

Ergoterapeutens rolle for voksne kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten

Av Synnøve Glesnes, Tone Revheim, Annbjørg Spilde Morland, Dagny Faksvåg Haugen & Tina Taule

Synnøve Glesnes er ergoterapispesialist og arbeider ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen og Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest, HUS, Bergen. E-post: synnove.glesnes@helse-bergen.no

Tone Revheim er ergoterapispesialist og arbeider ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen.

Annbjørg Spilde Morland er ergoterapispesialist og arbeider ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen.

Dagny Faksvåg Haugen er spesialist i onkologi med godkjenning i kompetanseområde palliativ medisin, seksjonsoverlege og professor ved Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest, HUS, Bergen og Klinisk institutt, Universitetet i Bergen.

Tina Taule er ergoterapispesialist og forsknings- og fagutviklingsleder ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen.

Ergoterapeutens rolle for voksne kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten

Abstract

Introduction: The number of people diagnosed with cancer is increasing. About half of those affected have difficulties performing meaningful activities, which is the core focus of occupational therapy (OT). Internationally, OT is recommended for cancer patients. However, the role of OT is scarcely described in national documents on cancer care.

Purpose: To investigate the adult patient population admitted to an inpatient cancer ward and referred to OT, reasons for referral and interventions implemented by the Occupational Therapist.

Method: All referrals from a cancer ward to an OT department between August 2019 and April 2020 were registered. Referrals were excluded when follow-up was impossible due to discharge or death. Demographic variables, referral reasons and OT-interventions were categorized and analyzed descriptively.

Results: Of 2761 patients admitted to the cancer ward, 3 percent were referred to OT. Among these, most were above 50 years of age and diagnosed with bowel or breast cancer. Main reasons for referral were assistive equipment and home assessment. OT-interventions were targeted towards occupational performance.

Conclusion: Few cancer patients were referred for OT. Collaborating healthcare professionals seem familiar with some aspects of OT, but not the entire breadth of OT professional practice. The Occupational Therapist implemented more interventions than requested.

Key Words: Occupational Therapy, cancer, oncology, activities, inpatient care

Manuset ble mottatt 18.10.2021 og godkjent 19.05.2022.

Forfatterne garanterer at det ikke er interessekonflikter knyttet til manuskriptet. Alle forfatterne har lest og godkjent manuskriptet.

Innledning

I 2019 fikk cirka 35.000 nordmenn en kreftdiagnose (1). Kreftforekomsten er noe høyere blant menn enn kvinner, og to tredjedeler av pasientene er over 65 år. De vanligste kreftformene er prostata-, bryst-, lunge- og tykktarmskreft. Kreftforekomsten er ventet å øke noe i årene fremover grunnet generell befolkningsvekst og en økning i antall eldre. Hyppigste kreftformer vil sannsynligvis øke mest (1).

En systematisk oversiktsartikkel viser at kreftpasienter har utfordringer med å utføre daglige aktiviteter (ADL) (2). Spesielt gjelder dette komplekse, instrumentelle, daglige aktiviteter (IADL) som matlaging, husarbeid og handling, men også primære daglige aktiviteter (PADL) som spising og kroppshygiene (2). Aktivitetsmønsteret endrer seg imidlertid gjennom sykdomsforløpet. Kreftpasienter med langtkommen sykdom utfører generelt færre og mindre energikrevende aktiviteter, sammenliknet med før sykdommen (3). Kreftpasienter beskriver at dagsformen varierer gjennom dagen, men også fra dag til dag (3).

Forskning viser videre at redusert evne til å utføre hverdagsaktiviteter kan forsterke opplevelsen av tap og sorg i forbindelse med sykdommen (4). Å opprettholde daglige rutiner beskrives som en mestringsstrategi og viktig for å bevare stabilitet og kontroll i hverdagen, og det er assosiert med god livskvalitet (5). Forskning viser også at kreftpasienter ønsker å kunne delta i aktiviteter de selv opplever som viktige (3, 6, 7).

Ergoterapeuters kompetanse gjør dem godt egnet for å møte aktivitetsutfordringer kreftpasienter opplever (8). Spesielt kunnskap om samspillet mellom mennesket, omgivelser og aktivitet, og hvordan de ulike elementene kan hemme eller fremme aktivitetsutførelse, livskvalitet og mestring, synes aktuelt (9). Ved bruk av aktivitetsanalyse, trening i aktiviteter pasienten opplever som meningsfulle, trening av spesifikke funksjoner og/eller tilrettelegging av omgivelser, kan ergoterapeuten bidra til at kreftpasienter opprettholder eller vedlikeholder evnen til å utføre hverdagsaktiviteter (8).

Internasjonalt er ergoterapi anbefalt for kreftpasienter, og forskning viser at ergoterapi kan bidra til økt livskvalitet hos pasientgruppen (4, 8). I nasjonale dokumenter fra Sverige og Danmark er det anbefalt at ergoterapeut inngår i det palliative teamet, og ergoterapeutens rolle i kreftrehabilitering er tydelig beskrevet (10, 11). I Norge er ergoterapi anbefalt som en del av den tverrfaglige tilnærmingen i lindrende

behandling (12). Utover dette har vi ikke funnet at ergoterapirollen ved kreft er beskrevet, verken i litteraturen eller nasjonale dokumenter. I Norge er det fortsatt få ergoterapeuter tilknyttet kreftomsorgen, og det er ikke kartlagt hvilke kreftpasienter som får tilbud om ergoterapi, eller hvilke ergoterapitilbud kreftpasientene får.

Ergoterapiavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus opprettet i 2017 en 50 prosent stilling knyttet til kreftavdelingen ved samme sykehus. Hensikt med denne studien er å kartlegge hvilke pasienter innlagt i en kreftavdeling i spesialisthelsetjenesten som henvises til ergoterapi, hva de henvises for og hva ergoterapeuten gjør.

Metode

DESIGN

For å kartlegge pasientgrunnlaget og beskrive ergoterapeutens arbeidsoppgaver i en kreftavdeling i sykehuset ble journaldata kategorisert og deretter analysert deskriptivt.

KONTEKST

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet ble gjennomført i en ergoterapiavdeling i spesialisthelsetjenesten. Henvisningen kom fra to sengeposter ved en samarbeidende kreftavdeling ved samme sykehus. Inneliggende pasienter ble henvist til ergoterapi via journalsystemet Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS). Henvisningene kom enten uoppfordret på initiativ fra sykepleier/lege ansatt på sengepostene, eller på oppfordring fra ergoterapeut i møte med avdelingen. Kreftavdelingen har 57 senger og ansvar for storparten av avansert, ikke-kirurgisk kreftbehandling for voksne i regionen. For pasienter med blant annet brystkreft og lymfom har kreftavdelingen lokalsykehusfunksjon og følger pasientene gjennom hele sykdomsforløpet fra utredning til behandling og eventuell palliativ fase. Noen kreftpasienter med andre diagnoser, som for eksempel prostatakreft og hjernekreft, er tilknyttet kreftavdelingen kun under utredning eller kreftrettet behandling. Ved endt behandling overføres de tilbake til henholdsvis urologisk avdeling og nevrologisk avdeling. Tre av forfatterne har vært tilknyttet den aktuelle kreftavdelingen. Alle forfatterne er erfarne helsearbeidere, og noen har også erfaring med forskning.

UTVALG

Inkluderte henvisninger gjaldt voksne pasienter

innlagt på kreftavdelingens sengeposter i perioden august 2019 til april 2020. Pasienter ble inkludert i studien uavhengig av kreftdiagnose og uavhengig av hvilke fase av sykdomsforløpet de var i. Vi ekskluderte henvisninger hvor ergoterapioppfølging ikke var mulig å gjennomføre før pasienten ble utskrevet eller døde.

DATAINNSAMLING

Data ble hentet fra sykehusets elektroniske journal-system DIPS i form av rapporter av personer med rettigheter til dette. Henvisningstekst, samt opplysninger om kjønn, alder, kreftdiagnose og utførte ergoterapitiltak ble registrert. Det ble ikke gjort styrkeberegning for prosjektet, men antatt at 50-100 pasienter skulle bli henvist i prosjektperioden.

DATAANALYSE

Henvisningstekst og utførte ergoterapitiltak ble analysert hver for seg.

Først ble henvisningsteksten lest for å kategorisere hva henvisende instans mente at pasienten trengte ergoterapi til. Henvisningsteksten ble sortert i forhåndsdefinerte kategorier: Kartleggingsamtale, ADL-funksjon, kognitiv funksjon, arm/håndfunksjon, sanser (syn, sensibilitet), posisjonering/trykkavlastning, omgivelser/boligtilrettelegging, hjelpemidler, ortoser, informasjon/veiledning og henvisning til videre oppfølging etter utskrivning fra sykehus. I tillegg ble kategorien åpen eller uklar henvisning brukt når henvisningsgrunnen ikke fremkom tydelig. Eksempler på innholdet i de ulike kategoriene er presentert i Tabell 1.

Kategoriene ble videre sortert etter domenenene i Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (13). ICF er et system utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon, og klassifiserer funksjon og aktivitet, og hvordan omgivelsene påvirker helse (13). To ergoterapeuter (første- og andreforfatter) vurderte henvisningene uavhengig av hverandre. Ved uenighet ble teksten diskutert med en tredje ergoterapeut (sisteforfatter) for å komme til enighet.

I analysen av ergoterapeutens tiltak brukte vi de samme kategoriene som vi anvendte for å kategorisere henvisningsteksten. Ved å bruke de samme kategoriene for henvisningstekst og ergoterapitiltak kunne vi enkelt sammenligne hva kreftavdelingen ønsket av ergoterapitiltak i sine henvisninger, og hva ergoterapeuten faktisk gjorde.

Deretter ble demografiske variabler, de katego-

riserte henvisningene og de kategoriserte ergoterapitiltakene analysert med deskriptiv statistikk ved bruk av SPSS (IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Etikk

Prosjektet *Kreftpasienten og ergoterapeutens rolle* faller utenfor helseforskningsloven og er vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vest som ikke fremleggingspliktig (461372/ 2022). Personvernombudet i Helse Bergen (prosjekt ID: 2019/1123) anser studien som kvalitetssikring av tjenesten. Informert samtykke er ikke innhentet da deltakerne mottok ordinær behandling. Aidentifiserte data ble hentet fra journal og lagret på helseforetaket sin Kvalitetsserver. Alle publiserte data er anonymisert.

Resultat

HVILKE KREFTPASIENTER HENVISES TIL ERGOTERAPI?

Av totalt 2761 pasienter innlagt ved kreftavdelingen i perioden august 2019 til april 2020, ble 74 pasienter (3 prosent) henvist til ergoterapi. Henvisningene gjaldt i hovedsak pasienter over 50 år (89 prosent), med en liten overvekt av menn. Flest henvisninger gjaldt pasienter med tarmkreft, etterfulgt av brystkreft, prostatakreft og lymfom. Seks måneder etter avsluttet inklusjon var 74 prosent av pasientene døde.

Utvalgte karakteristika for henviste pasienter er vist i Tabell 2 (Se side 44).

HVA HENVISES PASIENTENE FOR?

Av totalt 74 henvisninger var 21 åpne henvisninger med spørsmål om ergoterapivurdering uten å konkretisere hva som var ønsket av ergoterapeuten. I de resterende henvisningene var det konkretisert hva en ønsket at ergoterapeuten skulle gjøre. Tabell 3 (se side 45) gir en oversikt over konkrete henvisningskategorier sortert etter domene i ICF (13).

Tabellen viser at pasienter ved kreftavdelingen i hovedsak ble henvist til ergoterapeut for utfordringer knyttet til omgivelser/boligtilrettelegging og hjelpemidler, etterfulgt av ADL-funksjon. Posisjonering/trykkavlastning og sanser ble ikke nevnt i henvisningstekstene.

HVA GJORDE ERGOTERAPEUTEN?

For de 53 henvisningene med konkret ønske eller

Kategorier	Beskrivelse av kategori	Eksempel hentet fra henvisningstekst	Eksempel på ergoterapitiltak
Kroppsfunksjon og struktur			
Arm- /håndfunksjon	Kartlegging og tiltak for redusert funksjon i overekstremiteter.	Ønskelig med tilsyn fra ergo for vurdering av skinne venstre overekstremitet.	Aktivitetsanalyse, trening av funksjoner, hjelpemidler, ortoser.
Kognitiv funksjon	Kartlegging og tiltak for reduserte kognitive funksjoner.	Ønsker <i>Mini mental status</i> i forbindelse med utredning av kognitiv svikt.	Kartlegging med standardiserte kognitive tester, aktivitetsanalyse.
Posisjonering trykkavlastning	Kartlegging av ligge- eller sittestilling eller risiko for utvikling av trykksår. Utprøving av hjelpemidler.		Hjelpemidler, endring av ligge-/sittestilling, veiledning av pasient.
Sanser	Kartlegging av pasientens utfordringer med redusert hørsel, syn eller sensibilitet i aktivitetsutførelse.		Aktivitetsanalyse, trening på synsfunksjoner i aktiviteter, tilrettelegging av omgivelser.
Aktivitet og deltakelse			
ADL-funksjon	Kartlegging av evne til aktivitetsutførelse.	Ønsker å få gjennomført ADL test mandag.	Observasjon og aktivitetsanalyse av ønsket aktivitet, tilrettelegging for aktivitet ved trening av funksjoner, hjelpemidler, gradering av aktivitet.
Omgivelser			
Omgivelser/ boligtilrettelegging	Kartlegging av fysiske og sosiale omgivelser.	Henvises etter avtale for hjelp til tilrettelegging i hjemmet.	Tilrettelegging av bolig for bedre utførelse av aktiviteter.
Hjelpemidler	Kartlegging av behov for hjelpemidler.	Henvises for vurdering av hjelpemidler.	Kartlegging, utprøving og formidling av hjelpemidler.
Ortoser	Kartlegging av behov for ortose.	Ønskelig med tilsyn fra ergo, for vurdering av skinne venstre overekstremitet.	Kartlegging, utprøving og formidling av ortose.
Åpen eller uklar henvisning		Tilsyn anbefalt på legevisitt.	
Kartleggings-samtale	Samtale for å kartlegge pasientens status og behov for ergoterapi.	Ønsker samtale med ergoterapeut.	Kartlegging av pasientens ressurser og utfordringer i aktivitetsutførelse, samt pasientens ønsker.
Informasjon/ veiledning	Informasjon eller veiledning til pasienten.		Informasjon om tilbud og rettigheter, veiledning på alternativ utførelse av aktivitet.
Henvising til videre oppfølging	Henvising til andre instanser ved behov.	Pasienten har behov for tilsyn av ergoterapeut i kommunen og det er ønskelig at dere også følger opp dette.	Henvising til kommunale tjenester som ergoterapi, fysioterapi eller kreftkoordinator.

Tabell 1. Beskrivelse av kategorier brukt i dataanalyse, med eksempler fra henvisningstekst og ergoterapitiltak beskrevet i journal. Forkortelser: ADL, daglige aktiviteter; ergo, ergoterapeut

	n (%)
Kjønn, kvinner	34 (46)
Alder	
18-30 år	2 (3)
31-50 år	6 (8)
51-70 år	34 (46)
Over 70 år	32 (43)
Krefttype beskrevet i legejournal	
Bryst	9 (12)
Tarm	13 (18)
Spiserør-/mage	6 (8)
Hjerne	7 (10)
Lunge	4 (5)
Lymfom	8 (11)
Føflekk	3 (4)
Nyre	3 (4)
Prostata	8 (11)
Sarkom	5 (7)
Skjoldbruskkjertel	3 (4)
Øvrige lokalisasjoner	5 (7)

Tabell 2. Kjønn, alder og krefttype for kreftpasienter henvist til ergoterapi (n=74).

bestilling, var det ingen signifikant assosiasjon mellom henvisningsønske og hva ergoterapeuten faktisk iverksatte ($p=0.363$). Av disse 53 henvisningene ble de fleste ($n=46$) etterfulgt av flere tiltakskategorier (87 prosent), uavhengig av om et konkret tiltak ble etterspurt eller ikke. Ergoterapeutens tiltak var i hovedsak rettet mot ADL-funksjon ($n=46$), etterfulgt av omgivelser/boligtilrettelegging ($n=42$). Kartleggingssamtale ble utført i 72 av henvisningene. Tiltak var i 218 tilfeller rettet mot kategorier som ikke var beskrevet i henvisningen. Fire henvisninger knyttet til hjelpemidler ($n=28$) ble ikke etterfulgt av tiltak knyttet til hjelpemidler. 37 pasienter ble henvist videre til ergoterapeut i førstelinjetjenesten.

Diskusjon

Hensikten med studien var å kartlegge hvilke pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten som henvises til ergoterapi, hva de henvises for og hva ergoterapeuten gjør. Resultatene fra denne studien viser at en svært liten andel kreftpasienter ble henvist til ergoterapi. De som ble henvist, ble i hovedsak henvist for hjelpemidler og omgivelser/boligtilrettelegging. Ergoterapeuten gjorde mer enn det ble bedt om i henvisningen.

HVILKE PASIENTER HENVISES TIL ERGOTERAPI?

Svært få pasienter innlagt i perioden ble henvist til ergoterapi. Flere studier rapporterer om få henviste kreftpasienter tross utfordringer med aktivitetsut-

førelse (14-16). Dette kan skyldes at samarbeidende faggrupper har begrenset kunnskap om bredden av hva ergoterapeuten kan bidra med (14, 17-19). Ergoterapeuter rapporterer imidlertid også utfordringer med å kommunisere sin kompetanse til samarbeidende faggrupper (18). Dette erfarer også i spesialisthelsetjenesten, spesielt på sykehusavdelinger med liten erfaring med ergoterapi. På avdelinger med et etablert ergoterapitilbud bruker ergoterapeutene derimot mer av bredden i kompetansen sin og får flere henvisninger. Det er dermed sannsynligvis behov for bedre markedsføring av ergoterapeuters kompetanse og bidrag til pasientgruppen.

Ergoterapitilbudet på kreftavdelingen var fortsatt forholdsvis nytt for personalet under datainnsamlingen. Dette kan ha påvirket antall henvisninger. Resultatene våre sier ikke noe om hvilke utfordringer pasientene som ikke ble henvist, hadde. Forskning viser imidlertid at kreftpasienter har utfordringer med aktivitetsutførelse, og derfor kan ha nytte av ergoterapi (2).

De fleste henviste pasientene var over 50 år, med omtrent like mange i aldersgruppen 50-70 som over 70 år. Da medianalder for kreft i Norge er 69 år, kan våre tall tyde på at for få av de eldste pasientene henvises til ergoterapi (1). En forklarende faktor kan være at sykehjemsbeboere erfaringsmessig sjelden blir henvist. Eldre mennesker har imidlertid oftere utfordringer med ADL, uansett kreftdiagnose eller ikke, og utfordringene er høyest i pasientgruppen over 85 år (17, 20, 21). At en stor andel av pasientene i denne studien var død seks måneder etter at inklusjonsperioden var over, kan tyde på at pasienter med langtkommen kreft henvises oftere enn andre kreftpasienter til ergoterapi. Forskning viser også at kreftpasienter med langtkommen sykdom har redusert funksjonsnivå og økende utfordringer med hverdagsaktiviteter (22).

Andelen henvisninger for pasienter med de vanligste krefttypene (1) var forholdsvis lav i vår studie. Samtidig vet vi at dette er pasientgrupper som alle opplever utfordringer med utførelse av ADL-aktiviteter i sykdomsforløpet (20, 22). Kvinner med brystkreft rapporterer ulike utfordringer med hverdagsaktiviteter i ulike stadier av sykdommen og behandlingsforløpet, og de som overlever, beskriver at de ikke kommer tilbake til samme aktivitetsnivå som før diagnosen (23, 24). Dette indikerer at pasienter som sjelden ble henvist til ergoterapi, også kan ha nytte av tilbudet.

Andelen henviste pasienter med hjernekreft var

ICF-domene og kategorier	Henvising n (%)	Ergoterapeutisk intervensjon n (%)
Kroppsfunksjon og struktur		
Arm-/håndfunksjon	1 (1)	13 (18)
Kognitiv funksjon	4 (5)	19 (25)
Posisjonering/trykkavlastning	0 (0)	5 (7)
Sanser	0 (0)	5 (7)
Aktivitet og deltakelse		
ADL-funksjon	12 (16)	46 (62)
Omgivelser		
Omgivelser/boligtilrettelegging	22 (30)	42 (57)
Hjelpemidler	28 (38)	24 (32)
Ortoser	1 (1)	3 (4)
Åpen eller uklar henvising	21 (28)	
Kartleggingssamtale	4 (5)	72 (97)
Informasjon/veiledning	0 (0)	47 (63)
Henvising til videre oppfølging	1 (1)	37 (50)

Tabell 3. Kategorier spesifisert i 74 henvisninger, sortert etter domener i ICF*

*Hver henvising kan inneholde flere kategorier. Forkortelser: ICF= Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (1).

1. World health organization. ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse Trondheim: Sosial- og helsedirektoratet; 2006

høyere enn forventet utfra nasjonale insidenstall. En mulig forklaring kan være at hjernekreftpasientene vanligvis følges opp av ergoterapeut på nevrologisk avdeling før overflytting til kreftavdelingen. Ergoterapeuttilbudet på nevrologisk avdeling har eksistert i flere tiår. Ergoterapeutens arbeidsoppgaver med denne pasientgruppen er derfor etablert og godt kjent blant våre samarbeidspartnere.

HVA HENVISES PASIENTENE FOR, OG HVA GJØR ERGOTERAPEUTEN?

Hjelpemidler og omgivelser/boligtilrettelegging var de vanligste henvisningsårsakene. Begge deler er områder ergoterapeuter har god kompetanse på. Internasjonal forskning innen palliasjon og kreftomsorg bekrefter at ergoterapi ofte er forbundet med hjelpemidler (25). Norske ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten rapporterer også at de oftest assosieres med hjelpemidler (18). Forskning på ergoterapi i kreftomsorgen viser imidlertid at bredden i ergoterapi kan dekke flere arbeidsoppgaver, som oppfølging av kognitive utfordringer, arm- og håndfunksjon og aktivitetsregulering (8).

Ergoterapeutene i vår studie fikk få henvisnin-

ger på pasientens kognitive funksjoner, arm/håndfunksjon og ADL-funksjon, til tross for at dette er vanlige utfordringer for mange kreftpasienter (26). Forskning viser også at kreftpasienter ønsker å være i aktivitet, og at aktivitet har positiv effekt på livskvalitet og mestring (27).

Ergoterapeutens arbeidsprosess inkluderer kartlegging, målsetning, tiltak og evaluering, og er en dynamisk, kontinuerlig prosess som gjentar seg til pasienten når sine mål eller blir utskrevet (28). Kartleggingssamtalen er sentral i den ergoterapeutiske arbeidsprosessen og ble i vår studie gjennomført for de fleste henviste pasientene. Denne samtalen danner grunnlaget for ergoterapeutens videre arbeid (28). Her undersøkes pasientens ressurser og utfordringer, hvilke aktiviteter som er meningsfulle for pasienten, og aspekter i omgivelsene som hemmer eller fremmer aktivitetsutførelse (28). En slik systematisk tilnærming bidrar til at ergoterapeuten kartlegger pasientene bredt, uavhengig av hva de er henvist for, og kan forklare hvorfor ergoterapeutene i vår studie gjorde mer enn de ble bedt om i henvisningen. På bakgrunn av dette vurderer vi det som viktigere at den som henviser

kan se pasientens behov for å være i aktivitet og har kjennskap til ergoterapeutens spesialkompetanse på området, enn å ha kunnskap om spesifikke ergoterapitiltak.

Metodediskusjon

Oss bekjent er dette den første norske studien som beskriver ergoterapeutens rolle overfor kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten. Utvalget i vår studie er imidlertid ikke representativt, sammenliknet med nasjonale tall. Likevel kan utvalget være i samsvar med hvilke pasienter som innlegges på en kreftavdeling i sykehus. Utvalget i studien er også lite, og det er derfor utfordrende å trekke konklusjoner. Underveis i datainnsamlingen deltok ergoterapeutene på previsitter og andre møter hvor lege og sykepleier diskuterte pasienter. Basert på diskusjon rundt pasientens behov kunne ergoterapeuten foreslå at pasienten ble henvist til ergoterapi. En kan anta at uten disse anbefalte henvisningene, ville utvalget vært enda mindre. Årsaken til det lave antall henvisninger er interessant, men ikke undersøkt i denne deskriptive studien.

Konklusjon

På bakgrunn av få inkluderte deltakere er det vanskelig å trekke generelle konklusjoner fra studien. Resultatene gir likevel grunn til å tro at få kreftpasienter blir henvist til ergoterapi. En stor andel av de henviste pasientene hadde langtkommen kreftsykdom. Samarbeidende faggrupper syntes å være kjent med ergoterapeutens kompetanse på hjelpemidler og boligtilrettelegging, men ikke bredden i ergoterapifaget. Ergoterapeuten utførte imidlertid flere tiltak enn det ble bedt om i henvisningen. En studie som undersøker barrierer for henvisning, vil kunne gi bedre svar på årsakssammenhenger. Det kan også være interessant å undersøke om pasienter som ikke henvises til ergoterapi, kunne hatt nytte av et ergoterapitilbud.

Implikasjoner for praksis

- Ergoterapeutens kompetanse på meningsfulle daglige aktiviteter må synliggjøres for samarbeidende helseprofesjoner, ledere og beslutningstakere i kreftomsorgen.
- Ergoterapi bør inngå i det tverrfaglige tilbudet til kreftpasienten.
- En tydelig beskrivelse av ergoterapeutens rolle i kreftbehandling må inn i aktuelle handlingsprogram og retningslinjer.

Takk til

Forfatterne vil takke Norsk Ergoterapeutforbund - Ergoterapeutene for tildelte FoU-midler.

Referanser

1. Kreftregisteret. Nøkkeltall om kreft Oslo: Insitutt for populasjonsbasert kreftforskning; 2020 [updated 18.03.2021] Available from: <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>.
2. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson I, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev.* 2017;61:94-106.
3. Peoples H, laCour K, Brandt Å, Waehrens E. Managing occupations in everyday life at home for people with advanced cancer. *Scand J Occ Ther.* 2016;24(1):57-64.
4. Pergolotti M, Williams GR, Campbell C, Munoz LA, Muss HB. Occupational Therapy for adults with cancer: Why It matters. *Oncologist.* 2016;21(3):314-9.
5. Palmadottir G. The role of occupational participation and environment among Icelandic women with breast cancer: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2010;17(4):299-307.
6. Maersk JL, Johannessen H, la Cour K. Occupation as marker of self: Occupation in relation to self among people with advanced cancer. *Scand J Occup Ther.* 2019;26(1):9-18.
7. Jakobsen K, Magnus E, Lundgren S, Reidunsdatter RJ. Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2018;25(4):298-307.
8. Wallis A, Meredith P, Stanley M. Cancer care and occupational therapy: A scoping review. 2020;67(2):172-94.
9. Kielhofner G. Ergoterapi i praksis: Munksgaard Danmark; 2013.
10. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. In: Sundhedsstyrelsen, editor. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
11. Regionala Cancercentrum i samverkan. Palliativ vård-nationellt vårdprogram Stockholm: Sosialstyrelsen; 2021
12. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [updated 14.10.2019]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>.
13. World health organization. ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse Tronhjem: Sosial- og helsedirektoratet; 2006
14. Pergolotti M, Deal AM, Lavery J, Reeve BB, Muss HB. The prevalence of potentially modifiable functional deficits and the subsequent use of occupational and physical therapy by older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology.* 2015;6(3):194-201.
15. Jeyasingam L, Agar M, Soares M, Plummer J, Currow D. A prospective study of unmet activity of daily living needs in palliative care inpatients. *Aust Occup Ther J.*

- 2008;55(4):266-72.
16. Taylor K, Currow D. A prospective study of patient identified unmet activity of daily living needs among cancer patients at a comprehensive cancer care centre. 2003;50(2):79-85.
 17. Pergolotti M, Cutchin MP, Weinberger M, Meyer AM. Occupational therapy use by older adults with cancer. Am J Occup Ther. 2014;68(5):597-607.
 18. Gramstad A, Nilsen R. Vi blir ikke brukt godt nok-kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. Ergoterapeuten. 2016;4:30-9.
 19. Mackenzie L. Defining the role of occupational therapy with people living with and beyond cancer: Perspectives of British and Irish occupational therapists. British Journal of Occupational Therapy. 2021;84(10):647-57.
 20. Blackwood J, Karczewski H, Huang MH, Pfalzer L. "Katz activities of daily living disability in older cancer survivors by age, stage, and cancer type". Journal of Cancer Survivorship. 2020;14(6):769-78.
 21. Fettes L, Bone AE, Etkind SN, Ashford S, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in basic activities of daily living is associated with symptom burden in older people with advanced cancer or chronic obstructive pulmonary disease: a secondary data analysis. Journal of pain and symptom management. 2021;61(6):1205-14.
 22. Fettes L, Neo J, Ashford S, Higginson IJ, Maddocks M. Trajectories of disability in activities of daily living in advanced cancer or respiratory disease: a systematic review. Disability and Rehabilitation. 2020:1-12.
 23. Fleischer A, Howell D. The experience of breast cancer survivors' participation in important activities during and after treatments. 2017;80(8):470-8.
 24. Cheville AL, Troxel AB, Basford JR, Kornblith AB. Prevalence and treatment patterns of physical impairments in patients with metastatic breast cancer. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2008;26(16):2621-9.
 25. Eva G, Morgan D. Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. Palliat Med. 2018;32(5):960-8.
 26. Lisy K, Campbell JM, Tufanaru C, Moola S, Lockwood C. The prevalence of disability among people with cancer, cardiovascular disease, chronic respiratory disease and/or diabetes: a systematic review. International journal of evidence-based healthcare. 2018;16(3):154-66.
 27. Brekke MF, la Cour K, Brandt Å, Peoples H, Wæhrens EE. The association between ADL ability and quality of life among people with advanced cancer. Occup Ther Int. 2019;2019:2629673.
 28. Fisher AG. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2014;21(sup1):96-107.



Kvinner med brystkreft rapporterer ulike utfordringer med hverdagsaktiviteter i ulike stadier av sykdommen og behandlingsforløpet, og de som overlever, beskriver at de ikke kommer tilbake til samme aktivitetsnivå som før diagnosen.