



Høgskulen på Vestlandet

BER332 -

Bacheloroppgave

BER332-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BER332 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	320
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7914
----------------------	------

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

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	1
Andre medlemmer i	308
gruppen:	

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



Høgskulen
på Vestlandet

Bacheloroppgave

Ergoterapeuters erfaring fra intensivavdelinger

En kvalitativ studie om hvordan ivareta klientsentrering og en aktivitetsbasert tilnærming

Occupational therapists' experience from intensive care units

A qualitative study on how to maintain a client-centered and activity-based approach

Kandidatnummer: 308 & 320

Bachelorstudiet i ergoterapi

Fakultetet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 14.05.2021

Antall ord: 7914

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Vi ønsker å rette en stor takk både til vår veileder og våre deltakere. Uten dere ville ikke bacheloren vært mulig å gjennomføre. Våre deltakere viste et stort og smittende engasjement for ergoterapi på intensivavdeling og delte ivrig av sine erfaringer, noe som gjorde vår bachelorprosess engasjerende, spennende og lærerik. Gjennom sin veiledning har vår dyktige veileder guidet oss gjennom vår første forskningsprosess, hun har kommet med gode råd, konstruktive tilbakemeldinger og motiverende ord. Vi sitter igjen med en positiv opplevelse og vil minnes tre fine år på ergoterapistudiet, ved Høgskulen på Vestlandet, med gode venner og flinke lærere. Sist men ikke minst vil vi takke nær familie og venner for deres støtte og tålmodighet i en tidvis krevende prosess, det har vi satt stor pris på.

Sammendrag

Bakgrunn: Tidligere forskning viser at det er en usikkerhet rundt ergoterapeutens rolle på intensivavdeling, både blant ergoterapeuter selv og hos andre profesjoner, og at dette har en innvirkning på ergoterapeutens yrkesutøvelse. Ergoterapi bør tilbys så tidlig som mulig til intensivpasienter, men hvordan ergoterapeuter på intensivavdeling utøver sin praksis er usikkert. Ergoterapeuter arbeider klientsentrert og benytter ofte aktivitet med sine pasienter, samtidig finnes det lite forskning på hvordan ergoterapeutene på intensivavdeling arbeider for å ivareta disse aspektene. Formålet med studien er derfor å utforske hvilke erfaringer ergoterapeuter som arbeider på en intensivavdeling har med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til pasientene.

Metode: Et kvalitativt studiedesign ble benyttet for å utforske ergoterapeuters erfaringer fra intensivavdelinger. Studiens data ble innhentet gjennom semistrukturerte intervju av tre ergoterapeuter med relevant erfaring. Empirien ble analysert ved bruk av Malteruds Systematiske Tekstkondensering.

Resultat: Studiens funn viser at på intensivavdelingen er pasientens pårørende en viktig ressurs for å kunne jobbe klientsentrert og at observasjon av pasientens responser gjennom mimikk og kroppsspråk er en nødvendig faktor for å kunne samhandle med pasienten. Aktivitet helt ned på persepsjons-nivå benyttes for å tilføye noe gjenkjennbart i et ukjent miljø og tilfører terapien noe meningsfullt for pasienten. Utøvende praksis påvirkes av ergoterapeutenes erfaring og trygghet i egen rolle på intensivavdelingen.

Konklusjon: Ergoterapeuter som jobber på intensivavdeling beskriver det å få pasienten i gang med aktivitet som sin primære oppgave. De spesielle omstendighetene på intensivavdeling gjør at de ofte må finne kreative fremgangsmåter for å fremme aktivitet og i større grad benytte pårørende som informasjonskilder. Både erfaringsnivå og forholdet til andre profesjonsgrupper på avdelingen kan være avgjørende for hvor godt de føler de lykkes i arbeidet.

Nøkkelord: ergoterapi, intensivavdeling, erfaringer

Abstract

Background: Previous research shows that there is uncertainty about the occupational therapist's role in the intensive care unit (ICU), both among the occupational therapists themselves and among other professional groups, and that this has an impact on the occupational therapist's professional practice. Occupational therapy should be offered as early as possible to intensive care patients, but how occupational therapists in the ICU put this into practice is uncertain. Occupational therapists work client-centered and often use activity with their patients, at the same time there is little research on how occupational therapists in the ICU implement these aspects into their work. The purpose of this study was to explore the experiences of occupational therapists working in an ICU in maintaining a client-centered and activity-based approach to patients.

Method: A qualitative study design was used to explore occupational therapists' experiences from ICU. The study data were obtained through semi-structured interviews of three occupational therapists with relevant experience. The empirical data were analyzed using Malterud's method for systematic text condensation.

Result: The study's findings show that in the ICU, the patient's relatives are an important resource to enable client-centered work and that observation of the patient's responses through facial expressions and body language is a necessary factor to interact with the patient. Activity on perception level is used to add something recognizable in an unknown environment and adds something meaningful to the therapy for the patient. How the occupational therapists practice, is influenced by their experience and confidence in their own role in the ICU.

Conclusion: Occupational therapists who work in the ICU describe getting the patient instigating with activity as their primary task. The special circumstances in the ICU mean that they often have to find creative methods to promote activity and to a greater extent use relatives as sources of information. Both the level of experience and the relationship with other professional groups in the department can be decisive for how well they feel they succeed in the work.

Keywords: occupational therapy, intensive care unit, experiences

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
2. Metode	3
2.1 Design	3
2.2 Utvalg	4
2.3 Datainnsamling	4
2.4 Dataanalyse	5
2.5 Etske vurderinger	9
3. Resultat	10
Hva gjør man når man ikke kan snakke sammen?	11
Pårørende som ressurs	11
Å samhandle med pasienten	12
Å finne tilbake til hverdagen	13
Hva er det grunnleggende vi kan starte på?	14
Det handler om å prøve seg frem	15
Å tenke utenfor boksen - vårt verktøy	17
4. Diskusjon	18
4.1 Resultatdiskusjon	18
Hva gjør man når man ikke kan snakke sammen?	18
Å finne tilbake til hverdagen	20
Å tenke utenfor boksen - vårt verktøy	22
4.2 Metodediskusjon	23
5. Konklusjon	25
6. Konsekvenser og implikasjoner	26
7. Referanseliste	27
Vedlegg 1: Samtykkeskjema	31
Vedlegg 2: Intervjuguide	36

Figurliste

Figur 1. Bilde som viser hvordan meningsbærende enheter ble gruppert.	6
Figur 2. En grafisk fremstilling av den transaksjonelle modellen for aktivitet.....	8
Figur 3. En grafisk fremstilling av fasene i arbeidsmodellen Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)	9

Tabelliste

Tabell 1. Eksempel på hvordan teksten ble analysert gjennom de ulike trinnene i systematisk tekstkondensering.	7
--	---

1. Innledning

Ifølge Norsk Intensivregister behandles nær 15.000 pasienter hvert år i norske intensivenheter, det registreres cirka 65.000 liggedøgn og 30.000 respiratordøgn (Buanes et al., 2020). På en intensivavdeling gis medisinsk behandling og pleie til alvorlig og kritisk syke pasienter, som har behov for kontinuerlig overvåking og observasjon. Hvem som legges inn og årsaken til innleggelsen vil variere, men eksempler kan være pasienter som har vært gjennom store operasjoner, alvorlige ulykker eller opplever annen alvorlig sykdom. Flere av pasientene vil trenge et lengre behandlingsopphold før de er utskrivningsklare fra intensivavdelingen (Buanes et al., 2020). Behandlingen er ressurskrevende og bør i større grad enn i dag standardiseres, reguleres og harmoniseres (Norsk Anestesiologisk Forening [NAF] & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere [NSFLIS], 2014, s. 7).

I retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge kommer det frem at et tverrprofesjonelt team rundt intensivpatienten er viktig for å sikre et best mulig resultat av behandlingen (NAF & NSFLIS, 2014, s. 13). Det tverrprofesjonelle teamet skal bestå av intensivsykepleier og lege og ellers kan profesjoner som fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og farmasøyt inngå i teamet. Ergoterapi kan tilbys gjennom daglig tilstedeværelse av en ergoterapeut, eventuelt skal ergoterapeuten være kontaktbar per telefon (NAF & NSFLIS, 2014, s. 13-16). Ifølge en randomisert kontrollstudie (RCT), gjort av Schweickert et al. (2009) kommer det frem at ergoterapi bør implementeres så tidlig som medisinsk mulig på intensivavdelinger. Studien trekker frem at tidlig implementering av ergoterapi er godt tolerert blant pasientene. Ergoterapi resulterte blant annet i bedre funksjon i aktiviteter i dagliglivet (ADL) hos pasienter i intervensjonsgruppen – målt med Barthel Index – ved utskrivelse, kortere varighet av delirium og færre respiratordøgn sammenlignet med standard pleie (Schweickert et al., 2009). Tidlig intervensjon for intensivpasienter, av tverrprofesjonelt team, anbefales også av Storbritannias retningslinjer for intensivenheter, som sier at intensivpasienter skal ha tilgang til ergoterapitjeneste fem dager i uken for å få meningsfulle og funksjonelle intervensjoner (The Faculty of Intensive Care Medicine [FICM], 2019).

Ergoterapeuter på intensivavdeling arbeider for å ivareta meningsfull aktivitet for pasienten (Langfeldt et al., 2017; Woodard, 2020, s. 13). På lik linje med andre profesjoner innad i det tverrprofesjonelle temaet, for eksempel sykepleier, arbeider ergoterapeuter klientsentrert (Holm et al., 2015, s. 759; Kielhofner, 2010, s. 60). Å arbeide klientsentrert betyr å samarbeide med pasienten, inkludere pasientens ønsker og behov underveis i behandlingsprosessen og hele tiden etterstrebe å ivareta pasientens autonomi. Å bidra til at å gjøre pasienten selvstendig, gjennom å gi dem ressurser og mulighet for å engasjere seg i aktivitet fremheves også som en viktig del av klientsentrering (Kielhofner, 2010, s. 60). Mulighet for meningsfull aktivitet sees på som en viktig faktor for trivsel og helse og er sentralt for pasientens opplevelse av livskvalitet og en meningsfull tilværelse (Mathiasson & Morville, 2016, s. 98). Paradigme i ergoterapi har et stort fokus på menneskets behov for aktivitet og deltakelse og ergoterapeuter har særlig kunnskap om samspillet mellom personen, miljøet personen befinner seg i og personens ønskede eller nødvendige aktiviteter (Brandt et al., 2016, s. 17-18; Kielhofner, 2010, s. 56). Ergoterapeuter anvender sin kunnskap og kompetanse innen aktivitet i møte med intensivpasienter (Langfeldt et al., 2017). Aktivitet kan fremmes gjennom en aktivitetsbasert tilnærming, som vil si å engasjere pasienten til å delta i aktiviteter i alle deler av den ergoterapeutiske prosessen (Olofsson, 2019, s. 76). Under kartlegging og behandling av pasienter på en intensivavdeling vil ergoterapeuten fokusere på ulike aspekter ved helse; fysisk helse, mental helse, psykososiale helse, sensoriske behov, omgivelsene og pasientens kommunikasjonssevne (Costigan et al., 2019; FICM, 2019; Woodard, 2020, s. 13).

Ergoterapi på intensivavdeling er et felt under utvikling og til tross for at ergoterapi er anbefalt, ser ergoterapeuten stort sett ikke ut til å ha blitt en naturlig del av det tverrprofesjonelle temaet enda (Algeo & Aitken, 2019; Costigan et al., 2019). Ifølge Woodard (2020, s. 2) er en av årsakene til dette blant annet at det medisinske fokuset overskygger det aktivitetsbaserte perspektivet som ergoterapeuten bidrar med. I tillegg kommer det frem i Algeo & Aitken (2019), Atwal (2002), Kingston et al. (2019) og Spang & Holmqvist (2015) at flere av de andre profesjonene i det tverrprofesjonelle teamet på intensivavdelingen ofte ikke vet hva ergoterapeutens

rolle er og hva han eller hun kan bidra med. I Weinreich et al. sin oversiktsartikkel fra 2017 som sammenfatter tilgjengelig litteratur om ergoterapitiltak utført på intensivavdelinger, poengteres det også at ergoterapeutens rolle ikke er definert tydelig nok innad på intensivavdelingene. Opplevelsen av en udefinert rolle på intensivavdelingen konkluderes i Algeo og Aitken (2019) sin artikkel å ha en negativ innvirkning på ergoterapeutens yrkesutøvelse og prestasjoner på avdelingen. Årsaken til dette er at den udefinerte rollen fører til manglende forståelse av ergoterapeutens rolle på avdelingen, motstridene rolleforventninger og rolle- og arbeidsrelatert stress (Algeo & Aitken, 2019).

På bakgrunn av tidligere forskning er det tydelig at det er en reell usikkerhet rundt ergoterapeutens rolle på intensivavdelingen, både blant ergoterapeuter selv og hos andre profesjoner, og at dette har en innvirkning på ergoterapeutens yrkesutøvelse. Ergoterapi er anbefalt på intensivavdelingen og bør tilbys så tidlig som mulig til intensivpasienter, men likevel er det en usikkerhet i hvordan ergoterapeuten utøver sin praksis. Profesjonens paradigme vektlegger at ergoterapeuter arbeider klientsentrert og benytter aktivitet i samarbeid med pasientene, samtidig finnes det lite forskning på hvordan ergoterapeutene arbeider for å ivareta disse aspektene. Formålet med studien er derfor å utforske hvilke erfaringer ergoterapeuter som arbeider på en intensivavdeling har med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til pasientene.

2. Metode

2.1 Design

I studien ønsket forskerne å undersøke hvilke erfaringer ergoterapeuter ved intensivavdelingen hadde i forbindelse med å arbeide klientsentrert og aktivitetsbasert og en kvalitativ tilnærming ble derfor benyttet. En kvalitativ metode er egnet for å utforske erfaringer og verdier hos mennesker, for eksempel ergoterapeuter, og forstå bakgrunnen for deres handlinger (Malterud, 2017, s. 30).

2.2 Utvalg

For å rekruttere deltakere ble avdelingslederen ved alle sykehus i Norge som hadde en intensivavdeling kontaktet per telefon for å avklare om det var tilknyttet en fast ergoterapeut til den avdelingen eller ikke. Ergoterapeutene som lederne informerte om, ble så oppringt på telefon og spurt om de ønsket å delta. Ikke alle ergoterapeutene ønsket eller hadde muligheten til å delta. Noen av ergoterapeutene som ble spurt om å delta definerte ikke seg selv som en ergoterapeut tilknyttet til intensivavdeling, på bakgrunn av blant annet få henvisninger i året og takket derfor nei. Når forskerne hadde rekruttert tre deltakere ved tre ulike sykehus, ble rekrutteringsprosessen avsluttet med bakgrunn i studiens omfang. Ergoterapeutene som aksepterte, ble tilsendt skriftlig informasjon per epost om studien, samtykkeskjema (vedlegg 1) og forslag om mulige tidspunkt for intervju. Aktuelt intervju tidspunkt og signert samtykke skjema ble returnert. Eneste inklusjonskriteriet på utvalget var at deltakerne skulle ha erfaring fra ergoterapi ved intensivavdeling for voksne. Problemstillingen avgrenset ikke til en spesiell diagnosegruppe, det er derfor ingen inklusjons- eller eksklusjonskrav knyttet til spesielle fagfelt innenfor intensivavdelingen.

2.3 Datainnsamling

Det ble gjennomført semistrukturerte intervju for å samle inn data (se vedlegg 2 for intervjuguide). Intervjuguiden ble bygget opp med presentasjon av problemstilling, innledende spørsmål, studienes hovedspørsmål og et avsluttende spørsmål. Forskerne valgte å utforme intervjuguiden med presentasjon av problemstilling og innledende spørsmål for å etterstrebe at deltakerne forstod formålet med spørsmålene og å skape en trygg setting (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161-162). Det avsluttende spørsmålet ble inkludert for å gi deltakerne muligheten til å trekke frem aspekter de følte var viktig eller ønsket å fremme som de ikke hadde fått sagt under intervjuet. Det var også en måte for forskerne å sjekke at deltakerne ikke satt med annen viktig informasjon i forhold til studiens hensikt, og skape en naturlig avrundning av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161-162). Forskerne formulerte spørsmålene i intervjuguiden som åpne og etterspurte deltakernes forståelse og bruk

av sentrale begreper, «klientsentrering» og «aktivitetsbasert tilnærming», ut ifra hva studien ønsket å utforske. Forskerne ga deltakerne valgmuligheter for hvordan de ønsket å gjennomføre intervjuet. Valgmulighetene var å bli intervjuet per telefon, Skype business, Teams, FaceTime eller Zoom. Valgmulighetene ville gi deltakerne muligheten til å velge det de er mest komfortable med, slik at intervjuet ble mest mulig uanstrengt. I tillegg håpte forskerne at fleksibilitet fra sin side ville øke sjansen for at de rekrutterte ønsket å delta. Intervjuene ble tatt opp på mobil satt i flymodus. Under gjennomføringen av intervjuet hadde en forsker ansvar for å ta opp samtalen, ta notater og vurdere om oppfølgingsspørsmålene skulle stilles, mens den andre ledet samtalen og stilte spørsmålene fra intervjuguiden (se vedlegg 2).

2.4 Dataanalyse

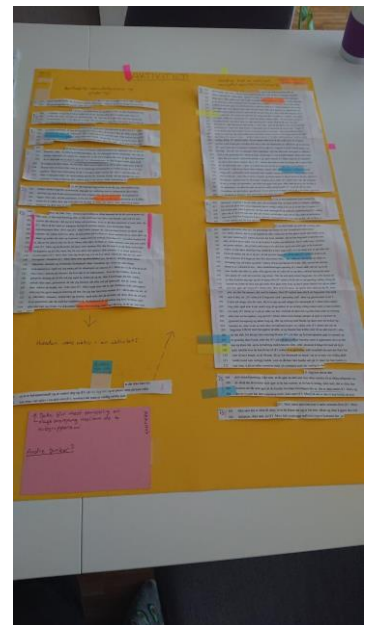
I etterkant av intervjuene ble lydopptakene fra intervjuene transkribert ordrett i sin helhet av forskerne. Intervjuene hadde varighet på 49, 50 og 62 minutter. En forsker transkriberte to av intervjuene og den andre forskeren transkriberte det siste intervjuet. Under transkriberingen ble det tatt hensyn til og notert all form for nonverbal kommunikasjon som latter, hmm, tenke- og pustepauser. Hensikten med dette var å ivareta det opprinnelige formidlede materialet slik som det ble sagt av deltakerne under intervjuene og gjøre det mulig for forskerene å gjenerindre intervjuet (Malterud, 2017, s. 77-78).

Malteruds (2017, s. 97-98) prinsipper for systematisk tekstkondensering (STK) ble brukt for å analysere de empiriske data innsamlet gjennom intervjuene. STK er en analytisk tilnærming som egner seg godt for tematisk innholdsanalyse på tvers av intervjudata (Malterud, 2012). STK er basert på fenomenologi og teorien om at kunnskap er konstruert gjennom felles forståelse av verden. STK tilbyr en pragmatisk, men systematisk tilnærming som ivaretar gjennomsiktighet, intersubjektivitet, refleksivitet og gjennomførbarheten av studien (Malterud, 2012). På bakgrunn av sin systematiske tilnærming er STK metoden godt egnet for nybegynnere innen forskning (Malterud, 2017, s. 97). STK er delt inn i fire trinn, som

presenteres nedenfor som definert av Malterud (2012; 2017, s. 98-116) sammen med en redegjørelse for hvordan forskerne har brukt trinnene på studiens data.

I første trinn – *Fra kaos til temaer* – leste begge forskerne transkriptene hver for seg for å få et helhetsinntrykk over hva deltakerne formidlet under intervjuet. Forskerne tilstrebet å forholde seg objektive til innholdet og satte aktivt bort sin egen forforståelse, preget av sine roller som ergoterapistudenter, det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi og egne hypoteser, slik at de kunne være åpne for nye inntrykk. Hver av forskerne noterte seg foreløpige temaer etter gjennomlesningen, før forskerne sammen diskuterte hver sine funn og ble enige om syv foreløpige temaer: «samarbeid», «rolle», «samhandling», «aktivitet», «kompetanse», «timing», «nettverk». Disse ble brukt som startkategorier for koding.

Under neste steg – *Fra temaer til koder* – ble transkriptene gjentakende analysert av begge forskerne i samarbeid for å identifisere relevante meningsenheter som mulig kunne belyse studiens problemstilling og sortere disse etter kode i henhold til de innledende temaene. Beslektede enheter ble gruppert under samme kodeoverskrift (se Figur 1) som ble utviklet fra det opprinnelige temaet og justert under analysen.



Figur 1. Bilde som viser hvordan meningsbærende enheter ble gruppert.

Da de meningsbærende enhetene var sortert under de forskjellige kodeoverskriftene var neste steg – *Fra kode til mening* – at forskerne sammen evaluerte innholdet i hver kodegruppe og identifiserte subgrupper. For eksempel under «samhandling», ble det identifisert to subgrupper; «pårørende» og «nonverbal kommunikasjon». Under dette stadiet av analysen identifiserte forskerne hvilke ergoterapeutiske modeller som var best egnet til å belyse samspillet mellom funnene hittil i STK og studiens problemstilling, og benyttet for å diskutere funnene. Deretter kondenserte

og abstraherte forskerne innholdet i hver subgruppe til et kunstig sitat presentert i jeg-form. Et eksempel på hvordan koding av tekst ble utført er presentert i Tabell 1.

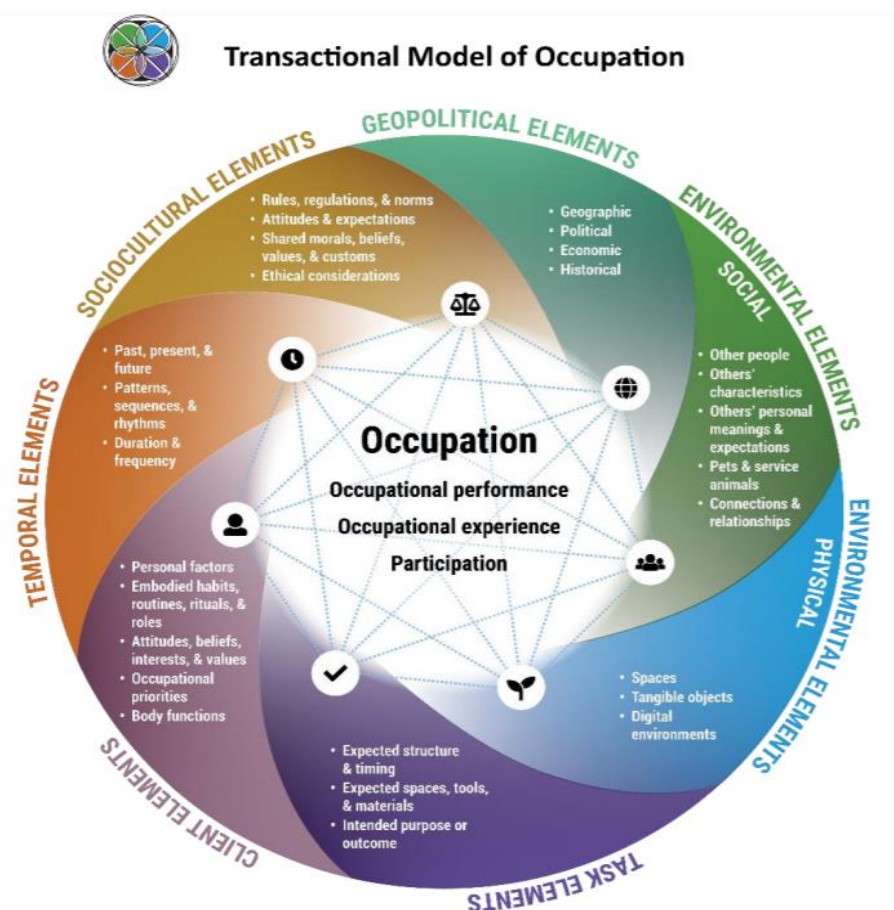
STKs siste og avgjørende trinn er – *Fra kondensering til beskrivelser og resultat*. Her samlet forskerne de kunstige sitatene i hver kodegruppe og forvandlet tilhørende subgrupper til en analytisk tekst med illustrative gullsitater, ekte sitater hentet fra transkriptene. Den endelige teksten ble sammenlignet mot de originale transkriptene for å validere funnene. Det ble søkt etter flere perspektiver, og til slutt ble endelige og mer beskrivende overskrifter definert for hver av kode- og subgruppene (Malterud, 2017, s. 98-116).

Tabell 1. Eksempel på hvordan teksten ble analysert gjennom de ulike trinnene i systematisk tekstkondensering.

Foreløpig tema	Meningsbærende enhet	Kodegruppe	Subgruppe	Kondensert meningsenhet	Analytisk tekst
Samhandling	[...] men det som jeg gjøre er ..æhm.. er at vi involverer pårørende veldig tidlig vi har et standardisert skjema hos oss som vi levere til pårørende veldig tidlig å der .. det revidere vi på en måte ganske ofte utifra hva vi ser vi ønsker å vite men det inkluderer i blant anna har du noe kallenavn, hva er du interessert i, hva slags utdanning har du, hvilken mat liker du, ehmm.. bruker du briller, alle sånne der ting som kan fortelle oss nonting uten at pasienten kan gi uttrykk for det sjøl.[...]	Hva gjør man når man ikke kan snakke sammen?	Pårørende som ressurs	Jeg benytter pårørende mye til å bli kjent med pasienten. De har mye informasjon å gi meg om hva pasienten liker og ikke liker. De kan informere meg om pasienten har et kallenavn, utdanning, vaner og interesser.	[...] For å samhandle med pasienter ergoterapeuten ikke kan føre verbal kommunikasjon med, opplevde deltakerne i studien at det var nyttig å samarbeide med pårørende. Pårørende kjenner pasienten godt og kan viderefordre viktig informasjon som kan brukes for å samhandle med pasienten. Pårørende kan fortelle hva pasienten liker og ikke liker, av alt fra mat og drikke til musikk, og hvilke hobbyer og interesser pasienten har. [...]

For ytterligere å belyse og diskutere innholdet i datamaterialet brukte forskerne den transaksjonelle modellen for aktivitet og Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM), som identifisert som best egnet under trinn 3 i STK. Den transaksjonelle modellen for aktivitet synes egnet fordi den trekker frem hvordan en person og dens aktivitetsutførelse, aktivitetsopplevelse og deltakelse er påvirket av den situasjonelle konteksten (Yamane, 2019, s.18). Det holistiske perspektivet modellen illustrerer (se Figur 2) påminner ergoterapeuten om at det ikke er mulig å skille personen fra dens situasjonelle elementer, eller fra fortids-, nåtids- og fremtidige erfaringer med aktivitet (Yamane, 2019, s. 23). Elementene fra den transaksjonelle modellen er nødvendige å ta hensyn til både for å kunne

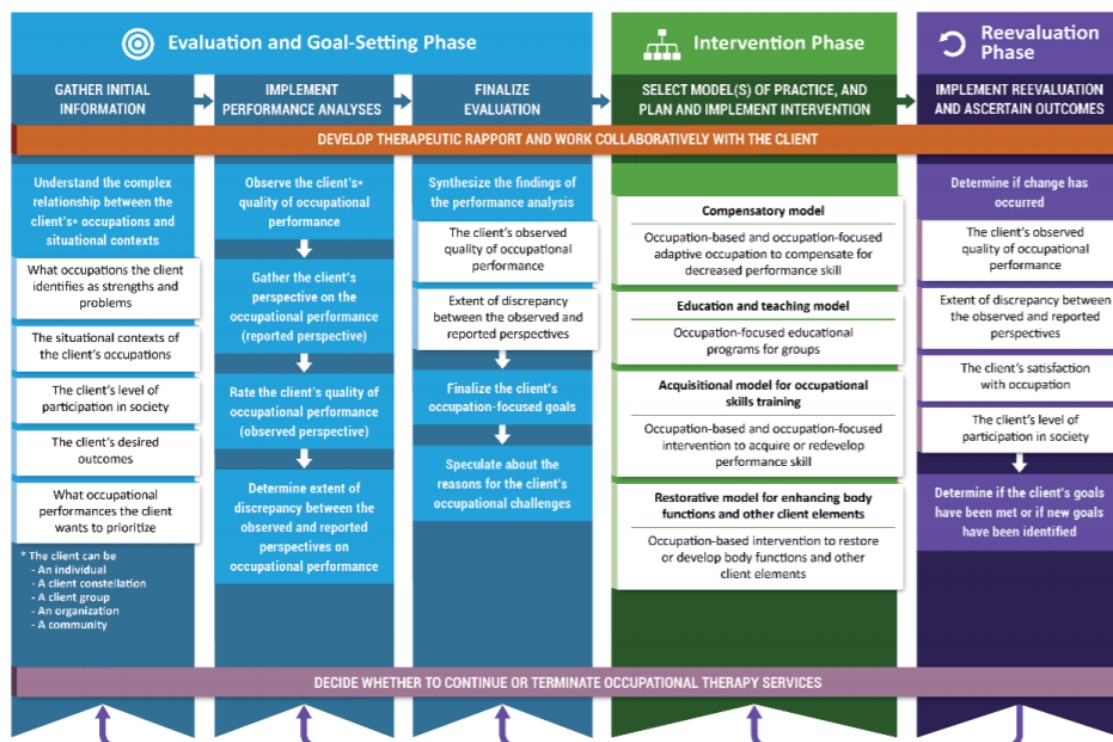
klientsentrere og arbeide aktivitetsbasert med intensivpasienter. Den tilhørende arbeidsmodellen OTIPM er relevant for å besvare studiens problemstilling fordi den illustrerer (se Figur 3) hvordan ergoterapeuten systematisk kan arbeide aktivitetssenteret gjennom en aktivitetsbasert og, eller, aktivitetsfokusert tilnærming (Hume, 2019, s. 3). Å sette resultatene opp mot OTIPM vil derfor være en berikelse i diskusjonen da studien utforsker hvordan ergoterapeutene erfarer å ivareta en aktivitetsbasert tilnærming til pasientene. I tillegg har modellen et fokus på klientsentrering, det andre elementet i problemstillingen, også med pasienter som ikke kan uttrykke sine ønsker og behov, eller kommunisere verbalt (Olofsson, 2019, s. 67). Verbal kommunikasjon kan være en utfordring med pasienter i tidlig fase på intensivavdelingen, og dette elementet i OTIPM er derfor sentralt for å belyse problemstillingen.



Figur 2. En grafisk fremstilling av den transaksjonelle modellen for aktivitet
 Fra «Transactional Model of Occupation,» av S. Yamane, i A. G. Fisher og A. Marterella (Red.), *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy* (s. 17), 2019, Ciots. Copyright 2019 ved Center for Innovative OT Solutions, Inc.



Graphic representation of the Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM)



Figur 3. En grafisk fremstilling av fasene i arbeidsmodellen Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) Fra «OTIPM: A Model to Guide True Top-Down, Occupation-Centered Reasoning,» av K. Atler, i A. G. Fisher og A. Marterella (Red.), *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy* (s. 50), 2019, Ciots. Copyright 2019 ved Center for Innovative OT Solutions, Inc.

2.5 Etske vurderinger

Forskerne har under planlegging og gjennomføring av denne studien overholdt bestemmelser fra helseforskningsloven (2008), forskningsetikkloven (2017) og personopplysningsloven (2018) for å beskytte deltakernes sikkerhet. Det ble søkt om godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (ref. meldenummer: 415729) før aktuelle deltakere ble kontaktet og de kvalitative intervjuene ble gjennomført. Et viktig aspekt i kvalitative studier er å sikre at deltakerne har nok informasjon om formålet til studien til å avgjøre at de ønsker å delta (Helseforskningsloven, 2008). Forskeren som rekrutterte deltakerne informerte i telefonsamtalen om studiens hensikt og problemstilling. Deltakerne fikk så tilsendt informasjon om studiens overordnede formål, studiedesign og mulige risikoer og fordeler per e-post, sammen med et skjema om informert samtykke, for å skape trygge rammer mellom forsker og deltaker. I informasjonen ble det tydelig beskrevet at deltakelse i studien var frivillig, og at deltakerne kunne trekke seg uten at det ville

få konsekvenser for dem, dette var viktig for forskningsprosjektet (Helseforskningsloven, 2008). Forskerne har hatt fokus på å ivareta deltakernes integritet både gjennom intervjuet og under bearbeidelsen av innsamlet empiri (Forskningsetikkloven, 2017, §4). I denne kvalitative studien ble deltakerne bedt om å fremstille sine jobberfaringer, tanker og meninger, det ble derfor stilt strenge krav slik at personvern og anonymitet ble ivaretatt (Personopplysningsloven, 2018). Deltakerne og deres arbeidsplass er av den grunn anonymisert for å minske risiko for gjenkjennelse. Etter at intervjuene ble fullført ble opptakene oppbevart kryptert på en av forskernes pc, i tråd med datatilsynets regler og prosedyrer (Helseforskningsloven, 2008). Da intervjuene var ferdig transkribert, ble opptakene slettet.

3. Resultat

Deltakerne var tre ergoterapeuter, fra tre forskjellige sykehus i Norge og ergoterapeutene hadde mellom tre til ni års erfaring med intensivpasienter. Ingen av ergoterapeutene var ansatt på en intensivavdeling, men alle er den ergoterapeuten som blir tilkalt når det kommer en henvisning fra intensivavdelingen på det aktuelle sykehuset.

Ergoterapeutenes erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til intensivpasienter ble strukturert etter tre hovedtemaer med tilhørende subgrupper. I første hovedtema "Hva gjør man når man ikke kan snakke sammen?", trakk deltakerne særlig frem pårørende som ressurs og betydningen av nonverbal kommunikasjon med pasienten. Andre hovedtema er "Å finne tilbake til hverdagen" og omhandler hvordan ergoterapeutene kartlegger pasientens tilstand, benytter gradering av aktivitet, og hvordan de bruker ulike aktiviteter sammen med pasienten. Siste hovedtema er "Å tenke utenfor boksen - vårt verktøy" og handler om hvordan ergoterapeutene reflekterte over egen rolle på intensivavdelingen, og hvordan erfaringer og kunnskap påvirker deres arbeid.

Hva gjør man når man ikke kan snakke sammen?

Deltakerne trakk frem at samhandling med intensivpasienter er annerledes enn på andre arbeidsplasser, ettersom pasientene ofte ikke kan snakke eller er ved bevissthet i starten av intensivoppholdet. Ergoterapeuten må derfor tenke kreativt for å samhandle med pasienten på andre måter, for eksempel gjennom samtale med pårørende og observasjon av pasientens mimikk og kroppsspråk.

Pårørende som ressurs

Spesielt to av deltakerne trakk frem pårørende som en kilde for å få verdifull kunnskap om pasienten. De pårørende er de nærmeste til pasienten og står i en ukjent situasjon med mye uvisshet, og ønsker å gjøre alt de kan for sine kjære. For å samhandle med pasienter ergoterapeuten ikke kan føre verbal kommunikasjon med, opplevde deltakerne i studien at det er nyttig å samarbeide med pårørende.

Pårørende kjenner pasienten godt og kan videreformidle viktig informasjon som kan brukes for å samhandle med pasienten. Pårørende kan fortelle hva pasienten liker og ikke liker, av alt fra mat og drikke til musikk, og hvilke hobbyer og interesser pasienten har. En av deltakerne beskrev det slik:

Det inkluderer blant annet om du [pasienten] har noen kallenavn, hva er du interessert i, hvilken utdanning har du, hvilken mat liker du, bruker du briller? Alle slike ting som kan fortelle oss [helsepersonell] noe uten at pasienten kan gi uttrykk for det selv. På den måten har jeg [ergoterapeuten] et basisgrunnlag for hva jeg kan snakke med pasienten om selv om de ikke responderer.
(Deltaker 1)

Videre fortalte deltaker 1 om hvordan hun da kan bruke pasientens kallenavn og interesser under terapien for å tilpasse terapien til personen. Også de andre deltakerne var opptatt av å fremheve verdien av å innhente slik personlig informasjon om pasienten. Deltaker 3 beskrev hvordan hun leser seg opp på informasjon om stedet pasienten kommer fra for å kunne benytte kjente ting og bilder fra pasientens kultur. I tillegg trakk deltaker 1 frem hvordan det å bruke kjente gjenstander, kjente lukter, for eksempel gjennom bruk av pasientens egne toalettsaker, også bidrar til klientsentrering. Uavhengig av denne uvurderlige

informasjonen, beskrev deltakerne også at det er viktig å hele tiden føre en samhandling med pasienten gjennom nonverbal kommunikasjon.

Å samhandle med pasienten

Å samhandle med pasienten handler om hvordan deltakerne fortalte at de hele tiden forsøker å ivareta pasienten og hvordan de ønsker å alltid se han eller henne.

Kommunikasjon kan føres på flere måter og når den ikke kan foregå verbalt var alle deltakerne opptatt av å trekke frem verdien av å hele tiden observere om pasienten responderer med mimikk eller annet kroppsspråk underveis i terapien.

Ergoterapeuten benytter seg av allerede innhentet informasjon fra pårørende og må bruke observasjon av responser hos pasienten for å få bekreftet eller avkreftet underveis om aktiviteter og sesjoner av det de gjør i terapien er greit for pasienten eller ikke. På denne måten blir det fremdeles ført en kommunikasjon og et samarbeid mellom ergoterapeuten og pasienten:

Jeg [ergoterapeuten] prøver å hele tiden snakke til pasienten, si hva jeg skal gjøre; nå skal jeg gjøre dette og hvis jeg merker at pasienten trekker til seg hånden eller noe lignende [...] og jeg merker tydelig motstand så stopper jeg og prøver å si at jeg ser at du [pasienten] gjør sånn og sånn, betyr det at du ikke ønsker mer? Også får jeg kanskje et enda tydeligere ansiktsuttrykk [til svar]. (Deltaker 2)

Selv om intensivpasienter er svært dårlige og ikke alle kan snakke i begynnelsen, påpekte deltaker 2 at hun likevel opplever at de ofte har en slags mening om det som foregår også tidlig i forløpet. Pasientene finner som regel en alternativ måte å uttrykke seg på som ergoterapeuten alltid må forsøke å etterspørre og være oppmerksom på. Deltakerne trakk frem at under observasjon av mimikk og kroppsspråk er det særlig viktig å legge merke til hvilke sanser pasienten responderer på, da dette kan fortelle noe om hvilke måter det er best å samhandle med og å stimulere pasienten på.

Da deltakerne snakket om klientsentrering knyttet deltakerne dette temaet også opp mot valg av aktivitet. Her beskrev ergoterapeutene hvordan informasjon fra

pårørende om hva pasienten liker og ikke liker fra før, i tillegg til hvilke sanser pasienten responderer på, er med på å avgjøre hvilke aktiviteter som kan være aktuelle å benytte i terapien. Likevel reflekterte deltakerne forskjellig om hvorvidt det egentlig er så mange valg av aktiviteter de kan bruke eller ikke på en intensivavdeling. En deltaker sa rett ut at det ikke er mange valg av aktiviteter med så dårlige pasienter, og at ergoterapeuten egentlig må velge mellom de mest basale ADL-aktivitetene som å pusse tenner og vaske seg i ansiktet, mens en annen deltaker fortalte:

Åhh, det er jo kjempevanskelig når du [ergoterapeuten] skal klientsentrere for en pasient som ikke kommuniserer. Hvilken aktivitet skal du for eksempel velge da? Det jeg [ergoterapeuten] har valgt er å veldig ofte ta utgangspunkt i tannpuss og munnstell, fordi at vi alle, eller de aller fleste av oss har jo vært borti det. (Deltaker 1)

Basale ADL-aktiviteter er altså noe deltaker 1 velger bevisst fordi det er aktiviteter de aller fleste mennesker er kjent med. En av deltakerne reflekterte også rundt at pasienten selv ikke alltid vet hva som er best for de på dette tidspunktet, og at det derfor må være en balansegang mellom å etterstrebe deres ønsker og behov og hva ergoterapeuten mener er viktig for pasienten. Etter hvert som pasientene blir bedre og kan kommunisere gjennom samtale igjen, kommentertes det av alle ergoterapeutene at pasienten blir inkludert mer og mer. En deltaker sa også at om de kan sette egne mål, så settes det mål sammen gjennom en samtale. Informasjonen ergoterapeutene tilegner seg gjennom observasjon og samarbeid med pasienten benyttes så videre når de gjennomfører aktiviteter sammen med pasienten.

Å finne tilbake til hverdagen

Å bruke aktivitet i samarbeid med pasienten både under kartleggingsfasen og i intervensjonsfasen var et tema som opptok alle deltakerne. Gjennom bruk av aktiviteter underveis i den terapeutiske prosessen får deltakerne kartlagt viktig informasjon for videre arbeid.

Hva er det grunnleggende vi kan starte på?

For å vite hvilke aktiviteter som er aktuelle å bruke med pasienten, trakk alle deltakerne frem at det er viktig å kartlegge pasientens tilstand og å bruke gradering av aktivitet kontinuerlig under terapien. Bevissthetsnivå, ferdighetsnivå og hvilke sanser pasienten responderer og tar instruksjoner på var noe av det ergoterapeutene trakk frem at de erfarer som spesielt viktig informasjon:

På hvilken av sansene tar pasienten instruksjoner, er det gjennom berøring, syn eller hørsel, dette må jeg [ergoterapeuten] se etter og sortere akkurat når jeg hilser på pasienten. Hvor er det pasienten er mest aktivt og våken? [...] Da vet jeg hvor pasienten står med bevissthetsnivå, ferdighetsnivå, og så tenker jeg; hvilken type aktivitet kan jeg bruke for å komme i gang med trening, med oppvåkning, at de [pasientene] blir mer aktiv. (Deltaker 3)

I tillegg til bevissthetsnivå og ferdighetsnivå nevntes også smerte som en faktor. Pasientene på en intensivavdeling er ofte veldig dårlige og skjøre, og det var tydelig at dette er noe deltakerne tar hensyn til under kartleggingen.

Videre nevntes aktivitetsanalyse av en av deltakerne, aktiviteten som er tenkt å gjøres med pasienten må analyseres for å vite hva grunnlaget er og hvor mye eller lite som kreves av ferdigheter hos pasienten for å kunne gjennomføre aktiviteten. Da kan det oppstå ulike spørsmål rundt aktivitet som er viktig å tenke på:

Alt jeg [ergoterapeuten] gjør er på en måte strippet ned til det helt basale, når jeg analyserer en aktivitet hva er grunnlaget, hva er det grunnleggende de [pasienten] kan starte på? (Deltaker 1)

Gjennom informasjon fra kartleggingen, og aktivitetsanalyse, gjør det det også mulig for deltakerne å gradere aktivitetene, slik at pasienten mestrer dem. Pasienter på intensiven varierer ofte i dagsform og gradering og kartlegging må derfor skje kontinuerlig. Deltakerne nevnte ting som at vanskelighetsgrad kan justeres opp og ned, men det kom også frem andre faktorer som kan påvirke pasientens aktivitetsutførelse:

Også kommer jeg [ergoterapeuten] ut, også tenker jeg; hva skal jeg med denne informasjonen, hva skal jeg gjøre neste gang fordi aktiviteten ble ikke sånn som jeg tenkte og nå må jeg gjøre noe annet [...] og der synes jeg at

ergoterapi kompetansen er veldig nyttig, at vi [ergoterapeuter] kan gradere. Okey men neste gang så må vi kanskje senke kravene litt, eller vi må øke dem litt, eller vi må gjøre dem i en annen setting. Det ble for slitsomt fysisk, det skjedde for mye i rommet, vi trenger å skjerme, altså vi ser en større del av bildet, helhetsbildet. (Deltaker 1)

Ved bruk av gradering får deltakerne tilpasset aktivitetene til pasienten slik at han eller hun mestrer aktiviteten, og tar del i den og ikke bare er en passiv mottaker. Å ikke ha for høye forventninger fremheves som et aspekt å ta hensyn til. I tillegg var deltakerne opptatt av at aktiviteten skal være noe pasienten kan kjenne igjen.

Det handler om å prøve seg frem

Til tross for at intensivpasienter er svært dårlige og ofte må ligge i sengen under terapien, virket alle deltakerne å erfare at aktivitet er noe de benytter mye gjennom intervensjonsfasen. Alle ergoterapeutene hadde en formening om hvorfor og hvordan de kan bruke aktivitet, men påpekte også at valg av aktiviteter og fremgangsmåte naturligvis må tilpasses individuelt til hver enkelt pasient. Det handler om å prøve seg frem. En av ergoterapeutene sa det slik:

På intensivten er det ofte veldig lite de [pasienten] kan gjøre og de selv tenker at de ikke gjør noenting. Det kommer i hvert fall frem når de kan begynne å uttrykke det, så det er viktig å vise at det å prøve å trykke på telefonen, det å vaske seg i ansiktet, pusse tennene, helt enkle ting er en aktivitet og er noe som gjør at de kommer videre, [...] Det å motivere [pasienten] til å begynne med den lille aktiviteten sånn at de ser en fremgang. (Deltaker 2)

Det er tydelig at deltakerne var enige om at å bruke kjente aktiviteter er viktig fordi det er noe gjenkjennbart i et ellers ukjent sykehusmiljø, og fordi det tilfører terapien noe meningsfullt som kan hjelpe pasienten å finne tilbake til hverdagen. Alle deltakerne uttrykte seg forskjellig, men var opptatt av mye av det samme, mening, mestring og motivasjon gjennom bruk av aktivitet. En av deltakerne uttrykte seg slik:

Da prøver vi [ergoterapeuter] å finne aktiviteter som de [pasienten] kan kjenne igjen, for det er jo hele, eller det er mitt ønske at vi skal finne noen aktiviteter som de kan mestre i et ganske kaotisk sykehusmiljø, for de puster jo ikke selv, de gjør jo stort sett ingenting selv. (Deltaker 1)

En av deltakerne påpekte også at tidspunkt for terapiens gjennomføring er viktig:

Jeg [ergoterapeuten] tror det er den aktivitetstilnærmingen, at du [pasienten] gjør en aktivitet mer eller mindre til et riktig tidspunkt. Altså det er aktiviteter som gjør at du har rutiner, at du har hverdag, det er ikke den medisinen du får [på intensivavdelingen] som gjør at du forstår hvordan hverdagen din er, det er aktiviteter og det er vi [ergoterapeuter] som har den kunnskapen, så det er det vi kan bidra med. (Deltaker 3)

Skal ergoterapeuten gjennomføre en aktivitet som naturlig forbindes med et spesielt tidspunkt på dagen, for eksempel aktiviteter som inngår i morgenstell, etterstreber ergoterapeutene å få gjort dette på et naturlig tidspunkt. Det ble igjen trukket frem refleksjoner fra en av deltakerne om når en aktivitet egentlig starter, hvor enkelt man kan starte og hvor mye som egentlig må til før pasienten er aktiv i en aktivitet.

Deltakeren belyste sine refleksjoner med et eksempel:

Vi [ergoterapeuten] jobber ut ifra, og bruker veldig mye persepsjon. For eksempel det her at en aktivitet kan være det å lukte sin egen parfyme, altså at det kan starte en aktivitet selv om du [pasienten] ikke fysisk er med i den, selv om det ikke er du som tar på deg parfymen. Et annet eksempel er at hvis jeg [ergoterapeuten] ligger og sover og det lukter kaffe så starter det jo noen ting i mitt persepsjonssystem; det lukter kaffe, det er kanskje morgen? Det er noe spesielt knyttet til bare den lukten. Å på den måten prøver vi å jobbe aktivitetsbasert helt fra de [pasienten] er kjempedårlig. (Deltaker 1)

Ved å tenke slik som deltaker 1, kan ergoterapeuten starte å bruke aktivitet svært tidlig i pasientforløpet. Alle deltakerne trakk frem at for å kunne starte terapien så tidlig som mulig, er det viktig med kompetanse om timing. Aktuell kunnskap deltakerne trakk frem omhandler blant annet medisinsk kunnskap. Pasientene er ofte på vei ut av koma og er på sterke medisiner. Rett timing ble derfor påpekt som essensielt for at terapien skal tilbys når pasienten er mottakelig for det. Erfaring om timing og nødvendig kompetanse ser ut til å henge sammen med ergoterapeutens rolle og opparbeidet erfaring på intensivavdelingen.

Å tenke utenfor boksen - vårt verktøy

Da deltakerne fortalte om deres erfaringer fra intensivavdelingen, var det tydelig at svarene også var forankret i deres opplevelse av sin egen rolle. Ergoterapeuter er forskjellige og som deltaker 1 trakk frem vil det alltid være variasjoner i hvordan en arbeider da vi bruker oss selv i det vi gjør. Faktorer som tidligere arbeidserfaring, erfaring fra intensivavdelingen og i hvor stor grad deltakerne opplever at de er en del av et tverrprofesjonelt samarbeid på avdelingen ser også ut til å være avgjørende i arbeidet. Deltakerne opplevde i ulik grad å være trygg på egen rolle og at deres kompetanse er kjent og etterspurt på intensivavdelingen, blant andre profesjoner. En av deltakerne tenkte tilbake på sin første tid på intensivavdelingen:

Så det å få litt mer kontinuitet har gjort at jeg [ergoterapeuten] har blitt mer trygg på å være der [på intensivavdelingen], for det er ganske utrygt i begynnelsen å skulle gå inn der [til pasienten], det er mange ting som blinker og det er masse instrumenter og du vet ingenting på en måte. (Deltaker 2)

Flere av ergoterapeutene beskrev mangel på kunnskap og erfaring fra intensivavdeling som noe utrygt i starten. Å få følge en fysioterapeut som er kjent med pasientgruppen ble beskrevet som en viktig samarbeidspartner for å bli tryggere i det ukjente miljøet, i tillegg til å etterspørre nødvendig medisinsk kunnskap fra sykepleierne på avdelingen. Dersom noen tar seg tid til dette beskrev deltaker 2 at det vil bidra til utvikling av egen rolle, ved at en selv forstår bedre hva man som ergoterapeut kan bidra med innad på avdelingen og hvordan man kan gjøre det.

Deltaker 3 trakk frem evnen til å tenke utenfor boksen og til å tørre å gå ut av sin egen komfortsone som en nærmest avgjørende faktor for å tørre å gå inn i noe nytt som kan virke så skremmende og ukjent. Ergoterapeuten må være trygg på at man har noe å bidra med, så kommer tryggheten på egen rolle på intensivavdelingen etter hvert. Ergoterapeutene trakk også paralleller mellom egen rolle og bruk av aktivitet:

Jeg [ergoterapeuten] er bevisst på det. Jeg er bevisst på at min rolle som ergoterapeut [leter etter de rette ordene], at vi [ergoterapeuter] har kunnskap, erfaring; og teoribakgrunnen vår er innenfor aktivitet. Det er aktivitet vi skal bruke, det er vårt verktøy. (Deltaker 3)

Dersom man er trygg på hva ens egen rolle er, blir det også enklere for andre profesjoner å forstå ergoterapeutens rolle og hva ergoterapeuten kan bidra med i et tverrprofesjonelt samarbeid. Hva de andre profesjonene på avdelingen tror eller forventer at ergoterapeuten kan bidra med, ble altså også påpekt å forme ergoterapeutens rolle på intensivavdelingen. Alle deltakerne trakk frem fysioterapeuter som den profesjonen som forstår best hva ergoterapeuten kan bidra med, mens de hadde ulike erfaringer med blant annet sykepleiere og leger. For å tydeliggjøre ergoterapeuters rolle på intensivavdelingen mente ergoterapeutene at det er viktig at de reflekterer over hvordan de selv kan presentere og dokumentere sin egen kompetanse på en måte som de andre profesjonene forstår og ser nytten av.

4. Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Formålet med studien er å utforske hvilke erfaringer ergoterapeuter som arbeider på en intensivavdeling har med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til pasientene. Funnene vil bli drøftet på bakgrunn av tidligere forskning og teori fra kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi. Drøftingen vil struktureres gjennom hovedtemaene; "Hva gjør man når man ikke kan snakke sammen?", "Å finne tilbake til hverdagen" og "Å tenke utenfor boksen - vårt verktøy".

Hva gjør man når man ikke kan snakke sammen?

For å samhandle med pasienten, trakk to av ergoterapeutene frem at de arbeider tett med pårørende, fordi pasientens pårørende kan fortelle dem nyttig, personlig informasjon om pasienten. I OTIPM påpekes det tydelig potensielle farer ved å benytte pårørende for mye i dette samarbeidet mellom ergoterapeut og pasient (Olofsson, 2019, s. 67-68). Likevel påpekes det også i OTIPM at dersom pasienten ikke kan uttrykke seg verbalt, er familiemedlemmer eller andre pårørende en aktuell måte å kommunisere via pasienten på (Olofsson, 2019, s. 67-68). Til tross for at det

påpekes reelle farer ved å benytte pasientens pårørende for mye i samarbeidet mellom ergoterapeuten og intensivpasienten, kan det tenkes at denne tilnærmingen kanskje er det beste ergoterapeutene har. Dette støttes opp av Kynoch et al. (2016) som påpeker at intensivpasienter ofte er for dårlige til å kunne delta i kommunikasjon og beslutningstaking, noe som resulterer i at dette faller på pasientens pårørende. Intensivpasienter er en spesiell pasientgruppe å samarbeide med, og ergoterapeutene benytter derfor pårørende mye for videre samhandling med pasienten, og bekrefter den innhentede informasjonen med pasienten gjennom nonverbal kommunikasjon.

Ettersom intensivpasienter ofte ikke kan kommunisere verbalt, sa deltakerne at det er viktig å hele tiden observere om pasienten responderer med mimikk eller annet kroppsspråk underveis i terapien. På den måten får ergoterapeutene fremdeles samhandlet med pasienten. Fremgangsmåten ergoterapeutene rapporterte for samhandling med pasienten samsvarer med OTIPM sine forslag for hvordan gå frem når pasienten ikke er i stand til å kommunisere gjennom tale, slik som for eksempel å bruke egne observasjonsevner (Tso, 2019, s. 148-149). For det første tar ergoterapeuten på den måten vare på pasientens autonomi i en sårbar situasjon. For det andre er det en måte for ergoterapeuten å ivareta en pasientrettet terapi (Tso, 2019, s. 148-149). Dette støttes opp av studien til Meriläinen et al. (2012) som trekker frem at en intensivpasient er stille tilstede og at det derfor er viktig at personalet på intensivavdelingen er bevisst på at dårlig kommunikasjon kan gjøre at pasientens behov blir usynlig for dem. Ved å aktivt etterspørre pasientens meninger gjennom blant annet observasjon av respons får altså ergoterapeuten samhandlet med pasienten til tross for utfordringen ved å ikke kunne snakke sammen (Karlsen et al., 2018; Meriläinen et al., 2012).

Et annet viktig aspekt ergoterapeutene reflekterte over ved spørsmål om klientsentrering var valg av aktivitet med pasienten, og at det faktisk ikke er så mange aktiviteter å velge mellom. En mulig årsak til at ergoterapeutene knyttet klientsentrering opp mot valg av aktivitet, er at å la pasienten velge aktiviteter handler om å etterstrebe det som er viktig for pasienten (Tso, 2019, s. 149). Slik som

den ene ergoterapeuten forklarte at hun bevisst velger basale ADL-aktiviteter fordi det er noe de fleste pasienter er kjent med, påpekes også i OTIPM sin beskrivelse av hvordan ergoterapeuten må gjøre sine "beste profesjonelle gjetninger" når pasienten ikke kan formidle sine ønsker og behov (Tso, 2019, s. 148). På den ene siden kan en forstå at valg av aktiviteter vil bli begrenset, uavhengig av hva pasienten kan formidle og ikke, når pasienten er så dårlig og intensivavdelingen har sine begrensninger slik ergoterapeutene beskrev det – ettersom aktivitet ikke kan skilles fra personen og den situasjonelle konteksten (Yamane, 2019, s.16). På den andre siden kan en også tenke at det er viktig å ikke la seg overvelde av disse omstendighetene over tid og innfinne seg med at "slik er det bare", og på denne måten glemme å være kreativ og omfavne evnen å tenke utenfor boksen (Tso, 2019, s. 148). Under samhandling med pasienten kan det derfor forstås slik at det inngår mer enn å finne ut personlig informasjon om pasienten, ergoterapeuten undersøker også hvilke aktiviteter som kan brukes i intervensjon med pasienten som samsvarer med deres ønsker og behov.

Å finne tilbake til hverdagen

Studiens funn viser at det er viktig å kartlegge for å kunne bruke aktivitet i samarbeid med intensivpasientene, ergoterapeutene trakk frem bevissthetsnivå og ferdighetsnivå som noe av det de kartlegger først. På samme måte som den transaksjonelle modellen for aktivitet illustrerer (se figur 2, s. 8), beskrev ergoterapeutene at de kartla klientfaktorer i et helhetsbilde. Samtidig så påpekes det tydelig i OTIPM at ergoterapeuten ikke skal spekulere i årsaker til pasientens aktivitetsutfordringer før etter pasienten er observert i en relevant aktivitet i en naturlig setting (Hessenauer, 2019, s.156). Til tross for at spekulasjonen rundt årsak til aktivitetsutfordringene skal komme først etter aktivitetobservasjon, kan en forstå at dette kan være vanskelig å alltid gjennomføre når ergoterapeuten med stor sannsynlighet møter en pasient på respirator, koblet til mange blinkende maskiner. Selv om ergoterapeutene starter med å kartlegge bevissthetsnivå og ferdighetsnivå først, arbeider ergoterapeutene så aktivitetsrettet som mulig på intensivavdelingen, fordi ergoterapeutene er bevisst på at kartleggingen leder til bruk av aktivitet.

Når ergoterapeutene bruker aktivitet med intensivpasientene, påpekes nødvendigheten av å gradere aktivitet slik at pasientene mestrer dem. En av deltakerne forklarte at årsaken til bruk av gradering er at pasienten ikke skal bli en passiv mottaker, men ta del i aktiviteten, selv på et veldig basalt nivå. Ved å hele tiden gradere aktivitetene ned til laveste nivå, kan en tenke at pasienten vil oppleve en form for mestring, noe som kan være viktig for opplevelsen av fremgang. Et annet viktig poeng ergoterapeutene trakk frem, som også påvirker aktivitetsutførelsen til pasienten, er elementer som for mye stimuli i det fysiske miljøet. Dette støttes opp av den transaksjonelle modellen, da aktivitet er en kontinuerlig respons på situasjonselementene og at de gjensidig former hverandre (Yamane, 2019, s. 16). Ved å gradere aktivitetene helt ned til det basale, kan ergoterapeutene starte å bruke meningsfull aktivitet allerede svært tidlig i pasientforløpet, selv under oppvåkning.

Ergoterapeutene bruker aktivitet for å hjelpe pasienten til å finne noe gjenkjennbart i et ukjent miljø og til å finne tilbake til de helt basale rutinene i hverdagen. Slik som ergoterapeutene beskrev at de bruker aktivitet i samhandling med pasientene, var det tydelig at deres tankegang er forankret i ergoterapiens paradigme hvor aktivitet er en essensiell faktor for trivsel og helse (Brandt et. al., 2016, s. 17). Først å fremst kan en forstå at det å ta del i og å utføre kjente aktiviteter kan være betryggende for pasienten i en fremmed og stressende situasjon (Costigan et al., 2019; Weinreich et al., 2017). I tillegg kan ergoterapeuten hjelpe pasienten, som er i en svært passiv pasientrolle, til å se at det å utføre selv små aktiviteter kan bidra til å tilføye noe meningsfullt i en hverdag på intensivavdelingen (Spang & Holmquist, 2015). Ved å bruke sin kunnskap om aktiviteter systematisk gjennom terapien arbeider ergoterapeuten altså aktivt for å hjelpe pasienten tilbake til hverdagen, når han eller hun er mottakelig for det.

En siste avgjørende faktor ergoterapeutene påpekte var timing, terapien må tilbys når pasienten er mottakelig for det og aktivitetene bør etterstrebes å utføres på et naturlig tidspunkt på dagen. Mulige årsaker til dette kan ha sammenheng med medisinske behov og våkenhetsgrad, men også at tidsmessige elementer er en påvirkende faktor i den transaksjonelle helheten, slik som naturlige mønstre og

rutiner (Yamane, 2019, s. 24). Å gjennomføre aktiviteter på det naturlige tidspunktet i løpet av dagen kan ha positive innvirkninger i den forstand at aktiviteten tilsynelatende vil gi mer mening for pasienten (Costigan et al., 2019; Sprang & Holmqvist, 2015; Yamane, 2019, s. 25). Ved å ta hensyn til timing vil både ergoterapeuten og pasienten få mest mulig utbytte av terapien, og dermed sikre best mulig praksis.

Å tenke utenfor boksen - vårt verktøy

Da ergoterapeutene snakket om sine erfaringer på intensivavdelingen, knyttet til studiens problemstilling, så det ut til at opplevelse av egen rolle var en påvirkende faktor for svarene de ga. En mulig årsak til dette kan være at opplevelse av egen rolle og opparbeidede erfaringer henger tett sammen. På den ene siden kan det tenkes at lenger erfaring innenfor intensivavdelingen bidrar til en større trygghet i egen rolle. På den andre siden kan også kunnskap og trygghet på hva det er ergoterapeuter faktisk kan bidra med på avdelingen, bidra til trygghet på egen rolle også i ukjente arbeidsmiljøer (Spang & Holmqvist, 2015). Paradigmet i ergoterapi er ment som en felles forståelse og forankring av troen på aktivitetens kraft (Kielhofner, 2010, s. 58), imidlertid trekker Woodard (2020) frem at i et medisinsk miljø med fokus på fysiske ferdigheter kan det være vanskelig å ikke miste sitt særfaglige fokus på systematisk bruk av aktivitet. Hvor trygg ergoterapeuten er i egen rolle på intensivavdelingen kan dermed forstås som en avgjørende faktor for deres erfaringer og utøvende praksis.

Studiens funn tyder også på at ergoterapeutens rolle på intensivavdelingen i varierende grad blir påvirket av andre profesjoner på intensivavdelingen sin kunnskap om ergoterapi og deres forventninger til ergoterapeuten. Derfor er det viktig for ergoterapeuten å bygge en god relasjon til aktuelle samarbeidspartnere i det eventuelle teamet på avdelingen og formidle sin kunnskap til samarbeidspartnerne slik at de forstår (Sprang & Holmqvist, 2015). Noen av de samme tendensene påpekes også i en scoping review utført av Costigan et al. (2019), hvor det påpekes at implementering av ergoterapi på intensivavdeling i stor grad er avhengig av

forholdet til samarbeidspartnere som har kunnskap om nytten av å inkludere ergoterapi på avdelingen. På denne måten kan ergoterapeuten definere en tydelig rolle, ikke bare for seg selv, men også for de andre på avdelingen, noe som kan tenkes å bidra til en bedre forståelse og klarhet i hva ergoterapeuten kan tilby (Algeo & Aitken, 2019). Ifølge studien til Spang & Holmquist (2015) er det å bruke et språk om ergoterapi som andre profesjoner kan forstå en av de viktigste tiltakene for å danne relasjoner og bli etablert på avdelingen. Ved å snakke et språk som fremmer ergoterapi slik at andre samarbeidspartnere kan forstå det, kan det tenkes at andre profesjonsgrupper sine forventninger til ergoterapeutens rolle vil samsvare bedre med hva ergoterapeuten selv legger i sin rolle.

4.2 Metodediskusjon

Studiens kvalitet vil diskuteres i lys av refleksivitet, gyldighet og relevans, som trukket frem av Malterud (2001). Forskerne har tilstrebet å rapportere i henhold til helsebiblioteket (2016) sin sjekkliste for kvalitative studier for å øke gjennomsiktighet.

Refleksivitet er anerkjennelsen av at forskerne er med på å forme forskningsprosessen, gjennom sin forståelse, personlige preferanser, begreper og teori (Malterud, 2017, s. 19-21). Forskerne i denne studien er begge ergoterapistudenter, som intervjuet ergoterapeuter om erfaringer innen arbeid med intensivpasienter. Ingen av forskerne har noen erfaring fra praksis på intensivavdeling eller fra forskning og det kan være en ulempe. Samtidig har forskerne og deltakerne samme profesjonsbakgrunn og det kan ha hatt positiv innvirkning på formidlingen av deltakernes perspektiver da profesjonsbegreper forstås likt av forsker og deltaker. Forskerne vurderer dette som en styrke med studien da deltakerne kan bruke sitt naturlige fagspråk og forvente at forskerne forstår meningen.

Semistrukturert intervju med åpne spørsmål ble valgt for å sikre at temaer som belyste problemstillingen ville bli besvart, uten å begrense muligheten for at

deltakerne fritt kunne dele av sine erfaringer (Malterud, 2017, s. 133-134). Under utformingen av studiens semi-strukturerte intervjuguide vektla forskerne å formulere spørsmålene som åpne og be deltakerne utrede hvordan de forstod aktuelle profesjonsbegrep som «klientsentrering» og «aktivitetsbasert tilnærming». Ved å etterspørre deltakernes forståelse, har forskerne aktivt prøvd å ikke la sin forforståelse av begrepene farge intervjuene og den videre bearbeidningen av empirien (Malterud, 2017, s. 41-42).

Grunnet Covid-19 restriksjoner og studiens tidsbegrensinger ble intervjuene gjennomført digitalt, to over Zoom og et over FaceTime. Digital gjennomføring av intervjuene muliggjorde geografisk spredning på deltakerne, noe som var positivt i forhold til at det er få ergoterapeuter som jobber på intensivavdelinger ved norske sykehus. Deltakerne uttrykte også at de følte det var lettere å si ja til et digitalt intervju i en ellers hektisk hverdag. Samtidig kan aspekter som kroppsspråk og naturlig flyt i samtalen ha gått tapt ved digital gjennomføring av intervjuene.

Forskerne har valgt og benyttet teoretiske rammer fra det ergoterapeutiske kunnskapsgrunnlaget til å forstå meningen av funn og til å belyse sine tolkninger under STK analysen (Malterud, 2017, s. 47). Den valgte teoretiske referanserammen vil ha hatt innvirkning på flere deler av forskningsprosessen, både analysedelen, sammenfatning av resultat, og diskusjon, og forskerne valgte aktuell teori som var egnet til å belyse samspillet mellom problemstilling og innsamlet empiri. Valg av annen referanseramme ville kunne resultert i en annen tolkning av resultatene. Valgt teori er derfor begrunnet av forskerne slik at leseren forstår tolkningen som blir presentert (Malterud, 2017, s. 47).

Å lete etter forskjellige forklaringer på de empiriske dataene og se etter tilfeller som ikke passer til mønsteret er teknikker for å forbedre troverdighet. STK-metoden sikrer at forskerne søker iterativt etter emner med mening (Malterud, 2017, s. 115). Et annet aspekt, deltakersjekk, som også kunne forbedret troverdigheten er og latt deltakerne lest igjennom og gitt tilbakemelding på transkripsjonene (Malterud, 2001).

Deltakersjekk er en måte å redusere feil på, men kan også frembringe ny data, som igjen krever tolkning (Malterud, 2001). På bakgrunn av studiens tidsramme og størrelse ble ikke deltakersjekk en del av datainnsamlingen. Videre tilrettelegger STK for pålitelighet og bekreftbarhet gjennom sin systematiske tilnærming som muliggjør gjennomsiktighet, intersubjektivitet og refleksivitet gjennom hele prosessen (Malterud, 2001).

En begrensning av studien er at det innsamlede empiriske materialet er lite, og består bare av tre deltakere. Med hensyn til prosjektets størrelse og tidsramme kan det tenkes at flere enn tre deltakere ville ført til for mye rådata i forhold til studiens avgrensninger. Det er enda få ergoterapeuter som jobber jevnlig ved intensivavdelinger i Norge og det kan tenkes at ved å inkludere flere deltakere i studien kunne det gitt større bredde i empirien.

5. Konklusjon

Gjennom kvalitative intervjuer av tre deltakere har ergoterapeuters erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til intensivpasienter blitt utforsket. Studiens funn tyder på at en stor del av arbeidet med intensivpasienter handler om å samhandle med pasienten, og at å involvere pårørende og å observere responser av mimikk og kroppsspråk hos pasienten er viktig for samhandlingen. Gjennom samarbeidet med pasienten og pårørende, og kartlegging av pasientens tilstand, finner ergoterapeuten aktuelle aktiviteter å bruke i terapien med pasienten. Kunnskap om timing og gradering er viktig, både for at terapien skal skje når pasienten er mottakelig og for at pasienten skal mestre aktivitetene, og dermed få noe meningsfullt ut av dem. Ergoterapeutens utøvende praksis er forankret i opplevelse av egen rolle og tidligere erfaringer fra intensivavdelingen. Det å ha aktuelle samarbeidspartnere på avdelingen som forstår når og hva ergoterapeuten kan bidra med er også viktig for egen rolle og profesjonsutøvelse. Lite kunnskap om hvordan ergoterapeuter utøver sin praksis på en intensivavdeling, kan være en utfordring for ergoterapeuter uten erfaring med intensivpasienter. Å være tro mot egen profesjon – “at det er aktivitet vi skal bruke” – kan hjelpe for trygghet i egen rolle.

6. Konsekvenser og implikasjoner

Basert på studiens funn anbefales ergoterapeuter som etablerer seg på en intensivavdeling å være tydelig på at det er aktivitet de kan bidra med innad på avdelingen, og fremme sin kompetanse til andre profesjoner. Behovet for ergoterapeutens kompetanse på intensivavdelingen kan begrunnes med funn fra forskning, som at ergoterapi på dette stadiet er forbundet med bedre ADL-funksjon og færre respiratordøgn. Å opprette en form for fadderordning, der en annen ansatt veileder den nye ergoterapeuten i forhold til det medisinske miljøet på intensivavdelingen, kunne være nyttig da alle studiens deltakere trakk frem at oppstartsperioden var spesielt utfordrende. Et annet viktig aspekt som anbefales å ta hensyn til ved etablering på en ny avdeling, er ergoterapeutens evne til å presentere og dokumentere sin egen kompetanse til andre helseprofesjoner på enkel og forståelig måte.

7. Referanseliste

- Algeo, N. & Aitken, L. M. (2019). The evolving role of occupational therapists in adult critical care in England: A mixed methods design using role theory. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 47(2), 74-94. <https://doi.org/10.1108/IJOT-04-2019-0005>
- Atler, K. (2019). OTIPM: A Model to Guide True Top-Down, Occupation-Centered Reasoning. I A. G. Fisher & A. Marterella (Red.), *Powerfull Practice: a model for authentic occupational therapy* (s. 1-14). Ciots.
- Atwal, A. (2002). A World Apart: How Occupational Therapists, Nurses and Care Managers Perceive Each other in Acute Health Care. *British Journal of Occupational Therapy*, 65(10), 446–452. <https://doi.org/10.1177/030802260206501003>
- Brandt, Å. Madsen, A. J. & Peoples, H. (2016). Introduksjon til ergoterapi. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi: Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. utg., s. 17-24). Munksgaard.
- Buanes, E. A., Kvåle, R. & Barratt-Due, A. (2020). *Norsk intensivregister; Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak*. Norsk intensivregister. <https://helsebergen.no/seksjon/intensivregister/Documents/%C3%85rsrapporter%20i%20NIR/NIR%20%C3%85rsrapport%202019.pdf>
- Costigan, F. A., Duffett, M., Harris, J. E., Baptiste, S. & Kho, M. E. (2019). Occupational Therapy in the ICU: A Scoping Review of 221 Documents. *Critical Care Medicine*, 47(12), 1014-1021. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003999>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekkliste*. <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>

- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20- 44)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Hessenauer, M. (2019). Evaluation and Goal-Setting Phase: Implement Performance Analyses. I A. G. Fisher & A. Marterella (Red.), *Powerfull Practice: a model for authentic occupational therapy* (s. 155-195). Ciots.
- Holm, S. G., Hartviksen, T. A., Sjølie, B. M. & Solbakken, R. (2015). Hud og vev. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 739-775). Cappelen Damm akademisk.
- Hume, V. (2019). Introduction. I A. G. Fisher & A. Marterella (Red.), *Powerfull Practice: a model for authentic occupational therapy* (s. 1-14). Ciots.
- Karlsen, M.-M. W., Ølnes, M. A. & Heyn, L. G. (2018). Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *British Association of Critical Care Nurses*, 24(3), 115-131. <https://doi.org/10.1111/nicc.12377>
- Kielhofner, G. (2010). *Ergoterapi i praksis: det begrepsmæssige grundlag* (3. utg.) Munksgaar.
- Kingston, G., Pain, T., Murphy, K., Bennett, M. & Watson, M. (2019). Perceptions of acute hospital occupational therapy services: developing a new model of care for occupational therapy on acute medical wards. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 26(12), 1–9. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2017.0047>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. Utg.). Gyldendal akademisk.
- Kynock, K., Chang, A., Coyer, F. & McArdle, A. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBISRIR*, 14(3), 181-234. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-2477>
- Langfeldt, S. H., Ascencio, K. & Mongs, M. (2017). Ergoterapi til kritisk syke pasienter på intensivheter. *Ergoterapeuten*, 60(6), 10-13.

https://www.ergoterapeuten.no/Admin/Public/Download.aspx?file=Files%2FFiles%2FErgoterapeuten%2FERGO_6_2017.pdf

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Universitetsforlaget.

Mathiasson, G. & Morville, A.-L. (2016). Grundlæggende antagelser, værdier og etik i ergoterapi. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi: Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. utg., s. 97-118). Munksgaard.

Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. (2012). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive & critical care nursing*, 29(2), 78-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2012.05.003>

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

Olofsson, I. (2019). Four Continua for Critiquing Occupational Therapy Services. I A. G. Fisher & A. Marterella (Red.), *Powerfull Practice: a model for authentic occupational therapy* (s. 63-92). Ciots.

Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>

Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G.

- A., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K. E., Hall, J. B. & Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 373(9678), 1874–1882. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60658-9)
- Spang, L., & Holmqvist, K. (2015). Occupational therapy practice in emergency care: Occupational therapists' perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(5), 345–354. <https://doi.org/10.3109/11038128.2015.103345>
- The Faculty of Intensive Care Medicine. (2019, juni). *Guidelines for the provision of intensive care services*. [gpics_v2 - version for release - final2019.pdf](https://www.ficm.ac.uk/gpics_v2_-_version_for_release_-_final2019.pdf) ([ficm.ac.uk](https://www.ficm.ac.uk))
- Tso, C. (2019). Evaluation and Goal-Setting Phase: Gather Initial Information. I A. G. Fisher & A. Marterella (Red.), *Powerfull Practice: a model for authentic occupational therapy* (s. 131-153). Ciots.
- Weinreich, M., Herman, J., Dickason, S. & Mayo, H. (2017) Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Occupational Therapy In Health Care*, 31(3), 205-213. <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1340690>
- Woodard, M. M. (2020). *The Occupational Therapy Intensive Care Unit Guide: A Practical Guide for Implementing Occupational Therapy Services with People Who Are Critically Ill* [Doctoral Project, Boston University] ProQuest Dissertations Publishing. <https://hdl.handle.net/2144/39318>
- Yamane, S. (2019). Transactional Model of Occupation. I A. G. Fisher & A. Marterella (Red.), *Powerfull Practice: a model for authentic occupational therapy* (s. 15-32). Ciots.

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Vil du delta i bachelorprosjektet Ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet, 2021

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et bachelorgradsprosjekt 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.

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) er ansvarlig for prosjektet. Personvernombud Trine Anikken Larsen (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 2021). 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 2021. Lydfilene 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
- HVL ved personvernombud Trine Anikken Larsen, 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) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Merethe Hustoft

(Prosjektansvarlig)

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)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Problemstilling: *Å utforske hvilke erfaringer ergoterapeuter som arbeider på en intensivavdeling har med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til pasientene.*

Introduksjonsspørsmål

Hva er din yrkesbakgrunn?

Hvor stor stillingsprosent har du på intensivavdelingen og jobber du i et tverrprofesjonelt team eller alene?

Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
Kan du fortelle om en typisk arbeidsdag?	
Hvordan vil du beskrive din rolle på intensivavdelingen?	
Hvordan forstår du begrepet klientsentrering og hvordan arbeider du for å ivareta det?	Dersom du ikke gjør det, hvorfor ikke?
Hvordan forstår du begrepet aktivitetsbasert tilnærming og hvordan arbeider du for å ivareta en slik tilnærming til pasientene?	Dersom du ikke gjør det, hvorfor ikke?
Hvordan erfarer du at din kompetanse blir benyttet i intensivbehandling av pasientene?	Etter gjennomgang av forskning har vi fått et inntrykk av at flere ergoterapeuter føler at deres fagkompetanse blir overskygget av det medisinske fokuset på avdelingen. Hvordan stemmer dette med dine erfaringer?
Har arbeidsoppgavene dine endret seg fra du begynte i stillingen og frem til nå, i så fall hvordan?	Er det endringer du kan tenke deg å gjøre fremover for å få en enda bedre arbeidshverdag?
Hva er etter din mening fremtiden for ergoterapi på intensivavdeling for voksne?	
Har du avslutningsvis noe mer du ønsker å tilføye som du ikke har fått sagt?	