

Klientsentrert og aktivitetsbasert ergoterapi på intensivavdeling – en kvalitativ studie

Av Tina Gunnarsen Haugland, Ingrid Brandsdal, Tina Taule & Marcus Kessner



Tina Gunnarsen Haugland er ergoterapeut ved Omsorgsboliger Årstad i Bergen kommune. Hun var tidligere student ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen. E-post: tina.g.haugland@gmail.com



Ingrid Brandsdal er ergoterapeut ved Vurderingsteamet i Askøy kommune. Hun var tidligere student ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen.

Tina Taule er forsknings- og fagutviklingsleder i Ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Bachelorstudiet i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet.

Marcus Kessner er ergoterapispesialist i somatisk helse. Han har en mastergrad i neurorehabilitering og er ansatt ved Ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus, Bergen.

De to første forfatterne har bidratt like mye i arbeidet med fagartikkelen.

Vi bekrefter at det ikke er interessekonflikter knyttet til innsendt manuskript

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning viser at ergoterapi bør tilbys så tidlig som mulig til intensivpasienter, men at ergoterapeutens rolle på intensivavdelingen er uklar, både for ergoterapeutene selv og for samarbeidende profesjoner.

Hensikt: Å utforske ergoterapeuters erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming på en intensivavdeling.

Metode: Et kvalitativt studiedesign med semi-strukturerte intervjuer ble benyttet for å utforske tre ergoterapeuters erfaringer fra intensivavdelinger. Tematisk analyse ble gjennomført ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Funnene viser utfordringer ergoterapeuter på en intensivavdeling står overfor. Tre temaer ble identifisert:

- når samtale ikke er mulig
- å finne tilbake til hverdagen gjennom aktivitet
- kunnskap og gode relasjoner gir trygghet i egen rolle.

Konklusjon: Kommunikasjon med intensivpasienter kan være utfordrende, og ergoterapeutene må handle kreativt for å kunne jobbe klientsentrert. På intensivavdeling ble kjente basale aktiviteter brukt for å hjelpe pasienten tilbake til hverdagen. Ergoterapeutenes erfaring og trygghet i egen rolle påvirket hvordan de arbeidet på intensivavdelingen.

Nøkkelord: aktivitet, erfaringer, ergoterapi, intensivavdeling, klientsentrert

Innledning

Hvert år behandles nær 15.000 pasienter på intensivavdelinger i norske sykehus (1). Her gis behandling og pleie til kritisk syke pasienter. Dette gjelder for eksempel pasienter som har vært utsatt for alvorlige ulykker eller har vært gjennom omfattende operasjoner. På intensivavdelingen dominerer medisinske tiltak og overvåkning. Viktige kroppsfunksjoner, som respirasjon og blodomløp hos komatøse pasienter blir observert. Svikt i livsviktige organer blir kontinuerlig behandlet (1). Redusert bevissthetstilstand og annen alvorlig tilstand har vist seg å begrense pasientens deltaking i beslutninger om egen situasjon (2;3). Flere av pasientene trenger lange behandlingsopphold før de er klare for overføring til rehabiliteringsenheter eller kan utskrives til eget hjem (1).

I nasjonale retningslinjer for intensivvirksomhet er det anbefalt med tidlig intervensjon gitt av et tverrprofesjonelt team for et best mulig resultat av behandlingen (4). I Norge skal intensivsykepleier og lege utgjøre kjernen i teamet, mens ergoterapeut sammen med fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og farmasøyt inngår ved behov. Ergoterapeuten skal helst være daglig til stede på avdelingen eller som et minimum kunne kontaktes per telefon (4). For å ivareta en aktivitetsbasert og klientsentrert tilnærming ved intensivavdeling, fokuserer ergoterapeuter på pasientens ressurser og ferdigheter (5;6). Ergoterapeuten tilrettelegger for at pasienten kan engasjere seg i kjente og meningsfulle aktiviteter som blant annet morgenstell og forflytning, for slik å forbedre pasientens selvstendighet (5;6). Forskning viser også at pasienter som mottar ergoterapi daglig, kan få bedre funksjon i hverdagsaktiviteter (5;7), reduserer antall respirator døgn samt begrense forekomst og varighet av delirium (7).

Selv om ergoterapi er anbefalt i nasjonale og internasjonale retningslinjer (4;8), er det forskning som viser at ergoterapeuten enda ikke er en naturlig del av det tverrprofesjonelle temaet på intensivavdelinger (9;10). En forklaring som fremheves i forskningen er at det medisinske fokuset som preger arbeidet på en intensivavdeling, overskygger ergoterapeutens aktivitetsbaserte perspektiv (11). Annen forskning antyder at ergoterapeutens rolle i det tverrprofesjonelle teamet på intensivavdelingen er uklar både for ergoterapeuten selv og for deres samarbeidspartnere (10;12-14). I tillegg tyder forskning på at ergoterapeutene er usikre på hvordan de skal

utøve sin praksis på intensivavdelinger (4;7-10).

Formålet med denne studien er derfor å utforske ergoterapeuters erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming på en intensivavdeling.

Metode

En kvalitativ metode med systematisk tekstkondensering er egnet til å utforske erfaringer (15), for eksempel ergoterapeuters erfaring med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming på en intensivavdeling. Studien som artikkelen er basert på, ble utført som bacheloroppgave av forfatterne TGH og IB.

UTVALGET

Vi inkluderte ergoterapeuter som hadde erfaring med oppfølging av voksne pasienter innlagt på intensivavdeling. For å rekruttere deltakere ble avdelingsledere ved alle sykehus i Norge som hadde en intensivavdeling kontaktet per telefon (n=16). Ergoterapeutene som lederne informerte om, ble oppringt på telefon og spurt om de ønsket å delta i studien. Rekrutteringsprosessen ble avsluttet når tre deltakere fra tre ulike sykehus var rekruttert, grunnet bacheloroppgavens størrelse og tidsramme.

DATAINNSAMLING

Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervju. Som vist i Tabell 1 var intervjuguiden bygget opp med innledende spørsmål, syv hovedspørsmål og et avsluttende spørsmål (Se neste side).

Innledende spørsmål bidro til å skape en trygg atmosfære (16). Hovedspørsmålene etterspurte deltakernes forståelse og bruk av sentrale begreper, slik som klientsentrering og aktivitetsbasert tilnærming. Det avsluttende spørsmålet ble inkludert for å gi deltakerne muligheten til å trekke frem aspekter de følte var viktig, og som de ikke hadde fått snakket om tidligere i intervjuet. Spørsmålene i intervjuguiden var formulert som åpne spørsmål for å stimulere deltakerne til mest mulig fritt å fortelle om sine erfaringer (16).

Intervjuene ble gjennomført digitalt grunnet Covid-19-restriksjoner. Deltakerne valgte selv hvilken digital plattform de ønsket for intervjuet. En av deltakerne valgte å bruke FaceTime, mens de to andre deltakerne valgte å bruke Zoom. Intervjuene ble tatt opp med mobil satt i flymodus. Intervjuene hadde varighet på mellom 49 og 62 minutter og ble transkribert fortløpende.

Innledende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> ● Hva er din yrkesbakgrunn? ● Hvor stor stillingsprosent har du på intensivavdelingen, og jobber du i et tverrprofesjonelt team eller alene?
Hovedspørsmål	<ul style="list-style-type: none"> ● 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? ● Hvordan forstår du begrepet aktivitetsbasert tilnærming og hvordan arbeider du for å ivareta en slik tilnærming til pasientene? ● Hvordan erfarer du at din kompetanse blir benyttet i intensivbehandling av pasientene? ● Har arbeidsoppgavene dine endret seg fra du begynte i stillingen og frem til nå, i så fall hvordan? ● Hva er etter din mening fremtiden for ergoterapi på intensivavdeling for voksne?
Avsluttende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> ● Har du avslutningsvis noe mer du ønsker å tilføye som du ikke har fått sagt?

Tabell 1: Intervjuguide.

ANALYSEPROSESS

Under transkriberingen ble nonverbal kommunikasjon som nikking, tenke- og pustepauser notert. Hensikten med dette var å best mulig ivareta det opprinnelige materialet slik som det ble formidlet av deltakerne under intervjuene og gjøre det lettere for forskerne å gjenerindre intervjuene (15). For å analysere innsamlet data brukte vi Malteruds prinsipper for systematisk tekstkondensering (STK) (15). STK er en analytisk tilnærming som egner seg godt for tematisk innholdsanalyse på tvers av intervjudata (17). Den systematiske analysen i STK er delt inn i fire trinn, og ble gjennomført av første og andre forfatter.

I første trinn – *Fra kaos til temaer* – leste begge forfatterne transkripsjonene hver for seg for å danne seg sin egen mening om hva deltakerne formidlet under intervjuet og få et helhetsinntrykk av hva intervjuene handlet om. Forfatterne tilstrebet å forholde seg objektive til innholdet og sette bort sin egen forforståelse, slik at de kunne være åpne for nye inntrykk. Forforståelsen var preget av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, som omhandler menneskets behov for deltakelse i aktivitet og hva som påvirker dette samspillet. I tillegg var forforståelsen påvirket av forskningsartiklene vi hadde lest om tema. Disse artiklene viste til manglende kunnskap om hvordan ergoterapeuter utøvde sin praksis på intensivavdelingen. Begge forfatterne noterte seg foreløpige temaer etter gjennomlesningen, før forfatterne sammen diskuterte aktuelle funn. På bakgrunn av diskusjon ble vi enige om noen foreløpige tema, blant annet *samhandling, rolle, kompetanse og aktivitet*. Temaene dannet utgangspunkt for kodingen i trinn 2.

I trinn 2 – *Fra temaer til koder* – ble transkriptene gjentakende analysert av begge forfatterne i samarbeid. Hensikten var nå å identifisere relevante meningsenheter som kunne belyse studiens problemstilling. Meningsenhetene ble deretter sortert i ulike koder. Kodene ble videreutviklet fra de foreløpige temaene og justert etter hvert som vi fikk en dypere og bedre forståelse av kodegruppene. Beslektede enheter ble gruppert under samme kodeoverskrift. For eksempel ble *kartlegging, aktivitetsanalyse og gradering av aktivitet* samlet under kodeoverskriften *Å finne tilbake til hverdagen gjennom aktivitet*.

I trinn 3 – *Fra kode til mening* – evaluerte forfatterne sammen innholdet i hver av kodegruppene. Forfatterne kondenserte og abstraherte innholdet i hver kodegruppe til kunstige sitater presentert i jeggform. Formålet var å sammenfatte og gjenfortelle innholdet i de forskjellige kodegruppene. Forfatterne fant også passende gullsitater fra deltakerne som beskrev de kunstige sitatene på en god måte. Under dette trinnet av analysen ble det også identifisert hvilke ergoterapeutiske modeller som var best egnet til å belyse og diskutere samspillet mellom funn og studiens formål. 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 (18). Det holistiske perspektivet i modellen illustrerer og påminner ergoterapeuten om at det ikke er mulig å skille personen fra dens situasjonelle elementer, eller fra fortids-, nåtids- og fremtidige erfaringer med aktivitet (18). Den tilhørende arbeidsmodellen Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) er også relevant fordi den iv-

ser hvordan ergoterapeuten systematisk kan arbeide aktivitetssentrert gjennom en aktivitetsbasert og/eller aktivitetsfokustert tilnærming (19).

STKs fjerde trinn er – *Fra kondensering til beskrivelser og resultat*. Her samlet forfatterne de kunstige sitatene fra hver kodegruppe og forvandlet de til en analytisk tekst med illustrative gullsitater. Den endelige teksten ble sammenlignet mot de originale transkriptene for å validere funnene. Etter å ha validert funnene ble det definert endelige og mer beskrivende overskrifter for hver av kodegruppene (15).

Etiske vurderinger

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (ref. nr. 415729) før aktuelle deltakere ble kontaktet og intervjuene ble gjennomført. Deltakerne fikk i forkant tilsendt informasjon om studiens formål, studiedesign og samtykkeskjema. Det ble tydelig beskrevet at deltakelse i studien var frivillig, og at deltakerne kunne trekke seg uten at det ville få konsekvenser for dem. Opptakene av intervjuene ble oppbevart kryptert på en av forfatterne sin pc og slettet da opptakene var transkribert. For å unngå gjenkjennelse av deltakerne, er funn anonymisert.

Funn

Deltakerne var tre ergoterapeuter fra ulike sykehus i Norge. Ergoterapeutene hadde mellom tre og ni års erfaring med intensivpasienter. Ingen av dem var ansatt på intensivavdelingen, men var den ergoterapeuten som ble tilkalt ved behov. Ergoterapeutenes erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til intensivpasienter ble inndelt etter tre hovedtemaer:

- når samtale ikke er mulig
- å finne tilbake til hverdagen gjennom aktivitet
- kunnskap og gode relasjoner gir trygghet i egen rolle

NÅR SAMTALE IKKE ER MULIG

Deltakerne trakk frem at samhandling med intensivpasienter skiller seg fra samhandling med andre pasientgrupper de møter i sykehuset. Intensivpasienter har ofte redusert bevissthet eller mangler språk grunnet for eksempel medikamentell behandling og/eller trakeostomi. For å kunne ivareta en klientsentrert tilnærming måtte ergoterapeutene derfor tenke kreativt både i kartleggings- og intervensjonsfasen. Dette innebar blant annet å innhente informasjon

fra pårørende og observere pasientens mimikk og kroppsspråk.

Deltakerne trakk frem pårørende som en kilde til verdifull kunnskap om pasienten. Selv om pårørende står i en ukjent situasjon med mye uvisshet så ønsker de å gjøre alt de kan for sine kjære. En av deltakerne beskrev hvilken informasjon hun etterspurte 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? (Deltaker 1)».

Videre forklarte deltakerne hvordan de brukte informasjonen til å tilpasse terapien, for eksempel ved å starte munnstimulering og svelgtrening med en drikk pasienten liker godt. I tillegg beskrev deltakerne også betydningen av samhandling med pasienten gjennom nonverbal kommunikasjon. Deltaker 2 trakk frem at intensivpasienter som regel finner alternative måter å uttrykke sine behov på, for eksempel gjennom ansiktsgrimaser. Deltakerne var derfor opptatt av å observere hvordan pasienten responderte med mimikk eller annet kroppsspråk underveis i samhandling, da det kan gi uttrykk for viktige tilbakemeldinger som ubehag eller smerte. Deltakerne forsøkte alltid å ivareta pasientens eventuelle ønsker og behov på best mulig måte. I intervjuene ble det fremhevet at ved å benytte nonverbal kommunikasjon finnes det et samarbeid mellom ergoterapeuten og pasienten til tross for pasientens mangel på språk. Gjennom samhandlingen fant deltakerne også frem til ulike aktiviteter som kunne være aktuelle å gjennomføre sammen med pasienten i terapien.

Å FINNE TILBAKE TIL HVERDAGEN GJENNOM AKTIVITET

Å bruke aktivitet i samarbeid med pasienten både under kartlegging og i intervensjonsfasen opptok deltakerne. Da pasienter innlagt på en intensivavdeling ofte varierer i dagsform, var det viktig å tilpasse aktivitetens vanskelighetsgrad til pasientens funksjonsnivå. Deltakerne var opptatt av å bruke aktiviteter som var meningsfulle for pasienten og at pasienten skulle oppleve mestring. Samtidig tok de hensyn til faktorer i omgivelsene som bidro til å fremme eller hemme aktivitet. For å vite hvilke aktiviteter som var aktuelle å gjøre sammen med pasienten, var det viktig å kartlegge pasientens tilstand kontinuerlig under oppholdet. Bevissthetsnivå, funksjonsnivå og hvilke sanser pasienten responde-

rer og tar instruksjoner på, var noe av det ergoterapeutene trakk frem som spesielt viktig informasjon. Deltaker 3 forklarte hva hun så etter slik:

«På hvilken av sansene tar pasienten instruksjoner, er det gjennom berøring, syn eller hørsel, dette må jeg [ergoterapeuten] se etter når jeg hilser på pasienten».

Deltaker 3 brukte informasjonen til å kartlegge pasientens funksjonsnivå. I tillegg vurderte hun ut fra informasjonen hvilke type aktivitet som best bidro til å stimulere pasienten og slik øke pasientens våkenhetsgrad. En av deltakerne nevnte hvordan hun brukte aktivitetsanalyse for å få kunnskap om hvor mye eller lite ferdigheter som kreves for å kunne gjennomføre en spesifikk aktivitet. Analysen bidro videre til at ergoterapeutene kunne gradere aktivitetene i samsvar med pasientens funksjonsnivå. Slik opplevde terapeuten at pasienten kunne ta større del i aktivitetene som foregikk og ikke bare være en passiv mottaker av terapi. Deltakerne formidlet imidlertid at det handlet om å prøve seg frem og reflekterte forskjellig rundt hvilke aktiviteter de mente var egnet til pasienter med svært begrenset funksjonsnivå.

Terapeutene i denne studien valgte ofte basale aktiviteter i dagliglivet (ADL) som tannpuss og munnstell. En deltaker pekte på at enkle ADL-aktiviteter kunne gjennomføres også av pasienter med svært redusert funksjonsnivå, mens en annen deltaker fortalte at hun bevisst valgte ADL-aktiviteter fordi de er kjent for de fleste. Dette bidro til å skape trygghet for pasienten i et ellers ukjent sykehusmiljø, og tilførte terapien noe meningsfullt som kunne hjelpe pasienten å finne tilbake til hverdagen. Deltaker 2 fortalte at pasientene selv ofte formidler at de er lite aktive under intensivoppholdet. Hun la derfor vekt på å motivere pasienten til å begynne med «den lille» aktiviteten som for eksempel å trykke på telefonen eller å regulere på sengen med fjernkontrollen, slik at pasienten kunne oppleve fremgang. En annen deltaker reflekterte rundt når en aktivitet egentlig starter, hvor enkelt terapeuten kan starte en aktivitet og hvor lite som skal til før pasienten deltar aktivt i en aktivitet. Deltakeren belyste sine refleksjoner med et eksempel:

«Vi [ergoterapeuten] jobber ut ifra, og bruker veldig mye persepsjon. For eksempel det at en aktivitet kan være 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.» (Deltaker 1)

Eksempelet viser hvordan ergoterapeuten startet en aktivitet allerede før pasienten er ved full bevissthet. Et annet eksempel som kom frem i intervjuene var hvordan pasientens egne toalettsaker med kjente gjenstander ble brukt for å blant annet stimulere til å igangsette automatiserte bevegelser. Dette kunne være at pasienten fikk sin egen deodorant i hånden og intuitivt forsøkte å skru av korken.

En av deltakerne påpekte også at tidspunkt for terapiens gjennomføring er viktig og bidrar til å finne tilbake til hverdagen:

«Jeg [ergoterapeuten] tror det er den aktivitets-tilnærmingen, 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 en hverdag, og som gjør at du forstår hvordan hverdagen din er.» (Deltaker 3)

Skal pasienten og ergoterapeuten gjennomføre en aktivitet sammen som vanligvis forbindes med et spesielt tidspunkt på dagen, etterstreber ergoterapeutene å få gjort dette på et naturlig tidspunkt. Et eksempel var å gjennomføre aktiviteter som inngår i morgenstell tidlig på dag, for på den måten å bidra til at det blir enklere for pasienten å komme tilbake til kjente rutiner. Terapien bør også tilbys når pasienten er mottakelig for det. Deltakerne nevner at dette er essensielt for pasienter som er på vei ut av koma eller pasienter som bruker sterke medisiner. Deltakerne nevnte også at de tok hensyn til miljøfaktorer som kunne påvirke pasientens deltagelse i aktivitet. Et eksempel var at det skjedde for mye i rommet og at det var behov for å skjerme pasienten fra omgivelsene, for eksempel ved bruk av romdeler eller ved å begrense antall ansatte rundt pasienten. Videre var ergoterapeutene opptatt av hvordan deres rolle på intensivavdelingen ble påvirket av egne erfaringer og de andre profesjonene sin kjennskap til ergoterapi.

KUNNSKAP OG GODE RELASJONER GIR TRYGGHET I EGEN ROLLE

Gjennom intervjuene reflekterte deltakerne over hvordan de ofte måtte tenke på nye måter. Deltakerne trakk frem tidligere arbeidserfaring, erfaring fra intensivavdeling og i hvor stor grad de opplevde å være en del av et tverrprofesjonelt samarbeid som viktig for deres arbeidsutførelse. Deltakerne opplevde i ulik grad å være trygg på egen rolle og at deres kompetanse var kjent og etterspurt på intensivavdelingen. En av deltakerne tenkte tilba-

ke på sin første tid på intensivavdelingen og sa følgende:

«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] (Deltaker 2)».

Flere av ergoterapeutene beskrev hvordan mangel på kunnskap og erfaring fra intensivavdeling kunne gjøre arbeidssituasjonen deres utrygg i starten. Å bli kjent med pasientgruppen og å få en innføring i nødvendig medisinsk kunnskap ble trukket frem som viktig for egen utvikling. Deltaker 2 fortalte at når kollegaer på intensivavdelingen tok seg tid til å gi god opplæring, påvirket det til en positiv utvikling av yrkesrollen. I tillegg trakk deltaker 3 frem evnen til å tenke utenfor boksen og til å tørre å gå ut av sin egen komfortsone som nærmest avgjørende for å kunne gå inn i en ukjent og kanskje skremmende situasjon. Den ansvarlige ergoterapeuten må først og fremst være trygg på at han/hun har noe å bidra med, så kommer tryggheten på egen rolle på intensivavdelingen etter hvert. En av ergoterapeutene trakk også paralleller mellom egen rolle og bruk av aktivitet:

«Jeg [ergoterapeuten] er bevisst på det. Det er aktivitet vi skal bruke, det er vårt verktøy. (Deltaker 3)».

Videre formidlet deltakerne hvordan det å være trygg på egen rolle også gjorde det enklere å formidle egen fagkompetanse til andre profesjoner og sette ord på hva ergoterapeuten kunne bidra med i det tverrprofesjonelle samarbeidet. For å tydeliggjøre ergoterapeuters rolle på intensivavdelingen mente deltakerne at det er viktig å reflektere over hvordan de selv kunne presentere og dokumentere egen kompetanse på en måte som andre profesjoner forstår og ser nytten av.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å utforske ergoterapeuters erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming på en intensivavdeling. Deltakerne formidlet hvordan de var opptatt av kommunikasjon og samhandling med pasient og pårørende, og de forklarte hvordan de brukte aktivitet sammen med pasientene. I tillegg delte de sine erfaringer rundt egen rolle som ergoterapeut på intensivavdeling. Funnene blir drøftet på bak-

grunn av tidligere forskning, aktuell litteratur og metodiske valg.

NÅR SAMTALE IKKE ER MULIG

Funnene i vår studie og tidligere forskning viser at intensivpasienter ofte er for syke til å kommunisere hensiktsmessig og ta del i beslutninger som gjelder dem selv (2;3). Ergoterapeutene vi snakket med, arbeidet derfor tett sammen med pårørende for å få informasjon om pasienten. Litteraturen fremhever imidlertid at for mye pårørendesamarbeid kan gjøre terapien for pårørende- eller terapeutrettet (20). Likevel påpekes det at dersom pasienten ikke kan uttrykke seg verbalt, så er kanskje informasjon fra pårørende terapeutens beste eller eneste mulighet til å bli kjent med pasienten (20). Det kan derfor tenkes at samtalen med pårørende var viktig for at ergoterapeuten kunne ivareta en klientsentrert tilnærming.

I tillegg til informasjon fra pårørende er det ifølge deltakerne i vår studie også viktig å observere om pasienten responderer med mimikk eller annet kroppsspråk underveis i terapien. Fremgangsmåten ergoterapeutene rapporterte for samhandling med pasienten, samsvarer med forslagene til *Kommunikasjon med pasienter som ikke har tale*, slik det er beskrevet i OTIPM (21). OTIPM anbefaler blant annet at terapeuten systematisk benytter aktivitet for å skaffe seg viktig informasjon om pasientens preferanser og verdier. Dette kan være å tilby pasienten ulike alternativer av aktiviteter som ergoterapeuten tror kan være aktuelle og meningsfulle for pasienten. Underveis mens de ulike aktivitetene gjennomføres, observerer ergoterapeuten hvordan pasienten responderer. For eksempel vil et smil hos pasienten kunne bidra til at terapeuten tolker aktiviteten som meningsfull, og aktiviteten tas med videre i intervjuet. Ifølge ergoterapeuten Tso bidrar denne fremgangsmåten til å fremme en klientsentrert tilnærming (21). Betydningen av observasjon støttes også av studien til Meriläinen et al. som beskriver intensivpasienten som *stille tilstede* (2). Forfatterne viser hvordan pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt, står i fare for å bli ekskludert fra kommunikasjon med helsepersonell på avdelingen. Pasientene ga i etterkant også uttrykk for at de kunne føle seg oversett (2). Det er derfor viktig at personalet på en intensivavdeling er bevisst på hvordan minimal eller ingen kommunikasjon med pasienten kan bidra til at pasientens behov blir usynlig for dem. Ved aktiv observasjon av pasientens respons på



Funnene i studien og tidligere forskning viser at intensivpasienter ofte er for syke til å kommunisere hensiktsmessig og ta del i beslutninger som gjelder dem selv. Da kan samarbeid med pårørende gi informasjon om pasienten.

tiltak får altså ergoterapeuten samhandlet med pasienten også når samtale ikke er mulig (2;21;22).

Å FINNE TILBAKE TIL HVERDAGEN GJENNOM AKTIVITET

Funnene i studien viste tydelig at kartleggingsfasen og intervensjonsfasen er tett knyttet sammen på en intensivavdeling. Ergoterapeutene beskriver at pasientens tilstand kan variere fra dag til dag, og at de derfor ofte må gjøre en «ny» kartlegging både før og underveis i intervensjonene. Å kartlegge er viktig for å kunne bruke aktivitet i samarbeid med intensivpasientene. Ergoterapeutene trekker frem pasientens bevissthetsnivå og ferdighetsnivå som noe av

det de kartlegger først. I tråd med den *Transaksjonelle modellen for aktivitet* beskriver ergoterapeutene vi intervjuet at de kartlegger pasientens klientmessige elementer (18). Dette inkluderer blant annet kroppsfunksjoner, personlige faktorer og vaner (18). Målet med kartleggingen er å danne seg et best mulig helhetsbilde av pasientens situasjon (13;18). I OTIPM påpekes det at ergoterapeuten ikke skal spekulere i årsaker til pasientens aktivitetsutfordringer, før etter at pasienten er observert i en relevant aktivitet i en naturlig setting (23). Aktivitetsobservasjoner kan imidlertid være vanskelig å gjennomføre ved en intensivavdeling hvor ergoterapeuten med stor sannsynlighet møter en pasient på respirator. Ved å

benytte et aktivitetsbasert resonnement i alle faser av ergoterapiprosessen, arbeider ergoterapeutene likevel så aktivitetsrettet som de kan, forholdene ved en intensivavdeling tatt i betraktning. Deltakerne vi snakket med var bevisst på at kartleggingen de utførte ledet til bruk av aktivitet, selv om de startet med å kartlegge pasientens helsetilstand.

Våre funn viser videre at gradering av aktivitet er viktig for at pasientene skal kunne ta del i aktiviteter, selv på et grunnleggende nivå. Å forenkle aktiviteten så mye som mulig, bidro ifølge terapeutene vi snakket med til at pasienten opplever en form for mestring og fremgang. Et annet viktig poeng ergoterapeutene i studien vår trakk frem, var at pasientens aktivitetsutførelse ble påvirket av for eksempel støy fra medisinske apparater og lyder fra medpasienter på samme rom. Også dette poenget belyses og støttes av *Den transaksjonelle modellen for aktivitet*, som fremhever det dynamiske og gjensidige forholdet mellom pasientens personlige faktorer, kroppsfunksjoner, de fysiske omgivelsene og aktivitetens kompleksitet (18). Flere studier trekker frem ergoterapeuters kunnskap om dette samspillet og ferdigheter i aktivitetsanalyse som en styrke når det skal tilrettelegges for aktivitet og deltakelse på en intensivavdeling (10;11;14). Ergoterapeutene kan dermed bidra til å fremme pasientenes mestring av en aktivitet ved å tilpasse elementer i omgivelsene, og i tillegg gradere aktiviteten i henhold til pasientens funksjonsnivå.

Ergoterapeutene i denne studien benyttet ofte kjente, basale ADL-aktiviteter i terapien og startet med dette tidlig i behandlingsoppholdet. Deltakerne trakk frem at valg av aktiviteter er begrenset når pasienten er kritisk syk, og intensivavdelingen har begrensede muligheter til aktivitet slik deltakerne beskriver det. Utformingen av en intensivavdeling kan for eksempel skape utfordringer i ADL-aktiviteter som stell, da flere av rommene gjerne har lite privatliv. Forskning viser imidlertid at trening i basale ADL-aktiviteter kan bidra til økt ADL-funksjon hos pasienten og slik fremme en selvstendig hverdag etter endt intensivopphold (5;7;14).

En annen avgjørende faktor som ergoterapeutene nevner er timing av terapien. Terapien bør utføres når pasienten er mottakelig, for det kan ha sammenheng med pasientens medisinske behov og våkenhetsgrad, men også naturlige vaner og rutiner (11;13;18). Aktivitetene som benyttes bør i tillegg utføres på et naturlig tidspunkt på dagen og slik legges til rette for en kjent struktur i en intensivpasientens

hverdag (5;13). Dette kan bidra til at aktiviteten oppleves mer forståelig for pasienten (5;10;13;18). At ergoterapeuten tar hensyn til timing, kan tenkes å fremme pasientens utbytte av terapien.

Ergoterapeutene vi snakket med brukte kjente aktiviteter for å hjelpe pasienten til å finne noe gjenkjennbart i et ukjent miljø og til å finne tilbake til basale hverdagsrutiner. Først og fremst kan det å ta del i kjente aktiviteter være betryggende for pasienten i en fremmed situasjon (5;10;14). I tillegg kan det å utføre selv basale aktiviteter bidra til en meningsfull hverdag på intensivavdelingen (13). Viktigheten av å utføre ADL-aktiviteter kommer også frem i forskning som omhandler utfordringer intensivpasienter opplever i hverdagen etter endt intensivopphold (5;24). Forskningen viser at komplekse ADL-aktiviteter kan oppleves som utfordrende for pasienten å gjennomføre, men likevel meningsfulle å mestre (5;24). Bruk av basale ADL-aktiviteter under intensivoppholdet kan bidra til at pasientene mestrer aktiviteter som er nødvendige for å fungere i hverdagen på et senere tidspunkt.

KUNNSKAP OG GODE RELASJONER GIR TRYGGHET I EGEN ROLLE

Ergoterapeutene vi snakket med, opplevde at de ble tryggere i rollen jo lengre de hadde jobbet på intensivavdelingen. Gjennom opparbeidede erfaringer på avdelingen tilegnet ergoterapeutene seg viktig teoretisk kunnskap som også bidro til trygghet i egen rolle. Samtidig påpeker en av deltakerne at det er viktig å være trygg på ergoterapeutens unike perspektiv på aktivitet og deltakelse, og at dette er nyttig for pasienter på en intensivavdeling. Våre funn støttes opp av forskning som viser at systematisk bruk av aktivitet kan bidra til økt trygghet på egen rolle også i ukjente arbeidsmiljøer (13). Samtidig viser forskning at i et medisinsk miljø på intensivavdelinger kan det være vanskelig for ergoterapeuten å ikke miste sitt særfaglige aktivitetsbaserte fokus (11).

Studiens funn tyder videre på at ergoterapeutens rolle på intensivavdelingen i varierende grad blir påvirket av andre profesjoner på avdelingen sin kunnskap om ergoterapi og deres forventninger til ergoterapeuten. Dette støttes av forskning som viser at etablering av ergoterapi på intensivavdeling i stor grad er avhengig av forholdet til samarbeidspartnere, og hvordan de ser nytten av å inkludere ergoterapi i det tverrfaglige tilbudet til pasientene

(10). Derfor er det viktig for ergoterapeuten å bygge en god relasjon til aktuelle samarbeidspartnere og å bruke et språk om ergoterapi som andre profesjoner kan forstå (13). På denne måten kan ergoterapeuten definere en tydelig rolle, både for seg selv og de andre faggruppene i teamet, noe som igjen kan bidra til en bedre forståelse og klarhet i hva ergoterapeuten kan tilby (9). Dersom ergoterapeuten er trygg på egen rolle tror vi at det også blir enklere å fremme aktivitet og å jobbe klientsentrert og aktivitetsbasert.

Styrker og svakheter ved studien

Studiens kvalitet vil diskuteres i lys av refleksivitet, gyldighet og relevans (25).

Refleksivitet er anerkjennelsen av at forskerne er med på å forme forskningsprosessen, gjennom sin forståelse preget av personlige preferanser, begreper og teori (15). Forfatterne av denne studien er ergoterapeuter, og kun en har erfaring fra intensivavdeling, noe som kan ha påvirket vår tolkning av hva som kom frem i intervjuene. På den annen side har både deltakerne og forfatterne samme profesjonsbakgrunn. Det kan ha hatt positiv innvirkning på formidlingen av deltakernes perspektiver da deltakerne kunne bruke sitt naturlige fagspråk og forvente at meningsinnholdet ble forstått.

En viktig begrensning med studien er at det innsamlede empiriske materialet er lite og består av få deltakere. Selv om flere inkluderte deltakere sannsynligvis ville gitt større bredde i empirien, er det enda få ergoterapeuter som jobber jevnlig på intensivavdelinger i Norge.

Semistrukturert intervju med åpne spørsmål ble valgt for å bidra til at deltakerne mest mulig fritt kunne dele sine erfaringer (15). Under utformingen av studiens intervjuguide vektla forskerne å formulere spørsmålene som åpne og be deltakerne utrede hvordan de forstod aktuelle profesjonsbegreper 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 (15). Grunnet Covid-19 restriksjoner og studiens tidsbegrensninger ble intervjuene gjennomført digitalt. Digital gjennomføring av intervjuene muliggjorde geografisk spredning på deltakerne. Deltakerne uttrykte også at de følte det var lettere å si ja til et digitalt intervju i en ellers hektisk arbeidshverdag. Samtidig kan kroppsspråk være vanskeligere å oppfatte og naturlig flyt i samtalen

kan ha blitt påvirket ved digital gjennomføring av intervjuene.

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 (15). Videre bidrar bruk av STK til en systematisk tilnærming som muliggjør gjennomsiktighet, intersubjektivitet og refleksivitet gjennom hele prosessen (25). Forfatterne har tilstrebet å redegjøre for egen forforståelse og gi en detaljert beskrivelse av hvordan dataene ble samlet inn og analysert, og slik øke påliteligheten av våre funn. Dette gjøre det også mulig for andre å vurdere anvendeligheten av funnene inn mot sin arbeidsplass.

Konklusjon

Gjennom kvalitative intervjuer med tre deltakere har ergoterapeuters erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til intensivpasienter blitt utforsket. Studiens funn tyder på at samhandling med intensivpasienter skiller seg fra samhandling med andre pasientgrupper. Ergoterapeutene innhenter viktig informasjon om pasienten ved bruk av samtaler med pårørende og observasjon av pasientens mimikk og kroppsspråk. Gjennom kartlegging av pasientens tilstand, finner ergoterapeuten basale ADL-aktiviteter som er aktuelle å bruke i terapien. Gradering av aktivitet er et nyttig tiltak som kan bidra til å øke pasientens mestringsmuligheter. I tillegg er kunnskap om timing viktig både for at terapien skal skje når pasienten er motakelig og for at pasienten skal ha utbytte av terapien. Ergoterapeutens erfaring innenfor intensivavdelingen bidrar til en større trygghet i egen rolle. Å være tro mot egen profesjon – «at det er aktivitet vi skal bruke» – kan også øke trygghet i egen rolle. Å ha samarbeidspartnere på intensivavdelingen som forstår hva ergoterapeuten kan bidra med, er også viktig for å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming.

Implikasjoner for praksis

- Ergoterapeuter som skal etablere seg eller arbeider på en intensivavdeling, kan ha nytte av å presentere egen kjernekompetanse til samarbeidende helseprofesjoner på en enkel og forståelig måte.
- For å ivareta en klientsentrert tilnærming på intensivavdelingen bør ergoterapeutene observere

pasientens mimikk og kroppsspråk, i tillegg til å ha tett samarbeid med pårørende.

- Meningsfull aktivitet ved bruk av basale og kjente aktiviteter er et viktig middel og mål for ergoterapeuter som arbeider med intensivpasienter.

Referanser

1. Buanes EA, Kvåle R, Barratt-Due A. Norsk intensivregister; Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak. Bergen: Norsk intensivregister; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/37_arsrapport2019_norsk_intensivregister.pdf
2. Meriläinen M, Kyngäs H, Ala-Kokko T. Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2013;29(2):78-87. doi:10.1016/j.iccn.2012.05.003
3. Kynock K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBI Database System Reviews and Implementation Reports*. 2016;14(3):181-234. doi:10.11124/JBISRIR-2016-2477
4. Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Norge: Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere; 2014 [Oppdatert; 23. oktober 2014. Hentet 27. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/2860635-Retningslinjer-for-intensivvirksomhet-inorge.html>
5. Álvarez EA, Garrido MA, Tobar EA, Prieto SA, Vergara SO, Briceño CD, González FJ. Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*. 2017;37:85-90. doi:10.1016/j.jcrc.2016.09.002.
6. Kielhofner G. Ergoterapi i praksis: det begrepsmessige grundlag 3. Utg. København: Munksgaard; 2010.
7. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister KE, Hall JB, Kress JP. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2009;373(9678):1874-1882. doi:10.1016/S0140-6736(09)60658-9
8. The Faculty of Intensive Care Medicine. Guidelines for the Provision of Intensive Care Services. London: The Faculty of Intensive Care Medicine; 2019 [Oppdatert: June, 2019. Hentet 27. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.ficm.ac.uk/standardssafetyguidelinesstandards/guidelines-for-the-provision-of-intensive-care-services>
9. Algeo N, Aitken LM. The evolving role of occupational therapists in adult critical care in England: A mixed methods design using role theory. *Irish Journal of Occupational Therapy*. 2019;47(2):74-94. doi:10.1108/IJOT-04-2019-0005
10. Costigan FA, Duffett M, Harris JE, Baptiste S, Kho ME. Occupational Therapy in the ICU: A Scoping Review of 221 Documents. *Critical Care Medicine*. 2019;47(12):1014-1021. doi:10.1097/CCM.0000000000003999
11. Woodard MM. The Occupational Therapy Intensive Care Unit Guide: A Practical Guide for Implementing Occupational Therapy Services with People Who Are Critically Ill [Doctoral Project]. Boston: Boston University; 2020.
12. Kingston G, Pain T, Murphy K, Bennett M, Watson M. 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*. 2019;26(12):1-9. doi:10.12968/ijtr.2017.0047
13. Spang L, Holmqvist K. Occupational therapy practice in emergency care: Occupational therapists' perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2015;22(5):345-354. doi:10.3109/11038128.2015.1033455
14. Weinreich M, Herman J, Dickason S, Mayo H. Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Occupational Therapy In Health Care*. 2017;31(3):205-213. doi:10.1080/07380577.2017.1340690
15. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
16. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju 3. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
17. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(8):795-805. doi:10.1177/1403494812465030
18. Yamane S. Transactional Model of Occupation. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 15-32.
19. Hume V. Introduction. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 1-14.
20. Olofsson I. Four Continua for Critiquing Occupational Therapy Services. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 63-92.
21. Tso C. Evaluation and Goal-Setting Phase: Gather Initial Information. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 131-153.
22. Karlsen M-MW, Ølnes MA, Heyn LG. Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nurses in Critical Care*. 2019;24(3):115-131. doi:10.1111/nicc.12377
23. Hessenauer M. Evaluation and Goal-Setting Phase: Implement Performance Analyses. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 155-195.
24. Hopkins RO, Suchyta MR, Kamdar BB, Darowski E, Jackson JC, Needham DM. Instrumental Activities of Daily Living after Critical Illness: A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*. 2017;14(8):1332-1343. doi:10.1513/AnnalsATS.201701-059SR
25. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 2001;358(9280):483-488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6