

Ergoterapeuter vil bidra med mer enn formidling av hjelpemidler i arbeidet med personer i livets slutfase

Av Kristine Johnsrød & Line Kildal Bragstad



Kristine Johnsrød er ergoterapeut og fagkoordinator for ergoterapitjenesten i Moss kommune. E-post: kristine.johnsrod@moss.kommune.no.



Line Kildal Bragstad er professor i ergoterapi ved OsloMet – Storbyuniversitetet, Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi.

Abstract

Background: Occupational therapists' competencies within activity and participation in palliative care are sought to promote quality of life of patients and caregivers. Provision of technical aids is, however, reported by the occupational therapists as their dominant task. Little is known about the service occupational therapists provide in palliative care, and what affects the use of occupational therapy competencies.

Aim: To develop a greater understanding of the service occupational therapists provide in palliative care in a community setting.

Method: In this qualitative descriptive study, individual semi-structured interviews were conducted with seven occupational therapists working in palliative care in the municipal health service. Interviews were analyzed using thematic analysis.

Results: Occupational therapists describe their role within palliative care as providers of technical aids. Although provision of technical aids is important, the informants highlight the occupational therapy profession's potential to contribute with other tasks.

Conclusion: Lack of confidence in their own competencies, collaborators' limited knowledge about the profession, and lack of resources may hamper greater involvement in palliative care. Occupational therapists appear to be an unexploited resource, and there is a need to further promote the potential contributions of this profession within palliative care.

Keywords: occupational therapy, competence, municipal health care service, palliative care

Artikkelen ble mottatt 06.02.2023 og godkjent for publisering 11.12.2023.
Det eksisterer ingen interessekonflikter vedrørende denne artikkelen.

Introduksjon

Når noen får en livstruende sykdom, er det stor risiko for at hverdagslivet deres endres. De kan oppleve gradvise utfordringer med å mestre hverdagslivets aktiviteter etter hvert som funksjonen forverres. Til tross for begrensninger i funksjon har personer med livstruende sykdom de samme behovene for å føle seg tilfredsstillt og produktive gjennom engasjement i aktivitet (Ashworth, 2014). Det å fastholde vaner, rutiner og meningsfull aktivitet kan være med på å bevare hverdagen, som kan ha avgjørende betydning for mennesker i livets slutfase (Brandt et al., 2019).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som «aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid» (Helsedirektoratet, 2018). Målet med palliativt arbeid er å sikre best mulig livskvalitet for den syke og de pårørende i livets slutfase. I denne sammenhengen kan livets slutfase forstås som de siste ukene eller dagene av personens liv (Helsedirektoratet, 2018).

Sentrale helsepolitiske føringer fremhever at folk skal kunne bo hjemme så lenge som mulig (Meld. St. 15 (2017–2018), s. 59). Tjenester skal tilbys på det laveste effektive omsorgsnivå; i det private hjem (St. meld. nr. 9 (1974–75), s. 9). Det skal også være mulig å tilrettelegge for hjemmedød, og i Norge er andelen som dør hjemme i egen bolig 14–15 prosent (NOU 2017:16). Ergoterapi er anbefalt som en del av tilbudet til personer som ønsker å dø hjemme (NOU 2017:16). Ergoterapeuten kan i denne fasen gi støtte til å få mest mulig ut av livet og på samme tid støtte den enkelte i å erkjenne og forberede seg på døden (Pilegaard et al., 2019).

Nasjonal forskrift for ergoterapeututdanning beskriver at ergoterapeuter skal ha kunnskap om palliativ ergoterapi og kan anvende faglig kunnskap om meningsfull aktivitet i palliasjonsarbeid (Jentoft et al., 2020). Internasjonale studier viser imidlertid at ergoterapeuters hovedoppgave innen palliasjon og i arbeidet med personer i livets slutfase er hjelpemiddelformidling (Eva & Morgan, 2018; Nascimento et al., 2020). Ergoterapeuter i norske kommuner rapporterer dessuten hjelpemiddelformidling som sin hovedoppgave uavhengig av brukergruppe (Bonsaksen et al., 2020).

I denne studien har teorien om retten til aktivitet og deltagelse (occupational justice) (Townsend & Wilcock, 2004) en sentral posisjon. Retten til å leve et liv hvor personer kan utvikle seg og bli inkludert

i samfunnet gjennom deltagelse i meningsfulle aktiviteter, er avgjørende også i livets slutfase. Alle mennesker skal ha lik rett og mulighet til å velge og delta i aktiviteter de finner meningsfulle (Kristiansen et al., 2017), men dette ser ut til å være en utfordring i arbeid med personer i livets slutfase. Basert på denne teoretiske forståelsen av retten til aktivitet og deltagelse kan personer i livets slutfase potensielt være i fare for å oppleve fremmedgjøring, utestengelser, marginalisering og ubalanse i sine aktiviteter (Townsend & Wilcock, 2004). I hospicefilosofien, som fremhever viktige verdier ved livets slutt, er brukersentrering og det å jobbe ut fra den enkeltes ønsker og verdier for å sikre livskvalitet den siste delen av livet, sentralt (Kopp, 2011). Den døende skal bli møtt som et helt menneske, ikke som en diagnose eller symptomer. Alle skal ha mulighet for et verdig liv fram mot døden (Kopp, 2011). Samlet sett ligger perspektivene fra teorien om rett til aktivitet og deltagelse og hospicefilosofien til grunn for denne studien.

Tidligere forskning har vist at aktivitetsbehov ikke er i fokus i palliativ omsorg (Keesing & Rosenwax, 2011). Ergoterapeuter beskriver sin rolle som forsørger av hjelpemidler. Nyere forskning viser samtidig at ergoterapeuter jobber med å vurdere funksjon, posisjonering og strategier for å mestre daglige aktiviteter. Ergoterapeuter kan guide brukere slik at de kan planlegge aktiviteter selv, initiere/understøtte samtale om temaet døden og tilrettelegge for aktiviteter som ikke krever så mye energi (Eva & Morgan, 2018; Tavemark et al., 2019). Til tross for dette viser en studie som undersøkte erfaringen alvorlig syke personer hadde med det ergoterapeutiske bidraget i palliativ omsorg, at brukerne ikke opplevde å delta i målsettingsarbeid og heller ikke oppfattet aktivitet som fokus i tjenesten de mottok (Badger et al., 2016).

Forskning viser at ergoterapeuter trenger innsikt i å forstå hvordan det er å leve med en dødelig sykdom (Mills & Payne, 2015). Det er dessuten behov for mer fokus på å forstå hvordan det å stå overfor døden skaper aktivitets- og deltagerbehov (Hammill et al., 2016). Studier har vist at ergoterapeuter føler at de ikke har trening nok med å håndtere disse sakene, og at det er nødvendig med en utvikling av tjenesten (Eva & Morgan, 2018). På bakgrunn av mangel på evidens for det ergoterapeutiske arbeidet i palliasjon har ikke ergoterapeuter følt seg tilstrekkelig forberedt til å jobbe innen dette fagfeltet (Hammill et al., 2016; Mills & Payne, 2015; Wallis et al., 2020).

Det er lite kjennskap til ergoterapeuters arbeid med personer i livets slutfase blant andre faggrupper med en sentral rolle i dette arbeidet (Knecht-Sabres et al., 2019). En uheldig konsekvens av samarbeidspartneres begrensede forståelse av ergoterapeuters kompetanseområde kan være at det påvirker tidspunkt for henvisning eller, i ytterste konsekvens, mangel på henvisning til ergoterapeuten (Eva & Morgan, 2018). Et paradoks er at ergoterapeuter syns det er utfordrende å kommunisere sin kompetanse til andre faggrupper fordi de er bekymret for at de ikke kan møte en høyere etterspørsel etter ergoterapitjenester på grunn av begrensede ressurser i tjenesten (Eva & Morgan, 2018). Kommuneergoterapeuter i Norge formidler også en utfordring med å kommunisere sin faglige kompetanse (Gramstad & Nilsen, 2016). Det er derfor et tydelig behov for å bedre fremme ergoterapeuters ekspertise til andre faggrupper (Glesnes & Taule, 2019).

Hensikten med denne studien er å utvikle en bredere forståelse av tilbudet ergoterapeuter gir til personer i livets slutfase i en kommunal setting. Målet er å skape ny kunnskap som kan bidra til å utvikle ergoterapifaget innenfor palliasjon, da dette er et lite utforsket fagområde.

FORSKNINGSSPØRSMÅL

Forskningsspørsmålene for studien var: «Hvordan jobber ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten med hjemmeboende personer i livets slutfase?» og «Hvordan reflekterer ergoterapeuter om egen kompetanse i palliasjonsarbeid?»

Metode

DESIGN

Denne studien har et kvalitativt, deskriptivt design, med en induktiv tilnærming hvor de empiriske data og ergoterapeuters subjektive beskrivelser står i sentrum for å utforske og forstå oppfatningene ergoterapeutene har om temaet (Nayar & Stanely, 2015).

UTVALG OG REKRUTTERING

Ergoterapitjenestene i 12 forskjellige kommuner fikk tilsendt informasjon om studien via e-post. Ergoterapeuter som jobbet med hjemmeboende personer over 18 år i livets slutfase i kommunehelsetjenesten, ble invitert til å delta i studien. Studien ble geografisk avgrenset til ansatte i kommuner med kjøre-

1. Gjøre seg kjent med datamaterialet, transkribere, se etter meningsmønstre.
2. Utarbeide koder og organisere dataene i meningsfulle grupper.
3. Samle alle relevante koder under samme tema.
4. Gjennomgang av temaene for å sjekke kvaliteten.
5. Identifisere hva hvert tema handler om og avgjøre hvilke aspekter av datasettet de ulike temaene tar for seg, samt navngi temaene.
6. Rapportere funnene fra analysen.

Boks 1 – de seks stegene i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006)

avstand på maksimum 75 minutter. Ergoterapeuter som ikke hadde erfaring med palliasjon i kommunehelsetjenesten eller ikke hadde jobbet med brukergruppen de siste tre årene, ble ekskludert.

Syv ergoterapeuter, tre fra mindre kommuner og fire fra større kommuner, samtykket til å delta. De hadde mellom fire og 28 års arbeidserfaring som ergoterapeut. Ingen av informantene hadde formell utdanning relatert til ergoterapeutisk arbeid med personer i livets slutfase.

DATAINNSAMLING

En tematisk intervjuguide ble utarbeidet med utgangspunkt i spørsmålet: «Kan du fortelle om hvordan du jobber med aktivitet for hjemmeboende, alvorlig syke og døende personer i livets slutfase?» Videre ble tema i intervjuguiden og oppfølgings-spørsmål kategorisert under overskriftene aktivitetsbehov, tilbudet ergoterapeuter gir og bruk av ergoterapifaget. En brukerrepresentant, som var en ergoterapeut med lang erfaring fra kommunehelsetjenesten og arbeid med hjemmeboende personer i livets slutfase, har bidratt med å kvalitetssikre intervjuguiden. Kvalitetssikringen gikk ut på å sjekke at spørsmålene var forståelige og egnet til å gi data til å svare på forskningsspørsmålene.

Studien inngår i en sosialkonstruktivistisk tradisjon hvor mening skapes av mennesker som har med hverandre å gjøre og som snakker sammen (Johannessen et al., 2020). Individuelle, semistrukturerte, tematiske intervjuer ble gjennomført, og datamaterialet ble skapt aktivt av intervjuer og informant i fellesskap gjennom spørsmål og svar (Kvale & Brinkmann, 2019).

Hovedtema	Subtema	Sitat
En variert arbeidshverdag med fokus på kompensatoriske tiltak	Tilrettelegging med aktivitetsperspektivet til grunn	«For hjemmeboende alvorlig syke da er det første svaret som kommer intuitivt i hode «ikke», altså jeg har ikke tid til det [jobbe med aktivitetsbehov]»
	Henvisingstidspunkt – en avgjørende faktor i det ergoterapeutiske arbeidet	«Det (ergoterapifaget) forsvinner kanskje litt, fokuset blir jo å kompensere med det vi kan av hjelpemidler. Da har vi kanskje kommet dit at de er sengeliggende mange»
	Hjelpemiddelformidling	«Det er kanskje ikke der vi er strenge, med de palliative pasientene, der kjører vi gjerne på med alt vi kan foreslå av hjelpemidler»
Uklare behov for kompetanse	Kompetanse og erfaring gir trygghet	«(...) jeg merker det at jo mer jeg jobber med det [alvorlig syke], jo mer klarer jeg å være profesjonell»
	Behov for mer kompetanse	«Det kan hende at man gjør mye riktig, men man har ingen bekreftelse på at det er riktig»
En følelse av å bli undervurdert av andre faggrupper	Samarbeidspartnere forstår ikke hva ergoterapeuter gjør	«Jeg er en hjelpemiddelguru for andre»
	Mer å bidra med	«Det er absolutt et stort uutnyttet felt som vi kunne bidratt masse, med tanke på at vi skal bo hjemme lengst mulig»

Tabell 1 – oversikt over hovedtemaer og subtemaer, med sitater som underbygger temaene.

Intervjuene ble gjennomført i perioden oktober til desember 2021. De foregikk på arbeidsplassen til den enkelte og hadde en varighet på 44 til 53 minutter. Det ble benyttet lydopptaker.

ANALYSEPROSESS

Det ble gjennomført en tematisk analyse som startet med fokus på de semantiske temaene, siden fokuset i denne studien har vært på deltagernes eksplisitte meninger. Studien har en induktiv, datadreven tilnærming hvor kategorier og temaer ble identifisert på bakgrunn av kjennetegn og mønstre i dataene (Braun & Clarke, 2006). I det videre analysearbeidet har de semantiske temaene vært gjenstand for fortolkning og videreutvikling. Analyseprosessen ble utført trinnvis etter den tematiske analysens seks steg (se boks 1).

I første steg ble intervjuene transkribert ordrett av førsteforfatter. Forfatterne reflekterte rundt hva dataene som helhet handlet om. Videre ble koder utarbeidet og organisert i meningsfulle grupper. Hele datamaterialet ble først kodet og sortert under de tre temaene fra intervjuguiden; aktivitetsbehov,

tilbudet ergoterapeutene gir og bruk av ergoterapifaget (refleksjoner). I steg tre samlet førsteforfatter relevante koder under temaer med utgangspunkt i mønstre som var gjentakende i de empiriske dataene. I dette steget av analysen ble det tydelig at ikke alle koder og innhold fra intervjuene var like relevant for problemstillingen, enkelte koder ble derfor ikke inkludert i den følgende analysen. De mest aktuelle kodene ble videre kategorisert i tre hovedtemaer med subtemaer. Hovedtemaene var hjelpemiddelfokus, kompetanse og samarbeid med andre faggrupper. Disse temaene ble videreutviklet med utgangspunkt i fortolkning av de semantiske temaene og studiens forskningsspørsmål. Temaenes overskrifter ble gjort mer beskrivende for innholdet i steg fire. De endelige hovedtemaene ble formulert som:

- en variert arbeidshverdag med fokus på kompensatoriske tiltak
- uklare behov for kompetanse
- en følelse av å bli undervurdert av andre faggrupper

Tabell 1 presenterer hovedtemaer og subtemaer i

analysen. I steg fem skrev førsteforfatter en kort tekst til hvert hovedtema for kvalitetssikring. Førsteforfatter skrev resultatdelen i steg seks i samarbeid med sisteforfatter. Tema og beskrivelser ble diskutert av begge forfatterne gjennom alle faser i analyseprosessen.

ETISKE VURDERINGER

På grunn av studiens formål er den ikke fremleggingspliktig for regional etisk komité (REK). Prosjektet er meldt til Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (tidligere NSD) som har vurdert at studien er i tråd med personvernlovgivningen (referansenummer 786534). Data ble samlet inn og lagret i henhold til OsloMet Storbyuniversitetets retningslinjer og etiske standarder i tråd med personvernlovgivningen. Informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om formålet med studien, mulige fordeler ved deltagelse og at det ikke var vurdert noen risiko ved å delta. Alle informantene ble informert om at deltagelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg. Det ble informert om konfidensiell behandling av alle personopplysninger. Alle deltagerne ga skriftlig samtykke.

METODISKE VURDERINGER

Eksklusjonskriterier basert på geografisk avstand kan ha vært en ulempe med tanke på intensjonen om å oppnå maksimum variasjon. En bredere geografisk inklusjon kunne medført et større spenn i deltagelse og erfaring. Det er imidlertid en styrke at de syv informantene som deltok i studien arbeidet i syv forskjellige kommuner, hadde ulik lengde på arbeidserfaringen, og at både store og mindre kommuner ble representert. Det at ergoterapeutene som deltok, hadde variert bakgrunn og erfaring, bidro til å løfte fram et rikere erfaringsgrunnlag.

Transparens har vært tilstrebet gjennom beskrivelser av gjennomføring av studien og analyseprosessen for å bidra til studiens troverdighet. Førsteforfatter er ergoterapeut og har klinisk erfaring med palliasjon i kommunehelsetjenesten. Sisteforfatter er professor i ergoterapi med lang erfaring med helsetjenesteforskning med både tjeneste- og individfokus og kvalitative metoder. Alle steg i forskningsprosessen har blitt gjort rede for, og forfatterens bakgrunn og for forståelse ligger til grunn for tolkning og forståelse av datamaterialet. Sitater er brukt i resultatpresentasjonen for å sikre transparens i fortolkningen av temaene. Consolidated criteria for reporting qualitative research

(COREQ) sjekklister er benyttet for å strukturere presentasjonen av studien og bidra til transparens (Tong et al., 2007).

Resultat

EN VARIERT ARBEIDSHVERDAG MED FOKUS PÅ KOMPENSATORISKE TILTAK

Ergoterapeutene ga uttrykk for at deres arbeid med personer i livets slutfase handlet om kompensatoriske tiltak slik som å tilrettelegge med hjelpemidler som seng med elektriske funksjoner, løftestol, rullestoler og trykkavlastende madrasser og puter. Hjelpemidler bidro til at bruker kunne delta på aktiviteter, samt ga mulighet til å være hjemme i egen bolig. Tilrettelegging med hjelpemidler medvirket også til at bruker kunne sitte oppe heller enn å være sengeliggende. Ofte tilrettela ergoterapeutene også for at hjemmetjenestene skulle ha mulighet til å utføre jobben sin hjemme hos bruker. Det handlet om å tilrettelegge for stell og pleie, for hvile, for trykksårforebygging og for å ha det så godt som mulig. Ergoterapeutene tilrettela for brukerne, med fokus på fysisk tilgjengelighet, for at de skulle kunne komme seg ut av boligen, ved å oppmuntre til aktivitet og for at brukerne skulle kunne mestre det de ønsket.

En ergoterapeut omtalte hjelpemiddelformidling som at:

«Det er kanskje ikke der vi er strenge, med de palliative pasientene, der kjører vi gjerne på med alt vi kan foreslå av hjelpemidler, så kommer vi med forslag, prøver så godt vi kan å tilrettelegge, vi sier veldig sjeldent nei. Man legger heller litt på enn å trekke i fra i søknader når det er snakk om disse pasientene. Der har vi kanskje en mulighet til å være litt ekstra gode på en måte».

Andre tiltak som ble nevnt av ergoterapeutene var observasjon og aktivitetsanalyse, smertelindring relatert til hvordan kroppen brukes og prioritering av aktivitet. Energiøkonomisering var det enkelttiltaket som ble hyppigst nevnt etter hjelpemiddelformidling.

Ifølge ergoterapeutene kom henvisninger ofte som hastesaker, og gjaldt i hovedsak behov for hjelpemidler. Det kunne være hjelpemidler for å tilrettelegge arbeidssituasjonen for andre samarbeidspartnere eller mer direkte for å øke brukers deltagelse. At ergoterapeutene ofte måtte jobbe med hastesaker satte begrensninger for det å kunne fokusere på aktivitet og for hvordan ergoterapeuten fikk brukt

ergoterapifaget. De opplevde at bruker ofte var sengeliggende når de fikk henvisningen, og at de da måtte jobbe med grunnleggende behov, slik som for eksempel hvile/søvn, trykksårforebygging og tilrettelegging for stell. Hvis henvisningen kom akutt, var det ikke alltid ergoterapeutene hadde mulighet til å gjennomføre kartleggingssamtale og hjemmebesøk. Dette førte til at de ikke fikk opprettet en relasjon til og bli kjent med bruker, noe som medførte begrensninger for aktiv brukermedvirkning.

Ergoterapeutene opplevde at de har en arbeids hverdag som er fylt av hjelpemidler.

«Det har blitt et veldig fokus på at det er der [på hjelpemidler] tiden vår skal brukes, så det tror jeg nok at vi i hodene våre har blitt litt styrt av, det er det jeg må bruke min tid på».

De mente det var synd at hovedfokus var hjelpemiddelformidling og la til at arbeidet ble kompensatorisk og at ergoterapifaget forsvant litt.

«Vi har jo en del mer kompetanse på hjelpemidler enn de aller fleste, så sånn sett så trenger man vår kompetanse, men det er jo på en måte det området av kompetansen vår vi bruker da».

En annen ergoterapeut uttalte:

«For hjemmeboende alvorlig syke da er det første svaret som kommer intuitivt i hodet «ikke», altså jeg har ikke tid til det [jobbe med aktivitetsbehov], der er det hjelpemiddelfokus og det er det jeg kalles inn for å arbeide med».

Ergoterapeutene påpekte imidlertid at de jobbet indirekte med aktivitetsbehov når de tilrettela med hjelpemidler. Aktivitetsperspektivet lå til grunn, men selve aktiviteten jobbet de ikke mye med. Formålet hastesak på henvisninger ga begrensninger for ergoterapeuters arbeidsrom og påvirket arbeidsprosessen. Ergoterapeutene mente imidlertid at de har kompetanse til å bidra i større grad enn rammene tillater.

UKLARE BEHOV FOR KOMPETANSE

Ergoterapeutenes opplevelse var at de hadde mer å bidra med i arbeidet med personer i livets slutfase, men at de trengte mer kunnskap for å vite hvordan ergoterapeutenes kompetanse kan utnyttes i arbeidet med brukergruppen. Tilbakemeldingen fra ergoterapeutene var at de hadde behov for mer kompetanse om palliasjon og det å arbeide med personer i livets slutfase. De var usikre på

seg selv og den kompetansen de hadde. *«Det kan hende at man gjør mye riktig, men man har ingen bekræftelse på at det er riktig».* En annen ergoterapeut uttalte:

«Det hadde vært alright å vite om vi kan ha en større rolle, kan vi ha en annerledes rolle og hvordan fyller vi den, det er jo der jeg kjenner at det skorter litt for meg, det å svare på hva kunne egentlig vært vår rolle utenom det [hjelpemiddelformidling]».

Mer kompetanse hang sammen med faglig trygghet. Erfaring ga kompetanse i arbeidet med brukergruppen. *«(...) jeg merker det at jo mer jeg jobber med det [alvorlig syke], jo mer klarer jeg å være profesjonell».* Ergoterapeutene uttalte at det var viktig å kjenne rommet du går inn i og *«hva vi er i stand til å høre og våge å stå i».* De mente at døden fortsatt var litt skummel. *«Det er ufint å nærme seg temaet og ikke følge opp».* Palliasjonsarbeid ble lite diskutert på arbeidsplassen: *«Vi har ikke hatt det som et tema som alle andre temaer [på arbeidsplassen]».*

Ergoterapeutene opplevde det utfordrende å tilegne seg mer kompetanse, da de var usikre på hva de manglet. Det ble uttalt at *«det er ikke noe problem å tilegne seg ny kompetanse, jeg må bare vite hva det er snakk om».* Det trengtes mer kunnskap for å vite hvordan ergoterapeutene kunne brukes i større grad og for å vite om det som ble gjort var fornuftig og riktig.

«Som profesjon så opplever jeg at vi har veldig lite kompetanse rundt temaet palliasjon, og det har jeg egentlig savnet selv også, skulle veldig gjerne ønsket at jeg visste bedre hvordan ergoterapeuter bruker faget sitt spesifikt mot palliative brukere».

Sitatet tydeliggjør oppfatninger av profesjonens kompetansenivå på et overordnet plan.

EN FØLELSE AV Å BLI UNDERVURDERT AV ANDRE FAGGRUPPER

Det var delte meninger blant ergoterapeutene om samarbeidspartneres oppfatninger om hva ergoterapeuter kan bidra med i arbeidet med personer i livets slutfase. Enkelte mente at samarbeidspartnere var kjent med ergoterapitjenesten, andre at de ikke visste hva ergoterapeuten kunne bidra med til målgruppen, og hvordan de jobbet.

«Når bruker er i palliativ fase trenger de hjelpemidlene på plass så fort som mulig, også er det sånn at hjemmesykepleien pusher veldig på. Jeg

har noen minner på at jeg kunne foreslå at jeg har en samtale om tidsbruk for eksempel [med bruker], men det mottar litt «himler med øya» reaksjoner da, «hvorfor skal du det?»».

Ergoterapeutene uttrykte at de kun mottok henvisninger til ergoterapitjenesten for hjelpemidler. «Jeg er en hjelpemiddelguru for andre». Ergoterapeutene opplevde å bli undervurdert av andre faggrupper og ønsket at de var en større del av det tverrfaglige samarbeidet.

«Vi er jo aldri en faggruppe som blir tatt med i palliasjonsvurderingene, vi kommer jo ofte i etterkant, når de har satt ned en gruppe rundt bruker eller de har snakket om forløpet. Så er det plutselig en som kommer med «kanskje ergoterapeuten skulle vært med litt mer?», for vi får jo ikke gjort noen av disse tingene her hjemme hvis ikke ergoterapeuten er der. Så vi er kanskje litt glemt».

En måte å endre dette på ville være at ergoterapeuter blir flinkere til å synliggjøre seg selv og egen faggruppe, og promotere hva ergoterapi kan tilby. En av ergoterapeutene sa: «I dag så er det [arbeidet med brukergruppen] bare så snevert». Deres opplevelse var imidlertid at mulighetsrommet er stort.

«Det er absolutt et stort uutnyttet felt som vi kunne bidratt masse, med tanke på at vi skal bo hjemme lengst mulig. For mange så er det en kjempetrygghet å kunne avslutte livet hjemme, og jeg tror vi kunne gjort det mulig for mange flere».

Ergoterapeutene ga uttrykk for at de hadde mye å bidra med i livets slutfase, at det var mye potensiale i faggruppen og at dette var et stort uutnyttet felt hvor ergoterapeuter kunne bidratt i større grad.

Diskusjon

I denne studien var ambisjonen å undersøke hvordan ergoterapeuter jobber med hjemmeboende personer i livets slutfase i kommunehelsetjenesten, og hvordan ergoterapeuter reflekterer om egen kompetanse i palliasjonsarbeid. Resultatene viser at kompensatoriske tiltak gjennom hjelpemiddelformidling er i fokus i ergoterapeutenes arbeid. Informantene uttrykte dessuten behov for mer kompetanse innen palliasjon, selv om det er uklart for ergoterapeutene hvilken kompetanse de mangler. I møte med andre samarbeidspartnere opplever ergoterapeutene at egen kompetanse og bidrag i livets slutfase blir undervurdert.

ET POTENSIALE I ERGOTERAPIPROFESJONEN

Ergoterapeuter skal sikre aktivitet og deltagelse ved å jobbe med personers aktivitetsutførelse, tilrettelegging av aktiviteter og inkluderende omgivelser. Kjernekompetansen ligger i det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser (Ergoterapeutene, 2017). Ergoterapeuter har kompetanse på hjelpemidler, og denne kompetansen trengs i arbeidet med personer i livets slutfase. Hammill et al. (2018) beskriver at bruk av hjelpemidler førte til mulighet for deltagelse i aktivitet for alvorlig syke personer. Dette viser at hjelpemidler er viktig for mennesker i den palliative fase, og hjelpemiddelformidling krever faglig kompetanse. Vurdering av behov for hjelpemidler må gjøres ut fra en helhetsvurdering av den enkeltes situasjon, med utgangspunkt i de fysiske omgivelsene personen fungerer i. Formidling av hjelpemidler er en prosess og består av flere arbeidslementer som ergoterapeuten må ha kunnskap om (Ness, 2011). Ergoterapeutene i denne studien mente at behov var individuelt og krever derfor ulik tilnærming. Endring av aktivitetsbehov kan oppstå (Hammill et al., 2016). Arbeidet med personer i livets slutfase krever derfor et utvidet fokus, hvor hjelpemiddelformidling er et av flere tiltak for å dekke aktivitetsbehov og for mulighet for livskvalitet helt fram til døden (Keesing & Rosenwax, 2011).

Når ergoterapeutene tilrettelegger med hjelpemidler, tilrettelegger de omgivelsene eller intervensjoner på personnivå for å understøtte aktivitetsutførelse. Etersom funksjonen endrer seg utover i sykdomsutviklingen, er det sannsynlig at det oppstår utfordringer både på person-, aktivitet- og omgivelsesnivå. Arbeidet består i hovedsak av hjelpemiddelformidling, og forventningen til ergoterapeuten er hovedsakelig relatert til dette.

I likhet med studien til Eva og Morgan (2018) var hjelpemiddelformidling det hyppigste tiltaket i ergoterapeutenes arbeid med personer i livets slutfase, men de mente de hadde mye å bidra med også utover dette. Forskning viser at det oppstår aktivitetsbehov i forbindelse med det å dø, som handler om å legge til rette for å avslutte et liv (Hammill et al., 2018). Aktiviteter slik som å besøke et sted en siste gang, gjøre opp med personer hvis behov, se på oppturer og nedturer i løpet av livet, kartlegge hva som har vært meningsfullt, og lage gaver eller brev til de nærmeste (Hammill et al., 2018).

Denne studien viser imidlertid at hjelpemiddel-

formidling overskygger bruk av annen kompetanse som ligger i ergoterapiprofesjonens kjerne. Det kan se ut til at ergoterapeuters kunnskap på aktivitetsnivå er lite utnyttet i det palliative arbeidet. Ergoterapeutene gir uttrykk for at ergoterapifaget delvis forsvinner i arbeidet med brukergruppen. Dette samsvarer med Glesnes og Taule (2019) sin studie som viser at ergoterapeutene var begrenset til å jobbe med hjelpemidler, og at potensiale i utvidet aktivitetsfokus ikke ble brukt. I arbeidet med personer i livets slutfase kan det ensidige fokuset på hjelpemiddelformidling true retten bruker har til aktivitet og deltagelse (Townsend & Wilcock, 2004). At ergoterapeuter får henvisninger sent i sykdomsutviklingen, gjerne når personen er sengeliggende, setter begrensninger for mulighet for kartleggingssamtale og hjemmebesøk. Dette underbygger hvordan de organisatoriske rammene fører til at ergoterapeutens arbeid innskrenkes, som kan true brukers mulighet for deltagelse i aktivitet.

USIKKERHET OM EGEN KOMPETANSE PÅVIRKER ERGOTERAPEUTERS ARBEID

Ergoterapeutene i denne studien mener de har mer å bidra med, men er usikre og lite konkrete på hvilke tiltak det kunne være. I internasjonale studier fremheves det at aktivitetsregulering og arbeid med aktiviteter som er betydningsfulle for bruker, er viktig, samt å legge til rette for aktivitet som ikke krever så mye energi (energiøkonomisering). Helt konkret fremheves det at ergoterapeuter kan guide brukere slik at de kan planlegge aktiviteter selv, støtte brukere i å komme hjem til egen bolig for å øke sin livskvalitet og det å samtale om liv og død (Tavemark et al., 2019).

I denne studien ga imidlertid ergoterapeutene uttrykk for at de opplevde å ha lite kompetanse om palliasjon. Dette medførte en usikkerhet i arbeidet. Ifølge Skau (2017) består profesjonell kompetanse av nødvendige og hensiktsmessige kvalifikasjoner i utøvelsen av et yrke. Kompetansebegrepet deles i tre aspekter; teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Disse påvirker hverandre og beskriver en samlet profesjonell kompetanse (Skau, 2017).

Forskning beskrives av Skau (2017) som teoretisk kunnskap. Det ensidige fokuset på hjelpemidler kan gjøre at ergoterapeuter mangler trening i å håndtere arbeidet med personer i livets slutfase. Dette handler om yrkesspesifikke ferdigheter (Skau, 2017). Forskning viser at aktiviteter som ble tilbudt

av ergoterapeut enkelte ganger var påvirket av hva ergoterapeuten var komfortabel med, ikke hva brukers ønske var (Tavemark et al., 2019). Dette kan ha en sammenheng med hovedfokuset på hjelpemiddelformidling, at dette er et område som er kjent for ergoterapeutene, hvor de føler seg trygge og har kompetanse. Den siste formen for kompetanse, personlig kompetanse, handler om menneskelige kvaliteter, holdninger, egenskaper og ferdigheter som ergoterapeutene tilpasser ulike profesjonelle sammenhenger (Skau, 2017). Ergoterapi er et yrke der samspill med mennesker er i fokus (Ergoterapeutene, 2017). Ergoterapeutene snakket om viktigheten av en relasjon til bruker. Dette var utgangspunktet for å kunne jobbe brukersentrert og for å bli kjent med brukers behov og ønsker. Brukere som selv var i livets slutfase mente at en relasjon til ergoterapeuten var den største suksessfaktoren i den ergoterapeutiske intervensjonen de mottok (Badger et al., 2016). Resultatene i denne studien viser imidlertid at det ble utfordrende å skape relasjon til brukere når henvisninger kom som hastesaker.

Usikkerheten ergoterapeutene gir uttrykk for, kan ha sammenheng med at det finnes lite evidens for det ergoterapeutiske arbeidet med personer i livets slutfase (Chow & Pickens, 2020). Manglende evidens kan ha sammenheng med usikkerheten på kompetansen ergoterapeutene i denne studien gir uttrykk for. I begrepet profesjonell yrkesutøvelse skal det ligge en garanti for at handlinger utført i praksis ikke er tilfeldige og basert på vane og vilkårlighet, men er et resultat av bevisste valg og begrunnede vurderinger (Skau, 2017). Hvis aktiviteter velges ut fra kompetanse hos ergoterapeutene, og fokuset ikke ligger på brukers meningsfulle aktiviteter, påvirkes brukers mulighet og motivasjon for deltagelse (Townsend & Wilcock, 2004). Det at ergoterapeutene ikke kan «bevise» for andre at de kan ha en større rolle, kan være en faktor som begrenser ergoterapeutene i å gjøre seg mer synlige i sin rolle. At det oppleves utfordringer på alle tre områder i den samlede profesjonelle kompetansen, kan også begrense nytten bruker har av tjenesten.

IMPLIKASJONER FOR FAGLIG IDENTITET

Faglig identitet er knyttet til kompetansen en person har på et fagområde, og hvordan oppgaver blir utført (Nymo, 2015). Forskning viser at flertallet av ergoterapeutene som jobber i norske kommuner, oppfatter hjelpemiddelformidling som sin hovedoppgave uavhengig av brukergruppe (Bonsaksen et

al., 2020). Funnene i denne studien peker på at dette også gjelder innen palliasjon. Når ergoterapeuter i hovedsak synliggjør sin kompetanse på hjelpemiddelformidling, blir dette deres fagidentitet, og det vil gi utfordringer med å utvide rollen. Måseide (2008) viser at profesjonsidentitet må forhandles fram i samhandlingen mellom aktørene. Profesjonsidentiteten til ergoterapeuter utvikles i spennet mellom forventningene til ergoterapeuten, og ergoterapeutens egen forståelse av fagkompetanse og rolleansvar (Gramstad & Nilsen, 2016).

En god forståelse av ergoterapeuters kompetanse bygger på kunnskap (Lai, 2013). Mer kunnskap hos samarbeidspartnere kan bidra til en tydeligere etterspørsel etter ergoterapeuter og deres kompetanse. Eva og Morgan (2018) peker på ressurser i sammenheng med det å promotere faget. De fant i sin studie at ergoterapeuter så en utfordring med å kommunisere sin faglige kompetanse til andre faggrupper, da de var bekymret for at begrensede ressurser i tjenesten ville gjøre at de ikke kunne møte etterspørsel. Dette poenget ble også fremhevet av ergoterapeutene i denne studien. Samtidig erkjennes det at utviklingen av ergoterapeutens rolle ikke er mulig uten samarbeid med og kjennskap til ergoterapeuters kompetanse hos de andre faggruppene (Eva & Morgan, 2018).

Ergoterapeutene i denne studien brukte uttrykket å ikke bli «tatt med» i det tverrfaglige arbeidet. I dette kan det ligge en forventning om at ergoterapeutene venter på en invitasjon fra andre faggrupper. Dette kan være utfordrende, da det ser ut som at samarbeidspartnere ikke har tilstrekkelig kunnskap om ergoterapeutens kompetanse. Ergoterapeutene som faggruppe har selv et ansvar for å ta initiativ til å inkludere seg selv i det tverrfaglige arbeidet. Rahman (2000) viser i sin forskning viktigheten av tverrfaglig samarbeid for rolleutvikling. Når ergoterapeuten var integrert i det tverrfaglige samarbeidet, ble rollen utvidet (Rahman, 2000). Dette kan være med på å gi flere personer tilbud om ergoterapi til rett tid i sin sykdomsprosess, samt gi ergoterapeuter mulighet til å utnytte kompetansen sin. I det palliative arbeidet handler dette om kompetanse på å yte støtte til at brukere overkommer barrierer som forhindrer deltagelse i aktiviteter som er viktige for den enkelte. Det handler om å bistå den enkelte i å mestre nødvendige aktiviteter som gir mening og innhold i livet, samt støtte brukere til å få mest ut av livet (Pilegaard et al., 2019).

Tverrfaglig arbeid anses som viktig og er anbefalt

i det palliative arbeidet for å kunne møte brukers behov (Helsedirektoratet, 2019; NOU 2017:16). Ergoterapeutene ønsket å delta i det tverrfaglige arbeidet mer enn de gjør. De understreket at tidspunktet for involvering har tydelige konsekvenser for hva de kan bidra med i arbeidet med personer i livets slutfase. Eva og Morgan (2018) beskriver at ergoterapeuter kan bidra med å identifisere meningsfulle aktiviteter og sette realistiske mål. Talbot-Coulombe et al. (2022) finner at det handler om å tilpasse aktiviteter, tilrettelegge omgivelser, opprettholde funksjon og støtte hjelpere. Dette arbeidet kan bestå av sårforebygging/behandling, forflytting, mobilitet, posisjonering og aktivitet relatert til hygiene. Ergoterapeuter kan undervise i mobilitet og forflytning, hvordan tilpasse en aktivitet, riktig bruk av hjelpemidler, fall- og sårforebygging, energiøkonomisering og smerte- og stresshåndtering (Talbot-Coulombe et al., 2022). Ergoterapeuter opplever imidlertid utfordringer med å benytte denne kompetansen når henvisningene kommer sent i sykdomsutviklingen. Forskning har vist at sen eller manglende henvisning kan være et uttrykk for at samarbeidspartnere mangler innsikt i ergoterapeuters kompetanse (Eva & Morgan, 2018; Knecht-Sabres et al., 2019; Phipps & Cooper, 2014). Ergoterapeutene i denne studien underbygger denne forståelsen og presiserer at manglende kjennskap til deres kompetanse bidrar til at de opplever å være mindre delaktig i tverrfaglig samarbeid enn de ønsker. Retten til å opprettholde aktivitet og deltagelse innskrenkes på den måten når andre ikke kjenner ergoterapeuters profesjon (Townsend & Wilcock, 2004).

Ergoterapeutens arbeid med personer i livets slutfase ser ut til å være påvirket av samarbeidspartners forståelse av ergoterapeuters kompetanse. Muligheten til å utvikle sin rolle i arbeidet med personer i livets slutfase må sees i sammenheng med ergoterapeuters deltagelse i det tverrfaglige arbeidet i kommunene. Ergoterapi ble fra første januar 2020 en lovfestet tjeneste i kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Flere ergoterapeuter i kommunene kan bidra til økt synlighet, og tilstedeværelse kan være positivt for andres kjennskap til hva vår profesjon kan bidra med. Det er imidlertid fortsatt 43 kommuner i Norge som ved utgangen av 2021 manglet et ergoterapitilbud i sin kommune (Bjerkaas, 2022). Ergoterapeutene i denne studien ønsker å endre den faglige identiteten som hjelpemiddelformidler, men dette er utfordrende da de sjelden tar del i det tverrfaglige arbeidet, samt at

begrensede ressurser i ergoterapitjenesten setter begrensninger for promotering av faget. Komplexiteten ergoterapeutene beskriver kan begrense synliggjøringen av profesjonens kompetanse, som igjen vil ha implikasjoner for den faglige identiteten til profesjonen.

Konklusjon

For å utvikle en bredere forståelse av tilbudet ergoterapeuter gir til hjemmeboende personer i livets slutfase, er resultatene fra denne studien diskutert i lys av eksisterende forskning. Ergoterapeuters usikkerhet på egen kompetanse, samarbeidspartneres begrensede forståelse av ergoterapeuters potensielle bidrag i arbeidet og mangel på ressurser ser ut til å utfordre bruken av ergoterapeuters kompetanse i palliativt arbeid. Ergoterapeuters usikkerhet kan gjenspeiles i måten de fremstår for andre. En implikasjon av dette er at ergoterapeuter selv må skape trygghet rundt egen kompetanse, og promotere denne for å fremstå som kompetente samarbeidspartnere. Ved å synliggjøre profesjonens fokus på aktivitet og deltagelse, samt hvilke tiltak ergoterapeuter kan bidra med, kan behovet for ergoterapeuters kompetanse i arbeidet med personer i livets slutfase underbygges, og behovet for flere ergoterapeuter i kommunen kan bli tydeligere. Det kan dessuten gi samarbeidspartnere økt innsikt i, og trygghet på, at ergoterapeuter kan bidra med mer enn formidling av hjelpemidler i arbeidet med personer i livets slutfase. Ergoterapeuter kan potensielt bidra til høyere livskvalitet den siste delen av livet og forsvare brukers rett til deltagelse i meningsfulle aktiviteter.

Takk

En stor takk til engasjerte ergoterapeuter som stilte opp på intervju, og til brukerrepresentanten som bidro i arbeidet med intervjuguiden.

Referanseliste

- Ashworth, E. (2014). Utilizing participation in meaningful occupation as an intervention approach to support the acute model of inpatient palliative care. *Palliative & Supportive Care*, 12(5), 409-412. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000734>
- Badger, S., Macleod, R. & Honey, A. (2016). "It's not about treatment, it's how to improve your life": The lived experience of occupational therapy in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 14(3), 225-231. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000826>
- Bjerkaas, K.-E. T. (2022, 10. mars 2022). *Stadig flere ergoterapeuter i kommunene, men fortsatt mange uten*. Ergoterapeutene. <https://ergoterapeutene.org/nyheter/stadig-flere-ergoterapeuter-i-kommunene-men-fortsatt-mange-uten/>
- Bonsaksen, T., Dolva, A.-S., Horghagen, S., Sveen, U., Hagby, C. & Arntzen, C. (2020). Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a Norwegian survey. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(1), 39-46. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1609085>
- Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. (2019). *Basisbog i ergoterapi* (4. utg.). Munksgaard.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Chow, J. K. & Pickens, N. D. (2020). Measuring the Efficacy of Occupational Therapy in End-of-Life Care: A Scoping Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 1-14. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.033340>
- Ergoterapeutene. (2017). *Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse* [Brosjyre]. https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%3b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltsider.pdf
- Eva, G. & Morgan, D. (2018). Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. *Palliative Medicine*, 32(5), 960-968. <https://doi.org/10.1177/0269216318758928>
- Glesnes, S. & Taule, T. (2019). Ergoterapi i palliasjon – en nyttet ressurs? *Ergoterapeuten*, 62(4), 34-38. [https://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(\(palliativ\)%20OR%20\(palliasjon\)%20OR%20\(terminal\)\)%20AND%20\(\(\(\(mesh_no:E02.760.169.063.500.489*\)\)%20OR%20\(mesh_no:E02.831.489*\)\)%20OR%20\(mesh_no:H02.010.500*\)\)%20OR%20\(ergoterapi\)\)%20OR%20\(ergoterapeut*\)\)&query=%2310%20AND%20%2312&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=153792&pos=2](https://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=((palliativ)%20OR%20(palliasjon)%20OR%20(terminal))%20AND%20((((mesh_no:E02.760.169.063.500.489*))%20OR%20(mesh_no:E02.831.489*))%20OR%20(mesh_no:H02.010.500*))%20OR%20(ergoterapi))%20OR%20(ergoterapeut*))&query=%2310%20AND%20%2312&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=153792&pos=2)
- Gramstad, A. & Nilsen, R. (2016). «Vi blir ikke brukt godt nok». Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. *Ergoterapeuten*, 59(4), 30-39.
- Hammill, K., Bye, R. & Cook, C. (2016). Workforce profile of Australian occupational therapists working with people who are terminally ill. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(1), 58-67. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12325>
- Hammill, K., Bye, R. & Cook, C. (2018). Occupational engagement of people living with a lifelimiting illness: Occupational therapists' perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(2), 145-153. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12557>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstje-*

- nesteloven) (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2018, 18.09.2018). *Lindrende behandling i livets slutfase*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonal faglig retningslinje* (IS-2800). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Jentoft, R., Bonsaksen, T., Horghagen, S., Fløtten, H. E., Osen, D. W., Kjølstad, E. F. & Hurlen, A.-B. (2020). RETHOS – utdanning av framtidens ergoterapeuter. *Ergoterapeuten*, 63(4), 20-30. https://www.academia.edu/44139994/RETHOS_utdanning_av_framtidens_ergoterapeuter
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2020). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Keesing, S. & Rosenwax, L. (2011). Is occupation missing from occupational therapy in palliative care? *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(5), 329-336. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00958.x>
- Knecht-Sabres, L. J., Weppner, A., Powers, C. & Siesel, B. (2019). Do Health-Care Professionals Really Understand the Role of Occupational Therapy in Hospice Care? *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(5), 379-386. <https://doi.org/10.1177/1049909118812858>
- Kopp, K. (2011). Hospicetanken. I R. Birkelund (Red.), *Ved livets afslutning: om palliativ omsorg, pleje og behandling* (s. 42-59). Aarhus Universitetsforlag.
- Kristiansen, H. K., Schou, A. S. B. & Mærsk, J. L. (2017). *Nordisk aktivitetsvidenskab*. Munksgaard.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3. utg.). Gyldendal.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Mills, K. & Payne, A. (2015). Enabling occupation at the end of life: A literature review. *Palliative & Supportive Care*, 13(6), 1755-1769. <https://doi.org/10.1017/S1478951515000772>
- Måseide, P. M. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 367-385). Universitetsforlaget.
- Nascimento, W. M. S. d., Moreira, M. A. D. M., Braga, A. P. M., Costa, A. C. B., Freire, M. E. M. & Costa, I. C. P. (2020). Scientific production in palliative care and occupational therapy: A scoping review. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 12(1), 1368-1375. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9440>
- Nayar, S. & Stanely, M. (2015). *Qualitative Research. Methodologies for Occupational Science and Therapy*. Routledge.
- Ness, N. E. (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse – et kunnskapsbasert grunnlag*. Tapir Akademisk Forlag.
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/?ch=1>
- Nymo, A. V. (2015). Utvikling av ergoterapifaglig kompetanse og identitet i praksis. I C. Arntzen, A. Gramstad & R. Jentoft (Red.), *Ergoterapi - mangfold og muligheter* (s. 65-81). Orkana Akademisk.
- Phipps, K. & Cooper, J. (2014). A service evaluation of a specialist community palliative care occupational therapy service. *Progress in Palliative Care*, 22(6), 357-351. <https://doi.org/10.1179/1743291X14Y.0000000104>
- Pilegaard, M. S., La Cour, K. & Peoples, H. (2019). Ergoterapi inden for det palliative område. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 373-386). Munksgaard.
- Rahman, H. (2000). Journey of providing care in hospice: perspectives of occupational therapists. *Qualitative Health Research*, 10(6), 806-818. <https://doi.org/10.1177/104973200129118831>
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- St. meld. nr. 9 (1974-75). *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen* Sosialdepartementet. https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlingar/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&p-gid=b_0059
- Talbot-Coulombe, C., Bravo, G. & Carrier, A. (2022). Occupational Therapy Practice in Palliative and End-of-Life Care in Québec. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 89(2), 201-211. <https://doi.org/10.1177/00084174221084466>
- Tavemark, S., Hermansson, L. N. & Blomberg, K. (2019). Enabling activity in palliative care: focus groups among occupational therapists. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0394-9>
- Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Townsend, E. & Wilcock, A. A. (2004). Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- Wallis, A., Meredith, P. & Stanley, M. (2020). Cancer care and occupational therapy: A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67(2), 172-194. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12633>