

Sigrid Svartbrenna Bye (10004)  
Marlene Kragstad Ringerike (10006)  
Magnus Støp (10015)

## **Oppnå hverdagsmestring: Ergoterapeuters bidrag ved revmatiske sykdommer og fatigue**

Achieving Everyday Coping: Occupational  
Therapists` Contributions to Rheumatic  
Diseases and Fatigue

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Anne Myhre Sølvberg  
Mai 2024



Sigrud Svartbrenna Bye (10004)  
Marlene Kragstad Ringerike (10006)  
Magnus Støp (10015)

## **Oppnå hverdagsmestring: Ergoterapeuters bidrag ved revmatiske sykdommer og fatigue**

Achieving Everyday Coping: Occupational  
Therapists` Contributions to Rheumatic Diseases  
and Fatigue

Bacheloroppgave i Ergoterapi  
Veileder: Anne Myhre Sølvsberg  
Mai 2024

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



Kunnskap for en bedre verden



## **Sammendrag**

Ergoterapitjenesten er en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som er viktig for fremtiden. Ergoterapeuter benytter ergoterapeutisk intervensjoner i sitt arbeid som er forebyggende for både mennesker og samfunnet. Hensikten med studien er å undersøke hva ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten kan bidra med for å oppnå hverdagsmestring hos pasienter med revmatiske sykdommer og fatigue.

I studien benyttes kvalitativ metode for innsamling av data. Det er intervjuet seks ergoterapeuter innen spesialisthelsetjenesten. Ved gjennomgang av tematisk analyse benyttes metoden til Braun & Clark (2006). Resultatene viser til at ergoterapeuter benytter ulike strategier i møte med pasienter med revmatiske sykdommer og fatigue. Strategier som samtaler og veiledning for aktivitetsregulering, aktivitetsprioritering og energiøkonomisering bidrar til oppnåelse av aktivitetsbalanse hos pasientgruppen. Brukermedvirkning i intervensjon bidrar til at rehabiliteringen blir tilpasset hver enkelt og oppleves meningsfull og motiverende. I studien ser man på ergoterapeutisk kjernekompetanse under rehabilitering for å fungere i hverdagen med samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Ergoterapeutene bidrar med veiledning og samtaler om håndtering av sykdom, holde seg i jobb og være deltagende i eget liv. Ved hjelp av dette har pasientgruppen fått ulike strategier for å oppnå aktivitetsbalanse i hverdagen. Oppnåelse av aktivitetsbalanse i en hverdag med kronisk sykdom fører til hverdagsmestring.

**Nøkkelord:** Ergoterapi, revmatisk sykdom, fatigue, hverdagsmestring, aktivitetsbalanse

## **Forord**

Denne bacheloroppgaven symboliserer slutten på tre år ved Ergoterapiutdannelsen på NTNU i Gjøvik. Vi har vært tre studenter som har samarbeidet gjennom studien. Vi ønsker med dette å takke hverandre for et godt samarbeid gjennom prosessen av bacheloren. I tillegg vil vi takke veileder for alle tilbakemeldinger og råd på veien, emneansvarlig for informative seminarer, og informantene som har satt av tid til å være med på intervjuer og besvart våre spørsmål.

## **Innholdsfortegnelse**

1. Innledning og bakgrunn .....	4
1.1. Samfunnsaktualitet .....	4
1.2. Tema og relevans for ergoterapi.....	5
1.3. Tidligere forskning .....	6
1.4. Teoretisk perspektiv - Aktivitetsbalanse .....	8
1.5. Begrepsavklaring.....	9
1.5.1. Revmatisk sykdom .....	9
1.5.2. Hverdagsmestring.....	10
1.5.3. Fatigue .....	10
1.5.4. Deltagelse .....	10
1.6. Hensikt, forskningsspørsmål .....	11
1.7. Avgrensning .....	11
1.8. Struktur for studien.....	11
2. Metode .....	12
2.1. Begrunnelse for valg av metode.....	12
2.2. Utvalg av informanter .....	12
2.3. Beskrivelse av fremgangsmåten for innsamling av data.....	13
2.3.1. Innsamling av kvalitative data.....	13
2.3.2. Innsamling av tidligere forskning.....	13
2.4. Beskrivelse av fremgangsmåten ved analyse .....	14
2.5. Ethiske overveielser i oppgaven.....	16
3. Resultater .....	18
3.1. Ergoterapeutenes forståelse av begrepet “hverdagsmestring” .....	19
3.2. Ergoterapeutisk intervensjon.....	20
3.2.1. Kartlegging .....	20
3.2.2. Tiltak.....	21
3.3. Fatigue.....	22
3.4. Arbeid og deltagelse.....	23
3.4.1. Arbeid .....	23
3.4.2. Deltagelse .....	24

4. Diskusjon .....	25
4.1. Diskusjon av resultat .....	25
4.1.2. Ergoterapeutisk intervensjon .....	25
4.1.3. Fatigue .....	26
4.1.4. Arbeid og deltagelse .....	28
4.2. Diskusjon av metode .....	29
4.2.1. Valg av metode .....	29
4.2.2 Forforståelse .....	29
4.2.2. Teori og tidligere forskning .....	30
4.2.3. Gjennomføring av intervju .....	30
4.2.4. Utførelse av analyse.....	30
4.3. Relevans for praksis .....	31
5. Konklusjon.....	32
6. Referanser .....	33
7. Vedlegg .....	39
2.1. Intervjuguide .....	39
2.2. Pico-skjema .....	42
2.3. Informasjonsskriv.....	42
2.4. SIKT godkjenning .....	46

## **Tabellfortegnelse**

Tabell 1.1.: Revmatiske diagnoser.....	9-10
Tabell 2.1.: Veien fra koder til temaer og subtemaer.....	16
Tabell 3.1.: Forholdet mellom temaer i intervjuguide og i studiens resultatdel.....	18-19

# **1. Innledning og bakgrunn**

## **1.1. Samfunnsaktualitet**

I NOU 2023:4 “Tid for handling”, legges det frem et ønske om et bedre rekrutteringstilbud innenfor helse- og omsorgstjenestene. I NOU-rapporten er personellet selve ryggraden i helse- og omsorgstjenestene, og i tiden fremover kommer det til å bli større press og vanskeligere rekruttering for et bærekraftig helsepersonell (NOU 2023: 4. (2021-2023), s.11). Innen 2040 ønsker regjeringen et mer bærekraftig helse- og omsorgstilbud, men som følge av den demografiske utviklingen må man belage seg på nye løsninger (Meld. St. 9 (2023-2024), s.16). Grunnet rekrutteringsutfordringer og mangel på helsepersonellstillinger, blir man nødt til å utføre et omstillingsarbeid innen arbeidsoppgaver i både kommune- og spesialisthelsetjenesten (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 16).

I Norge har én av fire nordmenn en sykdom relatert til muskel- og skjelettsystemet, og mer enn 300 000 av disse har en revmatisk diagnose. Blant sykemeldte og uføre i dagens samfunn er muskel- og skjelettplager den viktigste årsaken (Norsk revmatikerforbund, u. å.). Mange av de revmatiske sykdommene er kroniske og symptomene som eksempelvis stivhet, smerter i ledd og muskler, kan gjøre det vanskelig å fullføre et arbeid eller være tilstedeværende i et arbeidsliv (Norsk revmatikerforbund, u. å.). I tillegg kan det å fungere i eget hjem og gjennomføre ADL-aktiviteter (Activities of Daily Living) være en utfordring. Personer med revmatiske sykdommer, eksempelvis leddgikt, vil derfor ha behov for ADL-intervensjon (Tuntland, 2020, s.28). En stor andel pasienter med revmatisk sykdom har en høy forekomst av fatigue, der en av to pasienter rapporterer at de har alvorlig utmattelse (Dahl-Johansen, 2019). Dette påvirker pasientens mulighet for arbeid og har en stor innvirkning på deres hverdagsliv (Dahl-Johansen, 2019). Et stort antall av disse pasientene mener at fatigue er verre enn selve smertene fra den revmatiske sykdommen (Dahl-Johansen, 2019). Artikkelen til Davies et al. (2021) forteller at fatigue er et utbredt symptom som er funksjonshemmende og vanskelig å håndtere. Behandlingen bør tilpasses hver pasient og ikke benytte samme tilnærming (Davis et al., 2021, s. 662). Artikkelen avslutter med at fremtidige studier som undersøker fatigue kan identifisere intervensjoner på tvers av flere kroniske sykdommer (Davies et al., 2021, s. 662).



Temaet for denne studien er pasienter med revmatiske sykdommer og fatigue, og hva ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten kan bidra med for å oppnå hverdagsmestring for pasientgruppen. Studien belyser viktigheten med ergoterapitjenesten i møte med pasienter med kronisk sykdom, og at ergoterapitjenester er en bærekraftig helseprofesjon som er nødvendig for fremtiden. Det ses et kunnskapshull i forskning på fatigue og utmattelse ved revmatisk sykdom. Med dette i grunn, kan valgt tema være svært samfunnsaktuelt. Studien ser nærmere på hvordan ergoterapeuter arbeider mot et mer økonomisk bærekraftig samfunn der flest mulig pasienter kan være deltagende og føle på verdighet og mestring i hverdagslivet.

## **1.2. Tema og relevans for ergoterapi**

Ergoterapeuter arbeider brukersentrert og starter behandling med spørsmålet: “Hva er viktig for deg?”, for å finne meningsfulle aktiviteter og hvor en vil delta i hverdagslivet (Bjerkaas, 2019). Brukermedvirkning er et sentralt begrep under ergoterapeutisk intervensjon. Dette betyr at pasienten er deltagende i egen behandling og skal kunne påvirke valg av tiltak, og har rett på informasjon (Bredland et. Al., 2018, s. 45). Med sitt unike syn på samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser bidrar de til å møte samfunnet og den enkeltes helseutfordringer for deltagelse og inkludering (Bjerkaas, 2019). De benytter ofte praksismodeller som tar utgangspunkt i pasientens verdier, interesser, egen vurdering av kapasitet og effektivitet, roller, vaner og utførelsesrelaterte erfaringer i relevante omgivelser (Kristensen & Petersen, 2019, s. 178). Et eksempel er Kielhofner sin Model of Human Occupation, MOHO. MOHO består av syv trinn for å utvikle, gjennomføre og kontrollere en plan for ergoterapi ved å kartlegge, sette mål, sette i gang ergoterapeutisk intervensjon og vurdere resultatene av intervensjonen (Taylor, 2019, s. 223-224).

Ergoterapeuter har kunnskap og kompetanse om hvordan revmatiske sykdommer påvirker hverdagsaktivitetene mennesker omringer seg med og de rollene man har i hverdagen (Gran, 2023; Uhlig et al., 2014, s.21). Dette innebærer informasjon om diagnosen, kunnskap om aktivitetsregulering og måter man kan organisere hverdagen på, samt kunnskap om hjelpemidler som kan være nødvendige for hverdagen (Gran, 2023). Ergoterapeuter vil med sin kompetanse om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser bidra til deltagelse og inkludering på ulike arenaer i en pasients hverdag (Ergoterapeutene, u.å). Ergoterapeuters kjernekompetanse bidrar

også til et mer bærekraftig helsetilbud, ved å gjennomføre bærekraftige tjenester som fremmer hverdagsmestring gjennom å muliggjøre aktivitet og deltagelse (Bjerkaas, 2021).

Ifølge Norsk Helseinformatikk (2022), vil revmatiske sykdommer gi et behov for hjelp til mestring av sosiale og psykiske utfordringer. Personer som har fått leddgikt vil ha økt risiko for å falle ut av arbeidslivet og miste sosial tilknytning, som kan oppleves som tap av meningsfull aktivitet og påvirke den psykiske helsen (Norsk helseinformatikk, 2022). Personer med leddgikt vil kunne ha nytte av tilpasset informasjon, veiledning og utprøving av alternative arbeidsmetoder, og teste forskjellige metoder man kan organisere hverdagen på (Uhlig et al., 2014, s.21). Ergoterapeuters rolle i et rehabiliteringsforløp dreier seg om å identifisere områder som har betydning for pasienten og gjennomføre intervensjoner som har til hensikt i å forbedre utførelsen av meningsfull aktivitet (Hansen & Boel, 2020, s.16-17).

### **1.3. Tidligere forskning**

Det er tidligere forsket på hvilke erfaringer ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten har med muliggjøring av hverdagsmestring for unge voksne med revmatisk sykdom i en Bacheloroppgave ved Høgskulen Vestlandet (Simonsen & Nesheim, 2022, s. 3). Resultatene i studien viste at ergoterapeutene har ulike prosesser for å møte behovene til målgruppen via god kartlegging og veiledning i ulike aktiviteter, både med og uten standardiserte kartleggingsverktøy. De er alle enige om at man må benytte en metode for kartlegging som appellerer til de unge voksne på en god måte (Simonsen & Nesheim, 2022, s. 14-19). Å selv være med i aktivitet hjelper pasienten til å yte bedre og at pasientene opplever økt mestring selv om aktivitetene kan være utfordrende grunnet smerter eller utmattelse (Simonsen & Nesheim, 2022, s. 19). Dersom pasienten føler seg nedbrutt grunnet smerter eller utmattelse, var det viktig med samtale med pasienten (Simonsen & Nesheim, 2022, s. 19).

Det er også gjort forskning på arbeidsdeltagelse ved revmatisk sykdom hos Revmatismeisykehuset Lillehammer. Her ønsket ergoterapeutene å tydeliggjøre hva ergoterapi kan bidra med for å fremme arbeidsdeltagelse hos pasientgruppen. Resultatene viste større faglig trygghet og samarbeidsmuligheter (Thorsen et al., 2020, s. 28). Ved hjelp av kunnskapsbasert praksis fikk de utviklet egnede kartleggingsverktøy og metoder for å fremme arbeidsdeltagelsen.

De fikk bredere kunnskap om hvilke utfordringer pasientene ofte har i arbeid med revmatisk sykdom, og hva ergoterapeuter kan bidra med her. De fikk også bredere kunnskap om samarbeidspartnere og utviklet ulike modeller til hjelp i prosess med pasientene. Samtaler rundt aktivitetsprioritering ble rapportert fra pasientene som en svært viktig prosess for å selv kunne sette opp gjøremål som skulle prioriteres i en hverdag preget av utmattelse (Thorsen et al., 2020, s. 31). Funnene ved forskningen viser at arbeidsstatus ofte er viktigere enn selve leddbetennelsen i et rehabiliteringsforløp. De ser også at tiltak på arbeidsplassen i kombinasjon med veiledning og ergoterapeutisk intervensjon bidrar til forebygging av sykefravær (Thorsen et al., 2021, s. 33). Avslutningsvis presenteres det at det kan være økonomisk lønnsomt at pasientgruppen møter ergoterapeut i tidlig fase for å forebygge sykdomsforløp og for å klare seg lengst mulig uten medisiner og andre tiltak som å melde seg ufør, flere fastlegebesøk eller fysioterapi (Thorsen et al., 2021, s. 33).

En annen artikkel har sett på effekten av ergoterapeutisk intervensjon for voksne med Revmatoid artritt, RA (Siegel et Al., 2017, s. 1). Resultatene viser at aktivitetsintervensjoner, trening i fysisk aktivitet, hjelper for bedre funksjon i ulike ledd og deler av kroppen, økt styrke, bedre livskvalitet, mindre smerter, men også endringer i sykdomsforløpet som mer hevelser og i noen grad mer smerter (Siegel et Al., 2017, s. 3-4). Med psykiske aktivitetsintervensjoner viser resultatene at intervensjonene hjelper for å bedre funksjonen, øke følelse av mestring, minske smerter, minske grad av depresjon, pasientene fikk flere ressurser i form av hvordan håndtere smerter, færre opplevde stivelser på morgenen og flere opplevde mer effektivitet i aktiviteter som ble gjort i løpet av dagen (Siegel et Al., 2017, s. 5-7). Konklusjonen forteller om viktigheten rundt å tilpasse intervensjon for hver pasient og at intervensjon bør gjennomføres selv i en u-stabil tid i sykdomsforløpet (Siegel et Al., 2017, s. 8). Samtaler og undervisning har noe, om ikke like, resultater for bedring av både den fysiske og psykiske formen (Siegel et al., 2017, s. 8).

En artikkel forteller om revmatisk sykdom og utmattelse, og om erfaringene til deltagerne som deltok i en aktivitetsreguleringsgruppe (Søvik et al., 2021, s. 628). I Artikkelen blir aktivitetsregulering beskrevet som å øke bevisstheten om hvordan man kan påvirke og håndtere dagliglivet, vurdere hvilke aktiviteter som er viktige, planlegge og prioritere aktiviteter og prøve å balansere bruken av energi i utførelsen av daglige aktiviteter (Søvik et al., 2021, s. 629). Utmattelse blir beskrevet som en subjektiv følelse som kan ha fysiske, kognitive og emosjonelle

konsekvenser, og at det er overveldende og ukontrollerbart (Søvik et al., 2021, s. 628). Ettersom en medisinsk tilnærming ikke har like god effekt hos alle, kan det være nødvendig med en ikke-medisinsk tilnærming (Søvik et al., 2021, s. 628). Et av resultatene i artikkelen sier at før deltakelse i studien, ble det uttrykt at deltakerne hadde manglende kunnskap om utmattelse (Søvik et al., 2021, s. 634). Konklusjonen i artikkelen sier at det er viktig å øke pasientenes forståelse av utmattelse og bidra med veiledning for håndtering av hverdagen (Søvik et al., 2021, s.637). Avslutningsvis forteller forfatterne at pasientene ikke blir tatt på alvor når de nevner fatigue blant helsepersonell, og legger vekt på at dette må frem i lyset med arbeid innen revmatologi (Søvik, et al., 2021, s. 634).

#### **1.4. Teoretisk perspektiv - Aktivitetsbalanse**

I studien blir det benyttet aktivitetsvitenskapelig teori for å forankre oppgaven i ergoterapi-faget. Det ses hensiktsmessig å benytte den ergoterapeutiske aktivitetsteorien «aktivitetsbalanse» som teoretisk perspektiv under diskusjonen av studiens resultater.

Aktivitetsbalanse har en lang historie innenfor ergoterapi og er et kjernebegrep innenfor faget (Håkansson et al., 2017, s.111). Aktivitetsbalanse er et dynamisk og subjektivt begrep, og dreier seg om menneskets eget syn på aktivitetsmønster og hvordan man føler seg tilfreds med aktiviteten/ene (Håkansson et al., 2017, s. 114). Begrepet defineres som *“en variation mellom forskjellig aktiviteter. Dermed er der ikke kun tale om enkelte dominerende aktiviteter, men forskjellige aktiviteter, hvor den totale mængde af aktivitet passer med personens ressourcer i form av tid, ressourcer og formåen”* (Mærsk & Wolters, 2019, s. 68). Det er kun en selv som kan bedømme sin grad av aktivitetsbalanse, men viktig å bemerke at omgivelsene har en stor påvirkning (Håkansson et al., 2022, s. 154). Selve aktivitetene som pasientene engasjerer seg i (meningsfulle aktiviteter) skal passe til individets fysiske, mentale og sosiale behov, i tillegg til behovet for hvile, for å oppleve aktivitetsbalanse (Håkansson et al., 2022, s. 155-156).

Funksjonsnedsettelse ved følge av kroniske sykdommer fører ofte til at individets ressurser og kapasitet påvirkes (Håkansson et al., 2022, s. 158). Dette kan føre til aktivitetsubalanse. Når et menneske føler på aktivitetsubalanse tar aktiviteten ofte mer tid og energi enn hva personen har ressurser til, og utførelsen av de ulike aktivitetene har ikke lenger en meningsfull verdi (Håkansson et al. 2017, s.115). Aktivitetsbalanse kan sees relevant for vår oppgave, da pasienter

med revmatiske sykdommer i stor grad kan miste store deler av fungering i hverdagen, på grunn av nedsatt funksjon ved smerter og utmattelse (Palm, 2023).

## 1.5. Begrepsavklaring

### 1.5.1. Revmatisk sykdom

Helsenorge (u.å) omtaler begrepet slik: *“Revmatisk sykdom er en fellesbetegnelse på et stort antall sykdommer som angriper ledd, muskler, senehinner, nerver, hud, lunger, slimhinner og andre organer”*. Det finnes over 200 forskjellige revmatiske diagnoser og de fleste er kroniske, og medfører stivhet og smerter i ledd og muskler (Norsk revmatikerforbund, u. å.). De fire hyppigste diagnosene som kommer frem i datainnsamlingen er:

**Tabell 1.1.:** Revmatiske diagnoser.

Diagnose	Beskrivelse
Revmatoid artritt, RA, eller leddgikt	En kronisk og progressiv betennelsessykdom (Norsk revmatikerforbund, u. å.). Ved leddgikt har man ofte betennelser symmetrisk (for eksempel i begge hender, eller begge knær) i ledd som gir smerte, stivhet og hevelse (Norsk revmatikerforbund, u. å.).
Artrose, eller slitasjegikt	Er den vanligste og mest utbredte revmatiske leddsykdommen og er en degenerativ leddsykdom (Norsk revmatikerforbund, u. å.). Det foregår en destruksjon av leddbrusken og reaktiv bennydannelse i periferien av leddene (Norsk revmatikerforbund, u. å.). Artrose kan komme i alle ledd, men i studien er håndartrose mest utbredt.

Psoriasisartritt	Deles i to da psoriasis er en hudsykdom som karakteriseres av røde avgrensede utslett som ofte er skjellende, mens artritt er betennelse i ett eller flere ledd (Norsk revmatikerforbund, u. å.).
Systemisk sklerose	Er en autoimmun sykdom som angriper kroppens bindevev (Norsk revmatikerforbund, u. å.). Dette resulterer blant annet i stram og fortykket hud som minsker bevegelse (Norsk revmatikerforbund, u. å.).

### 1.5.2. Hverdagsmestring

Ordet “hverdagsmestring” kan beskrives som den måten en person forholder seg til krevende situasjoner i hverdagen på (Eide & Eide, 2021, s.48). Funksjonsfall i forbindelse med skade, ulykke eller en alvorlig sykdom, som i denne studien er en revmatisk sykdom, kan i stor grad utfordre følelsen av hverdagsmestring (Eide & Eide, 2021, s. 49).

### 1.5.3. Fatigue

Fatigue er en følelse av total utmattelse og mangel på energi, som ikke bedres ved søvn eller hvile (Kvam, 2020). Fatigue er et symptom med mange ulike årsaker, hvor for eksempel en revmatisk sykdom ligger i grunn. Ved et symptom som fatigue kan det å utføre daglige gjøremål, konsentrere seg og være motivert, være krevende (Kvam, 2020).

### 1.5.4. Deltagelse

Det finnes flere perspektiver på deltagelse. Et perspektiv er den sosiale deltagelsen, som ofte er forbundet med synet på funksjonshemming som skapes eller hindres i interaksjoner med omgivelsene (Bredland et al., 2018, s. 39). Et annet perspektiv går ut på funksjon, funksjonshemming og helse, der deltagelse er beskrevet som den enkeltes engasjement i egen livssituasjon (Bredland et al., 2018, s. 39). Et tredje perspektiv går på opplevelsen av å delta eller

føle seg inkludert (Bredland et al., 2018, s. 39). Her kan en person delta ved å bestemme og kontrollere sine omgivelser, selv om man ikke kan utføre handlingen (Bredland et al., 2018, s. 40).

## **1.6. Hensikt, forskningsspørsmål**

Tidligere nevnt i innledningen, har en stor andel av Norges befolkning en revmatisk sykdom (Norsk revmatikkerforbund, u. å.). Mange av disse opplever også følgesdiagnosen fatigue (Dahl-Johansen, 2019). Vi ønsker å se på hvilke tiltak ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten utfører gjennom rehabiliteringsprosessen for pasienter med revmatisk sykdom og fatigue.

Forskningsspørsmålet ble derfor:

“Hva kan ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten bidra med for å oppnå hverdagsmestring hos pasienter med revmatiske sykdommer og fatigue”

## **1.7. Avgrensning**

Studien er avgrenset til ergoterapeuters arbeid og bruk av kompetanse i møte med pasienter med en revmatisk sykdom og fatigue. Studiens deltagere er ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten, som jobber eller har jobbet på en revmatisk avdeling. Ergoterapeutene er hentet fra hele landet, uavhengig av erfaringsnivå.

## **1.8. Struktur for studien**

Studien følger IMRAD-struktur med innledning, metode, resultat og (and) diskusjon. Innledningen handler om bakgrunnen for valg av forskningsspørsmål med hensikt fra samfunnsaktualitet, tema og relevans for ergoterapi, tidligere forskning og begrepsavklaring. Metode-delen begrunner og forklarer utførelsen av innsamling av data, samt fremgangsmåten ved analyse. Resultatene av dataen legges frem i fire hovedtemaer, før vi drøfter resultatene i lys av tidligere forskning, teoretisk perspektiv og forskningsspørsmålet. Deretter drøftes metoden for studien og relevans for praksis. Studien avsluttes med konklusjon som oppsummerer funnene og besvarer forskningsspørsmålet.

## **2. Metode**

### **2.1. Begrunnelse for valg av metode**

I bacheloroppgaven tas det utgangspunkt i et sosialkonstruktivistisk verdenssyn. Et sosialkonstruktivistisk verdenssyn har søkelys på kontekst av historisk og kulturell setting, og fremmer subjektive meninger og erfaringer (Creswell & Creswell, 2018, s. 7-8). Verdenssynet ses hensiktsmessig å benytte i studien på grunnlag av at forskningsspørsmålet spør etter ergoterapeutenes erfaring ved tiltak i intervensjon.

Forskningsmetoden som benyttes i studien er kvalitativ metode. Denne forskningsmetoden benyttes ved innsamling og analyse av kvalitative data i form av intervju (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 42-44). Ved et kvalitativt forskningsintervju vil intervjuet sikte mot nyanserte beskrivelser av den intervjuedes livsverden gjennom ord og ikke tall, noe som ønskes i denne studien (Kvale & Brinkmann, 2022, s.47). Denne kvalitative studien vil bygge på ergoterapeutenes opplevelser og erfaringer. Ved å benytte kvalitative forskningsintervju er det ønskelig å besvare forskningsspørsmålet med syn og informasjon fra intervjupersonenes side (Kvale & Brinkmann, 2022, s.47).

### **2.2. Utvalg av informanter**

Det ble tatt direkte kontakt med ergoterapeuter innen spesialisthelsetjenesten som jobbet med revmatiske sykdommer. Kontaktinformasjonen ble hentet fra tidligere praksisveileder-lister og tips fra ergoterapeuter. Det ble sendt seksten e-poster og studien endte til slutt med seks informanter. Informantene har ulike erfaringer innenfor revmatologi og det er et spenn på to til tjue års arbeidserfaring hos de forskjellige.



## **2.3. Beskrivelse av fremgangsmåten for innsamling av data**

### **2.3.1. Innsamling av kvalitative data**

Intervjuene ble utført ved hjelp av en intervjuguide med spørsmål relatert til deres erfaringer med pasienter med revmatisk sykdom og fatiuge. Intervjuguiden følger et semistrukturert intervju som inneholdt en liste over ønskelige spørsmål (vedlegg, 2.1.). Disse inneholdt både faktaspørsmål og meningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 47). Rekkefølgen på spørsmålene og temaene varierte etter hva som ble naturlig under intervjuet (Sverdrup, 2021, s. 62). Deler av intervjuguiden ble sendt til informantene etter avtale om intervju, slik at informantene også kunne møte forberedt.

Intensjonen for intervjuet var å samle inn datamateriale som kunne besvare forskningsspørsmålet. Alle gruppelemmene var til stede på alle intervjuene og arbeidsoppgavene ble bestemt på forhånd. Rollene varierte fra hvert intervju, hvor en hadde hovedansvar for intervjuet og de to andre observerte. Selve intervjuet ble tatt opp via mobiltelefonen til en av gruppelemmene, som ble transkribert via et digitalt program. Det ble valgt å benytte universitetet sitt transkriberingsprogram "Fra tale til tekst" (NTNU, u. å.). Mobiltelefonen var satt i flymodus under intervjuet, til overføringen til pc var utført og opptaket var slettet fra mobiltelefonen. Intervjuene ble gjennomført både fysisk og digitalt på bakgrunn av geografiske avstander mellom informant og gruppen. Intervjuene varte fra 15-45 minutter og transkripsjonen kom på alt fra 8-19 sider.

### **2.3.2. Innsamling av tidligere forskning**

Den tidligere forskningen som er brukt i studien ble innhentet via et strukturert søk i databasen PubMed. Søket ble avgrenset av PICO-skjema (vedlegg, 2.2.) for oversikt over hvilke temaer det var ønskelig å finne tidligere forskning på. Søkerordene ble hentet fra forskningsspørsmålet.

## 2.4. Beskrivelse av fremgangsmåten ved analyse

Ved analysen av den innhentede dataen benyttes det tematisk analyse. Den tematiske analysen er en metode som organiserer dataen inn i mønstre/temaer (Braun & Clarke, 2006, s. 97). Fordelene med tematisk analyse ved en kvalitativ studie, er at gjennomføringen er både lett å lære og utføre (Braun & Clarke, 2006, s.97). Analysen fremhever likheter og forskjeller på tvers av datainnsamlingen og oppsummerer nøkkelegenskaper ved et stort datamateriale (Braun & Clarke, 2006, s. 97). Fremgangsmåten for analyse av data ble tatt i utgangspunktet til Braun & Clarke (2006, s. 87-93). Denne prosessen inndeles inn i seks faser.

### *Fase 1 - Bli kjent med datamaterialet*

I første fase av analysen ble intervjuet transkribert og de første ideene og tankene rundt ulike koder ble notert (Braun & Clarke, 2006, s. 87-88). Det ble transkribert direkte uten å legge til informasjon mellom linjene. Lydopptaket ble overført fra mobil til pc før det ble lastet opp i et godkjent transkriberingsprogram via universitetet. Det non-verbale ble værende slik det ble fortalt under intervjuene, for å sikre ivaretagelse av konteksten. Transkriberingsteksten ble gjennomgått nøye med hjelp av lydopptaket for at den skriftlige formen ble ivaretatt ordrett.

### *Fase 2 - Generering av koder*

I fase to av analysen ble empirien lest over flere ganger slik at den innhentede informasjonen ble godt kjent for gruppe medlemmene. Teksten ble lest nøye, og deretter ble empirien systematisk kodet etter trekk og egenskaper. Kodingen ble organisert via farger, og relevant data ble systematisk satt sammen. Ut ifra empirien ble kodene: *hverdagsmestring, diagnoser (og ulike utfordringer), tiltak, fatigue/utmattelse, arbeid, tverrfaglig samarbeid, kartleggingsverktøy og brukermedvirkning.*

### *Fase 3 - Søk etter temaer*

I fase tre ble den tidligere kodingen av empirien organisert og satt sammen i relevante temaer. Ved å samle sammen likhetstrekk i kodene og sortere empirien etter innhold og relevans for studien, ble det oppdaget mulige temaer. Det ble notert ned ideer for fire hovedtemaer:

*Ergoterapeutenes forståelse av begrepet hverdagsmestring, Ergoterapeutisk intervensjon, Fatigue/utmattelse og til slutt Arbeid og Deltagelse.* Ved temaet ergoterapeutisk intervensjon ble

det i tillegg lagt til undertemaene: *Kartleggingsverktøy* og *Tiltak*. Relevant empiri for hvert hovedtema ble deretter samlet sammen for å gi best mulig oversikt over informasjonen. Dette ga mulighet for videre tolkning av innholdet.

#### *Fase 4 - Gjennomgå temaer*

Fase fire av analysen innebærer å undersøke hvordan kodene og temaene fungerer sammen (Braun & Clarke, 2006, s.87-92). Derfor ble de gitte kodene og temaene satt sammen i et “tematisk kart”. Temakartet inneholder all informasjon innhentet via intervjuene. Temakartetets koder og temaer bidro med oversikt og muliggjorde en tydeligere forståelse av viktige sammenhenger. Deretter ble det sett etter gyldigheten av empirien under de individuelle temaene og om dette er informasjon som viser til stor betydning for studien.

#### *Fase 5 - Definere og navngi temaer*

I fase fem av analysen ble spesifikasjonene justert for hvert tema i det tematiske kartet ved å avgjøre hva hvert tema handler om og fastslå hva empirien for hvert av temaene sier. Ved siste del av fasen ble det laget klare definisjoner og navn for hvert av temaene. Første tema:

*Ergoterapeutenes forståelse av begrepet hverdagsmestring?* Dette temaet ses som nødvendig å inkludere for å få en innsikt i informantenes forståelse på begrepet “hverdagsmestring”. Andre tema: *Ergoterapeutisk intervensjon*. Temaet representerer hva ergoterapeutene gjør i forbindelse med kartlegging og tiltak under intervensjon med pasient. Tredje tema: *Fatigue*. Temaet belyser informantenes erfaringer med fatigue og hvordan fatigue påvirker ergoterapeutisk intervensjon. Tema fire: *Arbeid og Deltagelse*. Her belyses viktighetsgraden av å kunne stå i arbeid og være deltagende i eget liv.

#### *Fase 6 - Produksjon av rapporten*

Under fasen ses det viktig at resultatdelen er konsis og sammenhengende, logisk og ikke gjentagende, og er en interessant gjengivelse av den historien som empirien faktisk forteller (Braun & Clarke, 2006, s. 87-92). I fase seks er temaene ferdigstilt, og analysen av empirien er fullført. Tabell 2.1 viser kodene for temaene, og de ferdigstilte temaene besvarer forskningsspørsmålet.

**Tabell 2.1.:** Veien fra koder til temaer og subtemaer.

KODE	HOVEDTEMA	SUBTEMA
Hverdagsmestring Brukermedvirkning Diagnoser/utfordringer Tiltak	Hverdagsmestring	
Kartleggingsverktøy Tiltak Diagnoser/utfordringer Brukermedvirkning Tverrfaglig samarbeid	Ergoterapeutisk intervensjon	Kartlegging Tiltak
Fatigue/utmattelse Kartleggingsverktøy Tiltak Brukermedvirkning	Fatigue	
Arbeid Kartleggingsverktøy Brukermedvirkning	Arbeid og deltagelse	

## 2.5. Etiske overveielser i oppgaven

For å fremme etisk forsvarlig standard i studien, er det tatt i grunn de alminnelige prinsippene i medisinsk og helsefaglig forskning. De grunnleggende normene, som også kalles for de alminnelige prinsipper, er anvendbare i medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker og menneskers helseopplysninger (NOU 2005: 1 (2003-2004), s. 131). Dette inkluderer menneskeverdprinsippet som sier at medisinsk og helsefaglig forskning skal være basert på respekt for menneskeverd og menneskerettighetene til informantene. Det skal være hensyn til informantenes sikkerhet, personvern og velferd, og dette skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser (NOU 2005: 1 (2003-2004), s. 131). Selvbestemmelsesprinsippet for

forskningsdeltagelse skal baseres på informert samtykke og er dermed et grunnleggende prinsipp (NOU 2005: 1 (2003-2004), s. 131). Det ble sendt ut et infoskriv til informantene i forkant av intervjuene med informasjon om selvbestemmelsesprinsippet (vedlegg, 2.3.). Studien er også godkjent på forhånd av SIKT - Kunnskapssektorens tenesteleverandør med referansenummer 175024 (vedlegg, 2.4.).

Ved hensyn til de etiske retningslinjene for forskere belyses også informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. Informert samtykke handler om at forskningsdeltakerne informeres om undersøkelsens overordnede formål, og mulige risikoer og fordeler ved å delta i undersøkelsen. Dette baseres også på at informantene informeres om deres rett til å trekke seg ut av undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2022, s.104). Konfidensialitet refererer til enighet med forskningsdeltagerne om hva som skal gjøres med dataene som blir resultat av deres deltagelse (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 106). I tillegg skal konsekvensene av undersøkelsene, både med hensyn til mulig skade og fordeler de kan forvente seg ved å være deltagende i undersøkelsen, være informert om i forkant (Kvale & Brinkmann, 2022, s.107). Informantene i studien har dermed fiktive navn; Arild, Bente, Carl, Dina, Eskild og Frida.

### **3. Resultater**

I dette avsnittet fremstilles det fire hovedpunkter som er resultater av kvalitative intervjuer med en semistrukturert intervjuguide og fra gjennomgang av den tematiske analysen (se fase 5 i kapittel 2.4.). Tabellen nedenfor viser forholdet mellom temaer i intervjuguiden og i studiens resultatdel for en oversiktlig disponering av resultatene.

**Tabell: 3.1.:** Forholdet mellom temaer i intervjuguiden og i studiens resultatdel

<b>Temaer i intervjuguiden</b>	<b>Avsnitt i oppgavens resultatdel. Kapittel 3</b>
<b>Tema 1. Ergoterapeutenes forståelse av begrepet “hverdagsmestring”</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hva legger du i ordet hverdagsmestring?</li><li>• Hva er de største utfordringene knyttet til denne sykdommen hos pasientgruppen?</li><li>- Hvordan jobber du for hverdagsmestring med pasientgruppen?</li></ul>	<b>Avsnitt 3.1. Ergoterapeutenes forståelse av begrepet “hverdagsmestring”</b>
<b>Tema 2. Ergoterapeutisk intervensjon</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilken revmatisk sykdom ser du mest til?</li><li>• Benytter du noen standardiserte kartleggingsverktøy?</li><li>- Eventuelt noen andre kartleggingsverktøy?</li><li>• Hvilke tiltak benytter du i møte med pasientgruppen?</li></ul>	<b>Avsnitt 3.2. Ergoterapeutisk intervensjon</b>  <b>Avsnitt 3.2.1. Kartlegging</b>  <b>Avsnitt 3.2.2. Tiltak</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Med det tiltaket, er det fokus på brukermedvirkning?</li> </ul>	
<p><b>Tema 3. Fatigue</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opplever du at pasientene også har en følgediagnose?</li> <li>- Behandler du fatiguen i tråd med den revmatiske sykdommen?</li> </ul>	<p><b>Avsnitt 3.3. Fatigue</b></p>
<p><b>Tema 4. Arbeid og deltagelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilken aldersgruppe ser du mest til?</li> <li>• Jobber du med noen spesielle tiltak for at pasientene skal klare å stå i arbeid?</li> </ul>	<p><b>Avsnitt 3.4. Arbeid og deltagelse</b></p>

### 3.1. Ergoterapeutenes forståelse av begrepet “hverdagsmestring”

Hverdagsmestring handler om å mestre en hverdag i den forstand at man klarer å gjennomføre ønskelige gjøremål i løpet av en dag og kjenne på mestring i det daglige. Dette kan både være sammenhengen mellom det å balansere aktivitet, hvile og trening, men også gjennomføre ADL- (Activities of daily living) og IADL (Instrumental activities of daily living) aktiviteter. Som Dina sier; *“Det å klare hverdagen best mulig, og få til det som er viktig for dem. Fungere hjemme, på jobb, fritid og ved interesser”*.

Revmatikere har ofte store forskjeller i funksjonsnivå, og begrensningene hos hver enkelt pasient kan være så mangt. Dina forteller: *“Jeg vil si at de aller fleste har mest utfordringer tilknyttet håndfunksjon. De har dårlig gripe- eller strekkeevne. All type aktivitet blir vanskelig, for hendene bruker vi jo til alt. Men så er det også utmattelse. Den er nesten alltid til stede, uavhengig av diagnosen.”* En fellesnevner hos hver pasient er behovet for å gjennomføre meningsfulle aktiviteter. Derfor må tiltakene og intervensjonene være lagt til rette for pasientens ressurser og behov i hverdagen. Arild sier: *“Mestre meningsfulle og viktige aktiviteter i hverdagen, ut ifra en persons ressurser og begrensninger”*. Det er derfor viktig å sette mål sammen med pasientene og jobbe mot å oppnå disse, samtidig som man jobber med bevisstgjøring rundt utfordringsbildet.

Som helsepersonell er det viktig å gå inn i et pasientforløp med et tankesett om å bidra til hverdagsmestring hos pasientene. Dette kan gjøres gjennom veiledning, opptrening av delfunksjoner, være løsningsorientert og å lære bort bruk av hjelpemidler. Arild presiserer: *“Det er viktig å jobbe med mestring ut ifra pasientens ønsker og behov. Hverdagsmestring er en prosess man må jobbe med”*. Enkle eller utfordrende gjøremål i hverdagen kan være like viktige og avgjørende for at en person skal føle på hverdagsmestring. Frida uttrykker under intervjuet: *“Mestre aktiviteter som å smøre på brødskiva er også hverdagsmestring. Med en følelse av hverdagsmestring klarer man å fordele energien sin bedre”*.

## **3.2. Ergoterapeutisk intervensjon**

### **3.2.1. Kartlegging**

Under intervjuene forteller alle informantene at de aktivt bruker forskjellige kartleggingsmetoder- og verktøy i møte med pasientgruppen, både standardiserte og ikke-standardiserte kartleggingsverktøy. Resultatene viser at det er flere felles kartleggingsmetoder og verktøy som blir brukt blant informantene, der *MAP-hand* (Measure of Activity Performance of the hand) var mest benyttet. Arild forteller at det er; *“et avkrysnings skjema som er vurdering av håndfunksjon i utførelse av aktiviteter”*. Her fyller pasienten selv ut skjemaet, som senere vil bli brukt som grunnlag for intervensjon. De forskjellige verktøyene søker etter mye av den samme informasjonen, som omhandler hverdagslivet og grad av hverdagsmestring hos pasientene, og mer spesifikt hvordan sykdommen og utmattelsen påvirker det kognitive, det emosjonelle, de fysiske og de sosiale elementene i hverdagslivet til pasienten.

Kartleggingen foregår ofte som et COPM-intervju med spørsmål rundt: sykdomsforløpet, medisiner og utfordringer i hverdagen. Med denne typen spørsmål iverksettes brukermedvirkning. Som Arild sier: *“Det å la pasienten bestemme, være med, kunne komme med ønsker i forhold til hvordan de tenker at tiltakene burde være. La dem være med å bestemme. Det er viktig. Og at man også legger til rette for at pasienten får uttrykt hva som er viktig for dem i egen hverdag.”*



### 3.2.2. Tiltak

De vanligste diagnosene ved revmatisk sykdom er revmatoid artritt, håndartrose, psoriasisartritt og systemisk sklerose. Disse diagnosene kan føre til at leddene i fingrene/hendene blir hovne, stive og smertefulle ifølge informantene. Det gjennomføres derfor spesifikk håndtrening for å bedre styrke og bevegelighet. Eskild forteller: *“Hendene benytter vi jo til alt vi gjør i hverdagen. Derfor trener vi mye på håndfunksjon for å bedre gripestyrke og forbedre leddbevegelighet. I tillegg har vi tilpasninger av ortose og utprøving av hjelpemidler”*. Det søkes også på hjelpemidler i forbindelse med smerter i vektbærende ledd. Det benyttes også samtale, veiledning og rådgivning for å vise pasienten hvilke ressurser en har, selv om man har nedsatt funksjon i form av stivhet og smerter.

Samtale og veiledning omhandler temaer som; aktivitetsbalanse, aktivitetsregulering, aktivitetsprioritering, energiøkonomisering, medisiner og arbeid. Det utføres gruppe- og individuelle samtaler med fokus på mestring og ufarliggjøring av sykdommen for å betrygge pasientene i deres situasjon. Som Eskild sier: *“Jeg bruker den biopsykososialemodellen for å ufarliggjøre og trygge, legge vekt på at det ikke er farlig å være i aktivitet og bruke kroppen, tross for smerter og plager. Man kan ha en hverdag fylt av aktivitet, selv om man har en kronisk sykdom.”* Undervisning og informering om sykdom og sykdomsforløp er viktige tiltak for å hjelpe pasienten til å håndtere ulike utfordringer ved sykdommen. Arild forteller: *“En revmatiker har ofte et svingene aktivitetsmønster. De gjør mye på gode dager, også går de på en smell. Så målet er å prøve å holde litt igjen på gode dager, og gjerne planlegge i større grad. Undervisning er derfor et veldig viktig tiltak for pasientgruppen”*. Han fremhever at temaer som; ulike stadier i sykdommen, anbefalinger i form av fysisk aktivitet, ernæring og aktivitetsregulering er viktige for å håndtere hverdagen best mulig.

For å oppnå gunstig intervensjon er det viktig å inkludere brukermedvirkning. Eskild sier: *“Jeg tar utgangspunkt i hva som er dems behov og ønsker, og legger det til grunn for hva man kan gjøre av tiltak.”* Informantene forteller at det er viktig med en målsamtale sammen med pasienten for at intervensjonen skal føles meningsfull. Dette bidrar til motivasjon hos pasienten til å videreføre tiltak når de kommer hjem fra rehabiliteringsopphold. Arild nevner at det er viktig å få tak på verdiene til pasienten, og jobbe med intervensjon ut fra dette for å få en følelse av deltagelse også i rehabiliteringsforløpet.

Datamaterialet tilsier at tverrfaglig samarbeid er et tiltak som er implementert ved alle informantenes arbeidsplasser. Det tverrfaglige-teamet gir mulighet for å få en felles vurdering og et holistisk syn på pasientens hverdag og sykdomsbilde. Dette gir mulighet for henvisninger internt på arbeidsplassen blant de forskjellige faggruppene. Arild forteller; *“Det er godt å jobbe tverrfaglig, da faggruppene har forskjellig kompetanse, på ulike temaer, noe som kan bidra til å løse ekstra vanskelige problemstillinger.”*

### **3.3. Fatigue**

Det kommer frem av datainnsamlingen at over halvparten av pasientene har følgediagnosen fatigue, og at plagene som medfølger fatigue er mer byrdefull enn selve smertene ved den revmatiske sykdommen. *“Over halvparten av pasientene opplever å ha fatigue i tillegg til den revmatiske sykdommen”* nevner mange av informanter. *“Noen visste nesten ikke hva vi pratet om da vi pratet om fatigue.”* sier Bente og legger trykk på at begrepet ikke er kjent blant pasientene og at det er snakket lite om fatigue i samfunnet generelt. Dina sier: *“Alle sliter med det. Og veldig mange vet ikke at det er vanlig. De vet ikke at det har en sammenheng med den revmatiske sykdommen i det hele tatt. Så det å bare nevne ordet gjør at det blir veldig mye enklere for mange å takle hverdagen.”* Ofte er ikke pasientene diagnostisert på forhånd for fatigue, men ved bruk av FAS (Fatigue Assesment Scale) eller FSS (Fatigue Severity Scale) ser informantene at det ofte er høy grad av utmattelse. I disse tilfellene utføres intervensjon i tråd med utmattelsen. Dette gjelder også dersom pasienten er diagnostisert med fatigue, da tilrettelegges intervensjon i forhold til pasientens kapasitet fra dag til dag.

Den hyppigste intervensjonen informantene benytter i møte med pasientgruppen er samtale. Her benyttes den biopsykososiale modellen for å få fremvist ulike faktorer for årsaken til utmattelse. Arild prater om å hjelpe pasienten til å oppnå aktivitetsbalanse i hverdagen: *“Det å få pasienten til å klare å balansere hvileaktivitet, å finne måter og strategier for å ta regien på utmattelsen, det er en ganske kompleks prosess.”* Hjelpe pasienten til å oppnå en følelse av at “nå har jeg gjort nok”, for så å være tilfreds med det. Det kan være til stor hjelp å ha en fysisk modell foran seg for å se sammenhengen mellom sykdom og utmattelse.

Ved spørsmål rundt hva som er den største utfordringen med revmatisme nevner alle fatigue og utmattelse. Carl forteller: *“Folk vil jo så mye, men tenker på at de har en sykdom. Det er ikke enkelt når den ikke vises, kanskje bare kjennes innvendig. Det er noe med det å få de andre rundt til å forstå situasjonen”*. Eskild svarer: *“Fatigue som er mest aktuelt, fordi det har så stor innvirkning på aktivitet og hverdagen.”* Og Arild sier: *“Det er vanskelig å skulle håndtere utmattelse, for utmattelse påvirker den mentale helsen ganske mye.”* Ingen vet sikkert hva fatigue kommer av i forbindelse med den revmatiske sykdommen og det kan være vanskelig å sette fingeren på én årsak alene. Som Dina snakker om: *“Ofte ser vi at hvis det er en grad av inflammasjon eller betennelser, så øker også utmattelsen. Men når medisiner har begynt å funke, og at det er mindre betennelser, så går ofte utmattelsen også ned.”* Dette temaet har også kommet opp blant andre informanter, og det er diskutert at man kan bli sliten av å ha mye smerter eller mange ulike funksjonsutfordringer på en gang. Informantene sier generelt at fatigue har blitt mer omfattende og omdiskutert, og kommer antakelig til å bli hovedfokuset de neste årene. Dina avslutter sitt intervju med: *“Jeg tenker jo at fatigue og utmattelse er veldig viktig, og at det ikke skal bli glemt. Som sagt, alle sliter med det og veldig mange vet ikke at det er vanlig. Det må snakkes mer om.”*

### **3.4. Arbeid og deltagelse**

#### **3.4.1. Arbeid**

Den innsamlede dataen viser at informantene snakker om temaet *arbeid og deltagelse* i møte med pasientgruppen. Informantene forteller om at de arbeider med bevisstgjøring, som kan være samtaler angående pasientens egne arbeidsevner eller det å eventuelt gå ned i stillingsprosent for å kunne mestre det å stå i arbeid best mulig. Arild forteller *“Snittalderen for revmatikere er 62 år”*, og informantene sier at deltagelse i arbeid er en utfordring. Eskild forteller; *«Det blir ofte tatt opp som at det er vanskelig å stå i arbeid med plager de har»*.

Informantene forteller videre om at arbeid oppleves som en viktig del av hverdagen til pasientene og at pasientene ikke vil gi slipp på denne aktiviteten. Under intervjuet med Frida, forteller hun: *«Mange presser seg voldsomt til at alt blir jobb også har de ikke kapasitet, livet blir jobb”*.

Veiledning og utveksling av råd rundt aktivitetsbalanse- og prioritering kommer frem som viktige punkter i samtale med pasientene rundt temaet. Dina sier; *“jobbe med å finne balansen mellom arbeid og fritid.”*. Frida forteller; *“Hjelpe dem med å skjønne at de ikke er klare for å stå i 100% jobb”*. Videre i intervjuet sier Frida: *“Da er det kanskje bedre for dem å redusere arbeidsstillingen.”* Carl forteller; *“Bedre at folk går ned i stillingsprosent enn å bli ufør 100%”*. Det å bistå med kartlegging og tilrettelegging på arbeidsplasser, og samtaler med arbeidsgivere, er et tiltak som informant Dina opplyser om at hun gjør. Arild forteller at han ofte gir ut et kartleggingsverktøy som de kan ta med seg hjem for: *“... å få konkretisert litt hva det er de skal snakke med arbeidsgiver om. For det kan også være vanskelig å komme noen konkrete forslag og få konkretisert hva slags arbeidsoppgaver de har, hva som fungerer og ikke fungerer.”*

### **3.4.2. Deltagelse**

Informantene snakker om viktigheten av å være deltagende i eget liv. Dette handler om å klare og gjennomføre daglige gjøremål som ADL- og IADL-aktiviteter. Som Eskild sier: *“Det å mestre hverdagen på alle arenaer både i forhold til aktiviteter som er mer plikt, som skole og arbeid, men også lystbetonte aktiviteter”*. Deltagelse kan også handle om balansen mellom arbeid og familie med en sykdom som ofte har et svingende sykdomsforløp.

## **4. Diskusjon**

Resultatene i studien vil diskuteres i lys av ergoterapeutisk teori, teoretisk perspektiv og tidligere forskning. Diskusjon av metoden vil også gjennomføres i denne delen av studien for å kritisk vurdere styrker og svakheter ved gjennomføringen. Det presenteres til slutt hvordan denne studien er relevant for praksis.

### **4.1. Diskusjon av resultat**

#### **4.1.2. Ergoterapeutisk intervensjon**

Resultatene viser at grundig kartlegging gir et optimalt behandlingsforløp. Dette ved at terapeut får informasjon direkte fra pasient angående forskjellige utfordringer i hverdagslivet. Studien til Simonsen & Nesheim (2022) forteller at forskjellige kartleggingsverktøy, både standardiserte og ikke-standardiserte ble brukt for å møte behovene til pasientgruppen og for å finne en metode som appellerer til pasientene på en god måte. Brukermedvirkning er en stor del av kartleggingsprosessen, der tiltakene baseres og velges ut ifra hvilke utfordringer som pasienten opplyser om. Kartleggingsverktøyene som ofte blir benyttet blant informantene i studien er avkryssningsskjemaer, ettersom det er pasienten som best kjenner sitt eget liv og sykdomsbilde. Det å ha brukermedvirkning som bakgrunn er en viktig faktor for å gi mulighet til å benytte tiltak som best egner den enkelte. Den tidligere forskningen forteller at brukermedvirkning er viktig for å for å tilpasse intervensjon, slik at rehabiliteringsprosessen er motiverende og har god effekt (Siegel et al, 2017, s. 8). Som forskningen til Siegel et al (2017) sier, gjør brukermedvirkning at rehabiliteringsprosessen oppleves som meningsfull og motiverende. Dette bidrar til at rehabiliteringen blir overførbar til pasientens hverdag. Dette gir mulighet for å kunne oppnå aktivitetsbalanse i hverdagen, og dermed bidra til å oppnå en følelse av hverdagsmestring. Teorien om aktivitetsbalanse sier at det er nødvendig med variasjon av aktivitetene og at mengden med aktivitet er tilpasset de ressursene pasient har, i form av tid, energi og evne (Kristensen et al. 2017, s. 115). På den andre siden kan brukermedvirkning føre til motsetninger mellom terapeut og pasient, ved at det er uenigheter rundt hva som skal være hovedfokuset under rehabiliteringen. Terapeuten kan se andre utfordringer som pasient ikke ser selv, noe som kan skape uenigheter rundt hva som bør ligge i fokus for rehabiliteringen. Dersom fokuset blir på

utfordringer terapeuten ser, kan det føre til at rehabiliteringen blir umotiverende og ikke oppleves som meningsfullt, uten effekt og overførbarhet til hverdagen. Med dette kan det fortsatt være en følelse av aktivitetsubalanse og følelsen av hverdagsmestring ikke er til stede.

Som resultatene for tiltak viser, er det fokus på samtaler og veiledning rundt utfordringer i hverdagslivet. Samtalene omhandler oftest temaer som aktivitetsbalanse, aktivitetsregulering og energiøkonomisering. Veiledning blir benyttet blant informantene ved eksempelvis håndtrening, for å bedre styrke og bevegelighet. Den tidligere forskningen støtter dette ved å si at fysisk aktivitet hjelper for å øke funksjon i ulike deler og ledd i kroppen, øke styrken og bedre livskvaliteten (Siegel et al., 2017, s. 3-4). Videre forteller Siegel et al (2017) at treningen kan føre til endringer i sykdomsforløpet ved at det kan oppstå hevelser og kan føre til mer smerter. I studien blir veiledning og samtaler benyttet for å fremheve de ressursene som pasienten selv har på tross av den nedsatte funksjonen. Tiltakene blir benyttet blant informantene for å trygge pasientene og gi dem mulighet til å benytte nye strategier, og for hvordan de skal være imøtekommende med det som oppleves som en utfordrende hverdag med smerter og fatigue, ut ifra deres egne ressurser og begrensinger. Studien til Simonsen & Nesheim (2022) støtter dette ved å fortelle at det er viktig med veiledning og samtaler med pasientgruppen dersom de føler seg nedbrutt på grunn av smerter eller utmattelse. Tiltak kan bidra til å oppnå aktivitetsbalanse ved at pasienten påvirker rehabiliteringen, og kan tilegne seg og implementere nye strategier og råd fra terapeuten over til sin hverdag. En oppnåelse av aktivitetsbalanse i hverdagslivet, vil kunne øke følelsen hverdagsmestring.

#### **4.1.3. Fatigue**

Resultatene tilsier at over halvparten av pasientene med revmatisk sykdom har følgesdiagnosen fatigue, og at det er den største utfordringen ved sykdommen. Resultatene viser til at et stort antall av pasientene opplever fatigue som en større byrde i hverdagen enn selve smertene. I tillegg er det mange av disse som ikke vet de har følgesdiagnosen fatigue, og har derfor lite forståelse rundt eget sykdomsbilde. I tidligere forskning påpekes det viktigheten med økt forståelse ved utmattelse hos pasienten for håndtering av hverdagen (Søvik et al., 2021, s. 637). Selve utmattelsen er en subjektiv følelse som vil kunne ha fysiske, kognitive og emosjonelle konsekvenser (Søvik et. Al., 2021, s. 628). Ved fatigue kan det å utføre daglige aktiviteter være

utfordrende, og pasientens ressurser, tid og evne hemmes (Kvam, 2020). Dette kan trolig føre til at pasientene opplever aktivitetsubalanse i hverdagen. Tiltak som aktivitetsprioritering og aktivitetsregulering utføres derfor ved samtaler mellom ergoterapeut og pasient. Ved aktivitetsregulering blir pasienten mer bevisst på hvordan håndtere hverdagen, prioritere aktiviteter som er viktige og en blir mer oppmerksom på å planlegge balansen av energi ved daglige aktiviteter (Søvik et al., 2021, s. 629). Aktivitetsprioritering er en viktig prosess for å selv kunne sette opp gjøremål som må gjennomføres i en hverdag preget av utmattelse (Thorsen et al., 2020, s. 31).

Som resultatene påpeker, har fatigue en stor påvirkning på hverdagen. Ved inflammatoriske leddsykdommer som eksempelvis revmatoid artritt kan symptomer som stivhet, hevelser og smerter opptre hyppig. Informantene reflekterer over at pasientene som opplever mye smerter ved sykdommen, også er av prosentandelen som opplever fatigue. Dette kan tyde på at smertene ved den revmatiske sykdommer setter grunnlag for alvorlighetsgraden og opplevelsen av fatigue. Trolig kan det trekkes tråder mellom smertene og fatigue, ved mindre smerter opplever man mindre grad av fatigue. Samtidig som man opplever større grad av fatigue ved større grad av smerter. I dagens samfunn finnes det flere medikamenter for behandling av revmatisk sykdom. Målet med medikamentene er å roe ned sykdomsaktiviteten, forebygge hovne ledd og redusere smertene (Palm, Ø., 2023). På den ene siden kan man derfor trolig tenke seg til at pasientene som behandles med medikamenter og har god virkning, opplever mindre grad av fatigue. Likevel er det for lite forskning og litteratur på hvordan fatigue oppstår til å konkludere med at smerter og fatigue har en sammenheng, og om medikamenter er den beste behandlingsmetoden. Resultatene viser til at ergoterapeutisk intervensjon som settes i gang har i formål om å oppnå aktivitetsbalanse. Symptomene av revmatisk sykdom kan føre til at pasientene opplever aktivitetsubalanse i hverdagen, ved at de ikke lenger klarer å opprettholde tidligere aktivitetsmønster, og at de ikke lenger er tilfreds med mengden og utførelsen av aktivitetene (Håkansson et al., 2017, s.114). For at pasienten skal oppleve aktivitetsbalanse, er det nødvendig at det blir en variasjon av aktiviteter, de skal være meningsfulle og den totale mengden av aktivitet skal passe med pasientens ressurser i form av tid, energi og evne (Håkansson et al., 2017, s.114-115). Ergoterapeuter bidrar derfor med sin kjernekompetanse om aktivitetsregulering, aktivitetsøkonomisering, trening i aktivitet og tilrettelegging for å organisere hverdagen til pasientene for å oppnå aktivitetsbalanse (Gran, 2023). Aktivitetsbalanse hos

pasientene kan føre til hverdagsmestring, ved at pasientene nå klarer å forholde seg til krevende situasjoner i hverdagen som har oppstått på grunn av sykdom (Eide & Eide, 2021, s.48).

#### **4.1.4. Arbeid og deltagelse**

Arbeid og deltagelse er en viktig del av pasientgruppens hverdag. Resultatene viser at aldersgruppen til revmatikerne ofte er i arbeidssalder og temaet kommer ofte opp under kartlegging som en meningsfull aktivitet. Tidligere forskning viser til at personer som har fått en revmatisk sykdom har en risiko for å falle ut av arbeidslivet og miste sosial tilknytning (Norsk helseinformatikk, 2022). Deltagelse handler om å oppleve inkludering i samfunnet, samt at man skal ha kontroll over eget liv selv med en funksjonsnedsettelse (Bredland et. Al., 2018, s. 39). Artikkelen til Thorsen et al. (2020, s. 28) har sett på ulike kartleggingsverktøy og strategier for å hjelpe pasientgruppen til å oppnå optimal følelse av deltagelse i arbeid selv med utfordrende funksjonsvansker som revmatikere ofte har. Samtaler rundt arbeid og deltagelse er viktig i kartleggingsprosessen for å finne ut av hvilke konkrete elementer pasienten sliter med i sin hverdag. Som resultatene viser til bruker informantene samtaler og bevisstgjøring rundt arbeid aktivt for å bedre arbeidssituasjonen, og for å lyse frem viktigheten av å være deltagende i eget liv. Tidligere forskning viser at det kan være nødvendig å utfordre pasientene til å selv sette opp prioriteringer i hverdagen på hvilke gjøremål en ønsker å oppnå (Thorsen et al., 2020, s. 31). Resultat og tidligere forskning er altså enige rundt temaet. Resultatene viser til viktigheten av å heller gå ned i stillingsprosent, enn å bli ufør 100%. På den andre siden handler 100% uførhet om å bli kjent med egen situasjon og ta ansvar for eget liv og helse. Dette kan være den enkleste løsningen for pasienten i en ellers travel hverdag preget av mye smerter og utmattelse. Samtidig mister man en viktig sosial arena med inkludering og deltagelse i samfunnet. Det er viktig å huske på at dersom man går ned i stillingsprosent, som 50%, betyr ikke det at man skal ha denne stillingsprosenten resten av arbeidskarrieren. Sett i lys av teorien, bidrar samtaler med pasienten til en følelse av aktivitetsbalanse ved å føle på en tilfredshet med en nedsatt stillingsprosent, eller ved å finne andre arbeidsoppgaver på arbeidsplassen. For noen kan det være vanskelig å motivere seg til å få en annen type arbeidsoppgave. Det kan bli et tegn på at man ikke får til alt man fikk til før, som kan føre til aktivitetsubalanse. Men med god kartlegging og kommunikasjon med pasienten, kan ergoterapeuter være til stor hjelp for forebygging av muskel-



og skjelettplager. Thorsen et. Al. (2021, s. 33) ser at tiltak på arbeidsplassen i kombinasjon med veiledning bidrar til forebygging av sykefravær. Som resultatene viser gir ergoterapeuter noen knagger til pasienten på hva som fungerer og ikke, noe som kan gjøre det lettere for en selv, eller for eksempel til hjelp i samtale med arbeidsgiver. Ergoterapeuter bidrar til hverdagsmestring for pasientgruppen ved å ha samtaler med pasient rundt tema arbeid og deltagelse. De bidrar med tiltak som veiledning for en bedre arbeidshverdag og hjelper pasienten til aktivitetsprioritering av ulike gjøremål. Pasienten føler på hverdagsmestring ved å ha energi og overskudd både til å gå på arbeid og fullføre dagen med de ressursene en har. Pasienten kan lettere mestre sin hverdag både på arbeid og delta i det sosiale liv.

## **4.2. Diskusjon av metode**

### **4.2.1. Valg av metode**

I denne studien er det tatt utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming. Forskningsspørsmålet etterlyser ergoterapeutenes erfaringer og synspunkt på hva de kan bidra med for å oppnå hverdagsmestring hos pasientene med revmatisk sykdom og fatigue. Dette samsvarer med hvilken informasjon en kvalitativ studie er ute etter; menneskelig erfaring gjennom ord og ikke tall (Kvale & Brinkmann, 2022, s. 47), som bidrar til validiteten i studien.

### **4.2.2 Forforståelse**

Forforståelsen var forskjellig da noen hadde erfaring fra praksis med revmatisk sykdom, og andre hadde mye forkunnskaper rundt utmattelse. Dette skapte en motivasjon i gruppen for å finne mer informasjon og undersøke de kunnskapshullene vi fant. Personlige erfaringer og forforståelsen har blitt sett på som en ressurs da det var, og har blitt, et viktig tema for gruppens forståelse av bredden i ergoterapi. Det kan likevel ha påvirket både intervjuene og tolkningen av resultatene ettersom man allerede hadde mye kunnskap om temaet og jobbet direkte med pasientgruppen, eller på den andre siden hvor man ikke hadde nok kunnskap. Det har vært viktig for gruppen å ikke la dette påvirke tolkningen av resultatene.

#### **4.2.2. Teori og tidligere forskning**

Det ble under hele prosessen innhentet teori og tidligere forskning på hovedpunkter som dukket opp etter dypdykk i kunnskapshull og analyse av intervjuer. Dette skapte motivasjon og engasjement i gruppen for å grave mer etter opplysninger rundt temaene. På den andre siden skapte dette usikkerhet på vinklingen av studien. En styrke for studien var at tidligere forskning og egne resultater hadde likheter, samtidig kan det oppfattes som en svakhet ved at det ble lite ny informasjon.

#### **4.2.3. Gjennomføring av intervju**

Ved studien er det benyttet en semistrukturert intervjuguide for å innhente kvalitativ data. Intervjuene ble gjennomført både fysisk og digitalt. De fysiske intervjuene opplevdes godt informativt, og den innhentede dataen ble utfyllende og svært nyttig for studien. Med de digitale intervjuene ble det vanskelig å bygge relasjon og oppnå en god flyt i samtalen. Dette resulterte i at både spørsmålene og svarene ble kortfattet, og informasjonen ble lite utdypende. I forkant av hvert intervju ble intervjuguiden sendt til informantene, for å gi mulighet til forberedelse på hovedspørsmålene. Erfaringene ved dette var at informantene var godt forberedt og svarte utdypende med rom for oppfølgingsspørsmål ved behov. Bruk av samme intervjuguide med identiske spørsmål, i alle seks intervjuene, resulterte i god reliabilitet, da dette bidro til å oppnå konsistente og pålitelige resultater (Kvale & Brinkmann, 2022, s.276). På den andre siden har studien kun seks informanter, og har erfaring med temaet på ulikt nivå noe som påvirker svarene på spørsmålene. Vi ser i ettertid en svakhet i datainnsamlingen/intervjuene ved at vi ikke stilte nok oppfølgingsspørsmål for å få en bredere forståelse på temaet. Erfaringsnivået til gruppen har vært en påvirkende faktor da ingen hadde utført et faglig intervju tidligere.

#### **4.2.4. Utførelse av analyse**

Analysen ble gjennomført ved bruk av Braun & Clark (2006) sin fremgangsmåte for analyse av innsamlet data. Transkriberingen av datamaterialet ble gjennomført av et transkriberingsprogram fra universitetet (NTNU, u. å.). Dette var en tidsbesparende metode å gjennomføre transkriberingen på, men programmet slet med dialekt, fagord og uttrykk. Derfor var det nødvendig å høre på opptaket og rettskrive slik at setningene ga mening og at informasjonen ble riktig. Samtidig fikk vi ikke like god kjennskap til datamaterialet som vi kunne fått ved manuell

transkribering. Stegene i Braun & Clark (2006) sin gjennomføring av analyse satte et godt grunnlag for kodingsprosessen og utvikling av temaer. Med dette i bakgrunn ble det utviklet et tematisk-kart over temaene og funnene som ble gjort. Det tematiske kartet ga en ryddig oversikt over datamaterialet som var til hjelp under funn av resultater.

### **4.3. Relevans for praksis**

Studien har sett på viktigheten med ergoterapitjenester i møte med pasienter med kronisk sykdom. Å inkludere ergoterapeuter tidlig i et rehabiliteringsforløp kan sees på å være økonomisk besparende for samfunnet, ved at ergoterapeuter jobber forebyggende (Ergoterapeutene, u. å.). Konsekvensene av dette fører til at pasientene klarer seg lengst mulig uten medisiner og unngår å bli 100% ufør (Thorsen et al., 2021, s. 33). Innledningsvis presenteres stortingets ønske om et mer bærekraftig helse- og omsorgstilbud innen 2040 (Meld. St. 9 (2023-2024), s. 16). Ergoterapeutisk intervensjon kommer frem i studien som bærekraftig, ved at ergoterapeuter jobber helsefremmende ved forebyggende tiltak som muliggjør aktivitet og deltagelse. I tidligere forskning kommer det frem at det ikke er nok kunnskap rundt behandling av fatigue, det er funksjonshemmende, og vanskelig å håndtere (Davis et al., 2021, s.661). Resultatene i studien viser til at aktivitetsregulering, aktivitetsprioritering og kompenserende tiltak hjelper pasienten med å oppnå aktivitetsbalanse i hverdagen. Med tiltakene klarer pasienten å håndtere både utmattelsen og smertene i hverdagen, og opplever hverdagsmestring.

## **5. Konklusjon**

Gjennom studien har vi sett på forskningsspørsmålet:

*“Hva kan ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten bidra med for å oppnå hverdagsmestring hos pasienter med revmatiske sykdommer og fatigue”*

Ergoterapeuter jobber med samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser for å oppnå deltagelse og inkludering i samfunnet (Ergoterapeutene, u. å.). Pasienter med revmatiske sykdommer og fatigue mister ofte følelse av deltagelse på grunn av utmattelse og smerter. Sykdommen gjør at omgivelsene oppleves utfordrende og aktiviteter blir vanskelig å utføre. Studien viser at ergoterapeutisk intervensjon inkluderer pasienten under kartlegging og tiltak for å gjøre behandlingen meningsfull og motiverende. Kartleggingen fokuserer på pasientens mål ved rehabiliteringen via samtaler og avkrysningskjemaer. Tiltakene er basert på informasjonen fra kartleggingen og bidrar til tilpasset intervensjon for å nå målene. Sett i lys av kjernekompetansen kommer det frem i kartleggingen en utfordring i pasientens hverdag. Ergoterapeuten ser problemet i pasientens naturlige omgivelser og tilpasser aktiviteten ut ifra ressurser og begrensninger. Studien viser til tiltak som samtaler, håndtrening og veiledning, og at disse bidrar til aktivitetsbalanse. Svaret på studiens forskningsspørsmål er at ergoterapeuter bidrar med å håndtere sykdom, holde seg i jobb og være deltagende i eget liv, som bidrar til en oppnåelse av hverdagsmestring.

## **6. Referanser**

Bjerkaas, K. E. T. (2019, 2. juli). *Hva kan og gjør ergoterapeuter? Og hvorfor? - En god del kjenner ikke til faget eller yrket vårt. Se på det som en mulighet til å dele noen enkle fortellinger.*

Ergoterapeutene. <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/hva-kan-og-gjor-ergoterapeuter-og-hvorfor/>

Bjerkaas, K. E. T. (2021, 2. september). *Bærekraft er mer enn klima – Spre ordet om ergoterapi og bærekraft.* Ergoterapeutene. <https://ergoterapeutene.org/nyheter/baerekraft-er-mer-enn-klima-spre-ordet-om-ergoterapi-og-baerekraft/>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2018). *Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid.* (3. Utg.). Gyldendal

Creswell, J. W. & Creswell, J. D. (2018). *Research design.* (5th edition.). SAGE Publications, Inc.

Dahl-Johansen, T. (2019, 29. mars). *Alvorlig fatigue rammer mange revmatikere.* Spondyloartrittforbundet.

<https://spafo.no/nytt-aktuelt/alvorlig-fatigue-rammer-mange-revmatikere/>

Davies, K., Dures, E. & Ng, WF. (2021). Fatigue in inflammatory rheumatic diseases: current knowledge and areas for future research. *Nat Rev Rheumatol* 17, 651–664.

<https://doi.org/10.1038/s41584-021-00692-1>

Eide, H. & Eide, T. (2021). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. Utg.). Gyldendal

Ergoterapeutene (u. å.). *Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig for enda flere*. Hentet 22.02.2024 fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>

Gran, A. W. (2023. 12. Juli). *Revmatoid artritt*. Metodebok.no.  
<https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=Vz7w4gxB>

Hansen, A. Ø. & Boel, S. (2020). *Lærebog i håndterapi*. (1. Utg.). Munksgaard.

Helsenorge (u. å.). *Revmatiske sykdommer*. Hentet 02.05.2024 fra:  
<https://www.helsenorge.no/sykdom/revmatiske-sykdommer/>

Håkansson. C., Morville. A. & Wagman. P. (2017). Aktivitetsbalanse. I Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. & Mærsk, J. L. (Red.). *Nordisk aktivitetsvidenskab*. (1. Utg, s. 111-127). Munksgaard.

Håkansson. C., Morville. A. & Wagman. P. (2022). Aktivitetsbalanse. I Kristensen, H. K., Schou, A. S. B. & Mærsk, J. L. (Red.). *Nordisk Aktivitetsvidenskab*. (2. Utg, s. 153-166). Munksgaard.

Kristensen, H. K. & Petersen, K. S. (2019). Klinisk ræsonnering og arbejdsprocesser i ergoterapi. I Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. (Red.). *Basisbog i ergoterapi*. (4. Utg., s. 167-180). Munksgaard.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2022). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. Utg.). Gyldendal.

Kvam, M. (2020, 27. April). *Fatigue*. NHI.

<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/fatigue>

Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027: *Vår felles helsetjeneste*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/4e5d9e6c63d24cd7bdab5d8c58d8adc4/no/pdfs/stm202320240009000dddpdfs.pdf>

Mærsk, J. L. & Wolters, A. (2019). Aktivitetsvidenskab. I Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. (Red.) *Basisbog i ergoterapi*. (4.utg., s.61- 72). Munksgaard.

Norsk Helseinformatikk. (2022, 12. Juli). *Rehabilitering ved revmatisk sykdom*. Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/muskelskjelett/giktskykdommer/rehabilitering-ved-revmatisk-sykdom>

Norsk revmatikerforbund (u. å.). *Artrose*. Hentet 03.05.2024 fra:

<https://www.revmatiker.no/diagnose/artrose/?#section1>

Norsk revmatikerforbund. (u. å.) *Diagnoser*. Hentet 20. februar 2024 fra:

<https://www.revmatiker.no/diagnoser/>

Norsk revmatikerforbund (u. å.). *Leddgikt (Revmatoid artritt)*. Hentet 03.05.2024 fra:

<https://www.revmatiker.no/diagnose/leddgikt/?#section1>

Norsk revmatikerforbund. (u. å.) *Om NRF*. Hentet 20. februar 2024 fra:

<https://www.revmatiker.no/om-nrf/>

Norsk revmatikerforbund (u. å.). *Psoriasisartritt*. Hentet 03.05.2024 fra:

<https://www.revmatiker.no/diagnose/psoriasisartritt/?#section1>

Norsk revmatikerforbund (u. å.). *Systemisk sklerose*. Hentet 03.05.2024 fra:

<https://www.revmatiker.no/diagnose/systemisk-sklerose/?#section1>

NOU 2005: 1 (2003-2004). *God forskning – bedre helse: Kapittel 22 – Alminnelige prinsipper*.

Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-01/id389605/>

NOU 2023: 4 (2021-2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

NTNU (u. å.). *Tale til tekst*. Hentet 19. Mars 2024 fra: <https://tnt.ntnu.no/>



Palm, Ø. (2023, 17. Februar) *Medikamenter mot revmatiske sykdommer*. Bindevevssykdommer. <https://bindevevssykdommer.no/behandling/>

Palm, Ø. (2023, 17. Juli). *Revmatiske sykdommer*. Store medisinske leksikon. [https://sml.snl.no/revmatiske\\_sykdommer](https://sml.snl.no/revmatiske_sykdommer)

Siegel, P., Tencza, M., Apodaca, B. & Poole, J. L. (2017). *Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Adults With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review*. The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 71(1), 7101180050p1–7101180050p11. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.023176>

Simonsen, N. E. & Nesheim, M. J. (2022, 16. mai). *Ergoterapi for unge voksne med revmatisk sykdom*. Høgskulen på Vestlandet.

[https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/3001566/Simonsen\\_Nesheim.pdf?sequence=1](https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/3001566/Simonsen_Nesheim.pdf?sequence=1)

Sverdrup, S. (2021). Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag: *Råd og vink. Skritt for skritt*. (1. Utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Søvik, M. L., Eide, R. E. M., Rene, B., Strand, M. M., Devik, I., Liland, D. E., Kjekken, I. & Taule, T. (2021). *Rheumatic disease and fatigue: Participants' experiences of an activity-pacing group*. Taylor & Francis Online: Scandinavian Journal of Occupational Therapy. Vol. 30, 2023 – issue 5, 628-639. DOI: <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1998609>

Taylor, R. R. (2019). *MOHO – Kielhofners model for menneskelig aktivitet*. (3. Utg.). Munksgaard

Thorsen, E. G., Leistad, E. A., Hasselknippe, E., Magnetun, L., Rønningen, A. & Brandslien, A. (2020, mai). *Arbeidsdeltakelse ved revmatisk sykdom. Hva kan ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten bidra med?* Ergoterapeuten, 5-2020, s. 28-35.

[https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiles%2FFagartikler%2FArbeidsdeltakelse ved revmatisk sykdom.pdf](https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiles%2FFagartikler%2FArbeidsdeltakelse%20ved%20revmatisk%20sykdom.pdf)

Tuntland, H. (2020). *En innføring i ADL*. (2. Utg.). Høyskoleforlaget.

Uhlig, T., Kjekken, I. & Dagfinrud, H. (2014). *Leddgikt – Revmatoid artritt*. Norsk Revmatikerforbund. <https://www.revmatiker.no/wp-content/uploads/2015/10/temahefte-leddgikt.pdf>

## **7. Vedlegg**

### **2.1. Intervjuguide**

Vi kommer fra NTNU Gjøvik (Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet), og arbeider med en bacheloroppgave i Ergoterapi.

Vi skriver en oppgave om “hva kan ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten bidra med for å oppnå hverdagsmestring hos pasienter med revmatiske sykdommer og fatigue”. I den forbindelse skal vi intervju seks ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten med erfaring innenfor temaet. Takk for at du har sagt ja til å bli med på denne prosessen! Selve intervjuet tar ca. En time.

Til info: Det som blir skrevet i bacheloroppgaven vår, kan ikke spores tilbake til deg på noe punkt. Alt vi skriver vil forbli anonymisert. Vi kommer til å spørre om det er greit for deg om vi tar opp intervjuet på mobil. Dette vil bli slettet kort tid etter selve intervjuet, når vi har fått det transkribert via et godkjent og trygt program. Du kan trekke deg når som helst dersom du ønsker det uten at det skal ha noen konsekvenser direkte knyttet til deg.

Bare å spørre dersom noe er uklart.

<b>Nr</b>	<b>Tema</b>	<b>Intervju - spørsmål</b>	<b>Stikkord</b>
1	Innledende spørsmål	Kan du gi en kort introduksjon av deg selv?  - Antall år som ergo? - Antall år som ergo innen revmatologi? - Tidligere erfaringer? - Etterutdanning?	

2	<p>Tematiske spørsmål</p> <p>Tema 1: Generelt om arbeidsplassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva legger du i ordet hverdagsmestring?</li> <li>- Hvilken aldersgruppe ser du mest til?</li> <li>- Hvordan er et typisk pasientforløp her?</li> </ul>	<p>Oppfølgingsspørsmål:</p>
	<p>Tema 2: Diagnoser, pasientforløp og tiltak</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvilken revmatisk sykdom ser du mest til?</li> <li>- Hvilke tiltak benytter du i møte med pasientgruppen?</li> <li>- Benytter dere noen standardiserte kartleggingsverktøy?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva er de største utfordringene knyttet til denne sykdommen?</li> <li>- Hvordan jobber du for hverdagsmestring med en pasient med ...?</li> <li>- Med det tiltaket, er det fokus på brukermedvirkning?</li> <li>- Eventuelt noen andre?</li> <li>- I så fall behandler du dette i tråd med den</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opplever du at pasientene har følgediagnosen fatigue?</li> </ul>	<p>revmatiske sykdommen?</p>
	<p>Tema 3: Retningslinjer og utførelse av ergoterapeutisk kompetanse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jobber du etter noen spesielle retningslinjer på arbeidsplassen?</li> <li>- Føler du på at du får benyttet ergoterapi-kompetansen din i det fulle og hele ved å arbeide på denne måten?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evt. hvilke retningslinjer?</li> </ul>
3	<p>Oppsummerende spørsmål</p>	<p>Oppsummere funn: “Da har vi vært igjennom ...”</p> <p>Er det noe dere/du ønsker å legge til?</p> <p>Er det noe annet vi burde snakket om, eller noe du savner, opp mot problemstillingen vår med ergoterapeuter tiltak med pasienter med revmatisk sykdom?</p>	

## 2.2. Pico-skjema

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>O</b>	<b>O</b>
Rheumatic Disease	Intervetion	Secondary Care	Occupational Therapy
<b>P</b>	<b>P</b>		<b>O</b>
Fatigue	Rheumatic Diseases		Occupational Therapy

## 2.3. Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

“Hva kan ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten bidra med for å oppnå hverdagsmestring hos pasienter/brukere med revmatiske sykdommer”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å samle informasjon om deres erfaringer innenfor revmatiske pasienter og pasienter med forskjellige utmattelsessyndromer. 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 2024. 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 hverdagsmestring hos pasienter med revmatiske sykdommer. Vår problemstilling er “Hva kan ergoterapeuter bidra med for å oppnå hverdagsmestring hos pasienter/brukere med revmatiske sykdommer?”

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 som ergoterapeut, ansatt i spesialisthelsetjenesten og har tidligere hatt rolle som praksisveileder for studenter ved NTNU Gjøvik eller har blitt anbefalt av kolleger å kontakte. 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 kommer til deg på din arbeidsplass og gjennomfører et individuelt intervju på ca. 1 time hvor fokuset er på dine erfaringer med revmatiske pasienter. Det vil bli gjort lydopptak under intervjuet og dette vil bli transkribert ordrett i etterkant, men ditt bidrag vil bli anonymisert, slik at hverken 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 slettet. 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 Marlene Ringerike, Sigrid Svartbrenna Bye, Magnus Støp og veileder Anne Myhre Sølvberg 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 15.08.24. 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:

Magnus Støp: Tlf: 91804075. [Magnus.stop@hotmail.com](mailto:Magnus.stop@hotmail.com)

Sigrid Svartbrenna Bye: Tlf: 95005005. [Sigrid-1@hotmail.com](mailto:Sigrid-1@hotmail.com)

Marlene Kragstad Ringerike: Tlf: 90129805. [Marlenekringerike@gmail.com](mailto:Marlenekringerike@gmail.com)

NTNU Gjøvik ved Linda Stigen, epost: [linda.stigen@ntnu.no](mailto:linda.stigen@ntnu.no) , telefon: 93223019

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

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



Med vennlig hilsen

Linda Stigen  
Prosjektansvarlig

Eventuelt student

(Prosjektansvarlig/veileder)

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan kan ergoterapeuter bidra til hverdagsmestring hos personer med revmatiske sykdommer eller utmattelsessyndromer?» 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. 15.08.24

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## 2.4. SIKT godkjenning



### Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 175024	<b>Vurderingstype</b> Standard	<b>Dato</b> 24.01.2024
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

**Tittel**

Bacheloroppgaver i ergoterapi 2024

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

**Prosjektansvarlig**

Linda Stigen

**Student**

ukjent

**Prosjektperiode**

12.02.2024 - 15.08.2024

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.08.2024.

**Meldeskjema****Kommentar**

FELLES INNMELDING STUDENTPROSJEKTER

Meldeskjemaet gjelder en felles innmelding av ca. 9 studentprosjekter med Linda Stigen som prosjektansvarlig. Fellesmeldingen skal oppfylle kriteriene som fremgår av våre nettsider: <https://sikt.no/felles-vurdering-av-studentprosjekt>

Personverntjenester gir her en samlet vurdering av bacheloroppgavene som er meldt i fellesmeldingen. Vurderingen gjelder kun for studentoppgaver som følger retningslinjene som gis i denne tilbakemeldingen. Prosjekter som ikke følger de gitte retningslinjene må meldes inn på eget meldeskjema.

Prosjektansvarlig har ansvar for hvert enkelt prosjekt som omfattes av denne innmeldingen. Prosjektene skal gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom prosjektansvarlig og personverntjenester.

Prosjektansvarlig må forsikre seg om at studentene sletter rådata i forbindelse med innlevering/sensur av oppgavene. Det bør legges opp til at studentene bekrefter dette skriftlig til prosjektansvarlig når det er gjort, før prosjektansvarlig rapporterer om status for behandlingen av personopplysninger til personverntjenester.

