



# Høgskulen på Vestlandet

## BER332 - Bacheloroppgave

BER332-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	02-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	16-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BER332 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	312
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7947
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	9
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	329

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGÅVE

Ergoterapeutar sine beskrivingar om behandling av handødem i rehabilitering etter hjerneslag – ein kvalitativ studie

Occupational therapists' descriptions about the treatment of hand edema in rehabilitation after stroke – a qualitative study

## Kandidatnummer 312 og 329

Bachelor i Ergoterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Rettleiar: Tina Taule

Innleveringsdato: 16.05.22

Mengd ord: 7947

*«Det vil aldri regne roser.  
Vil vi ha fleire roser, må vi plante fleire busker»*

*- George Eliot*

# Forord

Engasjementet vårt for hjerneslag spelte stor rolle ved val av tema for bachelorprosjektet. Temaet om ergoterapi og behandling av handødem etter hjerneslag vekka vår merksemd augeblikkeleg då Haukeland presenterte moglege bachelorprosjekt. Vi har gjennom prosjektet utvikla eit stort engasjement og auka vår kunnskap om behandling av handødem og viktigheita av dette i rehabilitering etter hjerneslag. Sitatet av George Eliot beskriv at innsats er nøkkelen for å skape endring. I forbindelse med George Eliot sitt sitat ønskjer vi å sette tema i fokus for å utvikle ergoterapeuten sin kunnskap om behandling av handødem etter hjerneslag.

Vi vil rette ein stor takk til vår rettleiar Tina Taule for gode faglege diskusjonar og konstruktive tilbakemeldingar for å gjere dette bachelorprosjektet fullstendig. Vi ønskjer også å takke andre personar som har vore disponible til å svare på spørsmål og kome med gode tips. Vi sett stor pris på informantane si interesse og engasjement rundt tema og vil takke dei for tida dei via til å delta slik at dette bachelorprosjektet kunne gjennomførast. Vidare vil vi takke våre støttepersonar for å ha stått med oss gjennom denne prosessen. Ikkje minst vil vi takke kvarandre for eit godt samarbeid til tross for tidvis varierende humør. Dette har vore ein lærerik og spennande prosess som har utvikla kunnskapen vår som ergoterapeutar.

# Samandrag

## Formål

Forsking og retningslinjer syner at ergoterapeuten ofte er involvert i behandling av handødem og at behandlinga er utfordrande. Likevel er det lite forsking på ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag. Formålet med denne studien er difor å belyse korleis ergoterapeutar i fagfeltet beskriv behandling av handødem etter hjerneslag.

## Forskingsspørsmål

«Korleis beskriv ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta behandling av handødem etter hjerneslag?»

## Metode

Kvalitativ metode er nytta for å svare på forskingsspørsmålet. Datamateriale vart henta inn gjennom semistrukturert intervju med fire informantar fordelt på eitt gruppeintervju og to individuelle intervju. Intervjua vart gjennomført digitalt og lydopptak vart teke på mobiltelefon. Lydopptaka vart transkribert og analysert ved bruk av Malterud si systematiske tekstkondensering.

## Funn

Gjennom Malterud si systematiske tekstkondensering vart fire tema identifisert som funn for denne studien. Desse er: handødem avgrensar aktivitetsutføring, ergoterapeuten i tverrfagleg rehabilitering, kartleggings- og behandlingsmetodar i tillegg til kunnskapsbasert praksis og «ergofagleg påfyll».

## Konklusjon

Ergoterapeuten har ei sentral rolle i behandling av handødem etter hjerneslag. Viktigheita av ergoterapeutisk behandling av handødem vert påpeika for å mogleggjere aktivitet og deltaking. Funna syner at ergoterapeutane arbeider forskjellig på dei ulike rehabiliteringsavdelingane. Ergoterapeutisk behandling av handødem kan opplevast som utfordrande grunna avgrensa utval forsking og vage retningslinjer.

**Nøkkelord:** Ergoterapi, handødem, rehabilitering, hjerneslag

# Abstract

## **Aim**

Research and guidelines show that the occupational therapist is often involved in the treatment of hand edema and that the treatment is challenging. Nevertheless, there is limited research on occupational therapy treatment for hand edema after stroke. The aim of this study is therefore to interpret how occupational therapists in the domain describe the treatment of hand edema after stroke.

## **Research question**

“How do occupational therapists in secondary care describe the treatment of hand edema after stroke?”

## **Method**

To answer the research question, qualitative method is used. The data was obtained through semi-structured interviews with four informants divided into one group interview and two individual interviews. The interviews were conducted digitally, and the audio was recorded with cellphones. The recorded audio was transcribed and analyzed using Malterud's systematic text condensation.

## **Findings**

Through Malterud's systematic text condensation, four topics were identified as findings for this study. These are: hand edema limits occupational performance, the occupational therapist in interdisciplinary rehabilitation, evaluation- and treatment methods as well as evidence-based practice and “OT-professional input”.

## **Conclusion**

The occupational therapist role is important in the treatment of hand edema after stroke. The importance of occupational therapy for hand edema is highlighted to enable occupation and participation. The findings show that occupational therapists work differently in the various rehabilitation departments. Occupational therapy treatment of hand edema can be experienced as challenging due to limited research and unclear guidelines.

**Key words:** Occupational therapy, hand edema/oedema, rehabilitation, stroke

# Innholdsliste

<b>1.0</b>	<b>INNLEIING</b> .....	<b>1</b>
1.1	FORSKINGSSPØRSMÅL .....	3
<b>2.0</b>	<b>METODE</b> .....	<b>3</b>
2.1	DESIGN .....	3
2.2	UTVAL.....	3
2.3	DATAINNSAMLING.....	4
2.4	DATAANALYSE .....	6
2.4.1	<i>Transkribering</i> .....	6
2.4.2	<i>Føreforståing</i> .....	6
2.4.3	<i>Systematisk tekstkondensering</i> .....	7
2.5	ETISKE VURDERINGAR.....	9
<b>3.0</b>	<b>FUNN</b> .....	<b>10</b>
3.1	HANDØDEM AVGRENSAR AKTIVITETSUTFØRING .....	10
3.2	ERGOTERAPEUTEN I TVERRFAGLEG REHABILITERING .....	11
3.3	KARTLEGGINGS- OG BEHANDLINGSMETODAR .....	12
3.4	KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG «ERGOFAGLEG PÅFYLL» .....	15
<b>4.0</b>	<b>DRØFTING AV FUNN</b> .....	<b>15</b>
4.1	HANDØDEM AVGRENSAR AKTIVITETSUTFØRING .....	16
4.2	ERGOTERAPEUTEN I TVERRFAGLEG REHABILITERING .....	18
4.3	KARTLEGGINGS- OG BEHANDLINGSMETODAR .....	19
4.4	KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG «ERGOFAGLEG PÅFYLL» .....	22
<b>5.0</b>	<b>DRØFTING AV METODE</b> .....	<b>22</b>
<b>6.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>24</b>
6.1	IMPLIKASJONAR FOR PRAKSIS .....	25
	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>26</b>
	<b>VEDLEGG 1 – INTERVJUGUIDE</b> .....	<b>29</b>
	<b>VEDLEGG 2 – INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING</b> .....	<b>30</b>

## Figurliste

Figur 1: Presentasjon av informantar .....	4
Figur 2: Transaksjonelle Modellen for Aktivitet.....	8
Figur 3: "Figure of eight" .....	13



## 1.0 Innleiing

I 2020 vart om lag 10 000 personar registrert med diagnosen akutt hjerneslag i Noreg (Folkehelseinstituttet, 2021; Nasjonalt sekretariat for norsk hjerneslagregister et al., 2021). Av desse var anslagsvis 8500 behandla i ei slageining (Helsedirektoratet, 2018). Fysiske og kognitive funksjonsnedsettingar førekjem ofte etter hjerneslag (Edmans et al., 2010, s. 2). Ved nevrologiske utfall som hemiparese kan lågare muskelaktivitet og nedsett kontroll ved rørsler i handa føre til væskesamlingar i form av handødem (Ryerson, 2007, s. 886). Dette kjem av ubalanse i trykk i kapillærene og vevet rundt, eller som følgje av hinder i lymfesystemet (Artzberger & White, 2016, s. 511). Sjølv om omlag ein av tre utviklar ødem i den paretiske handa (Helsedirektoratet, 2017, kapittel 4.3.) opplyser Artzberger & White (2016, s. 511) at ødem ofte vert nedprioritert i rehabilitering etter hjerneslag.

Handa vert nytta til å gripe ulike gjenstandar og reiskap og er difor sentral for deltaking i kvardagsaktivitetar (Boel & Hansen, 2020, s. 15). Handødem kan påvirke deltaking og føre til mindre bruk av handa (Artzberger & White, 2016, s. 523). For å oppnå sjølvstende og deltaking i eigen kvardag vert handrelaterte funksjonsnedsetjingar viktig å behandle (Olsen & Boel, 2020, s. 48). Helsedirektoratet (2017, kapittel 4.3.) sine Nasjonale retningslinjer for rehabilitering av hjerneslag framhevar at behandling av ødem er vanskeleg. Rehabilitering er eit tverrprofesjonelt område som bidreg til tett og forpliktande samarbeid mellom ulike profesjonar (Solvang, 2019, s. 59). World Health Organization (WHO) si forståing av rehabilitering poengterer at individet sin livssituasjon må takast omsyn til, og funksjonen mellom kroppen og omgjevnadane skal sjåast i eit heilskapleg perspektiv (World Health Organization, 2021).

Hovudmålet med ergoterapi er at kvart menneske skal ha moglegheit til å delta i kvardagsaktivitetar (Dahl-Michelsen et al., 2018, s. 114), som ifølgje Gillen & Schell (2014, s. 607) kan omtalast som Activities of Daily Living (ADL). Ergoterapeutar arbeider dermed for å betre kvar enkelt si moglegheit til å delta i aktivitetar dei ønskjer, treng eller er forventa å delta i (Dahl-Michelsen et al., 2018, s. 114). I det ergoterapeutiske paradigmet vert samspelet mellom menneske, aktivitet og omgjevnadar fokusert på for å auke meistring,

livskvalitet og deltaking i kvardagen (Kielhofner, 2013, s. 60). Samstundes har ergoterapeuten eit aktivitetssenterert perspektiv, noko som tyder at ergoterapeuten plasserer aktivitet i sentrum av si resonnering og koplar intervensjonen saman med paradigme (Fisher & Marterella, 2019, s. 75).

Ergoterapeutar skal arbeide i tråd med lover og retningslinjer for å utøve fagleg forsvarlegheit og gi tenester av god kvalitet. Å utøve kunnskapsbasert praksis og halde seg fagleg oppdatert er difor eit krav (Dahl-Michelsen et al., 2018, s. 126). Kunnskapsbasert praksis tyder at kliniske val skal takast på bakgrunn av forskingsbasert-, erfaringsbasert- og brukarkunnskap (Kristensen & Peoples, 2019, s. 441). Ettersom forskingsbasert kunnskap er naudsynt for å underbygge praksis er det viktig å etterlyse ny kunnskap dersom det er lite forskning på eit tema. Forsking kan bidra til utvikling av retningslinjer og prosedyrar for behandling (Bonsaksen & Ellingham, 2017, s. 13), eksempelvis ved ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag.

Det er gjennomført eit strukturert kunnskapsbasert pyramidesøk for å finne relevant forskning om tema. Dette for å underbygge og drøfte funn frå det analyserte datamaterialet. Eit klinisk oppslagsverk av Mehrara et al. (2022) fortel at fysioterapi i form av massasje, kompresjonsterapi på hand og arm saman med grunnleggjande tiltak som å heve armen er anbefalt ved behandling av lymfødem. Vidare er det anbefalt å nytte kompresjonsterapi med kompresjonsplagg når ødemet er etablert. Ved bruk av kompresjonsplagg er det anbefalt å nytte både hanske og sleeve samstundes for å få kompresjon på heile armen. Tilpassing av hanske og sleeve er presisert som viktig for å oppnå riktig effekt (Mehrara et al., 2022). Det kliniske oppslagsverket av Mehrara et al. (2022) handlar om generell behandling av lymfødem og er ikkje spesifikt relatert til handødem som følgje av hjerneslag.

I rehabilitering av ødem vert elevasjon, kompresjon ved elastisk bandasje eller funksjonell elektrisk stimulering anbefalt av Helsedirektoratet (2017, kapittel 4.3.). Funksjonell elektrisk stimulering skaper ifølgje Artzberger & White (2016, s. 523) rørsle i musklar ved hjelp av elektriske impulsar. Retningslinja frå Helsedirektoratet (2017, kapittel 4.3.) er i tillegg basert på eldre forskning utgitt før 2007. Ei systematisk oversikt av Giang et al. (2016) samlar publisert forskning om ergoterapitiltak for behandling av handødem etter hjerneslag. Den

presiserer likevel at det er lite tilgjengelege retningslinjer på ergoterapitiltak for behandling av handødem, sjølv om ergoterapeuten ofte er involvert i ødembehandling. Oversikta viser til tiltak som kompresjonsterapi, ortose og mobilisering. Bruk av ortose har ifølgje oversikta varierende resultat medan kompresjon og mobilisering viser effekt i behandlinga. Oversikta syner behov for meir forskning på behandlingsmetodar for handødem og langsiktige resultat av ødembehandling etter hjerneslag (Giang et al., 2016).

## **1.1 Forskingsspørsmål**

Det kunnskapsbaserte pyramidesøket identifiserte eit kunnskapshol i form av eit avgrensa utval forskning med vage konklusjonar om ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag. Med bakgrunn i kunnskapsholet er forskningsspørsmålet for studien: «Korleis beskriv ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta behandling av handødem etter hjerneslag?».

## **2.0 Metode**

### **2.1 Design**

Når det føreligg lite tilgjengeleg forskning med vage konklusjonar om eit tema, eksempelvis behandling av handødem etter hjerneslag, er kvalitativ metode eigna ifølgje Malterud (2017, s. 32). Metoden bidreg til å opne for eit mangfald av ulike svar på eit komplekst forskningsspørsmål. Bruk av kvalitativ metode kan identifisere nye spørsmål som igjen kan føre til ny forskning på feltet (Malterud, 2017, s. 32).

### **2.2 Utval**

I rekrutteringsprosessen til studien ringte vi til 13 rehabiliteringsavdelingar i Noreg med grunnlag i informasjon på helseføretaka sine nettsider. Vidare fekk vi e-post adressa eller telefonnummeret til ein ergoterapeut på rehabiliteringsavdelinga og sendte e-post med informasjon om bakgrunnen for studien samt informasjonsskriv om deltaking og samtykkeskjema (Vedlegg 2). Inklusjonskriteriet for å delta i studien var at ergoterapeutane måtte ha minst eitt års erfaring med behandling av handødem i rehabilitering etter hjerneslag. Dette for å sikre tilstrekkeleg informasjon til å svare på forskningsspørsmålet. Vi fekk svar frå fem avdelingar der dei tre første avdelingane som gav respons fekk delta grunna tid estimert

til datainnsamling. Vi inkluderte fire informantar då det ifølgje Malterud (2017, s. 64) er tilstrekkeleg for å svare på forskingsspørsmålet. To av informantane som vart rekruttert arbeider på same avdeling. Det vart sendt ut ein felles e-post til alle vi hadde kontakta om at det var rekruttert nok informantar til studien ettersom det var nokre som viste interesse etter avslutta rekruttering. Vi takka dei for interessa, men var nøydd å ekskludere dei frå studien.

Ergoterapeutane som deltok arbeider på ulike rehabiliteringsavdelingar i Noreg. To informantar deltok i individuelle intervju, medan dei to andre tok del i gruppeintervju. I tabellen (Figur 1) nedanfor vert informantane presentert med fiktive namn, samt kor lenge og kva tenestenivå dei har arbeida som ergoterapeut. Informantane har fått fiktive namn for å behalde det personlege forholdet frå intervjuet og sikre anonymitet.

Namn på informant	Erfaring og tenestenivå
Ylva	4 år i spesialisthelsetenesta
Ragnhild	2 år i kommunehelsetenesta 8 år i spesialisthelsetenesta
Stine	8 år i spesialisthelsetenesta
Johanne	13 år i spesialisthelsetenesta

Figur 1: Presentasjon av informantar

### 2.3 Datainnsamling

Intervjuguiden gir forslag til spørsmål som skal bidra til å svare på eit tema (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 185). Vi valde å dele intervjuguiden (Vedlegg 1) i innleiande-, hovud- og avsluttande spørsmål med nokre oppfølgingsspørsmål. Innleiande spørsmål spør om arbeidserfaring og grunnleggjande erfaringar med handødem for å skape ein relasjon til informanten og snevre inn på tema. Hovudspørsmåla bidreg til å svare på problemstillinga, eksempelvis ved å hente informasjon om ergoterapeutane sine beskrivingar om kartlegging og behandling av handødem. Avsluttande spørsmål vart nytta for å summere og sikre riktig

forståing av datamaterialet samt at informantane kunne føye til informasjon. I tråd med Krumsvik (2014, s. 127) sine anbefalingar gjennomførte vi pilotintervju med medstudentar som læringssituasjon for å teste om spørsmåla vart forstått. Nokre av spørsmåla vart omskrive etter pilotintervjuet, ettersom dei ikkje vart tolka slik vi ønskja. Eksempelvis viste det seg naudsynt med ei presisering av at spørsmålet angående ergoterapeutiske strategiar i behandlinga både omfattar framgangsmåte og behandlingsmetode (Vedlegg 1). Intervjua vart gjennomført digitalt med video grunna geografisk avstand mellom studentane og informantane, men også for å få fram nonverbal kommunikasjon. Informantane fekk velje kva digital plattform dei ønskja å gjennomføre intervju på. To intervju vart gjennomført på teams, og eitt på skype. Lydopptak vart teke på mobiltelefon i flymodus.

Eit kvalitativt forskingsintervju handlar om å forstå tema i kvardagen ut frå informanten sine egne perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Vi gjennomførte forskingsintervjua med semistrukturert form. På denne måten kunne vi tilpasse intervjua til kvar informant og gi openheit til å snakke om egne opplevingar. Samstundes kunne intervjuaren nytte intervjuguiden (Vedlegg 1) som hugseliste for å sikre henting av ønskja datamateriale (Malterud, 2017, s. 133-134). Under intervjua hadde éin av studentane ansvar for lydopptak samt å stille oppfølgingsspørsmål tilpassa informantane sine utsegn, medan den andre var intervjuar.

Ei av avdelingane tilbydde eit intervju med tre ergoterapeutar som arbeider saman. Med bakgrunn i dette valde vi å inkludere eit gruppeintervju og to individuelle intervju då fleire metodar for datainnsamling kan gi ei sikrere og breiare forståing på tema (Krumsvik, 2014, s. 121-122). Ifølgje Malterud (2012, s. 23) kan gruppeintervju kombinerast med andre forskingsmetodar. Gruppeintervjuet vart gjennomført med to informantar, då éin trakk seg før intervjuet. Ettersom tal informantar ikkje oppfylte dei formelle krava til ei fokusgruppe vart gruppeintervjuet gjennomført med inspirasjon frå fokusgruppeintervju (Malterud, 2017, s. 139). Fokusgruppeintervju har ikkje som formål å kome til einigheit eller presentere løysingar på spørsmåla, men å fremje ulike synspunkt på tema (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 179). Gruppeintervju vart nytta for å utforske erfaringane og haldningane til personar i ulike miljø (Malterud, 2017, s. 138). I intervjuet vårt omhandlar dette samhandling mellom ergoterapeutar på same avdeling. I tillegg krev gruppeintervju mindre ressursinnsats enn om informantane vart intervjua individuelt (Malterud, 2017, s. 140). Individuelle intervju vart

nytta med mål om å innhente skildringar og synspunkt informanten har, basert på sine erfaringar (Krumsvik, 2014, s. 124-125). I vårt tilfelle ergoterapeutar sine beskrivingar med behandling av handødem etter hjerneslag.

## 2.4 Dataanalyse

Dataanalyseprosessen består av transkribering etterfølgt av systematisk tekstkondensering (STK) for å analysere meiningsinnhaldet i intervju (Malterud, 2017, s. 75).

### 2.4.1 Transkribering

Transkribering vart nytta for å samanfatte datamaterialet som seinare vart nytta i systematisk tekstkondensering (STK) til tekst og gjort handterbart til analyse (Malterud, 2017, s. 77). I samhøve med Malterud (2017, s. 77) si anbefaling transkriberte vi datamaterialet for å ivareta informantane sine formidlingar om meiningar og erfaringar samt korleis desse vart oppfatta. Éin transkriberte dei individuelle intervju, medan den andre transkriberte gruppeintervjuet. Ved transkribering av intervju vart det gjort små endringar ved omsetjinga for å fullstendigjere setningar og samanhengar. Dette for å nå målet med transkriberinga; å fange opp samtalen som formidlar det informanten vil dele på best mogleg måte (Malterud, 2017, s. 78).

### 2.4.2 Føreforståing

Vår kunnskap om ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag før studien sin start vert omtalt som føreforståing, og har kontinuerleg innflytelse på analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 44). Føreforståinga vår var prega av litteratur lest ved henting av informasjon til oppgåva og baserte seg på at ødem vert nedprioritert i behandling, med bakgrunn i Artzberger & White (2016, s. 511) sitt utsegn. Vi hadde også eit inntrykk av at behandlinga er utfordrande då retningslinjer og mykje av litteraturen baserer seg på ødem generelt og ikkje spesifikt handødem etter hjerneslag. Ergoterapeuten sitt kunnskapsgrunnlag er også ein del av føreforståinga vår ettersom vi har tileigna oss ergoterapeutisk teori i løpet av studiet. Føreforståinga låg til grunn for motivasjonen til å undersøkje meir om ergoterapeutar sine beskrivingar angående behandling av handødem etter hjerneslag.

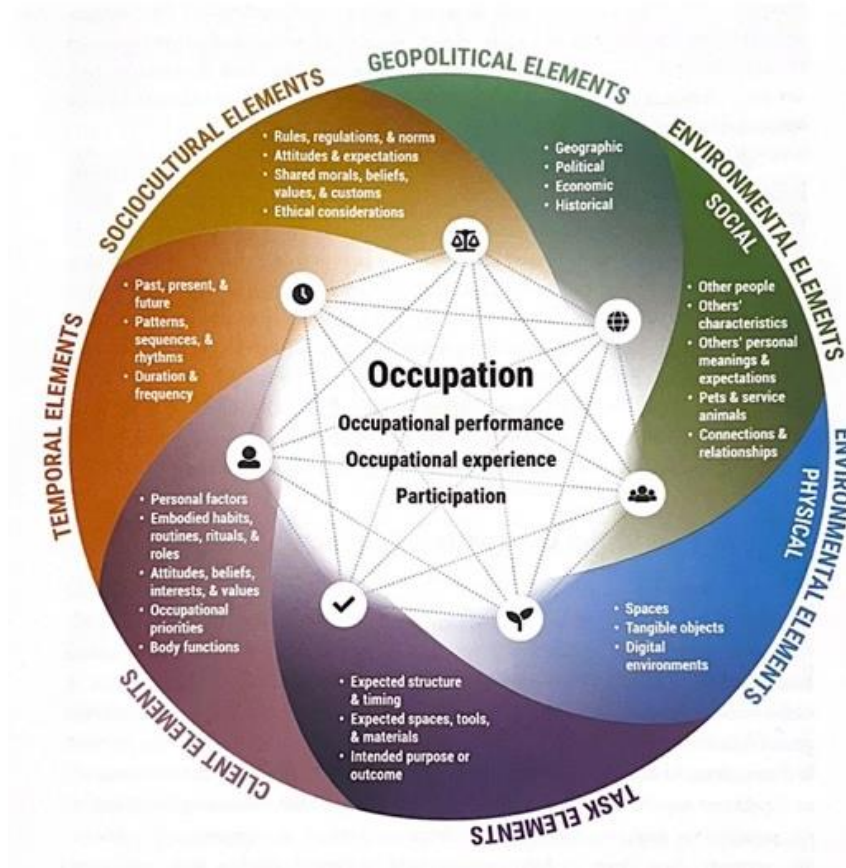
### 2.4.3 Systematisk tekstkondensering

For å analysere data frå intervjua vart systematisk tekstkondensering (STK) av Malterud nytta. Metoden er utvikla for å gi nybegynnarar utan erfaring med kvalitativ metode ein overkommeleg og systematisk måte å gjennomføre analyseprosessen på (Malterud, 2017, s. 97). STK er ein flytande prosess som tillét å gå mellom dei fire stega i analysen for å bidra til å oppdage nye element i datamaterialet (Malterud, 2017, s. 113-115). Vi opplevde somme gongar behov for å gå tilbake i analyseprosessen for å eksempelvis endre namn på kode- og subgrupper og hente fleire meiningsberande einingar frå intervjua.

I første analysesteg vart vi kjend med datamaterialet og nytta forskingsspørsmålet som referanseramme, samstundes som føreforståinga vart forsøkt satt til side. I dette steget identifiserte vi uavhengig av kvarandre 4-8 førebelse tema som intuitivt vekka merksemd med tanke på forskingsspørsmålet (Malterud, 2017, s. 99). Deretter møttest vi og samla desse til førebelse tema: behandlingsmetodar, kva kan ergoterapeuten gjere?, individuelle forskjellar, informasjon og opplæring, samarbeid og ergoterapeuten sin refleksjon.

I det andre analysesteget vart dei førebelse temaa diskutert med mål om å forstå kva kvart tema inneberer og korleis temaa kan svare på forskingsspørsmålet. Dei førebelse temaa vart revidert til fire tema som la grunnlaget for kodegrupper. Vi sorterte ut datamaterialet som vart sett på som meiningsberande einingar eigna til å svare på forskingsspørsmålet og la resten til side (Malterud, 2017, s. 100-101). For å forstå og belyse meiningsinnhaldet i datamaterialet nytta vi den transaksjonelle modellen for aktivitet (TMO). Modellen syner situasjonelle element som kontinuerleg formar kvarandre, aktivitet, aktivitetsutføring og deltaking (Figur 2). Det holistiske perspektivet i modellen minner ergoterapeuten på at pasienten ikkje kan skiljast frå dei situasjonelle elementa, og at desse vil påverke aktivitet (Fisher & Marterella, 2019, s. 16). Vidare i STK vart dei meiningsberande einingane sortert i kodegrupper som baserte seg på dei tidlegare reviderte temaa. Kodegruppene var kontinuerleg under utvikling

og etter kvart vidareutvikla og slått saman (Malterud, 2017, s. 111). Eksempelvis oppstod utfordring som ei kodegruppe og vart etter kvart ein del av individuelle forskjellar.



Figur 2: Transaksjonelle Modellen for Aktivitet  
(Fisher & Marterella, 2019, s. 17)

I tredje analysesteg nytta vi datamaterialet for kvar kodegruppe og forma to til tre subgrupper under kvar kodegruppe. Arbeidet med å lage kondensat for kvar meiningsberande eining starta då subgruppene var utforma. Kondensat er eit kunstig sitat som baserer seg på fleire meiningsberande einingar, men nyttar den mest innhaldsrike som grunnlag. Kondensata vart skrivne i eg-form for å minne oss på å representere kvar og ein av informantane så likt som mogleg som i intervjuet. I dette steget vart også gullsitat direkte frå transkriptet vald ut (Malterud, 2017, s. 106-108).



Kondensata frå kodegruppene vart i fjerde analysesteg satt saman til éitt avsnitt for kvar subgruppe, og teksten vart rekontekstualisert i form av ein analytisk tekst skriva i tredje person. Gullsitata frå tredje steg vart nytta for å konkretisere hovudfunna. Det var sentralt at teksten representerte informantane si stemme, til tross for at rekontekstualiseringa førte til ei fortolka utgåve av intervjuet. Den analytiske teksten vart til slutt samanlikna med datamaterialet i transkripta for å sikre at funna samsvarer med det informantane har sagt (Malterud, 2017, s. 108-110). Hovudfunna som var identifisert gjennom STK er: handødem avgrensar aktivitet utføring, ergoterapeuten i tverrfagleg rehabilitering, kartleggings- og behandlingmetodar i tillegg til kunnskapsbasert praksis og «ergofagleg påfyll».

## **2.5 Etiske vurderingar**

Studien er godkjend av Norsk senter for forskingsdata (meldeskjemanummer: 156908). Aktuelle informantar vart kontakta etter godkjenning av studien (Helseforskningsloven, 2008, §9). Samtykkeskjema og informasjonsskriv vart sendt ut saman med informasjon om denne studien for å informere informantane og få skriftleg samtykke om bruk av datamaterialet før gjennomføring av intervjuet (Helseforskningsloven, 2008, §13). Ergoterapeutane som aksepterte å delta i studien sendte samtykkeskjema med underskrift før intervjuet vart gjennomført. Informantane kunne når som helst trekkje samtykket i samsvar med helseforskningslova (Helseforskningsloven, 2008, §16). Personvern og anonymitet vart teke omsyn til for å beskytte informantane sine utsegn, samstundes som informantane bør kjenne seg igjen i det analyserte datamaterialet. Lydfila vart lagra sikkert på to passordbeskytta datamaskiner for å unngå tap av data og vart sletta etter studien.

## 3.0 Funn

Intervjumaterialet inneheld ei forståing av ergoterapeutar sine beskrivingar om behandling av handødem etter hjerneslag. Likskapar og ulikskapar i ergoterapeutane sine beskrivingar er strukturert i samsvar med fire tema: handødem avgrensar aktivitet utføring, ergoterapeuten i tverrfagleg rehabilitering, kartleggings- og behandlingsmetodar og kunnskapsbasert praksis og «ergofagleg påfyll». Sitata vert presentert med dei fiktive namna frå figur 1.

### 3.1 Handødem avgrensar aktivitet utføring

Informantane nemner fleire aktivitetsavgrensingar handødem kan føre til i rehabiliteringa, eksempelvis hevelse rundt ledd og smerte. I tillegg beskriv informantane korleis andre følgjeskader av hjerneslaget, som kognitive og motoriske utfordringar, ytterlegare kan påverke aktivitet utføring. Helsetilstanden til pasienten sin påverknad for framgang i rehabiliteringa vert også vektlagt av informantane. Ylva beskriv avgrensingar handødem kan føre til i rehabiliteringa:

Det er litt forskjellig fordi dei fleste pasientane som eg har som har veldig uttalt handødem klarer etter slaget, ikkje å bevege så mykje på handa si. Og det set sjølvstendig avgrensingar på sjølv treninga. -Ylva

Nokre pasientar si oppfatning av å miste funksjonen i hendene, vert beskrive av Ragnhild: "Altså hender har ein veldig stor påverknad. Det er sånn som pasientane ofte seier sjølv, at dei aldri har tenkt over kor mykje dei nyttar hendene sine før dei plutselig ikkje kan nytte dei [hendene] lenger". Ylva fortel at pasientar som har utvikla handødem kan ha utfordringar med finmotorikk, for eksempel i kvardagsaktivitetar som knepping av knappar. Ragnhild beskriv også utfordringar pasientar har med å lukke handa - altså å gripe rundt gjenstandar og meistre eit sjølvstendig grep. I desse situasjonane opplev Ragnhild at fokus på medverknad av affisert hand for å fremje aktivitet fell bort. Fleire av informantane ser samanhengen mellom behandling av handødem og eksempelvis kognitive og motoriske utfordringar etter hjerneslaget, i tillegg presiserer Ylva at rehabiliteringa er ein samansett prosess.

Stine og Ragnhild påpeikar at pasientar som er ramma av hjerneslag er ekstra utsett for parese i hand, noko som avgrensar funksjon. Informantane ser samanhengen mellom handfunksjon og handødem, noko Stine beskriv på denne måten: "Det heng ofte litt saman, at når dei [pasienten] får meir rørsle så forsvinn ødemet også". Ettersom ødemet oppstår opplev informantane at pasientar uavhengig av rørsleevne kan ha utfordring med å lukke handa grunna plassmangel i ledda. Ragnhild og Johanne trekk også fram at handødem kan føre til smerteproblematikk som kan skape utfordringar med medverknad av handa i aktivitet. I tillegg fortel Ragnhild at passiv rørsle ved *guiding*, som tyder å føre handa i aktivitet, kan vere utfordrande. Ho nemner også kontrakturar som mogleg sekundær problematikk, medan Johanne nemner at spasmar kan avgrense leddutslag og vere vanskeleg å skilje frå leddavgrensing som følgje av handødem. Vidare fortel Ragnhild at følgjeskader som for eksempel hypersensitivitet, kan føre til at pasienten ikkje tolerer bruk av kompresjon i form av ødemhanske.

Både kognitiv og motorisk funksjon spelar inn i rehabilitering av handødem. Ylva opplyser om at pasientar somme gongar ikkje tek vare på handa, men plasserer den under bordet når dei sit og unngår å nytte handa i aktivitet. Ragnhild beskriv pasienten si evne til medverknad slik: "Det er nokon som klarer å følgje det [handødemet] betre opp sjølv og, det kjem an på grad av kognitive vanskar etter slag". Pasienten sin medverknad vert nemnd av alle informantane og dei opplev at pasientar er oppteken av og sett pris på medverknad i rehabiliteringa. Opplæring og informasjon med omsyn til pasienten sin helsetilstand vert sentralt for pasientmedverknad i rehabiliteringa. Som eksempel nemner Ragnhild og Stine at pasienten kan få informasjon om korleis handa bør ligge samt opplæring i øvingar og anna behandling. Ylva er oppteken av at pasienten skal delta i aktivitet og gjennombeveging for drenering av væske og for å rette merksemd mot handa. Ho ønskjer at pasienten og pårørande er med å vedlikehalde leddrørsle og stryke handa ved å bevege den.

### **3.2 Ergoterapeuten i tverrfagleg rehabilitering**

Rolla til ergoterapeuten i behandling av handødem vert beskrive av informantane på ulike måtar. Alle påpeikar viktigheita av tverrfagleg rehabilitering samstundes som nokre informantar synes å ha eit tettare tverrfagleg samarbeid enn andre. I tillegg vert førebygging og rutinar med tverrfaglege tiltak vektlagt av informantane. Dei opplev handødem som ei

vanleg problemstilling i rehabilitering etter hjerneslag og er einige i at behandlinga er viktig. Johanne beskriv viktigeita av behandlinga på denne måten:

Det er veldig viktig, fordi det er vanskeleg å få gjort noko særleg med ei hand som er hoven. Og om den er hoven, så er den ofte vond. Og om den er vond, så er det ofte vanskeleg å nytte handa. -Johanne

Førebygging av handødem vert påpeika av Ylva: "Så det er berre å begynne før ødemet skjer, og det har vi veldig fokus på her på avdelinga". Initiativet til å undersøke og behandle handødem kjem ifølgje Ylva og Johanne frå ergoterapeutar eller fysioterapeutar, i tillegg til at sjukepleiarane og hjelpepleiarane følgjer opp tiltaka. I motsetning opplev Ragnhild og Stine at det er ergoterapeuten sitt ansvar å undersøkje om pasientane har handødem. Ergoterapeuten si rolle på avdelinga vert belyst av Ragnhild slik:

Ofte er vi [ergoterapeutane] gjerne dei som jobbar mykje med hender og finmotorikk, og eg opplev at det [hender og finmotorikk] gjerne er noko som glipp litt, som ikkje andre faggrupper nødvendigvis har like mykje fokus på. Eg tenkjer at med vår kunnskap om bruk av hender, ulike grep, kva ein kan få til, så vil det og vere ein del av behandlinga. Liksom det der med mest mogleg aktiv bruk av handa, anten på eiga maskin eller ved hjelp og *guiding*. Å få inn den rørsla er ein viktig del av det, så sånn sett så tenkjer eg at det er ein viktig bit for oss. -Ragnhild

Informantane lager tverrfaglege tiltak som teamet følgjer opp, eksempelvis lagar nokon ADL-plan som er ein plan for gjennomføring av kvardagsaktivitetar i samarbeid med pasienten. Dei opplyser om at rutinar med tverrfagleg fokus i rehabiliteringa er vesentleg for god behandling, blant anna gjennom følgjande sitat frå Ylva: "Det hjelp ikkje at det kun er ein ergo [ergoterapeut] eller ein fysio [fysioterapeut] som gjer det [leiring og gjennombeveging] ein time om dagen. Så det er veldig fint å ha det tverrfaglege samarbeidet og eit 24-timers perspektiv på det". Johanne påpeikar at eit godt tverrfagleg samarbeid mellom profesjonane er særskild viktig.

### **3.3 Kartleggings- og behandlingsmetodar**

Informantane nyttar ulike kartleggings- og behandlingsmetodar i rehabiliteringa av handødem etter hjerneslag. For eksempel nyttar nokre informantar subjektiv observasjon medan andre

nyttar måleband som kartleggingsmetode. Dei har også nokre felles grunnleggjande tiltak slik som elevasjon og medverknad av handa i aktivitet. Andre behandlingsmetodar nokre av informantane nyttar er kompresjon, ortose og massasje. Basert på at informantane arbeider på ulike avdelingar har dei ulike perspektiv på behandling av handødem.

Ragnhild fortel at det somme gongar står i journalnotatet frå sjukehuset om pasienten har handødem, medan ho andre gongar oppdagar handødem når pasienten er komen på rehabilitering. Stine opplev at det ofte er lett å sjå om pasientane har handødem eller ikkje. I tillegg beskriv ergoterapeutane at handødem ofte oppstår hos pasientane, men i ulik grad. Nokre nyttar subjektive observasjonar som kartleggingsmetode for handødem, sjølv om Ragnhild og Stine nemner at dei har snakka om å kartleggje med for eksempel foto eller å nytte eit måleband. Johanne fortel at ho nyleg starta å nytte ein kartleggingsmetode som heiter «figure of eight» (Figur 3). Eit tynt måleband vert i metoden strekt over handleddet, inn i fura, også tilbake til handleddet slik at målebandet formar eit åttetal. Kartleggingsmetoden er ny og Johanne held på å skaffe seg erfaring med den.



*Figur 3: "Figure of eight"*

*Bergen 11.05.2022*

Målet med behandlinga er ifølgje Ylva å senke hevelsen ved å drenere væsksamlingane. Mange forskjellige behandlingsmetodar vert nytta, men felles for informantane er elevasjon i form av leiring, rørsle i handa ved medverknad i kvardagsaktivitet og gjennombeveging. Stine og Ragnhild beskriv at både grad av hevelse og funksjon spelar ei rolle for val av behandlingsmetode. Eksempel på dette kan vere at pasienten ikkje har aktiv rørsle, noko ergoterapeuten må ta omsyn til. Alle ergoterapeutane nyttar rørsle i handa som eit tiltak, anten

ved gjennombeveging eller *guiding* i kvardagsaktivitetar. Stine, Ragnhild og Johanne nyttar også øvingar med pumperørsler og ulike typar massasje for å senke hevelsen. Ylva fortel at ho fokuserer på det naturlege rørslemønsteret med bakgrunn i «bobath». Altså medverknad av handa i aktivitet framfor å nytte hjelpemiddel som kompensierende tiltak. Ylva, Ragnhild og Stine opplev at *guiding* og gjennombeveging senkar ødemet og nyttar desse behandlingmetodane mest.

Informantane nyttar ødemhanske i ulik grad. Johanne har grunna fagleg oppdatering nyleg auka bruken frå eit par timar om gongen til å nytte det heile døgnet. Samstundes nyttar Ragnhild og Stine ødemhanske som generelt tiltak. Til tross for dette er Ragnhild oppteken av at pasienten skal vere mest mogleg funksjonell snarast mogleg og behalde det sensoriske i rehabiliteringa: «Vi tenkjer oss alltid om eit par gongar før vi plottar på eit hjelpemiddel på ei hand, fordi du tar vekk litt av det sensoriske». Ho meiner bruk av ødemhanske kan påverke den taktile sansen, eksempelvis ved berøring av gjenstandar. Johanne har nyleg starta å nytte kompresjons-sleeve saman med ødemhanske på pasientar. Kompresjons-sleeve har same formål som ødemhanske, men gir kompresjon frå handledd til skulderledd. Stine, Ragnhild og Johanne nyttar også handleddsstøtte for å unngå ugunstige posisjonar av handa, samt kvileskinne eller sotortose. Johanne har god erfaring med bruk av sotortose på natt kombinert med eventuelt ødemhanske på dag samt mobilisering av handa og noko massasje. Sotortose vert beskrive av Johanne som både støttande for ledda og at den gir kompresjon.

Ylva reflekterer rundt forskjellar med tanke på behandling ved ulike rehabiliteringsavdelingar: «På andre avdelingar, så verkar det [*guiding* og gjennombeveging som tverrfaglig tiltak] kanskje ikkje like godt. Dei har kanskje eit anna perspektiv, eller jobbar på ein anna måte. Man må eigentleg sjå det litt an tenkjer eg». Informantane grunnjev val av behandlingmetode med at tiltaka dei nyttar minskar ødemet. Somme av informantane synes likevel at behandling av handødem kan vere utfordrande og Stine beskriv det slik: «Det [behandling av handødem] er litt vanskeleg, altså ofte er det [behandlinga] ikkje gjort på ei veke å få det [handødemet] vekk. At det [behandlinga] tar litt tid. (lita tenkepause) Og ein må vere konsekvent med tiltaka».

### 3.4 Kunnskapsbasert praksis og «ergofagleg påfyll»

Erfaringsbasert kunnskap ligg i hovudsak til grunn for informantane sine val av behandlingsmetodar for handødem etter hjerneslag. For å halde seg fagleg oppdatert oppsøker informantane fagleg påfyll som vert arrangert på deira avdeling.

Ylva og Johanne fortel at fagleg påfyll vert arrangert for alle ergoterapeutane på deira sjukehus, noko Ylva omtaler som «ergofagleg påfyll». Dette for å tileigne seg ny kunnskap eller oppdatere kunnskapen dei har frå før av. Johanne beskriv at fagleg oppdatering på avdelinga nyleg har ført til eit større fokus på handødem, eksempelvis auka ho intensiteten ved bruk av ødemhanske og starta å nytte kompresjons-sleeve i behandlinga. Ylva, Stine og Ragnhild opplyser at tiltaka dei utfører kjem frå eigne erfaringar, arbeid med andre ergoterapeutar og andre profesjonar, men også gjennom fagleg utveksling med andre avdelingar. Informantane etterlys synleggjering av forskingsbasert kunnskap på handødem. I tillegg opplev Ylva lite føringar over tiltak som har eller ikkje har effekt. Johanne baserer også sine behandlingsmetodar på eit fagdokument om ødem frå sjukehuset hennar. Likevel påpeikar ho at mykje fagstoff er utforma med bakgrunn i behandling av ødem som lymfatisk problem. Samstundes saknar ho fagstoff og anbefalingar for personar som har handødem etter hjerneslag. Vidare syner Ylva behovet for forskning:

Det er veldig greitt å få ting litt meir strukturert og skriftleggjort, meir kunnskapsbasert praksis tenkjer eg, i staden for at det [behandlinga] er tilfeldig og erfaringsbasert. At ein har måtar ein kan gjere det [behandlinga] på som er forska på, og som det står «det her verkar». Det kan jo vere at det er det, at det er noko som er forska på og det [behandlingsmetodar] her verkar, men kanskje berre få det litt meir synleg. For eg trur det [forskning] er meir i forhold til fysioterapi enn i forhold til ergoterapi, og det burde bli mykje meir i forhold til ergoterapi i og med at det er hand og det er vi ekspertar på. -Ylva

## 4.0 Drøfting av funn

Funna vert vidare drøfta opp mot kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, aktuell forskning og retningslinjer for å svare på forskningsspørsmålet «Korleis beskriv ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta behandling av handødem etter hjerneslag?».

Hovudfunna våre beskriv kva aktivitetsavgrensingar handødem kan føre til samt andre følgjeskader etter hjerneslag og korleis dette ytterlegare påverkar behandling av handødem. Vidare syner hovudfunna ergoterapeutar si rolle og viktigheita av tverrfagleg samarbeid i rehabiliteringa. Det kjem fram i funna at informantane nyttar ulike kartleggings- og behandlingsmetodar og at erfaringsbasert kunnskap i hovudsak ligg til grunn for val av tiltak.

#### **4.1 Handødem avgrensar aktivitetsutføring**

Handa vert nytta i mange kvardagsaktivitetar og er viktig for å delta i eigen kvardag (Boel & Hansen, 2020, s. 15). Funna i studien bekreftar dette då pasientar ofte ikkje er klar over kor mykje dei nyttar henda i kvardagen før dei opplevde utfordringar med å nytte henda. Når det gjeld utfordringar i kvardagen beskriv funna våre at pasientar kan ha vanskar med finmotorikk, eksempelvis ved knepping av knappar og meistre eit sjølvstendig grep. I den forbinding kan sannsynlegvis ergoterapeuten ifølgje Dahl-Michelsen et al. (2018, s. 114) bidra til å mogleggjere deltaking i kvardags- og meningsfulle aktivitetar i rehabiliteringa. Til tross for at Fisher & Marterella (2019, s. 16) påpeikar at ergoterapeuten arbeider aktivitetssentrert, kan funna tyde på at det til tider er utfordrande for ergoterapeuten å fremje aktivitet og medverknad av affisert hand dersom ødemet påverkar leddutslag. Dette samsvarer med Artzberger & White (2016, s. 523) si opplysning om at handødem kan føre til mindre bruk av handa og påverke deltaking i kvardagsaktivitetar. Truleg kan dette skuldast at handa har lite funksjon og pasienten ikkje meistrar å gripe rundt gjenstandar med passiv hjelp av ergoterapeut. Sett under eitt kan handødem gi store avgrensingar i aktivitetsutføring av kvardagsaktivitetar og pasienten kan oppleve lite meistring i rehabiliteringa. Behandling av handødem er difor viktig for framgang i rehabiliteringa.

Funna syner at kognitive og motoriske utfordringar har innverknad på den ergoterapeutiske behandlinga av handødem og pasienten si moglegheit til å følgje opp behandlinga sjølv. Dette kan tyde på at det er viktig å ta omsyn til pasienten sin livssituasjon etter hjerneslaget og sjå samspelet mellom kroppen og omgjevnadane i eit heilskapleg perspektiv, noko som WHO (2021) presiserer i si forståing av rehabilitering. Dessutan kjem også samspelet til syne i TMO (Figur 2) sine situasjonelle element som påverkar aktivitet. Kognitive og motoriske utfordringar førekjem ifølgje Edmans et al. (2010, s. 2) ofte etter hjerneslag, og kan truleg variere mellom pasientane. Funna syner at ergoterapeutane har fokus på medverknad av hand



i rehabiliteringa, truleg for å skape kontakt med omgjevnadane og deltaking i meiningsfulle aktivitetar. Dette kan tyde på at ergoterapeutane arbeider aktivitetssentrert noko det ergoterapeutiske paradigme ifølgje Kielhofner (2013, s. 60) og Fisher & Marterella (2019, s. 75) fokuserer på. Det kan tenkjast at ergoterapeutane kan nytte TMO (Fisher & Marterella, 2019, s. 16) og WHO (2021) si forståing av rehabilitering for å fokusere på det heilskaplege perspektivet og ikkje berre på enkeltelement i rehabiliteringa. Alt i alt beskriv ergoterapeutane rehabiliteringa som ein samansett prosess.

Informantane opplys om at pasientar ramma av hjerneslag er utsett for følgjeskader, noko som avgrensar funksjon ut over handødemet sin påverknad. Samstundes opplyser Ryerson (2007, s. 886) om at lågare muskelaktivitet og nedsett kontroll i handa fører til væskesamling og handødem. Funna viser til avgrensingar parese kan gi, slik som rørsleavgrensingar i ledd eksempelvis ved grep. Det kan tenkjast at handødem saman med følgjeskader etter hjerneslaget ytterlegare kan avgrense pasienten si deltaking i kvardagsaktivitetar. I slike situasjonar vert behandling ifølgje Olsen & Boel (2020, s. 48) viktig for å oppnå sjølvstende i eigen kvardag. Funna syner også at følgjeskader etter hjerneslag kan vere utfordrande å skilje frå handødemet si avgrensing på leddutslag. Sett under eitt fortel funna at følgjeskader og handødem kan påverke funksjonsnivået til pasienten og avgrense deltaking i kvardagsaktivitetar.

Eit funn i denne studien beskriv viktigheita av å behandle handødem for å unngå sekundær problematikk. I forhold til dette kan det tenkjast at effektiv behandling av handødem kan vere utfordrande, noko retningslinjene frå Helsedirektoratet (2017, kapittel 4.3.) også anslår. Ettersom Helsedirektoratet (2017, kapittel 4.3.) ikkje grunngjev kvifor behandlinga er vanskeleg kan sannsynlegvis grunnen vere at behandlinga er ressurskrevjande og kompleks som også var eit viktig funn i denne studien. Dersom handødem ikkje vert behandla effektivt beskriv funna våre at sekundær problematikk som kontrakturar, smerter og avgrensing i leddutslag kan oppstå. Med omsyn til dette kan det truleg vere utfordrande for pasientar å delta i meiningsfulle aktivitetar. I den forbindelse vert ergoterapeuten si rolle sentral då ergoterapeuten ifølgje Dahl-Michelsen (2018, s. 114) arbeider for å auke pasienten si

moglegheit til å delta i eksempelvis ønskja aktivitetar ved å gradere dei. Altså er det viktig for ergoterapeuten å unngå at handødem utviklar sekundær problematikk som kan gi avgrensing i aktivitetsutføring.

Informantane opplev at pasientane er oppteken av og sett pris på medverknad i rehabiliteringa. Det kan tenkjast at pasientmedverknad er ein ressurs for ergoterapeuten for å kunne identifisere meningsfulle aktivitetar som pasienten ønskjer å delta i, noko ergoterapeutar arbeider for (Dahl-Michelsen et al., 2018, s. 114). Det holistiske perspektivet til TMO bidreg ifølgje Fisher & Marterella (2019, s. 16) til at ergoterapeuten kan forstå pasienten sin situasjon og korleis situasjonen påverkar pasienten si deltaking i aktivitet. Dersom pasienten er i stand til å medverke i rehabiliteringa beskriv funna våre at pasienten kan få opplæring i øvingar og behandlingsmetodar. Samstundes er brukarkunnskap eit element som skal takast omsyn til ved kliniske val i kunnskapsbasert praksis (Kristensen & Peoples, 2019, s. 441). Derimot kan det tenkjast at det kan vere krevjande å praktisere kunnskapsbasert praksis i situasjonar der pasienten ikkje er i stand til å medverke i rehabiliteringa. Med bakgrunn i dette kan truleg pårørande delta i rehabiliteringa med omsyn til informasjon og opplæring, slik funna også trekk fram som vesentleg. Totalt sett er pasientmedverknad viktig dersom pasienten er i stand til å delta i rehabiliteringa. Samstundes vert medverknad frå pårørande verdsett av ergoterapeuten for å auke utbytte av rehabiliteringsopphaldet, spesielt i situasjonar der pasienten ikkje kan medverke i ønskja grad.

## **4.2 Ergoterapeuten i tverrfagleg rehabilitering**

Eit godt tverrfagleg samarbeid vert beskrive av informantane som viktig ved behandling av handødem. Dessutan framhevar Solvang (2019, s. 214) at ulike profesjonar samarbeider for å kombinere ulike perspektiv i rehabiliteringa. Med tanke på at ergoterapeuten ifølgje Dahl-Michelsen (2018, s. 114) arbeider for å mogleggjere aktivitet kan truleg samarbeid med andre profesjonar i behandlinga auke det heilskapelege perspektivet i rehabiliteringa, noko WHO (2021) påpeikar er sentralt. Funna syner at nokre informantar opplyser om at ergoterapeutar og fysioterapeutar delar ansvaret for å initiere til behandling av handødem, medan andre informantar fortel at det er ergoterapeuten sitt ansvar. I samsvar med funna informerer Giang et al. (2016) i den systematiske oversikta at ergoterapeuten ofte er involvert i ødembehandling. Eit anna funn beskriv dessutan at ergoterapeuten er viktig i behandling av

handrelaterte funksjonsnedsettingar då andre profesjonar ikkje har same fokus på hand. Dette kan tyde på at ergoterapeuten har ei viktig rolle i behandlinga for å fremje det heilskaplege perspektivet i rehabiliteringa, sjølv om andre profesjonar også deltek.

Funna syner at ergoterapeutane vi har snakka med prioriterer behandling av handødem og har tverrfaglege rutinar for dette. I motsetning til funnet opplyser Artzberger & White (2016, s. 511) at behandling av ødem ofte vert nedprioritert i rehabilitering etter hjerneslag. Truleg kan Artzberger & White sitt utsegn skuldast at ofte andre følgjeskader etter hjerneslag kan spele ei større rolle i rehabiliteringa og handødem kan dermed verte nedprioritert. Ved prioritering av handødem syner funna eit 24-timers tverrfagleg perspektiv som vesentleg i behandlinga. Ut ifrå dette er sannsynlegvis tverrfaglege rutinar gjennom døgnet viktig for å effektivt redusere handødemet. Samstundes som informantane fremjar tverrfagleg rehabilitering vert ikkje dette nemnt i oversikta av Giang et al. (2016). Alt i alt er informantane oppteken av gode rutinar med tverrfagleg fokus i rehabiliteringa for å oppnå god behandling av handødem.

### **4.3 Kartleggings- og behandlingsmetodar**

Funna beskriv at informantane kartlegg handødem, men på ulike måtar. Nokre informantar nyttar subjektiv kartleggingsmetode i form av observasjon, sjølv om nokre har diskutert å måle handødem ved bruk av foto og måleband for å få ei objektiv forståing av grad handødem. Det kan tenkjast at det kan vere utfordrande å skilje handødem frå handa sin opphavlege størrelse før hjerneslaget då den er uviss for ergoterapeuten. Derimot syner funna at somme ergoterapeutar opplev at det er lett å oppdage om pasientar har handødem. Subjektiv observasjon kan truleg vere ein god kartleggingsmetode på avdelingar der ergoterapeuten har hovudansvaret for oppfølging av handødem. Likevel kan det vere utfordrande å nytte observasjon som kartleggingsmetode i tverrfaglege team då personar kan ha ulik oppfatning av handødemet si grad. I motsetning til subjektiv observasjon som kartleggingsmetode syner funna bruk av kartleggingsmetoden «figure of eight» (Figur 3). Bruk av metoden kan gi eit objektivt mål, noko ei systematisk oversikt av Llanos et al. (2020) underbyggjer. I tillegg kan truleg bruk av «figure of eight» gjere det enklare for det

tverrfaglege teamet å følgje opp handødemet. Ergoterapeutane nyttar altså ulike kartleggingsmetodar for å kartlegge grad av handødem og følgje opp utviklinga.

Studien sine funn tyder på at formålet med behandling av handødem er å drenere væskesamlingane som fører til hevelse, slik at pasienten vert mest mogleg funksjonell fortast mogleg. Med bakgrunn i informantane si oppleving av at handødem kan oppstå i ulik grad kan det tenkjast at kartlegging av handødem er viktig for å bestemme tiltak, noko Mehrara et al. (2022) også presiserer. Sannsynlegvis kan det vere nyttig for ergoterapeuten å ha ulike behandlingsmetodar for å nå målet med behandlinga ettersom tiltak bør veljast på bakgrunn av grad handødem. Først og fremst nyttar informantane elevasjon og medverknad av handa som grunnleggjande tiltak, samstundes vert elevasjon støtta av Mehrara et al. (2022) og Helsedirektoratet (2017, kapittel 4.3.). I tillegg fortel nokre informantar at ergoterapeuten også nyttar ulike typar massasje i behandlinga. Sjølv om massasje ifølgje Mehrara et al. (2022) er eit tiltak frå fysioterapeuten, kan det tenkjast at ergoterapeuten kan bidra til kontinuitet i behandlinga ved å nytte tiltaket. Truleg kan dette tyde på eit godt tverrfagleg samarbeid på avdelingane der kunnskap om behandlingsmetodar vert delt mellom ulike profesjonar. Med andre ord kan godt samarbeid mellom profesjonane føre til effektiv redusering av handødem slik at pasienten opplev betre funksjon.

Funna opplyser om at ergoterapeutane nyttar både kompresjon og ortose i behandling, noko den systematiske oversikta av Giang et al. (2016) underbyggjer. Vidare syner funna at det er viktig å vurdere om pasienten har behov for ødemhanske ettersom det sensoriske kan verte påverka. Sannsynlegvis kan det å behalde det sensoriske vere ein fordel då kontakt med omgjevnadane ifølgje WHO (2021) er sentralt i rehabilitering. Samstundes syner TMO (Figur 2) omgjevadar sin påverknad på aktivitetsutføring. Likevel anbefaler Mehrara et al. (2022) og Helsedirektoratet (2017, kapittel 4.3.) kompresjon som behandlingsmetode for ødem. Eit anna funn syner ødemhanske kombinert med kompresjons-sleeve som behandlingsmetode. Funnet vert også støtta av Mehrara et al. (2022) som påpeikar viktigheita av god tilpassing av sleeveen for å oppnå riktig effekt. Det kan tenkjast at bruk av ødemhanske kan auke væskesamlinga i resten av armen og at det dermed kan vere nytting med kompresjons-sleeve saman med ødemhanske for å drenere vekk resterande væskesamling i armen. Funna beskriv at ergoterapeutane også nyttar ortose i kombinasjon med kompresjon i behandling, noko som truleg kan bidra til å unngå ugunstige posisjonar slik at ein har kontroll over ødemet si

utvikling samstundes som handødemet vert redusert. Alt i alt bekreftar forskning og tilgjengelege retningslinjer ergoterapeutane sine beskrivingar av kompresjon og bruk av ortoser som tiltak for å behandle handødem.

Ryerson (2007, s. 886) fortel at ødem kan vere ein konsekvens av mindre rørsle i handa. I den forbindelse beskriv funna at rørsle i form av pumperørsler, *guiding* i kvardagsaktivitetar og gjennombeveging står sentralt i behandlinga. Med bakgrunn i ergoterapeuten sin aktivitetssentrerte tankegang (Fisher & Marterella, 2019, s. 75), vil truleg deltaking i meiningsfulle aktivitetar vere sentralt i behandlinga. Samstundes er det viktig å ha omsyn til pasienten sine føresetnadar (Kielhofner, 2013, s. 60), noko som sannsynlegvis kan gjere det utfordrande å nytte handa i aktivitet. Dessutan støtter Giang et al. (2016) si oversikt mobilisering av handa som tiltak for å redusere handødemet. På ei anna side trekk Helsedirektoratet (2017, kapittel 4.3.) i sine retningslinjer fram funksjonell elektrisk stimulering som behandlingsmetode for ødem etter hjerneslag. Funna våre syner at ingen av informantane nyttar dette tiltaket i behandling. Det kan tenkjast at opplæring, kunnskap og utstyr for å drive denne typen behandling er mangelfull og fører til at behandlingsmetoden ikkje vert praktisert av ergoterapeutane. Totalt sett vert behandlingsmetodar som skapar rørsle i handa for å senke ødemet underbygd av forskning. Samstundes vert retningslinja si anbefaling om å nytte funksjonell elektrisk stimulering ikkje praktisert sjølv om tiltaket fører til rørsle i handa.

Val av behandlingsmetodar kan ifølgje funna variere ved ulike avdelingar då dei kan ha ulike arbeidsmåtar og perspektiv på behandling av handødem etter hjerneslag. Til tross for at informantane arbeider på ulike måtar beskriv dei at tiltaka dei nyttar minskar handødemet. På ei anna side synes nokre at behandlinga kan vere utfordrande slik også Helsedirektoratet (2017, kapittel 4.3.) opplys om. Samstundes fortel funna at behandlinga tar tid og at det er naudsynt å vere konsekvent med tiltaka, noko tidsmessige element i TMO (Figur 2) trekk fram kan påverke aktivitet med bakgrunn i frekvens og varigheit. Det kan tenkjast at nokre informantar opplev behandlinga som utfordrande ettersom det er tidkrevjande då ulike grader

handødem krev ulik behandling. Sett under eitt kan val av behandlingsmetode ut ifrå ulike perspektiv og grad handødem tenkjast å vere utfordrande då rehabiliteringa er kompleks.

#### **4.4 Kunnskapsbasert praksis og «ergofagleg påfyll»**

Funna våre kan indikere at informantane i hovudsak baserer yrkesutøvinga på erfaringsbasert kunnskap. Å utøve kunnskapsbasert praksis og halde seg fagleg oppdatert er likevel eit krav for praktisering av ergoterapi (Dahl-Michelsen et al., 2018, s. 126). I den forbinding er informantane pålagd å basere yrkesutøvinga på erfaringsbasert- og forskingsbasert kunnskap saman med brukarkunnskap som er drøfta tidlegare (Kristensen & Peoples, 2019, s. 441). I tillegg er det viktig som ergoterapeut å kunne underbygge praksis med forskingsbasert kunnskap for å utvikle retningslinjer og prosedyrar (Bonsaksen & Ellingham, 2017, s. 13). Til tross for dette opplev informantane mangel på forskingsbasert kunnskap samt vage retningslinjer for ergoterapeutisk behandling av handødem som følgje av hjerneslag. Funna presiserer eit ønskje om meir forskning på tema ettersom ergoterapeuten er ekspert på hand. Ved mangel på forskingsbasert kunnskap kan det tenkjast at ergoterapeutane sine erfaringar vert den beste referanseramma ved val av behandlingsmetode. Sjølv om informantane opplev mangel på forskingsbasert kunnskap fortel somme at dei har «ergofagleg påfyll» på avdelinga, truleg som eit tiltak for å halde seg fagleg oppdatert. Alt i alt kan det sannsynlegvis opplevast som utfordrande å utøve kunnskapsbasert praksis og halde seg fagleg oppdatert grunna lite tilgjengeleg forskingsbasert kunnskap og utydelege retningslinjer på ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag.

## **5.0 Drøfting av metode**

Med omsyn til tid estimert til datainnsamling var det naudsynt å kome tideleg i gong med rekruttering av informantar til gjennomføring av intervju. I den forbinding vart informantane som først gav respons og kunne delta, inkludert i studien. Derimot var det avdelingar som tok kontakt etter avslutta rekruttering av informantar. For å ekskludere desse på ein etisk riktig måte vart det takka for interessa, slik at dei som vart ekskludert truleg følte seg verdsett sjølv om dei ikkje fekk delta i studien. Likevel er det usikkert korleis ergoterapeutane som vart

ekskludert frå studien kunne påverka funna då beskrivingane deira er uvisst før intervjuet. Totalt sett er det usikkert om rekrutteringsmetoden har hatt påverknad for funna i studien.

I denne studien vart individuelle intervju og gruppeintervju nytta og ifølgje Krumsvik (2014, s. 121) kan bruk av ulike intervjumetodar gi ei sikrere og breiare forståing om behandling av handødem. Ein kombinasjon av desse intervjumetodane kan ha gitt datamaterialet fleire synspunkt med tanke på gruppeintervju som førte til tilsvarende lik arbeidsmengde i analyseprosessen som tre individuelle intervju kunne gitt (Malterud, 2017, s. 140). Det kan tenkjast at det er naudsynt med god samhandling mellom informantane og intervjuaren i dei ulike intervjumetodane for å få gode og utfyllande svar på spørsmåla. Truleg kan informantane i gruppeintervjuet spele kvarandre gode og valfritt svare på det dei ønskjer for å nå formålet med gruppeintervjuet som ifølgje Kvale & Brinkmann (2017, s. 179) er å fremje ulike synspunkt på tema. På den andre sida kan individuelle intervju sannsynlegvis skape flyt i det semistrukturerte intervjuet då intervjuaren berre treng å vende seg til éin informant. Kombinasjonen av ulike intervjumetodar kan vere positivt for funna då fleire tankar og synspunkt har blitt inkludert og i den forbindelse kan ha styrka validiteten til studien.

Føreforståinga vår om behandling av handødem var forsøkt satt til side i første analysesteg i STK. Ved å sette føreforståinga til side kan det tenkjast at fleire moglege perspektiv i datamaterialet vert oppdaga i analyseprosessen. Å sette føreforståinga til side vart opplevd som utfordrande då føreforståinga vår for ergoterapi og behandling av handødem til tider var krevjande å skilje frå tankane våre. Føreforståinga har mogleg innflytelse under analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 44) og i den forbindelse kan den ha påverka funna frå analysen. Dersom studentane hadde hatt meir erfaring med gjennomføring av STK kunne føreforståinga sin påverknad truleg vore mindre. Då dette er ein ny måte å tenkje og arbeide for studentane har sannsynlegvis føreforståinga påverka funna, noko som kan ha svekka validiteten til studien.

STK er ein stegvis prosess som tillèt bevegelse mellom stega i analysen (Malterud, 2017, s. 113-114). Dette skapar truleg moglegheit til å gå tilbake i stega dersom ein har behov for å gjere endringar i eit tidlegare steg. Dessutan kan ein ved å gå tilbake i analysen oppdage nye delar av datamaterialet som kan ha betyding for funna (Malterud, 2017, s. 115). På ei anna

side kan ein flytande prosess føre til at stega vert blanda og skiljet mellom dei vert mindre tydeleg. I den forbinding kan risikoen for å miste steg eller delar av steg auke. Konsekvensen av dette kan vere at prosessen ikkje vert gjennomført systematisk (Malterud, 2017, s. 97), og dermed ikkje kan omtalast som STK. I løpet av analyseprosessen er metoden nytta med baktanke om å følgje trinna slik dei er definert av Malterud (2017, s. 113-114). Det vil sei at datamaterialet er gjennomgått på ein systematisk måte, og prosessen kan omtalast som STK.

## 6.0 Konklusjon

Kvalitativ metode ved semistrukturerte intervju i form av eitt gruppeintervju og to individuelle intervju vart nytta for å svare på forskingsspørsmålet: «Korleis beskriv ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta behandling av handødem etter hjerneslag?». Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering vart nytta for å analysere datamaterialet frå intervjua. Funna er drøfta opp mot kunnskapsgrunlaget i ergoterapi, tilgjengeleg forskning og retningslinjer.

Funna syner at rehabilitering av handødem er ein samansett prosess då handødem i tillegg til sekundær problematikk og andre følgjeskader etter hjerneslag også kan påverke utføring av kvardagsaktivitetar. Med bakgrunn i at handa er sentral i mange kvardagsaktivitetar vil det vere viktig at ergoterapeuten har aktivitetssentrert tankegang for å bidra til meistring i ønskja aktivitetar. Kognitive og motoriske utfordringar skal takast omsyn til og medverknad frå pasienten og pårørande vert difor viktig for god framgang i rehabiliteringa. Eit anna funn beskriv at ergoterapeuten si rolle er sentral i behandling av handødem etter hjerneslag samt at gode rutinar og tverrfagleg samarbeid er viktig for god behandling. Målet med behandlinga er å effektivt redusere handødemet for å betre pasienten sin funksjon. For å nå målet vert kartlegging av handødem sentralt, noko funna syner vert utført med ulike metodar. Metodane informantane beskreiv var subjektive observasjonar og «figure of eight» (Figur 3). Val av behandlingsmetode vert bestemt ut i frå grad handødem. Funna beskreiv at tiltak som elevasjon, rørsle i handa, kompresjon, ortoser og massasje vert nytta av ergoterapeutane. Informantane opplev lite føringar for ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag og legg mest vekt på erfaringsbasert kunnskap i rehabilitering av handødem.



## **6.1 Implikasjonar for praksis**

Ettersom det er lite forskingsbasert kunnskap tilgjengeleg og utydelege retningslinjer vil studien ha nytteverdi for praksisfeltet ved at beskrivingar om behandling av handødem frå ergoterapeutar i fagfeltet kjem til syne. Eit større fokus på handødem kan også føre til meir forskning på fagfeltet. Vi har eit ønskje om at studien kan bidra til å oppdatere retningslinjer for behandling av handødem etter hjerneslag. Det er også behov for meir forskning på tema for at ergoterapeutar i fagfeltet i større grad skal kunne basere yrkesutøvinga på kunnskapsbasert praksis.

## Litteraturliste

- Artzberger, S. M. & White, J. (2016). Edema Control. I G. Gillen (Red.), *Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach* (4. utg., s. 511-529). Elsevier.
- Boel, S. & Hansen, A. Ø. (2020). Indledning. I A. Ø. Hansen & S. Boel (Red.), *Lærebog i håndterapi* (s. 15-21). Munksgaard.
- Bonsaksen, T. & Ellingham, B. (2017). *Klinisk resonnering i ergoterapi*. Mankoni Media.
- Dahl-Michelsen, T., Groven, K. S. & Aadland, E. (2018). *Profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi*. Samlaget.
- Edmans, J., Coupar, F. & Gordon, A. (2010). Introduction. I J. Edmans (Red.), *Occupational Therapy and Stroke* (2. utg.). Wiley-Blackwell.
- Fisher, A. G. & Marterella, A. (2019). *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy* (1. utg.). Center for Innovative OT Solutions.
- Folkehelseinstituttet. (2021, 27.10.2021). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2020*. Hentet 07.01.2022 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2020/>
- Giang, T. A., Ong, A. W. G., Krishnamurthy, K. & Fong, K. N. (2016). Rehabilitation interventions for poststroke hand oedema: a systematic review. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 27, 7-17.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2016.03.002>
- Gillen, G. & Schell, B. A. B. (2014). Introduction to Evaluation, Intervention, and Outcomes for Occupations. I B. A. B. Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Red.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12. utg., s. 606-652). Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- Helsedirektoratet. (2017, 21.12.2017). *Hjerneslag*. Hentet 08.02.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

- Helsedirektoratet. (2018, 02.12.2021). *Hjerneslag - behandlet i slagenhet etter akutt hjerneslag*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og-karsykdommer/behandlet-i-slagenhet-etter-akutt-hjerneslag>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=helseforskningsloven>
- Kielhofner, G. (2013). *Ergoterapi i praksis : det begrepsmessige grundlag* (3. utg.). Munksgaard.
- Kristensen, H. K. & Peoples, H. (2019). Evidensbasert ergoterapi og kvalitetsudvikling af ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i Ergoterapi* (4. utg., s. 441-457). Munksgaard.
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode - ei innføring*. Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. utg.). Hans Reizes Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Llanos, C., Gan, E. Y., Chen, J., Lee, M.-J., Kilbreath, S. L. & Dylke, E. S. (2020). Reliability and Validity of Physical Tools and Measurement Methods to Quantify Hand Swelling: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 101(2). <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa206>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mehrara, B., Eidt, J. F., Berman, R. S. & Mills, J. L. (2022). Clinical staging and conservative management of peripheral lymphedema. I K. A. Collins & D. M. Savarese (Red.), *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate; 2022.

Nasjonalt sekretariat for norsk hjerneslagregister, Seksjon for medisinske kvalitetsregistre & St. Olavs hospital HF. (2021). *Hjerneslag i Norge 2020: Rapport for pasienter og pårørende*. <https://www.kvalitetsregistre.no/register/hjerte-og-karsykdommer/norsk-hjerneslagregister>

Olsen, M. S. K. & Boel, S. (2020). Identifikation af behov for ergoterapeutisk intervention. I A. Ø. Hansen & S. Boel (Red.), *Lærebog i håndterapi*. Munksgaard.

Ryerson, S. D. (2007). Hemiplegia. I D. A. Umphred (Red.), *Neurological Rehabilitation* (5. utg., s. 827-901). Mosby Elsevier.

Solvang, P. K. (2019). *(re)habilitering* (1. utg.). Fagbokforlaget.

World Health Organization. (2021). *Rehabilitation*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

# Vedlegg 1 – Intervjuguide

Presentere studien kort, presentere problemstilling.

Innleiande spørsmål:

- Kor lenge har du jobba som ergoterapeut?
- Kor lang arbeidserfaring har du som ergoterapeut innan spesialisthelsetenesta?
- Kor ofte møter du pasientar med handødem etter hjerneslag?
- Kva andre profesjonar har du erfaring med at bidreg ved behandling av handødem?

Hovudspørsmål:

- Korleis opplev du/dykk at handødem avgrensar aktivitetsutføring til pasientane i rehabiliteringsprosessen?
  - Kan du/dykk gi eit eksempel der ødem har gitt avgrensing i aktivitetsutføring?
- Korleis kartlegger du/dykk ødem?
- Kva strategi brukar du/dykk ved behandling av ødem? Med dette tenkjer vi på både framgangsmåte og behandlingsmetode.
  - Kvifor nyttar du/dykk denne strategien?
  - Kva andre strategiar har du/dykk nytta tidlegare som du/dykk ikkje nyttar i dag?
  - Kva er grunnen til at desse strategiane ikkje vert nytta?
- Kva erfaringar har du/dykk gjort deg på fagområdet?
- Synes du/dykk behandling av ødem er viktig som ergoterapeut? Kvifor/Kvifor ikkje
- Korleis oppdaterer du/dykk deg på informasjon om behandling av ødem?
  - Opplev du/dykk eit behov for meir forskning på tema? Kvifor/Kvifor ikkje?

Avsluttande spørsmål:

- Summere svar
  - Har vi forstått det riktig? (kan brukast under intervju også)
- Ønskjer du/dykk å legge til noko?

Takke for deltaking og avslutte intervju.

## Vedlegg 2 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

### Vil du delta i bachelorprosjektet

#### *Ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet - 2022?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et bachelorprosjekt hvor formålet er å intervjuere ergoterapeuter om deres opplevelser og refleksjoner rundt arbeidet som ergoterapeut. I dette skrevet gir vi deg informasjon om formålene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Spørsmålene handler om ergoterapeutens eller annen fagperson sin rolle og hvordan disse fagpersonene jobber enten i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Du bestemmer selv hvor mye du ønsker å dele av dine erfaringer.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er et bachelorgradsprosjekt som vil danne grunnlaget for bacheloroppgave i Ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet. Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke kunnskap, erfaringer og roller ergoterapeuten eller annen fagperson har med arbeid i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker å fokusere på ergoterapeuter i nøkkelposisjon i ulike innsatsområder relatert til regjeringens satsing, studentens personlige interesser, samt den forventede omstruktureringen av helsetjenester.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet og førsteamanuensis Merethe Hustoft ([Merethe.Hustoft@hvl.no](mailto:Merethe.Hustoft@hvl.no)) er ansvarlig for prosjektet. Personvernombud Trine Anikken Larsen ([Trine.Anikken.Larsen@hvl.no](mailto:Trine.Anikken.Larsen@hvl.no)).

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om delta på bakgrunn av din erfaring som ergoterapeut eller annen relevant fagperson på den aktuelle problemstillingen for bacheloroppgaven beskriver.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du velger å delta i dette prosjektet vil du bli intervjuet av studenter som har forberedt en intervjuguide. Intervjuet vil enten foregå via telefon, digital plattform eller ved avtalt egnet plass for fysisk intervju, avhengig av tilgjengelighet og ønske fra den som blir intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp på en mobil enhet som er satt i flymodus. Lydfilen vil bli overført direkte etter intervju til en passord-beskyttet PC. Lydfilen vil bli transkribert. Lydopptaket blir deretter slettet etter prosjekt er gjennomført 30. september 2022). Intervjuet vil ta ca. 30 minutter.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger 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. Dersom opplysninger eller omtale om pasienter/brukere kommer frem i intervjuene skal studenten utelate direkte og indirekte personidentifiserbare opplysninger, det vil si opplysninger som navn, navn på institusjoner,

tidspunkter, spesielle diagnoser, hendelser eller liknende. Veileder har særskilt ansvar for at studenten behandler taushetsbelagte opplysninger etter gjeldende retningslinjer.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. Prosjektet skal etter planen være slutt september 2022. Lydfile og transkribert materiale vil bli slettet, anonymisert materiale vil bli oppbevart konfidensielt. Det vil ikke bli lagret data som kan bidra til at du blir gjenkjent. Prosjektansvarlig og bachelorstudenter er ansvarlig for behandling av dataene.

#### **Dine rettigheter**

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

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

#### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler informasjonen som du har gitt gjennom intervjuet basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet ved Førsteamanuensis Merethe Hustoft 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:

- HVL ved førsteamanuensis Merethe Hustoft, [merethe.hustoft@hvl.no](mailto:merethe.hustoft@hvl.no)
- HVL ved personvernombud Trine Anikken Larsen, [trine.anikken.larsen@hvl.no](mailto:trine.anikken.larsen@hvl.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

*Merethe Hustoft*  
(Prosjektansvarlig/veileder)

*Student*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at informasjonen jeg bidrar med i anonymisert form kan brukes i bacheloroppgaven, veiledning og undervisning.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)