at pårørende bidrar til at ergoterapeuten kan personliggjøre ADL-trening med pasienten og ivareta klientsentrering i intervensjon. Av den grunn blir god og jevnlig kontakt med pårørende påpekt som viktig. Når pasienter ikke har pårørende, kan klientsentrering bli mer utfordrende for ergoterapeuten. Rapolthy-Beck et al. (2021) oppgir at ergoterapeuter benytter tilpassede strategier for å lette kommunikasjon med intensivpasienter. Empirien viser at ergoterapeutene tilpasset sin måte å kommunisere med pasienten på ved å blant annet benytte maskiner som er koblet til pasienten. Ved å lese verktøyene som måler vitale organers funksjoner i ADL-trening, kan ergoterapeuten forstå pasienten selv når de ikke kan uttrykke seg verbalt. Med dette vil ergoterapeuten kunne ivareta klientsentrering da terapeuten kan tilpasse ADL-intervensjonen ut ifra hver enkelt pasient.

Gradering av aktivitet og tilpassing av omgivelsene er svært viktig i en intensiv-ergoterapeuts arbeid, som også vil bidra til å ivareta klientsentrering. Forskning hevder at ergoterapeuter bør gradere aktivitet i arbeid med intensivpasienter og ADL-trening. Deltakelse gjennom graderte og strukturerte meningsfulle aktiviteter, utfordrer intensivpasienter på en slik måte at pasienten unngår sensorisk overbelastning og deprivasjon (Howell, 1999, sitert i Rapolthy-Beck et al., 2021, s. 2). Dette støttes opp av informantene som la stor vekt på at gradering og guiding som sentralt i intensiv-ergoterapeuters arbeid med ADL. Med tanke på at intensivpasienter er alvorlig syke og skadde, vil det naturligvis anses som at pasienten ikke vil klare aktivitetens krav uten at den er gradert. Empirien viste også at ergoterapeuter burde tilpasse omgivelsene for å oppnå best mulig resultat med ADL-trening. En av informantene vektla at det er viktig å få kartlagt pasienten og deres behov, for så å tilpasse omgivelsene så langt det lar seg gjøre. Som PEO-modellen illustrerer, er person, aktivitet og omgivelser et samlet og dynamisk system som ikke kan isoleres (Faber, 2019, s. 199). Med andre ord vil intensivpasienter sin aktivitetsutførelse være påvirket av dette samspillet for å kunne oppnå mestring, og dermed kan det anses som hensiktsmessig å gradere aktiviteter og tilpasse omgivelsene.

Dersom en ikke tilpasser omgivelsene, viser empiri at intensivpasienter lett kan bli overstimulert av disse. Apparater og utstyr på avdelingen produserer mye støy, samtidig som det ofte er mange mennesker i pasientrommet, som kan resultere i mye stimuli for pasienten. Pasienten, som er sårbar og ofte har en redusert kognitiv kapasitet, kan fort bli sliten og overstimulert. Av den grunn, kan det tenkes at omgivelsene påvirker pasienten til den grad at det ikke vil være mulig for ergoterapeuter å gjennomføre ADL-trening. Ergoterapeutisk teori viser til at ergoterapeuten har som oppgave å tilpasse omgivelsene for å fremme personers aktivitetsutførelse i intervensjon, ved å skape balanse mellom omgivelsesfaktorene, personlige faktorer og aktivitet (Faber, 2019, s. 199-200). Ved å tilpasse omgivelsene ut fra pasientens behov, eksempelvis ved å dekke til apparater som blinker for å unngå

overstimuli, kan ergoterapeuter fremme pasientens aktivitetsutførelse. I forskningsartiklene studien anvender, er det ikke et fokus hvordan de fysiske omgivelsene påvirker pasienten. Det kan tenkes at ettersom intensivavdelinger er medisinsk dominert, vil det ikke være naturlig å tilpasse de fysiske omgivelsene ettersom apparater, utstyr og ledninger er nødvendige og standarden ved en intensivavdeling.

5.2 Hva påvirker gjennomføring av ADL-trening

Empirien viser til at omgivelsene ikke er til å unngå i ergoterapeuters arbeid med ADL-trening med intensivpasienter. I intervensjon må ergoterapeutene ta hensyn til ledninger, apparater og utstyr som er koblet til pasienten, i tillegg til smittevern og restriksjoner på hvordan pasienten kan flyttes. Dette er praktiske faktorer som kan gjøre det utfordrende å gjennomføre ADL-trening. Munier (2021) oppgir at en av hovedgrunnene til at intensivpasienter ikke fikk rehabiliteringstjenester, var intubasjon med sedasjon. Det kan derfor anses som at de fysiske omgivelsene kan være hemmende for ergoterapeuters mulighet til gjennomføring av ADL-trening med intensivpasienter. Det ble i tillegg trukket frem at de sosiale omgivelsene påvirker gjennomføring av ADL-trening. Når andre profesjoner ikke har kunnskap om ergoterapi, kan det tenkes at det indirekte kan påvirke muligheten til ADL-trening. Eksempelvis ved at ergoterapeuter ikke blir henvist eller at de må forklare sin hensikt ved pasientbesøket. Det kom blant annet frem i studien til Algo & Aitken (2019) at det mangler kunnskap og utdanning om ergoterapeutens rolle blant ansatte ved intensivavdelinger, hvor flere ikke visste hva ergoterapi var og hva en ergoterapeut har utdanning til å gjøre. Derfor kan det tenkes at det settes en sosial barriere mellom andre profesjoner og ergoterapeuter, som kan være hemmende for ergoterapeutenes arbeid med ADL. I tillegg hevder Munier (2021) at synlighet av ergoterapi og mangel på anerkjennelse av andre profesjoner hindrer ergoterapeuter i å bli integrert ved intensivavdelingen. Informantene fra studien trakk fram at de opplevde å bli anerkjent av andre profesjonene, så lenge profesjonene hadde kunnskap om ergoterapi. Dette kan tyde på at når andre profesjoner kjenner til ergoterapi, fremmer det ergoterapeutens mulighet til å gjennomføre ADL-trening.

I tillegg viser funn at pasientens tilstand er essensielt i ADL-trening. Hvor syk pasienten er, påvirker hvilke aktiviteter pasienten kan gjøre og hvor mye aktivitetene må graderes og omgivelsene tilpasses. Det ble trukket frem at hos de aller sykeste intensivpasientene, er det ofte svært lave krav til aktivitetene, og dermed kan det være enklere å gjennomføre ADL-trening med dem, ettersom det kun vil være korte og enkle sekvenser som skal gjennomføres. Dette kan betraktes fra en annen synsvinkel, hvor ergoterapi nødvendigvis ikke vil være like relevant for alle intensivpasienter på grunn av sterk sedasjon, hvor de ikke vil være mottakelig for trening. Intensivavdeling er medisinsk dominert, og ergoterapi-intervensjon vil kunne bli nedprioritert på grunn av den medisinske og komplekse skaden intensivpasienter kan ha. Slik empirien påpeker, er medisinske det som er naturlig på en slik avdeling

og det som burde prioriteres først. Imidlertid trekker informantene frem at de ulike profesjonene fokuserer på ulike arbeidsoppgaver, noe som er essensielt når pasientens tilstand er kompleks. Dette støttes av Rapolthy-Beck et al. (2021) som hevder at for å optimalisere recovery er det viktig med tydelige innspill fra ulike profesjoner og at dette er noe som kan styrke fremtidig samarbeid i arbeidet med tidlig rehabilitering. I lys av dette kan et godt tverrfaglig team optimalisere rehabilitering og behandling av intensivpasienter. Samtidig har Norges retningslinjer for intensivvirksomhet også anbefalinger om et tverrprofesjonelt team som jobber sammen om tidlig rehabilitering for å sikre optimal prosess og best mulig resultat for pasienter (NAF & NSFLIS, 2014, s. 13-16). Slik intensivvirksomheten i Norge praktiseres i dag, kan det tolkes at en i større grad burde inkludere flere profesjoner så tidlig som mulig, som også empiri og forskning påpeker.

5.3 Hvorfor ergoterapeuter anvender ADL som intervensjon

Funn viser at ergoterapeuter anvender ADL som intervensjon med intensivpasienter, ettersom de ønsker å inkludere hverdagslivet til pasientene. Rutinepreget aktiviteter, som ADL, er automatiserte handlinger og er med på å forme og strukturere hverdagslivet (Petersen, 2019, s. 55; Taylor, 2019, s. 23). Det kan tenkes at intensivpasienter "mister" disse rutinene, og har behov for hjelp til å finne tilbake til hverdagen. Dermed kan det å skape rutiner i intervensjonen gjennom ADL-trening bidra til at pasientene finner tidligere tilbake til sin døgnrytme og å kan systematisere tiden. Eksempelvis kan det å gjøre morgenrutiner på morgenen, føre til at intensivpasienter oppfatter at det er morgen. ADL-trening kan derfor ses på som en måte å gi pasientene noe av deres rutiner tilbake. I lys av funnene kan en se at ADL som aktivitetsbasert intervensjon kan bidra til at intensivpasientene finner tilbake til sitt hverdagsliv. I tillegg kommer det frem i empirien at pasientene opplevde ADL som meningsfullt. Teorien viser til at meningsfull aktivitet handler om hverdagsaktiviteter (Petersen, 2019, s. 46). Det kan derfor hevdes at hverdagslivet er sentralt for intensivpasienter i behandlingen. Derimot er funnene i studien ergoterapeutenes erfaringer og beskrivelser av intensivpasienters oppfatning. Med andre ord er empirien subjektive erfaringer og det kan derfor ikke fastslås at ADL oppleves som meningsfullt for alle intensivpasienter. I likhet med empirien, er pasienters egen opplevelse av ADL-trening ikke inkludert i forskningsartiklene studien benytter.

Empirien hevder at det er viktig å jobbe med aktiviteter intensivpasienter kan gjenkjenne, da det kan bidra til at ergoterapi-intervensjonen oppleves mer meningsfull for pasienten. Ergoterapeutene ønsker å skape intuitive og gjenkjennbare situasjoner for at pasientene skal oppfatte det som forståelsesfullt, ettersom de ofte befinner seg i en forvirringstilstand. Som nevnt, er hverdagslivet noe intensivpasienter har mistet eller holder på å miste. Ved at ergoterapeuter anvender ADL i intervensjon, gjennom å vedlikeholde rutiner og gjøre de mest basale og universale hverdagsaktivitetene, kan det tenkes at dette blir oppfattet som mer forståelsesfullt for pasienter, da omgivelsene ellers kan oppleves som ukjent. En informant oppga at pasienter med delirium blir

beroliget ved bruk av ADL i intervensjonen, ettersom pasientene gjør kjente og meningsfylte aktiviteter. Dette er også noe forskning viser til, hvor ADL-trening kan ha en forbedrende effekt på delirium (Tobar et al., 2017, s. 250-251). Helsedirektoratet (2019) trekker frem at delirium påvirker pasientens kognitive funksjoner, noe som kan tenkes har en negativ innvirkning på pasientenes fysiske og psykiske helse. Rehabilitering har som mål å gi pasienter mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 3). I lys av dette, er det å forstå at gjenopptrening av funksjon med meningsfull aktivitet kan bidra til at intensivpasienter i et tidligere stadium forbedrer funksjon, som kan resultere i mer selvstendighet. Weinreich et al. (2017) støtter dette, da ny forskning viser at ADL-trening har positiv effekt på intensivpasienters funksjonsutfall. Samtidig ble det trukket frem i studiens funn at dersom pasientene kun hadde blitt pleiet, ville de ikke begynt å lære ting selv. Av den grunn kan ergoterapeuter ses på som nødvendig i gjenopptrening og gjenvinning av funksjon med pasienter i intensivbehandling. Dermed kan dette være et argument for hvorfor ergoterapeuter burde anvende ADL som aktivitetsbasert intervensjon.

Forskning viser at ergoterapi-intervensjon ved bruk av ADL-trening har god effekt. Munier (2021) konkluderer med at ergoterapi-intervensjon som inkluderer basal ADL, kan redusere forekomst av delirium og lengde på intensiv oppholdet ved å bruke en standardisert protokoll. Weinreich et al. (2017) identifiserer 10 studier som undersøkte ergoterapi-intervensjon, hvor de gjorde funn på at intensivpasienter hadde forbedret delirium, mindre bruk av beroligende midler, forbedret styrke og funksjon, og kortere sykehus- og intensivbehandling. Funnet fra empirien hevder at ved å jobbe målrettet og bevisst med aktivitet, kan det gi raskere progresjon for pasienten, færre liggedøgn, mindre avhengighet av tjenester i ettertid og generelt friskere. Det kan fremstå som at forskning og empiriens funn viser til samme resultater ved å benytte ADL som intervensjon med intensivpasienter. Imidlertid har ikke denne studie funnet forskning fra norske sykehus som viser til effekten av ADL-trening. Likevel kan det tolkes som at effekten av ergoterapi-intervensjon med intensivpasienter oppleves forholdsvis lik, uavhengig av land. Imidlertid blir det nevnt i flere av forskningsartiklene at studier som viser til effekt av ergoterapi-intervensjon kan være usikre, ettersom ergoterapeuter og fysioterapeuter ofte går sammen i behandling (Munier, 2021, s. 52-53; Tobar et al., 2017, s. 49). Av den grunn kan det være utfordrende å skille hva som er den spesifikke effekten av ADL-trening med en ergoterapeut. Empiriens funn kan ikke vise til effekt av ADL-trening som intervensjon, da de baserer seg på erfaringsbasert kunnskap.

5.4 Metodologisk drøfting

Studien har en kvalitativ metode hvor det ble benyttet semistrukturerte intervjuer. På grunn av studienes begrensinger, var det ikke mulighet til å ta lydopptak av intervjuene. Dette kan ha resultert i at studien har mistet informasjon og det kan ha oppstått feil-tolkninger ettersom det ikke var mulig å

høre gjennom intervjuene i ettertid. Det ble gjort grundige forberedelser i forkant av intervjuene, hvor oppgavene ble fordelt mellom intervjueren og referenten, og begge var godt kjent med spørsmålene. Dette resulterte i at informasjon fra informantene ble fanget opp etter beste evne.

Det ble valgt å intervju tre informanter på grunn av studiens omfang. Ettersom studiens hensikt var å utforske ergoterapeuters erfaringer, kan det tenkes at en skulle ha inkludert flere informanter for å oppnå metning av informasjon. På den andre siden omhandler studien intensivarbeid, som kan fremstå som et ukjent felt innenfor ergoterapi i Norge. Informantene fremsto forholdsvis samstemte i sine svar. Dette kan tyde på at intensiv-ergoterapeuter sitter med like erfaringer, og det dermed ikke ville utgjort store forskjeller i empirien med flere informanter. Imidlertid kan det tenkes at ved endre på innholdet i intervjugudien og å stille andre spørsmål, ville studien belyst erfaringer som kunne resultert i andre funn.

Studien lot informantene velge mellom fysisk og digitalt intervju, hvor alle informantene valgte digitalt. Informantene fikk velge hvilken plattform de ønsket å gjennomføre intervjuet på, hvor kun én informant gjennomførte med videosamtale. Dette kan ha påvirket informasjonen som ble utvekslet, ettersom en mister kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon. I tillegg vil det digitale påvirke den “naturlige” flyten i samtalen. Derimot kan valgmulighetene føre til at informantene føler seg tryggere og av den grunn ønsker å dele mer av sine tanker. Det kan også tenkes at ved å ha flere valgmuligheter til gjennomføring av intervju, vil det gjøre studien mer attraktiv for informantene å delta.

Det er forsøkt å fremstille studiens funn på en objektiv måte, men tar forbehold om at mulige feiltolkninger kan ha forekommet.

6.0 RELEVANS FOR PRAKSIS OG KONKLUSJON

I diskusjonen er empirien drøftet for å svare på studiens problemstilling, som er; "hvilke erfaringer har norske ergoterapeuter med ADL som aktivitetsbasert intervensjon med voksne intensivpasienter?". Diskusjonen belyser en nødvendighet av at norske ergoterapeuter burde i større grad integreres inn i tverrfaglige team ved intensivavdelinger, på bakgrunn av informantenes erfaringer og forskning. Begrunnelsen ligger i at ergoterapeutisk teori og studiens empiri viser til at meningsfull aktivitet omhandler hverdagsaktiviteter, hvor kunsten i ergoterapi-intervensjon er å muliggjøre engasjement i hverdagslivet gjennom aktivitet. ADL-trening ble ansett som viktig, ettersom ergoterapeutene ønsker å inkludere intensivpasienters hverdagsliv når de befinner seg i ukjente omgivelser, og empirien hevder at intensivpasientene fant ADL som meningsfullt. For å mestre hverdagslivet, er gjenopptrening i ADL essensielt å inkludere i tidlig rehabilitering. Pasienters gjenopptrening av funksjon ville ikke begynt dersom de bare skulle blitt pleiet. Ut fra dette kan det forstås at ergoterapi kan styrke det tverrfaglige teamet da de anses som den rette profesjonen til å iverksette gjenopptrening og inkludere hverdagslivet i behandlingen av intensivpasienter. Behovet for ergoterapeuters kompetanse på intensivavdelinger kan også begrunnes med andre funn fra studiens diskusjon, som hevder at ergoterapi-intervensjon ved bruk av blant annet ADL-trening er forbundet med positive resultater. For eksempel raskere selvstendighet, bedre funksjon og færre liggedøgn for pasienter. Med disse funnene kan det tenkes ved å inkludere ergoterapeuter på intensivavdelingen, vil det kunne gagne samfunnet økonomisk da antallet liggedøgn kan reduseres. Slik studiens funn påpeker, er det medisinske det som er naturlig på en intensivavdeling og det som burde prioriteres. På tross av dette, ser studien nytten av et mer standardisert ergoterapi-tilbud ved norske intensivavdelinger ettersom funn viser til positive erfaringer med ADL som aktivitetsbasert intervensjon med intensivpasienter.

7.0 REFERANSELISTE

- Aagaard, M & Langdal, I. (2019). Centrale begreber inden for ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i Ergoterapi* (4.utg., s. 111-149). Munksgaard.
- Algo, N. & Aitken, L. M. (2019). *The evolving role of occupational therapists in adult critical care in England*. Irish Journal of Occupational Therapy, 47(2), 74-94. <https://doi.org/10.1108/IJOT-04-2019-0005>
- Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2016). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Gyldendal.
- Buanes, E. A., Kvåle, R., Helland, K. F. & Barratt-Due, A. (30. August 2022). *Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak. Versjon 1.0*. Norsk intensiv- og pandemiregister. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-08/%C3%85rsrapport%202021%20Norsk%20intensiv-%20og%20pandemiregister.pdf>
- Bjerkaas, K-E. T. (2022, 11. januar). *Kjerkhols sykehustale prioriter ikke bredden i laget*. Ergoterapeutene. Hentet 28. april 2023 fra <https://ergoterapeutene.org/nyheter/kjerkhols-sykehustale-prioriterer-ikke-bredden-i-laget/>
- Costigan, F. A., Duffett, M., Harris, J. E., Baptiste, S. & Kho, M. E. (2019). *Occupational Therapy in the ICU: A Scoping Review of 221 Documents*. Online Review Articles. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003999>
- Ergoterapeutene. (2017). *Alle skal kunne delta: Ergoterapeuters kjernekompetanse*. [Brosjyre]. Norsk ergoterapeutforbund. <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256>
- Faber, L. L. (2019). Ergoterapeutisk intervention. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i Ergoterapi* (4.utg., s. 197-209). Munksgaard.
- Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *Delirium*. Helsedirektoratet. Hentet 27. april 2023 fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/delirium>

Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre Undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 4.utg. Cappelen Damm Akademisk.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative Forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Munier, V. (2021). *The Role of Rehabilitation Services in Managing Delirium in the ICU: A retrospective Chart Review*. Occupational Therapy Doctorate Capstone Projects. 79. <https://encompass.eku.edu/otdcapstones/79>

Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre. (u.å.). *Norsk intensiv- og pandemiregister*. Hentet 24. april 2023 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/register/skade-og-intensiv/norsk-intensiv-og-pandemiregister>

Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere (2014, 23. oktober) *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. <https://docplayer.me/2860635-Retningslinjer-for-intensivvirksomhet-i-norge.html>

Petersen, L. F. (2019). Hverdagslivsbegreber og ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i Ergoterapi* (4.utg., s. 45-59). Munksgaard.

Rapolthy-Beck, A., Fleming, J., Turpin, M., Sosnowski, K., Dullaway, S. & White, H. (2021). *A comparison of standard occupational therapy versus early enhanced occupation-based therapy in a medical/surgical intensive care unit: study protocol for a single site feasibility trial (EFFORT-ICU)*. Pilot and Feasibility Studies. BMC. 2021(7:51). <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00795-2>

Sverdrup, S. (2021). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag: Råd og vink. Skritt for skritt*. Cappelen Damm Akademisk.

Tuntland, H. (2014). *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. 2.utg. Høyskoleforlaget.

Tobar, E., Alvarez, E. & Garrido, M. (2017). *Cognitive stimulation and occupational therapy for*

delirium prevention. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 29(2).

<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170034>

Taylor, R. (2019). *MOHO: Kielhelfners model for menneskelig aktivitet*. Munksgaard.

World Federation of Occupational Therapy. (2012). *About Occupational Therapy*. WFOT.

<https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Weinreich, M., Herman, J., Dickason, S. & Mayo, H. (2017). *Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review*. Occupational Therapy in Health Care, 31(3), 205-213.

<https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1340690>

Woodard, M. M. (2020). *The Occupational Therapy Intensive Care Unit Guide: A Practical Guide for Implementing Occupational Therapy Services with People who are Critically Ill*. [Doctoral Project, Boston University] ProQuest Dissertations Publishing.

<https://open.bu.edu/ds2/stream/?#/documents/384894/page/12>

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling: "Hvilke erfaringer har norske ergoterapeuter med ADL som aktivitetsbasert intervensjon med voksne intensivpasienter?"

Introduksjonsspørsmål

Kan du fortelle om din yrkesbakgrunn?

Hvordan er din tilknytning til intensivavdelingen; har du stilling der eller er du knyttet til en annen avdeling, men blir henvist til intensivavdeling?

Tema	Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
Generelt om ergoterapi knyttet til intensivavdeling	Hva syns du om det å være ergoterapeut på intensivavdeling? Når du møter en pasient for første gang, kan du beskrive hva det er det du ser etter?	Hvordan vil du beskrive din rolle? Hva er den "typiske" begrunnelsen til henvisninger (som sykepleier/lege sender)? Hva er den "typiske" pasienten (tilstand) som møter deg når du får henvisning? Er det noe du er spesielt opptatt av når du går inn i et pasientrom?
ADL med intensivpasienter	Når i forløpet bruker du ADL med intensivpasienter? Hva synes du om ADL som intervensjon? Tidsperspektiv, hverdagslivet, rutiner. Hva betyr disse ordene, når du jobber med ADL? Hvordan opplever du andre profesjoners (i det tverrfaglige teamet) fokus på bruk av ADL?	Er det en spesiell type ADL du bruker? (Basale ADL) Er det noen utfordringer? Har du inntrykk av at de andre profesjonene bruker ADL? Hva vil du si er hovedforskjellen (av bruken av ADL) mellom dem og en ergoterapeut?

	<p>Kan du forklare med dine ord omgivelsenes påvirkning på ADL?</p> <p>Hvordan føler du mulighetene dine er for å gjennomføre ADL-trening?</p>	<p>Hva er det som fremmer? Hva er det som hemmer?</p>
<p>Har du avslutningsvis noe mer du ønsker å tilføye som du ikke har fått sagt?</p>		

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Samtykkeskjema

Dette er et spørsmål til deg om å delta i vårt bachelorprosjekt hvor formålet er å intervjuere ergoterapeuter om deres opplevelser og refleksjoner rundt erfaringer fra intensivavdeling. Du bestemmer selv hvor mye du ønsker å dele av dine erfaringer.

Om vårt bachelorprosjekt

Vi er to ergoterapistudenter ved NTNU. Vårt utgangspunkt er å undersøke ergoterapeuters erfaringer med ADL som aktivitetsbasert intervensjon blant intensivpasienter >18 år. Bakgrunn til valg tema og problemstilling er at forskning viser til at ergoterapi-intervensjon ved intensivavdeling er assosiert med positive effekter blant kritisk syke pasienter. Derimot er det behov for ytterligere avklaringer av hvilken type intervensjoner ergoterapeuter kan utføre og effekten av disse. Flere studier viser til ADL som en intervensjon anvendt i behandling med intensivpasienter.

Hva det innebærer

Dersom du velger å delta, innebærer dette at du vil bli intervjuet av oss. Intervjuet vil enten foregå digitalt eller fysisk, avhengig av hvor du befinner deg eller hvilke muligheter du har. Vi har mulighet til å gjennomføre fysisk intervju hvis det geografisk lar seg gjøre. Ellers er vi åpen for alle digitale plattformer, som Zoom, Skype, FaceTime, etc. Vi kan også ringes over telefon om du foretrekker det. Det vil IKKE bli tatt opp lyd under intervjuet. Vi ser for oss at intervjuet ikke vil ta mer enn 1 time. På grunn av bacheloroppgavens omfang, ønsker vi å gjennomføre intervju så fort som mulig.

Hvordan behandler vi dine opplysninger

Vi behandler dine opplysninger konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dersom opplysninger eller omtale om pasienter kommer frem i intervjuet skal vi utelate direkte og indirekte personidentifiserbare opplysninger, det vil si opplysninger som navn, navn på institusjoner, tidspunkter, spesielle diagnoser, hendelser eller liknende.

Anonymitet

Opplysningene du angir anonymiseres når prosjektet avsluttes. Prosjektet skal etter planen være slutt mai 2023. Som nevnt, vil vi IKKE ta opp lyd fra intervjuet. Lagret data fra prosjektet skal ikke kunne bidra til at du blir gjenkjent.

Du har rett til å trekke deg fra prosjektet når som helst i prosessen. Opplysninger du har gitt vil da ikke bli anvendt i prosjektet.

Dersom du ønsker å delta, svarer du på denne e-posten der du skriver:

Samtykkeerklæring:

Jeg (navn) _____ har mottatt informasjon om studien, og jeg ønsker å stille til intervju.

Har du spørsmål eller ønsker mer informasjon kan vi kontaktes på telefonnummer eller e-post.

Vi håper du ønsker å delta!

Ettersom bacheloroppgaven er i en begrenset periode, håper vi på svar fort.

Med vennlig hilsen

Studenter

Vedlegg 3: Ordsdy



Bilde 1: Ordsdy

