

Masteroppgave

Master i ergoterapi

Mai 2021

Aktivitetsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten

Kandidatnavn: Maren Høgblad Aas
Emnekode: MAERGD5900

60 studiepoeng

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Nå nærmer det seg slutten på masterstudiet i ergoterapi ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Det har vært en krevende tid med stengte biblioteker, lesesaler og digital undervisning/veiledning. Samtidig har det vært en lærerik og givende tid, hvor jeg har fått fordype meg i et tema jeg syntes er spennende.

Nå som oppgaven er ferdig, ønsker jeg å takke de som har vært viktige for sluttresultatet.

Først av alt, vil jeg gjerne rette en stor takk min veileder Tore Bonsaksen. Takk for at du allerede som min veileder på bacheloroppgaven smittet meg med ditt engasjement for forskning. Du har gitt meg gode råd og innspill, og jeg er veldig takknemlig for at du har vært så tilgjengelig i alle faser av masteroppgaven. Samarbeidet med deg har vært fint og lærerikt.

Videre vil jeg takke pilotdeltakerne, kontaktpersonene ved sykehusene/institusjonene og ergoterapeutene som deltok i studien. En spesiell takk til Malin Mongs ved Oslo universitetssykehus for gode innspill og hjelp ved rekruttering av både pilotdeltakere og deltakere.

Til sist, takk til min samboer Nikolai for god støtte når det har vært tøft, du er best. Takk til min flinke studievenninne Selma for all faglig (og ikke faglig) drøfting og lange dager på skolen. Takk til mamma og pappa for oppmuntring og fine telefonsamtaler. Og takk til kusine Tone for korrekturlesing og tilbakemeldinger.

Tusen takk,
Maren

Oslo, mai 2021

INNHALDSFORTEGNELSE

Article	5
Abstract	6
Introduction	7
Methods	10
Results	13
Discussion	20
Conclusion	26
References	28
SAMMENDRAG	30
ABSTRACT	31
1 INTRODUKSJON	32
1.1 Målet med studien	32
1.2 Masteroppgavens utforming	33
2 BAKGRUNN OG KUNNSKAPSSTATUS	33
2.1 Spesialisthelsetjenesten	33
2.2 Ergoterapeuters kjernekompetanse	34
2.3 Den medisinske tilnærmingen	35
2.4 Kartleggingsmetoder brukt av ergoterapeuter	36
2.5 Intervensjoner brukt av ergoterapeuter	37
2.6 Kunnskapsstatus – aktivitetsbasert praksis	38
2.7 Kunnskapsstatus – barrierer for aktivitetsbasert praksis	41
2.7.1 Omgivelsene	41
2.7.2 Ergoterapeuten	41
2.7.3 Pasienten	42
3 TEORI	42
3.1 Kartlegging	43
3.2 Intervensjon	44
4 METODE	44
4.1 Design	44
4.2 Utvikling av spørreskjema	44
4.2.1 Spørreskjema før pilot	45
4.2.2 Tilbakemeldinger fra pilotdeltakerne og endringer	47
4.3 Datainnsamling og rekruttering	48
4.4 Deltakere	48

4.5 Analyse	48
4.5.1 Kategoriseringen av kartleggings- og intervensjonsmetoder	48
4.5.2 Analyse av det åpne spørsmålet om barrierer	49
4.5.3 Deskriptive analyser	49
4.5.4 Analyse av sammenhenger	49
4.6 Etiske overveielser	50
5 RESULTATER	51
5.1 Demografi	51
5.2 Holdninger til aktivitetsbasert praksis	51
5.3 I hvilken grad brukes aktivitetsbasert praksis?	51
5.4 Hvilke barrierer rapporteres som hinder for en aktivitetsbasert praksis?	52
5.4.1 Andre barrierer	53
5.5 Faktorer assosiert med aktivitetsbasert praksis	53
6 DISKUSJON	53
6.1 Oppsummering av resultatene	53
6.2 Holdninger til aktivitetsbasert praksis	54
6.3 Bruk av aktivitetsbasert praksis ved kartlegging	55
6.4 Bruk av aktivitetsbasert praksis ved intervensjon	55
6.5 Mer aktivitetsbasert ved intervensjoner enn ved kartlegging	56
6.6 Forskjell mellom selvrappoterering og oppgitte metoder	57
6.7 Hvordan beskrives ergoterapi?	57
6.8 Barrierer og sammenhenger	58
6.9 Metodediskusjon	61
6.9.1 Spørreskjema som metode	61
6.9.2 Generaliserbarhet	61
6.9.3 Reliabilitet og validitet	62
6.9.4 Gjennomførbarhet	64
6.9.5 Bias	65
6.9.6 Refleksjoner rundt valg av spørsmål og informasjonstekst	65
7 KONKLUSJON	66
LITTERATURLISTE	68
VEDLEGG 1 – Retningslinjer: Scandinavian Journal of Occupational Therapy	73
VEDLEGG 2 – Spørreskjemaet	77
VEDLEGG 3 – Invitasjon til å delta	82
VEDLEGG 4 – NSD godkjenning	83
VEDLEGG 5 – Informasjonsskriv	86

Article

Exploring Occupation-Based Practice among Occupational Therapists in Hospitals and Rehabilitation Institutions

Maren Høgblad Aas^a

*^aDepartment of Occupational Therapy, Prosthetics and Orthotics, Faculty of Health Sciences,
OsloMet - Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway*

Abstract

Background: Previous research shows that while occupational therapists value occupation-based practice, they spend less time on this approach and more time on impairment-based practices. Several barriers are reported for the approach.

Aim: This study aimed to explore different aspects of occupation-based practice among occupational therapists working in hospitals and rehabilitation institutions. Further, the study examined associations between sociodemographic factors and barriers, and occupation-based practice.

Methods: A cross-sectional study was carried out. A survey was designed for this study. Participants were occupational therapists working in hospitals and rehabilitation institutions. The data was analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: The therapists (N=124) valued occupation-based practice and reported using it frequently and to a large extent. Relatively small proportions (26% assessments, 38% interventions) were classified as occupation-based. Lack of time, space and equipment were reported as large barriers, and multiple factors were associated with self-reported level of occupation-based practice.

Conclusion: The participants valued occupation-based practice, while the assessment and intervention methods reported were mainly not occupation-based. Multiple barriers were reported, and several were associated with less use of occupation-based practice.

Significance: The results can be used to raise awareness of occupational therapists' use of occupation-based practice and barriers to the approach.

Keywords: Assessments, hospital setting, interventions, occupation-based, rehabilitation setting, survey

Introduction

In hospitals and rehabilitation institutions, there is a tension between practice based on a medical approach and practice based on a more holistic, occupation-based perspective. The medical model is dominant, and the use of an occupation-based practice is thus perceived as challenging [1]. As a result, the role and purpose of occupational therapy may be lost in the acute setting [2]. In recent years, there has been a concern and discussion about whether occupational therapists have moved away from using occupation as a means to achieve desired patient outcomes [3]. For example, it has been argued that occupational therapists in hospitals tend to use a medical approach focusing on bodily functions, rather than an occupation-based approach [2,4]. In contrast, Wildling and Whiteford [5] have suggested that ‘philosophically, theoretically and practically, occupational therapy does not fit at all well with medicine’s philosophy, theory and practice’. They argue that the focus of the medical model is about curing illness and injury, while the focus of occupational therapy is about engaging people in occupation.

Occupation-based practice places occupation at the core, both as the intervention and as the desired outcome of the intervention [6]. The term occupation-based practice does not have a universally accepted definition. However, Fisher and Marterella [7] has defined it as evaluations or interventions where the occupational therapist actively engages their patients in a ‘real’ task performance that is personally relevant. Any evaluation method that does not involve an observation of the patient engaged in an occupation is not considered occupation-based. Thus, according to Fisher and Marterella, interviews, questionnaires, evaluations of the environment, and decontextualized tests of underlying body functions are not occupation-based practices. Their definition is used as a basis for the understanding of occupation-based practice in this study.

As demonstrated from previous studies, most occupational therapists have been found to report benefits from using occupation in treatment [1,4,8-10]. However, daily use of occupation-based assessment and treatment methods appears to occur infrequently among them [4]. A study by Lloyd et al. [11] showed that occupational therapists spent 34% of their time on occupation-based interventions. Comparably, Colaianni [8] reported from the hand therapy setting that occupational therapists spent a lower percentage of their time engaging clients in occupation-based interventions (21-30%), and a higher percentage of their time engaging clients in rote exercise (41-50%). Munin et al. [12] discovered that almost half of the reported interventions aimed at strengthening the limbs were performed through exercise. Similarly, Mulligan et al. [6] found that the vast majority (86%) of participants agreed that their interventions should directly address the patients' occupational needs, and 73% responded that they always or often used occupation-based practice. However, while examining their assessment practice, only 22 % of the stated assessment methods reflected this view and were classified as occupation-based, while 44 % were classified as an assessment of body functions. In Mulligan and co-workers' study, therapists with longer experience tended to work more occupation-based than more inexperienced therapists. In a scoping review by Murray et al. [13] hardly any evidence was found that occupational therapists practiced occupation-based in the acute hospital setting. In summary, while occupational therapists have been found to share positive attitudes regarding occupation-based practice, their attitudes seem to have a limited impact on their actual practice.

In the literature, various barriers to implementing occupation-based practice in hospitals and rehabilitation institutions have been highlighted. Hospital departments have been perceived as artificial, with limited space and resources to engage patients in occupation [2,11,14]. Lack of time to practice occupation-based was shown to be a barrier due to the high volume of patients and the perception that it took too much time, compared with body

function training [11,15]. Furthermore, the multidisciplinary teams' attitudes towards the importance of occupation have been identified as a barrier [15], and referrals from other professions that focus on the patients' impairment may limit the occupational therapists' focus on occupation [14,16]. In the hand therapy setting, treatment restrictions and protocols have been identified as barriers [8]. Another barrier is the occupational therapists' attitudes towards occupation-based practice, as some report lack of imagination, effort, and experience to engage their patients in occupation as they were more familiar with practices targeting body functions [11,17]. Lastly, the patient's point of view and perception of what occupational therapy is, and what they should do in occupational therapy sessions, has been perceived as a barrier in several studies [8,11,15].

In summary, previous research has shown that occupation-based practice is a valued approach amongst occupational therapists. Nonetheless, occupational therapists are inclined to use a medical approach with a focus on body functions, rather than an occupation-based approach. As a result, there is a tension between occupational therapists' occupation-based mindset, and their practices, which are often targeting their patients' bodily functions. An exploration of the current practices in the hospital and rehabilitation setting can provide useful information about the use of, and attitudes towards, occupation-based practice. Moreover, it can inform about barriers for occupation-based practice as perceived among occupational therapists, and how such barriers are related to their occupation-based practice. Studies linking barriers with actual practices are currently lacking.

Study aim

This study aimed to explore three aspects of occupation-based practice among occupational therapists working in hospitals and rehabilitation institutions: their attitudes towards occupation-based practice, their use of it, and their perceived barriers for implementing it.

Further, the study aimed to examine associations between sociodemographic factors, work experience, reported barriers, and occupation-based practice.

Methods

Design

This study had a cross-sectional, descriptive, and explorative design based on survey methodology.

Participants and procedure

Eligible participants were occupational therapists employed at hospitals or rehabilitation institutions in Norway. The survey took place in the beginning of 2021. On behalf of the project group, contact persons at hospitals and rehabilitation institutions were asked to forward an e-mail with the survey to occupational therapists employed at their site. Although it is difficult to know precisely how many therapists received the link, it was estimated that approximately 470 occupational therapists received the link, based on information provided from the contact persons. The survey was closed after three weeks, and all data were transferred to the project group.

The survey tool

A survey was developed specifically for this study. The survey was designed inspired by previous research and Fisher and Marterellas's theory of occupation-based practice [7]. A draft questionnaire was set in 'Nettskjema', an electronic survey program. Six selected occupational therapists working in hospital and rehabilitation settings agreed to pilot the electronic survey. Based on their feedback, the questionnaire was revised and finalized. The questionnaire contained information about what was meant with the terms 'occupation' and

‘occupation-based’. The final version of the questionnaire consisted of the questions as outlined below.

Sociodemographics

We collected demographic information: age, gender, highest completed education (bachelor’s degree, bachelor’s degree with further education, master’s degree, and doctoral degree), years of experience, and area of practice (general health, occupational health, pediatric health, geriatric health, public health, mental health, and somatic health).

Attitudes towards occupation-based practice

The questionnaire included four statements about attitudes. The statements were ‘I think occupation-based practice is important’, ‘the use of occupation-based practice is valued by my colleagues’, ‘the use of occupation-based practice is valued by the administration where I work’, and ‘I think all occupational therapy practices should contain occupation-based practice’. The response categories were ‘strongly disagree’, ‘slightly disagree’, ‘neutral’, ‘slightly agree’, and ‘strongly agree’.

Assessment and intervention practices

The participants were asked ‘which five assessment methods do you use most frequently in your workday?’, with five open spaces where they could respond as they wished. Then they were asked ‘how often do you conduct assessment methods where the patient is engaged in an occupation?’ with the response categories ‘every working day’, ‘weekly’, ‘monthly’ and ‘less often than monthly’. The next question was ‘to what extent do you think that the assessment methods you use are occupation-based?’ with the response categories ‘not occupation-based’, ‘slightly occupation-based’, ‘quite occupation-based’, and ‘very occupation-based’. The participants were asked if they conducted interventions in their workday. If their answer was

‘yes’, the same questions and response categories as with assessments were repeated, changing ‘assessments’ with ‘interventions’. If the respondents answered ‘no’ they automatically skipped the questions regarding interventions.

Barriers for occupation-based practice

A question about barriers followed: ‘To what extent are the following barriers an obstacle for occupation-based practice in your workday?’, the barriers listed are ‘lack of time to plan’, ‘lack of time to conduct’, ‘lack of time to document’, ‘lack of space’, ‘lack of equipment’, ‘other professions do not value it’, ‘occupational therapy colleagues do not value it’, ‘own inadequate skills’, ‘restrictions from guidelines and procedures’ and ‘the patients’ lack of understanding of the purpose’. The response categories were ‘not a barrier’, ‘small barrier’, ‘quite large barrier’, ‘large barrier’, and ‘very large barrier’.

Data analysis

Responses to the open-ended questions regarding which five assessment and intervention methods the participants used most frequently were divided into categories. First, the categories were formulated after studying the content of the responses. Secondly, Fisher and Marterella’s [7] definition of what an occupation-based assessment or intervention should contain was used when categorizing the responses as ‘occupation-based’.

The quantitative data were analyzed descriptively, using frequencies and percentages for categorical variables and means and standard deviations for continuous variables. As a preliminary step in the logistic regression analysis, the dependent variables were dichotomized from an ordinal scale: responses indicating ‘very’ and ‘quite’ occupation-based were recoded to represent ‘high level of occupation-based practice’ whereas responses indicating ‘slightly’ and ‘not’ were recoded to represent ‘low level occupation-based practice’. The education level variable was dichotomized, representing bachelor’s degree

versus higher (the latter category including further education, master's degree and doctoral degree). Single and multiple logistic regression analyses were used to examine the associations between the level of occupation-based practice in assessments and interventions, and demographic variables, and perceived barriers for occupation-based practice. Separate analyses were performed for assessment and intervention, respectively. The strength of associations (effect sizes) was reported as odds ratio (OR), with 95 % confidence interval (CI) calculated for the odds ratio. The significance level was set at $p < 0.05$. Data were analyzed using SPSS version 27 [18].

Ethics

Approval for the study was obtained from the Norwegian Centre for Research Data (project number 174813). Participants were informed that participation was voluntary and that their responses would be treated confidentially. Informed consent to participate was collected electronically as a part of the survey.

Results

Participant demographics

A total of 124 surveys were completed. Based on an estimated eligible sample of 470 occupational therapists, the response rate was approximately 26%. In the sample, the mean age was 40.6 years (SD = 11.3), and 111 (89.5%) were women. There were 98 (79%) occupational therapists working in somatic health and 77 (62.1%) of the participants had at least one year of further education after completing a bachelor's degree. The average length of work experience was 15.5 years (SD = 10.3). The sample characteristics are displayed in

Table 1.

Table 1 Sample characteristics (N=124)

	n (%)
Female gender	111 (89.5)
Age (mean, SD)	40.6 (11.3)
Education	
Bachelor's degree	47 (37.9)
Further education after bachelor's degree	77 (62.1)
Area of practice	
Public health	5 (4.0)
Children's health	2 (1.6)
Elderly health	14 (11.3)
Mental health	5 (4.0)
Somatic health	98 (79.0)
Years of work experience (mean, SD)	15.5 (10.3)

Attitudes towards occupation-based practice

As presented in **table 2**, 90 (72.6%) of the participants strongly agreed that occupation-based practice is important. There were 73 (58.9%) participants that strongly agreed to the statement that all occupational therapy practices should contain occupation-based practice. Half of the participants (90) strongly agreed that the use of occupation-based practice is valued by their colleagues. Only 39 (31.5%) of the participants strongly agreed that occupation-based practice is valued by the administration.

Table 2. Attitudes towards an occupation-based practice (N=124)

Items	Strongly disagree n (%)	Slightly disagree n (%)	Neutral n (%)	Slightly agree n (%)	Strongly agree n (%)
I think occupation-based practice is important	9 (7.3)	1 (0.8)	1 (0.8)	23 (18.5)	90 (72.6)
The use of occupation-based practice is valued by my colleagues	1 (0.8)	8 (6.5)	9 (7.3)	44 (35.5)	62 (50.0)
The use of occupation-based practice is valued by the administration where I work	2 (1.6)	6 (4.8)	32 (25.8)	45 (36.3)	39 (31.5)
I think all occupational therapy practices should contain occupation-based practice	2 (1.6)	1 (0.8)	11 (8.9)	37 (29.8)	73 (58.9)

The use of occupation-based practice

Table 3 shows the distribution of how often the participants performed assessments or interventions where the patient is engaged in an occupation. With regard to assessment methods, 94 (75.8%) of the occupational therapists responded that they used assessment methods where the patient is engaged in an occupation every working day or weekly. With regards to interventions, 94 (84%) responded that they performed interventions where the patient is engaged in an occupation every working day or weekly.

Table 3

How often do you use methods where the patient is engaged in an occupation?	Assessment (N=124) n (%)	Intervention (N=112) n (%)
Every working day	35 (28.2)	48 (42.9)
Weekly	59 (47.6)	46 (41.1)
Monthly	12 (9.7)	8 (7.1)
Less often than monthly	18 (14.5)	10 (8.9)

Table 4 shows the distribution of the participants' attitudes towards their use of occupation-based assessment and intervention methods. With regards to assessment methods, 80 (64.5%) of the participants responded that they think the assessment methods they use are very or quite occupation-based. With regards to intervention, 91 (81.3%) of the occupational therapists responded that the interventions they perform are very or quite occupation-based.

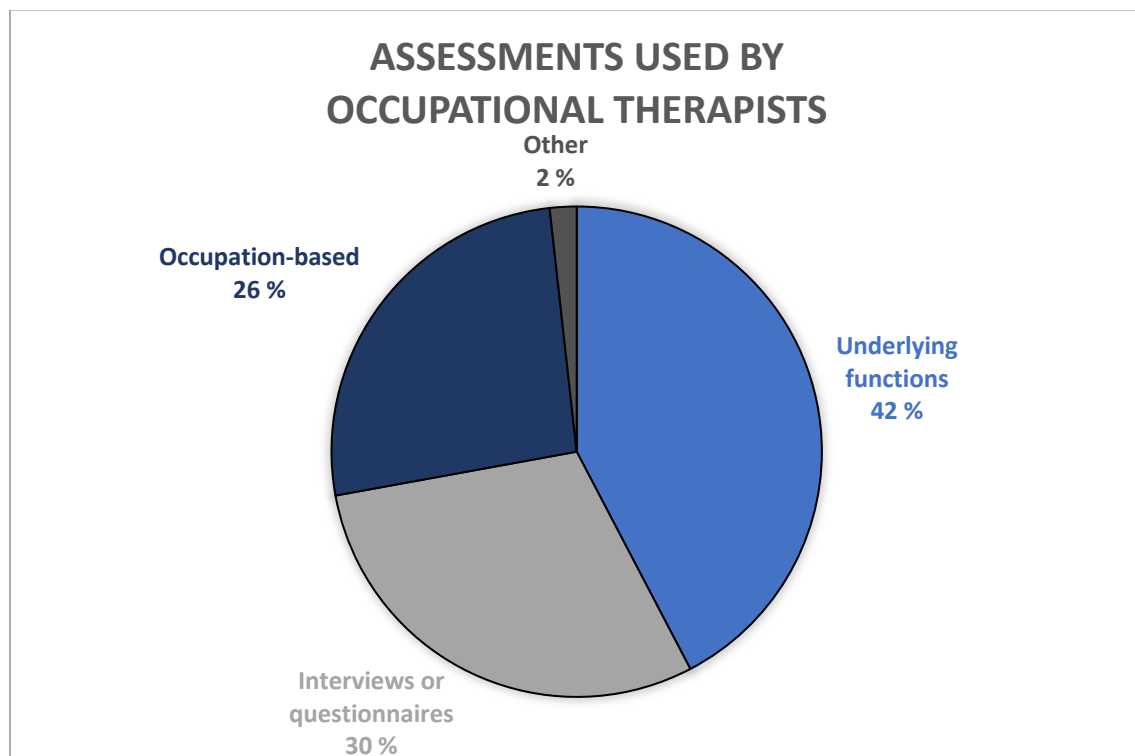
Table 4

To what extent do you believe the methods you are using are occupation-based?	Assessment (N=124) n (%)	Intervention (N=112) n (%)
Very	29 (23.4)	29 (25.9)
Quite	51 (41.1)	62 (55.4)
Slightly	37 (29.8)	18 (16.1)
Not	7 (5.6)	3 (2.7)

The extent to which respondents engaged in occupation-based practices was then inferred from the specific assessment and intervention methods reported by the occupational therapists. With regards to assessments, the responses were divided into the following

categories: ‘underlying functions’ which included assessments of body-, cognitive- and mental functions, ‘interviews or questionnaires’ which included assessments with a focus on occupation or the environment, ‘occupation-based’ assessments where the patient is engaged in a meaningful occupation according to the theory of Fisher and Marterella [7], and lastly ‘other’ which included responses that could not be categorized due to lack of context and responses not reporting an assessment method. **Figure 1** shows the distribution of assessment methods within these categories. The participants reported 567 assessment methods, of these 240 (42%) were categorized as an assessment of underlying functions, 169 (30%) as interviews or questionnaires, 148 (26%) as occupation-based assessment methods, and 10 (2%) were categorized as ‘other’.

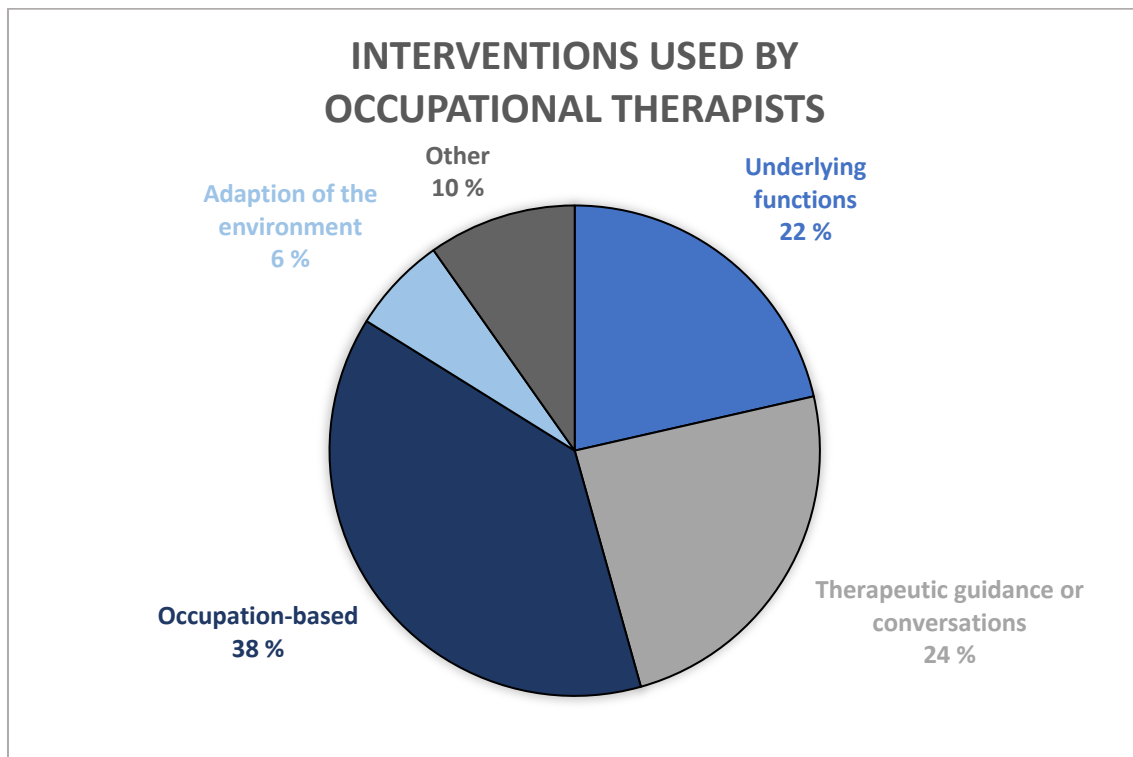
Figure 1. The distribution of assessment methods stated as the five most frequently used (N=124)



With regard to interventions, the responses were divided into the following categories: ‘underlying functions’ which included rote practice/exercise of underlying functions,

‘therapeutic guidance or conversations’ e.g., guidance in occupational balance or ergonomics, ‘adaptation of the environment’ e.g., wheelchairs or home adaptations, ‘occupation-based’ interventions where the patient is engaged in a meaningful occupation according to the theory of Fisher and Marterella [7], and ‘other’ which contained responses that could not be categorized due to the same reasons as described for assessments. **Figure 2** shows the distribution of interventions within these categories. The participants reported 471 intervention methods, of these 101 (22%) were categorized as ‘underlying functions’, 114 (24%) as ‘therapeutic guidance or conversations’, 30 (6%) as ‘adaptation of the environment’, 180 (38%) as ‘occupation-based’ and 46 (10%) were categorized as ‘other’.

Figure 2. The distribution of intervention methods stated as the five most frequently used (N=112)



Barriers for the use of occupation-based practice

The participants were asked to what extent several factors served as barriers to occupation-based practice. See **table 5** for an overview of how the responses were distributed. The barriers with the most responses in the ‘large barrier’ and ‘very large barrier’ categories were ‘lack of time to conduct’, ‘lack of space’, and ‘lack of equipment’. Conversely, most participants (n=109, 87.9%) responded that ‘occupational therapy colleagues do not value it’ was not a barrier.

Table 5. The distribution of reported barriers for occupation-based practice (N=124)

Items	Not a barrier n (%)	Small barrier n (%)	Quite a large barrier n (%)	Large barrier n (%)	Very large barrier n (%)
Lack of time to plan	25 (20.2)	52 (41.9)	34 (27.4)	12 (9.7)	1 (0.8)
Lack of time to conduct	17 (13.7)	40 (32.3)	41 (33.1)	18 (14.5)	8 (6.5)
Lack of time to document	32 (25.8)	60 (48.4)	24 (19.4)	7 (5.6)	1 (0.8)
Lack of space	25 (20.2)	39 (31.5)	28 (22.6)	21 (16.9)	11 (8.9)
Lack of equipment	25 (20.2)	51 (41.1)	18 (14.5)	19 (15.3)	11 (8.9)
Other professions do not value it	65 (52.4)	43 (34.7)	7 (5.6)	8 (6.5)	1 (0.8)
Occupational therapy colleagues do not value it	109 (87.9)	11 (8.9)	3 (2.4)	0 (0.0)	1 (0.8)
Own inadequate skills	70 (56.6)	45 (36.3)	7 (5.6)	2 (1.6)	0 (0.0)
Restrictions from guidelines and procedures	67 (54)	40 (32.3)	14 (11.3)	3 (2.4)	0 (0.0)
The patient's lack of understanding of the purpose	42 (33.9)	56 (45.2)	20 (16.1)	3 (2.4)	3 (2.4)

Factors associated with occupation-based practice

Table 6 shows the associations between the independent variables and a high level of occupation-based assessment practice. With regards to assessment methods, when running the logistic regression with all predictors included, higher perceived levels of the barrier ‘other professions do not value it’ was associated with a higher likelihood of occupation-based assessment practice (OR: 2.21, $p = 0.03$). Perceiving ‘lack of time to conduct’ to be a more important barrier was associated with lower likelihood of occupation-based assessment practice (OR: 0.41, $p = 0.004$).

Table 6. Associations with a high level of occupation-based assessment practice (N=124)

Independent Variables	Unadjusted			Adjusted		
	OR	95% CI	<i>p</i>	OR	95% CI	<i>p</i>
Female gender	1.65	0.52-5.25	0.40	1.85	0.51-6.68	0.35
Age	1.01	0.98-1.04	0.54	0.97	0.87-1.08	0.55
Length of experience	1.01	0.98-1.05	0.51	1.06	0.94-1.19	0.38
Higher education	1.41	0.67-3.00	0.37	1.41	0.59-3.42	0.44
Lack of time to plan	0.95	0.64-1.42	0.80	1.42	0.73-2.76	0.31
Lack of time to conduct	0.69	0.49-0.98	0.03*	0.41	0.23-0.75	0.004*
Lack of time to document	0.92	0.60-1.40	0.70	1.62	0.83-3.17	0.16
Lack of space	0.97	0.72-1.31	0.84	1.60	0.88-2.90	0.12
Lack of equipment	0.86	0.64-1.16	0.34	0.76	0.42-1.39	0.30
Other professions do not value it	1.21	0.79-1.86	0.39	2.21	1.07-4.59	0.03*
Occupational therapy colleagues do not value it	0.74	0.38-1.45	0.38	0.49	0.17-1.45	0.20
Own inadequate skills	1.09	0.63-1.89	0.77	1.10	0.55-2.20	0.79
Restrictions from guidelines and procedures	0.61	0.38-0.98	0.04*	0.50	0.25-1.01	0.05
The patient's lack of understanding of the purpose	0.98	0.65-1.47	0.92	0.90	0.52-1.54	0.69
Adjusted model parameters						
Model fit				<i>p</i> = 0.095		
Cox Snell R ²				15.8%		
Nagelkerke R ²				21.6%		

Note. The dependent variable is self-reported high level of occupation-based practice in assessments. Higher education is having at least one year of further education after completing a bachelor's degree. Listed barriers are for the use of occupation-based practice.

Factors associated with high level of occupation-based interventions are shown in **table 7**.

Regarding interventions, when adjusting for other predictors, having higher education (OR: 3.90, *p* = 0.045) and perceiving 'lack of space' to be a more important barrier (OR: 2.96, *p* = 0.04) were associated with higher likelihood of occupation-based intervention practice.

Conversely, perceiving more barriers related to lack of equipment (OR: 0.23, *p* = 0.01) and lack of valuation from occupational therapist colleagues (OR: 0.16, *p* = 0.03) were associated with lower likelihood of occupation-based intervention practice.

Table 7. Associations with a high level of occupation-based intervention practice (N=112)

Independent Variables	Unadjusted			Adjusted		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Female gender	0.41	0.05-3.35	0.40	0.18	0.01-2.93	0.23
Age	1.00	0.96-1.05	0.87	0.88	0.75-1.02	0.10
Length of experience	1.01	0.10-1.06	0.79	1.16	0.98-1.37	0.08
Higher education	1.68	0.64-4.37	0.29	3.90	1.03-14.72	0.045*
Lack of time to plan	0.90	0.53-1.51	0.68	0.86	0.33-2.27	0.76
Lack of time to conduct	0.66	0.42-1.04	0.07	0.48	0.20-1.14	0.10
Lack of time to document	0.86	0.46-1.58	0.62	2.16	0.81-5.76	0.12
Lack of space	0.74	0.50-1.09	0.13	2.96	1.03-8.49	0.04*
Lack of equipment	0.53	0.35-0.78	0.002*	0.23	0.08-0.66	0.01*
Other professions do not value it	0.91	0.56-1.50	0.72	2.43	0.82-7.2	0.19
Occupational therapy colleagues do not value it	0.39	0.16-0.95	0.04*	0.16	0.03-0.87	0.03*
Own inadequate skills	1.08	0.51-2.28	0.85	1.51	0.55-4.14	0.43
Restrictions from guidelines and procedures	0.47	0.27-0.84	0.01*	0.52	0.19-1.32	0.16
The patient's lack of understanding of the purpose	1.16	0.68-1.98	0.59	1.11	0.51-2.45	0.80
Adjusted model parameters						
Model fit				p = 0.004*		
Cox Snell R ²				24.7%		
Nagelkerke R ²				39.8%		

Note. The dependent variable is self-reported high level of occupation-based practice in interventions. Higher education is having at least one year of further education after completing a bachelor's degree. Listed barriers are for the use of occupation-based practice.

Discussion

The study found that the occupational therapists self-reported a high level of occupation-based practice. However, when examining the specific assessment and intervention methods reported, only 26% of the assessments and 38% of the interventions were classified as occupation-based. Lack of time, lack of space, and lack of equipment were prominent barriers to occupation-based practice, and several factors were found to be significantly associated with self-reported occupation-based practice.

In this survey, 76% answered that they used occupation-based assessments daily or weekly. This is similar to the results reported by Grice [4], whose findings showed that 77% answered likewise. In our survey, it was also found that 64.5% of the participants responded that they think the assessment methods they use are very or quite occupation-based. By examining the stated assessment methods, it was found that only 26% of the assessment

methods mentioned were occupation-based while 42% of the methods were related to underlying functions. This is similar to the findings in Mulligan et al. [6] which showed that of the assessments methods mentioned, 22% were categorized as occupation-based and 44% as impairment-based. Studies by Alotaibi et al. [19] and Robertson and Blaga [20] also reported that most assessments used by occupational therapists focused on bodily functions. The lack of availability [4,19], and lack of knowledge and familiarity [4,21] has been shown to explain the somewhat low use of occupation-based practice in assessments.

It was found that 84% of the participants stated that they use occupation in intervention daily or weekly, and 81% responded that they use occupation-based approaches in interventions to a very large or quite large extent. These findings are coherent with the findings in Mulligan et al. [6] demonstrating that 73% of participants in medical settings reported that they always or often used occupation-based activities. Similarly, Grice [4] found that most participants (85%) believed they were utilizing occupation-based interventions. However, in our study, while examining the five most frequently used intervention methods, it emerged that only 38% of the intervention methods stated by the occupational therapists were occupation-based. This is similar to the findings in Lloyd et al. [11] which found that the participants spent an average of 34% of their time on occupation-based interventions. Similarly, in Mulligan et al. [6] of the intervention activities or modalities mentioned, 20% were occupation-based activities and 50% were associated with rote exercise of bodily functions. A higher percentage of interventions targeting bodily functions was also found in Colaianni and Provident [8] and Munin et al. [12].

Most participants (72.6%) in our study stated that occupation-based practice is important, likewise, several other studies also reported participants stating that there are benefits of using occupation in treatment [8] and that it is important to use occupation as treatment [6,10]. To summarize the findings, it seems clear that it is a discrepancy between

the self-reported use and attitudes towards occupation-based practice, and the actual use analyzed by classifying the reported methods. The subjective belief of the occupational therapists is that they practice occupation-based, but based on the actual measures and interventions used, their practice appears not to be as occupation-based as they thought. This is similar to Mulligan et al. [6] who also found this in their sample, which suggests that this is a relevant concern also in other countries.

The occupational therapists used occupation-based practice more frequently in interventions than with assessments. This is possibly connected to several causes such as expectations from other professions or lack of easy access to occupation-based assessment tools. It may be easier to conduct occupation-based interventions due to less pressure from others and fewer constraints regarding how the intervention should be conducted. This may be a challenge with assessments as some facilities have constraints on what assessment tools the therapists have to use. Occupational therapists have been found to struggle to maintain an occupational focus due to the conflict between the holistic occupation-focused values, and the routines and expectations of the medical setting [5]. An explanation for the struggle can be the use of inconsistent terminology, a proposed solution can be to alter the language to focus on ‘occupation’ rather than ‘function’ [13]. It is promising that while the percentage of therapists using occupation-based practice in assessments was low, more therapists are implementing occupation in interventions. Possibly, occupational therapists may need to explain to their collaborating partners that occupational therapy assessments are aimed at occupation, rather than bodily functions. This may help the team understand the purpose of the profession and increase referrals focusing on occupations.

In this study, ‘lack of time to conduct’ was reported as a major barrier and perceiving it as a large barrier was associated with lower likelihood of occupation-based assessment practice. Multiple other studies have found lack of time to be a barrier against occupation-

based practice [8,11,15,17]. The reasons most commonly stated for the lack of time in these studies are high caseload of patients, patients being discharged quickly, and limited occupational therapy services. According to Murray et al. [13] the fast-paced and discharge-oriented nature of acute settings often made it difficult for therapists to remain occupation-based. It has also been reported that occupational therapists had a perception that occupation-based assessments were more time consuming compared to body function training [11,15]. A scoping review by Spalding et al. [22] suggests that occupation-based group programs can be used to achieve more therapy time.

‘Lack of equipment’ was also reported to be a large barrier, this is similar to the findings in several other studies [8,11,15]. Perceiving ‘lack of equipment’ as a large barrier was in our study associated with lower likelihood of using occupation-based methods in interventions. The available equipment at hospitals has been found to be aimed at impairment-based treatment [15]. A suggestion proposed by Bynon et al. [23] on how to overcome this barrier, was to use the patients’ belongings in the therapy, therapists in Grice [4] study, also found this to be a way to work around this barrier.

For the most part, the participants in our study did not perceive ‘occupational therapy colleagues do not value it’ as a barrier. Nevertheless, perceiving this to be a barrier was associated with a lower likelihood of using occupation-based practice in interventions. This suggests that while few therapists reported this to be a barrier, it appears to have had a substantial impact on the therapists who felt it was a barrier. Previous research has found that the occupational therapy colleagues, and the culture of the work environment is essential for the choices made by therapists [6,24]. Support from colleagues may influence the practices performed, and it may be difficult to use different approaches than your occupational therapist colleagues.

In this survey, most participants stated ‘other professions do not value it’ as a minor barrier. In contrast, several other studies have shown that the lack of understanding from other disciplines [11], multidisciplinary team members’ perception of movement and strength as the main requirement for function, and lack of awareness about the role of the occupational therapists [15] were barriers for the use of occupation-based practice. In our study, we found that higher perceived levels of the barrier ‘other professions do not value it’ was in fact associated with a higher likelihood of occupation-based assessment practice. It could be that when other professions do not value the approach, the occupational therapists become more determined to use it to assert themselves and show the uniqueness of the profession. Alternatively, the association may be oppositely directed – occupational therapists who are eager to practice occupation-based may feel discouraged by a perceived lack of valuation from their colleagues with other professional backgrounds.

‘Lack of space’ was the barrier with the most answers in ‘large barrier’ and ‘very large barrier’. This is consistent with the findings in Colaianni and Provident’s [8] study where 27% reported this as a major challenge to the use of occupation-based treatment. As found in the scoping review by Murray et al. [13] hospitals’ physical environments are often not encouraging occupation-based practice as the hospital wards are perceived as artificial, with limited space to support occupational engagement. Estes and Pierce [17] also reported that there was a lack of easy available designated spaces, crowding influencing the patient, and lack of storage. Bynon et al. [23] described the environment of hospitals as designed for people to rest and recover in bed, rather than actively being engaged in occupations. The proposed solution is to use other areas of the hospitals [23] and mimic more natural environments by being creative and thereby expanding the available space [25]. In our study, perceiving ‘lack of space’ to be a barrier was surprisingly associated with higher likelihood of occupation-based practice in interventions. Perhaps this has to do with more often using the

patients' room or common areas for the intervention, as these areas – while limited in the space they provide – may open up for more occupation-based intervention possibilities than what can be found in designated treatment rooms. Alternatively, occupational therapists whose practice is occupation-based may feel particularly limited when faced with spatial restrictions.

A higher likelihood of a high level of occupation-based intervention practice was also related to having at least one year of further education after the bachelor's degree. Mulligan et al. [6] study found that experienced therapists tended to be more occupation-based than more inexperienced therapists, while Lloyd et al. [11] did not find any associations. A potential explanation for the higher use of occupation in interventions by the therapists with higher education is that they might have received further schooling in occupation-based methods. Additionally, occupational therapists with higher education might have more professional confidence, and thus perform according to their own beliefs, rather than based on the expectations from others.

Study limitations

A limitation in this study was the low response rate and the relatively small sample size. The survey was distributed as an open link and thus, although it is unlikely, we cannot know if someone answered the survey more than once. There is also a possibility of response bias as some participants may have answered in a way they thought was most desirable. Although the terms 'occupation' and 'occupation-based' were defined in the questionnaire, it is possible that the definition stated by Fisher and Marterella [7] can be perceived as somewhat strict. Some participants may have had different ideas of what it means to practice occupation-based, and may thus have considered themselves to be more occupation-based.

The interpretation of the stated assessment and intervention methods was conducted by the author and could have been categorized differently by others. In this study, multiple

respondents stated using ‘hand training’ (n=35) and ‘cognitive training’ (n=5), without giving a short description of how the training was conducted as requested in the questionnaire. This led to these answers being categorized as ‘other’, because it was impossible to know if the training was conducted using rote exercise or occupation. These answers could have changed the proportion of the categories slightly.

This study was a cross-sectional study, and it is thus impossible to establish cause-effect relationships. There could be a possibility of reversed causality, essentially reversing the proposed relationship between the dependent and the independent variables. For example, practicing occupation-based may lead to perceiving potential barriers differently, compared to using a medically oriented approach. The data was collected during the COVID-19 pandemic, this could have influenced the participants’ use of occupation-based practice, while it was not listed as a barrier.

Conclusion

The participants in this study were found to value occupation-based practice and believed they often used this approach and to a large extent. However, the findings concerned with the reports of specific assessments and interventions suggest that the assessment and intervention methods used were mainly not occupation-based. Lack of time to conduct, lack of space, and lack of equipment were prominent barriers to occupation-based practice. Lack of time to conduct, lack of equipment and occupational therapy colleagues do not value it, were significantly associated with lower likelihood of occupation-based practice. Future research may examine occupation-based practice in other settings and areas. Future studies could also examine possible reasons for the discrepancy between the self-reported use of occupation-based practice and the reported specific methods, and may explore occupation-based assessment and intervention methods that are time-saving and not in need of much space or equipment.

Acknowledgements

The authors are grateful for the efforts made by the pilot participants, contact persons at the hospitals and rehabilitation institutions, and the occupational therapists who participated in the study.

Disclosure statement

The authors report no conflicts of interest.

Funding

None.

References

1. April L, Ganas N, Phiri L, et al. Occupation-based practice in a tertiary hospital setting: occupational therapists' perceptions and experiences. *S Afr J Occup Ther.* 2017;47(3).
2. Britton L, Rosenwax L, McNamara B. Occupational therapy practice in acute physical hospital settings: Evidence from a scoping review. *Aust Occup Ther J.* 2015;62:370-377.
3. Gray JM. Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. *Am J Occup Ther.* 1998;52(5):354-364.
4. Grice KO. The use of occupation-based assessments and intervention in the hand therapy setting – A survey. *J Hand Ther.* 2015;28(3):300-306.
5. Wilding C, Whiteford G. Occupation and occupational therapy: Knowledge paradigms and everyday practice. *Aust Occup Ther J.* 2007;54(3):185-193.
6. Mulligan S, White BP, Arthanat S. An Examination of Occupation-Based, Client-Centered, Evidence-Based Occupational Therapy Practices in New Hampshire. *OTJR (Thorofore N J)* 2014;34(2):106-116.
7. Fisher AG, Marterella A. *Powerful practice : a model for authentic occupational therapy.* Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019.
8. Colaianni D, Provident I. The Benefits of and Challenges to the Use of Occupation in Hand Therapy. *Occup Ther Health Care.* 2010;24(2):130-146.
9. Psillas SM. *Occupation-Based Practice in Occupational Therapy.* ProQuest Dissertations Publishing; 2019.
10. Kaunnil A, Khemthong S, Sriphetcharawut S, et al. Occupational therapists' experiences and perspectives towards occupation-based practice in Thailand: A mixed-methods study. *Br J Occup Ther.* 2020:30802262091040.
11. Lloyd K, Gee BM, Dunham J, et al. Occupation-Based Practice: A U.S. Survey. *Ann Int Occup Ther.* 2019;2(3):124-132.
12. Munin MC, Putman K, Hsieh C-H, et al. Analysis of rehabilitation activities within skilled nursing and inpatient rehabilitation facilities after hip replacement for acute hip fracture. *Am J Phys Med Rehabil.* 2010;89(7):530-540.
13. Murray A, Tommaso AD, Molineux M, et al. Contemporary occupational therapy philosophy and practice in hospital settings. *Scand J Occup Ther.* 2020.
14. Keesing S, Rosenwax L. Is occupation missing from occupational therapy in palliative care? *Aust Occup Ther J.* 2011;58(5):329-336.
15. Daud AZC, Judd J, Yau M, et al. Issue in Applying Occupation-based Intervention in Clinical Practice: A Delphi Study. *Procedia, Soc Behav Sci.* 2016;222(C):272-282.
16. Wilding C, Whiteford G. Language, identity and representation: Occupation and occupational therapy in acute settings. *Aust Occup Ther J.* 2008;55(3):180-187.
17. Estes J, Pierce DE. Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. *Scand J Occup Ther.* 2012;19(1):17-25.
18. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 27.0.* Armonk, NY: IBM Corp. 2020.
19. Alotaibi NM, Reed K, Shaban MN. Assessments Used in Occupational Therapy Practice: An Exploratory Study. *Occup Ther Health Care.* 2009;23(4):302-318.
20. Robertson L, Blaga L. Occupational therapy assessments used in acute physical care settings. *Scand J Occup Ther.* 2013;20(2):127-135.
21. Piernik-Yoder B, Beck A. The Use of Standardized Assessments in Occupational Therapy in the United States. *Occup Ther Health Care.* 2012;26(2-3):97-108.

22. Spalding K, Gustafsson L, Di Tommaso A. Occupation-based group programs in the inpatient hospital rehabilitation setting: a scoping review. *Disabil and Rehabil.* 2020:1-11.
23. Bynon S, Wilding C, Eyres L. An innovative occupation-focussed service to minimise deconditioning in hospital: Challenges and solutions. *Aust Occup Ther J.* 2007;54(3):225-227.
24. Asaba E, Nakamura M, Asaba A, et al. Integrating Occupational Therapy Specific Assessments in Practice: Exploring Practitioner Experiences. *Occup Ther Int.* 2017 2017/12/03;2017:7602805.
25. Khayatzadeh Mahani M, Hassani Mehraban A, Kamali M, et al. Facilitators of implementing occupation based practice among Iranian occupational therapists: A qualitative study. *Med J Islam Repub Iran.* 2015;29:307-307.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: I spesialisthelsetjenesten er det en spenning mellom en medisinsk forståelsesmodell og aktivitetsbasert praksis. Tidligere forskning viser at ergoterapeuter verdsetter aktivitetsbasert praksis, men at de bruker mindre tid på denne tilnærmingen og mer tid på kroppsfunksjonstrening. En rekke barrierer kan stå i veien for aktivitetsbasert praksis.

Mål: Studiens mål var å undersøke tre aspekter ved aktivitetsbasert praksis blant ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten: deres holdninger til, bruk av og opplevde barrierer for aktivitetsbasert praksis. Videre var studiens mål å undersøke sammenhenger mellom sosiodemografiske faktorer, jobberfaring, rapporterte barrierer og aktivitetsbasert praksis.

Metode: En kvantitativ tverrsnittsstudie ble utført. Et spørreskjema ble utformet spesielt til denne studien. Ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten ble invitert til å delta. Datamaterialet ble analysert med deskriptiv statistikk, og sammenhenger ble undersøkt med logistisk regresjon.

Resultater: Det var 124 ergoterapeuter som deltok. Ergoterapeutene mente at aktivitetsbasert praksis er viktig, og de rapporterte selv at de bruker tilnærmingen ofte og i stor grad. Av de konkrete kartleggings- og intervensjonsmetodene som ble rapportert brukt, ble 26% av kartleggingen og 38% av intervensjonene klassifisert som aktivitetsbaserte. Mangel på tid, plass og utstyr ble rapportert som de største barrierene, og flere faktorer hadde sammenheng med selvrapportert aktivitetsbasert praksis.

Konklusjon: Deltakerne verdsatte aktivitetsbasert praksis, mens de konkrete kartleggings- og intervensjonsmetodene som ble rapportert hovedsakelig ikke var aktivitetsbaserte. Flere barrierer ble rapportert som hindringer og flere av disse hadde en sammenheng med mindre bruk av aktivitetsbasert praksis.

Nøkkelord: Aktivitetsbasert praksis, ergoterapi, spesialisthelsetjenesten, spørreundersøkelse

ABSTRACT

Background: In hospitals and rehabilitation institutions there is a tension between practice based on a medical model and an occupation-based practice. Previous research shows that while occupational therapists value occupation-based practice, they spend less time on this approach and more time on impairment-based practices. Several barriers are reported as obstacles for the approach.

Aim: This study aimed to explore three aspects of occupation-based practice among occupational therapists working in hospitals and rehabilitation institutions: their attitudes towards occupation-based practice, their use of it, and their perceived barriers for implementing it. Further, the study aimed to examine associations between sociodemographic factors, work experience, reported barriers, and occupation-based practice.

Methods: This study had a cross-sectional, descriptive design based on survey methodology. A survey was designed specifically for this study. Occupational therapists working in hospital and rehabilitation institutions were invited to participate. The data was analyzed using descriptive statistics and associations were examined using logistic regression.

Results: A total of 124 occupational therapists participated. The results showed that the therapists value occupation-based practice and reported using it frequently and to a large extent. Of the reported assessment and intervention methods used, 26% of the assessments, and 38% of the interventions were classified as occupation-based. Lack of time, space and equipment were reported as the largest barriers, and multiple factors were associated with self-reported level of occupation-based practice.

Conclusion: The participants valued occupation-based practice, while the assessment and intervention methods reported were mainly not occupation-based. Multiple barriers were reported as obstacles and several of these were associated with less use of occupation-based practice.

Keywords: occupational therapy, occupation-based practice, hospital setting, survey, rehabilitation setting

Aktivitetsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten

1 INTRODUKSJON

Spesialisthelsetjenesten er i endring, og med nye innovasjoner i det moderne helsevesenet er ergoterapeuter i økende grad påkrevd å tilpasse praksisen til nye og ofte komplekse settinger (Britton et al., 2015). Ny forskning, medisinsk fremgang, økt bruk av teknologi og endrede organisatoriske og samfunnsmessige forhold er faktorer som er med på å endre hvordan ergoterapi i spesialisthelsetjenesten utøves (Mongs, 2018). Forekomsten av aldersrelaterte- og kroniske sykdommer er stigende og fører til at mange vil trenge ergoterapi i fremtiden. Det oppleves høyere krav til effektivisering og pasientenes innleggelsesperiode ved sykehusene er kortere. I tillegg stilles det økte krav til spesialisering og dokumentert effekt av tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019-2020). Dette skaper en kontrovers: På den ene siden vil flere trenge ergoterapi. På den andre siden kan rammene for utøvelsen av ergoterapi bli smalere ved at det blir utfordrende å holde på aktivitetsfokus. En stor del av ergoterapeuters kjernekompetanse er aktivitet, likevel tenderer ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten til å bruke en medisinsk tilnærming med fokus på kroppsfunksjoner, heller enn en aktivitetsbasert tilnærming (Britton et al., 2015; Grice, 2015). Oppsummert kunnskap og teori beskriver at ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten kan ha utfordringer med å jobbe med en aktivitetsbasert tilnærming (April et al., 2017; Colaianni & Provident, 2010; Grice, 2015; Mulligan et al., 2014; Rogers, 2007). Tidligere studier av ergoterapeuters bruk av aktivitetsbasert praksis og rapporterte barrierer for denne tilnærmingen, er utført i utlandet. Det er i midlertidig ikke utført studier som undersøker hvordan norske ergoterapeuter som jobber i spesialisthelsetjenesten rapporterer sin bruk av aktivitetsbasert praksis, hva de ser på som barrierer som kan hindre bruk av tilnærmingen og hvordan slike barrierer har en sammenheng med bruken av aktivitetsbasert praksis. Denne studien vil søke å tette noe av dette kunnskapshullet. Flere parter, som ergoterapeuter, ledere og ergoterapiutdanningene, vil ha interesse av oppdatert kunnskap om ergoterapeuters praksis i spesialisthelsetjenesten, blant annet vil det kunne bidra til ergoterapeutisk fag- og tjenesteutvikling. Det er viktig å synliggjøre ergoterapeuters fagutøvelse i spesialisthelsetjenesten, slik at andre klinikere og samfunnet for øvrig kan få et innblikk i vår kompetanse.

1.1 Målet med studien

Studiens mål var å undersøke tre aspekter ved aktivitetsbasert praksis blant ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten: deres holdninger til, bruk av og opplevde barrierer for aktivitetsbasert

praksis. Videre var studiens mål å undersøke sammenhenger mellom sosiodemografiske faktorer, jobberfaring, rapporterte barrierer og aktivitetsbasert praksis.

Det er formulert følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke holdninger har ergoterapeuter til aktivitetsbasert praksis?
2. I hvilken grad bruker ergoterapeuter aktivitetsbasert praksis?
3. Hvilke barrierer rapporterer ergoterapeuter som hinder for en aktivitetsbasert praksis?
4. Er det en sammenheng mellom grad av aktivitetsbasert praksis og variabler som kjønn, alder, utdanningsnivå, erfaringslengde og/eller rapporterte barrierer?

1.2 Masteroppgavens utforming

Masteroppgaven består av en engelskspråklig artikkel og en tilhørende kappe. Artikkelen er utformet etter retningslinjer (vedlegg 1) til tidsskriftet «Scandinavian Journal of Occupational Therapy», og vil sendes inn til fagfelleevaluering i dette tidsskriftet. Kappen inneholder en mer omfattende beskrivelse av tidligere forskning, teori, metode, resultater og diskusjon.

2 BAKGRUNN OG KUNNSKAPSSTATUS

2.1 Spesialisthelsetjenesten

I Norge er helsevesenet organisert slik at det er kommunene som har ansvar for primærhelsetjenester som helsefremmende og forebyggende arbeid, samt allmennlegetjenesten, legevakt, helsestasjoner, hjemmetjenesten, sykehjem og kommunale ergo- og fysioterapitjenester. Det er staten som har ansvaret for de spesialiserte helsetjenestene ved de regionale helseforetakene (Braut, 2019). Spesialisthelsetjenesten beskrives av Store medisinske leksikon (2018) som en tjeneste der det utøves undersøkelser og behandling som krever spesialistkompetanse. Spesialisthelsetjenesten har også ansvar for å medvirke i helsefaglig forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Spesialisthelsetjenesten er regulert under «Lov om spesialisthelsetjenesten». Loven har blant annet som formål å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). I 2018 var det registrert 512 ergoterapeuter sysselsatt ved offentlige sykehus og institusjoner i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2018). I tillegg kommer ergoterapeuter som jobber ved private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner. Ergoterapeuter som jobber i spesialisthelsetjenesten, jobber ofte med habilitering og rehabilitering. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2017) er målet

med habilitering og rehabilitering å styrke brukerens muligheter for å opprettholde eller få tilbake tapt funksjonsevne, bidra til egenmestring og å opprettholde et best mulig funksjonsnivå. Spesialisthelsetjenesten skal også utøve trening og oppøving av funksjon og individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning. Dette er områder som passer inn i ergoterapeuters kjernekompetanse.

2.2 Ergoterapeuters kjernekompetanse

Ergoterapi oppstod først som et selvstendig fag innen psykisk helse og senere i behandling av tuberkulosepasienter. En av de første til å beskrive ergoterapiens grunnleggende antakelser var William Dunton, som i 1919 blant annet formulerte at aktivitet har positiv effekt på helsen, gir struktur, organiserer tid og gir livet mening (Mathiasson & Morville, 2013). Kort tid etter beskrev Adolf Meyer (1922), som en av de første, viktigheten av aktivitet i menneskers liv. Dette har blitt en grunnstein i ergoterapien. Meyer skrev at ved å være aktiv opprettholder mennesket livet og kommer i balanse med omgivelsene. Ergoterapi hadde fra begynnelsen et stort fokus på verdien av aktivitet, og ikke andre underliggende faktorer som skapte aktivitetsproblemer. Ergoterapeuter så mennesker som hele, i interaksjon med omgivelser og aktivitet. Aktivitet er en del av kjernekompetansen til ergoterapeuter. Aktivitet blir av Fisher (2012) beskrevet som det å være engasjert i en serie handlinger. Når begrepet brukes riktig, handler det om at en person utfører en handling, gjør noe, og er engasjert i denne handlingen. Dette kan for eksempel være å skrive et brev, ta på en genser eller å spille fotball. I ergoterapien brukes aktivitet ofte i forbindelse med utførelse av hverdagslige oppgaver, som er meningsfulle og hensiktsmessige ut fra personens eget perspektiv (Fisher, 2012). Aktivitet blir brukt både som veien til målet og målet i seg selv (Gray, 1998). Aktivitetsbasert praksis plasserer aktivitet i kjernen, både som intervensjon og som ønsket utfall av intervensjonen, noe som er essensen i ergoterapi (Mulligan et al., 2014). Brooks (2006) skriver i sin avhandling at basert på ergoterapifagets filosofi og forskning bør aktivitet være den primære metoden i intervensjonen til ergoterapeuter. I følge Norsk Ergoterapeutforbund (2017) er formålet med ergoterapi personers deltakelse og inkludering i samfunnet. Ergoterapeuters kjernekompetanse skal sikre deltakelse og inkludering ved å jobbe med personers aktivitetsutførelse, tilrettelegge aktiviteter og tilpasse omgivelser. Ergoterapeuter har også kompetanse om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Det er et klart fokus på aktivitet i ergoterapeutisk litteratur. På bakgrunn av studier fra andre

land kan det virke som at ergoterapeuters praksis i spesialisthelsetjenesten ikke alltid innebærer at aktivitet er i sentrum.

2.3 Den medisinske tilnærmingen

Verdenskrigene gav nye impulser til utviklingen av ergoterapi i den vestlige verden. På 1950-tallet gjennomgikk ergoterapifaget store forandringer. Behovet for rehabilitering av krigsveteraner, samt nyutviklede medisinske og kirurgiske behandlinger har vært med på å prege fagets utvikling. Dette medførte at ergoterapifaget endret seg fra å primært ha et fokus på aktiviteter, til å i større grad ha et fokus på bakenforliggende faktorer som nevrologiske, anatomiske og biomekaniske metoder for behandling. Målet med behandlingen var å helbrede sykdom og funksjonsnedsettelse (Mathiasson & Morville, 2013). Profesjonen ble dermed presset av den medisinske modellen som insisterte på en medisinsk begrunnelse for praksis. Denne påvirkningen gjorde at ergoterapeuter begynte å distansere seg fra en holistisk forståelse av mennesket og bruk av aktivitet, til et mekanisk paradigme med en tendens til å fokusere på kroppsfunksjoner og svekkelser (Kielhofner, 2009). Forståelsen av aktivitet som et menneskelig behov, kom dermed i skyggen av et mer medisinsk behandlingsperspektiv. Dette kan ha en sammenheng med at ergoterapeuter ofte var ansatt på sykehus og institusjoner på denne tiden (Mathiasson & Morville, 2013).

I dag er det fortsatt rester etter denne fasen. I en kunnskapsoppsummering av ergoterapi i akuttfasen på somatiske sykehus, kom det frem at med nye innovasjoner i det moderne helsevesenet må ergoterapeuter tilpasse praksisen til nye og komplekse settinger. Det er også et økende press for å jobbe mer basert på den medisinske modellen grunnet fokuset på de umiddelbare helseutfordringene og rask utskrivelse heller enn å bruke en aktivitetsbasert praksis. Som et resultat av dette kan den egentlige rollen og hensikten med ergoterapi bli borte i den akutte settingen på sykehus (Britton et al. 2015). De siste årene har det vært en bekymring og diskusjon om ergoterapeuter har gått bort fra å bruke aktivitet som middel. Det har blitt lagt merke til på tvers av settinger, men spesielt innenfor håndterapi. Ifølge Fitzpatrick og Presnell (2004) har ergoterapeuter som jobber med håndterapi en tendens til å følge en reduksjonistisk medisinsk tilnærming i deres praksis. Den medisinske vektleggingen fører til at bruken av aktivitet i kartlegging og intervensjon av denne pasientgruppen blir nedprioritert. I spesialisthelsetjenesten er det en spenning mellom en praksis som er basert på en medisinsk tilnærming og et mer holistisk, aktivitetsbasert perspektiv. Det er en dominans

av den medisinske modellen, og det blir derfor oppfattet som en utfordring å bruke en aktivitetsbasert praksis (April et al., 2017). Burke (2001) fant ut at ergoterapeuter som bruker en medisinsk modell lar skaden eller sykdommen bestemme behandlingen. Ergoterapeutene syntes det var vanskelig å få til aktivitet som lek, matlaging og selvpleie i den medisinske settingen og de opplevde at disse aktivitetene ikke fremsto som vitenskapelige nok til å adressere kroppsfunksjoner og svekkelse hos pasientene.

Praksis som er orientert mot sykdom og funksjon blir av Goldstein-Lohman, Kratz og Pierce (2003) beskrevet som omtrent det motsatte av klientsentrert og aktivitetsbasert praksis. Denne tilnærmingen bruker den samme begrunnelsen som medisin ved å diagnostisere og behandle spesifikke områder av dysfunksjon. En slik resonnering reduserer individet til svekkelser som kan behandles hver for seg, som forhåpentligvis vil resultere i økt funksjon for hele individet. Forfatterne har en teori om at andre profesjoner som leger, fysioterapeuter eller sykepleiere har en større forståelse for en medisinsk tilnærming. Den medisinske tilnærmingen passer med kulturen, språket og resonneringen som brukes i spesialisthelsetjenesten. Ergoterapeuter har gjennom profesjonens historie deltatt i ulike former for kroppstrening, som for eksempel økt styrke eller bevegelse i ledd. Ved å dedikere majoriteten av behandlingstiden på trening av kroppsfunksjoner, førte det også til at det ble vanskelig å skille mellom ergoterapeuter og fysioterapeuter (Brooks, 2006), på denne måten kan ergoterapeuter ved å kun fokusere på behandling av kroppsfunksjoner, risikere å gjøre seg selv overflødige. En tilnærming som ofte fokuserer på kroppsfunksjoner kalles «bottom-up». Denne tilnærmingen er hyppig brukt av ergoterapeuter og passer med den medisinske modellen (Brown & Chien, 2010). Ergoterapeuter som bruker en «bottom-up» tilnærming begynner med å utføre dekontekstualiserte tester for underliggende kroppsfunksjoner som styrke eller hukommelse, for så å spekulere i om disse kan være årsaken til pasientens utfordringer med aktivitetsutførelse (Fisher & Marterella, 2019).

2.4 Kartleggingsmetoder brukt av ergoterapeuter

I en studie av hvilke kartleggingsredskaper ergoterapeuter benytter, fant Alotaibi et al. (2009) ut at de fleste redskapene rettet seg mot kroppsstrukturer og funksjon. Selv om de anerkjenner viktigheten i å identifisere faktorer som kan påvirke den funksjonelle utførelsen av aktivitet, foreslår forfatterne at kartleggingsmetoder som ser på kroppsstrukturer og funksjon ikke bør være hovedfokuset i ergoterapi. Alotaibi et al. (2009) oppfordrer dermed ergoterapeuter til å fokusere på kartleggingsmetoder som er aktivitetsfokuserende, noe som reflekterer

kjernekompetansen til ergoterapeuter. I en norsk spørreundersøkelse fra 2013, oppga 73.9% av ergoterapeuter at de brukte undersøkelses- og vurderingsredskaper og 60% svarte at de brukte disse daglig eller ukentlig (Hagby et al., 2014). Det var ergoterapeuter med spesialistgodkjenning som hyppigst brukte slike vurderingsredskaper, hovedsakelig innen somatisk og eldres helse. I en annen studie basert på samme spørreundersøkelse av Dolva et al. (2015) ble det undersøkt hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper som brukes blant norske ergoterapeuter. De kartleggingsredskapene som ble rapportert brukt flest ganger var COPM, MMSE og Sunnaas ADL indeks. Disse kartleggingsredskapene blir av forfatterne klassifisert som blant annet «aktivitet» i ICF. Piernik-Yoder og Beck (2012) utførte en spørreundersøkelse der 794 ergoterapeuter svarte. Resultatene av denne undersøkelsen viste at ergoterapeuter som jobber med barn oftere brukte standardiserte verktøy enn de som jobbet med voksne. Undersøkelsen støtter resultatene fra studien til Alotaibi et al. (2009), nemlig at vurderingsredskapene i hovedsak fokuserte på kroppsfunksjoner og i liten grad aktivitet og deltakelse. En studie utført i New Zealand undersøkte kartleggingsmetoder som ble brukt av ergoterapeuter i den akutte sykehussettingen. Studien viste at majoriteten av kartleggingsmetoder i den akutte settingen var ikke-standardiserte, og det ble hovedsakelig brukt intervjuer og observasjon av pasientens utførelse av funksjonsoppgaver (Robertson & Blaga, 2013). Asaba et al. (2017) utførte en studie for å undersøke ergoterapeuters erfaringer med å implementere den aktivitetsbaserte kartleggingsmetoden AMPS i sin praksis. De fant ut at ergoterapeuter hadde utfordringer med å implementere klientsentrerte og aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder. Stigen, Bjørk og Lund (2020) undersøkte ergoterapeuter i kommunehelsetjenestens beskrivelser av å utføre observasjoner ved kartlegging av kognitive utfordringer. Resultatene viste at ergoterapeuter så på observasjon som en del av kjernekompetansen. Det var ustrukturerte observasjoner som ble mest verdsatt, grunnet at observasjonene ble ansett som mer realistiske. Forfatterne fremmet likevel et behov for standardiserte aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder for å øke strukturen og kompetansen til ergoterapeutene (Stigen, Bjørk & Lund, 2020).

2.5 Intervensjoner brukt av ergoterapeuter

Det er utført flere studier rundt ergoterapeuters bruk av ulike intervensjonsmetoder ved slagrehabilitering på sykehus. Latham et al. (2006) fant ut at 40% av intervensjonene som ble utført var rettet mot daglige aktiviteter, mens 50% var rettet mot kroppsfunksjoner. Lignende funn ble også gjort i andre studier, slagpasientene fikk i større grad intervensjoner rettet mot

kroppsfunksjoner og i liten grad rettet mot ADL (aktiviteter i dagliglivet) (Gustafsson, Nugent & Biro, 2012; Smallfield & Karges, 2009). I en kunnskapsoppsummering av ergoterapi på intensivavdelinger på sykehus, fremstår det som at intervensjonene som ble brukt i hovedsak var rettet mot mobilitet, passiv bevegelsestrening og kognitiv stimulering. Kun en av studiene inkludert i kunnskapsoppsummeringen nevnte ADL trening som intervensjon (Weinreich, Herman, Dickason & Mayo, 2017). I en annen kunnskapsoppsummering av ergoterapiintervensjoner på akutte geriatriske avdelinger, ble det funnet at intervensjoner rettet mot ADL og bruk av hjelpemidler ble mest brukt. Intervensjonene ble supplert med andre teknikker som kognitiv stimulering, sensorisk stimulering, posisjoneringsteknikker og undervisning rettet mot familien eller omsorgspersoner (Cuevas-Lara et al., 2019). En studie som omhandlet ergoterapeuter innen barns helse i Australia fant ut at de vanligste intervensjonene var rettet mot daglige aktiviteter og undervisning til foreldre. Sansintegrasjon og trening i bruk av hjelpemidler ble også mye brukt (Rodger, Brown & Brown, 2005).

Oppsummert viser tidligere studier at intervensjonene ergoterapeuter bruker i mindre grad er rettet mot daglige aktiviteter, og i større grad rettet mot trening av kroppsfunksjoner.

2.6 Kunnskapsstatus – aktivitetsbasert praksis

Begrepet aktivitetsbasert praksis har ikke en universelt akseptert definisjon og er definert på forskjellige måter i litteraturen. Felles for de ulike forståelsene er at det skal brukes aktivitet i kartlegging og/eller intervensjon. Aktiviteten skal være av relevans for pasienten, og støtte pasientens interesser, behov, helse og deltakelse i hverdagslivet (Lloyd et al., 2019).

Litteraturen gir vitenskapelig støtte for bruken av aktivitetsbasert praksis. I en kunnskapsoppsummering gjort av Wolf, Chuh, Floyd, McInnis og Williams (2015) viser funnene at bruk av aktivitetsbaserte intervensjon bedrer slagpasienters aktivitetsutførelse i daglige aktiviteter. Aktivitetsbasert praksis tenderer også til å bedre generell helse og følelsesmessige problemer hos pasienter med slag (Tomori et al., 2015). En litteraturgjennomgang av Gutman og Schindler (2007) viser at engasjement i meningsfulle aktiviteter kan stimulere nervesystemet og forbedre helse og velvære. En kunnskapsoppsummering av Murray et al. (2020) viser at en sterkere profesjonell identitet hos ergoterapeuter ofte blir trukket frem i litteraturen som et utfall av å bruke en aktivitetsbasert praksis. Ergoterapeutene følte en sterkere tilhørighet til de filosofiske verdiene i ergoterapi når praksisen var fokusert på aktivitet. Det ble også rapportert at ergoterapeuter følte seg mer

verdsatt i det tverrfaglige teamet når de jobbet på en aktivitetsbasert måte, som igjen ga økt motivasjon (Wilding & Whiteford, 2008).

Det har blitt utført ulike studier av ergoterapeuters bruk av aktivitetsbasert praksis. Lloyd et al. (2019) undersøkte ergoterapeuters bruk av aktivitetsbasert intervensjon. Deltakerne ble rekruttert gjennom det amerikanske ergoterapiforbundet (American Occupational Therapy Association) og jobbet på ulike institusjoner, sykehus og i hjemmetjenesten. Deltakerne ble spurt om å rangere tiden de brukte på forskjellige intervensjonstyper. I gjennomsnitt brukte deltakerne 34% av tiden sin på aktivitetsbaserte intervensjoner. Det ble ikke funnet noen sammenheng mellom tiden ergoterapeutene brukte på aktivitetsbasert praksis og erfaring, utdanning eller jobbsetting. I en studie av Grice (2015) vedrørende håndterapi, kom det frem at rundt halvparten av deltakerne brukte aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder daglig. Den mest brukte aktivitetsbaserte kartleggingsmetoden var observasjon av aktiviteter i dagliglivet (ADL). Studien konkluderte med at selv om deltakerne brukte en medisinsk tilnærming, så de på aktivitet som viktig for funksjon og deltakelse i aktiviteter i hverdagslivet. En annen spørreundersøkelse innenfor håndterapeutisk praksis fant ut at nesten alle ergoterapeutene trodde det var fordelaktig med å bruke aktivitet som behandling i håndterapi (Colaïanni & Provident, 2010). I den samme studien rapporterte 66% av deltakerne også at aktivitetsbasert praksis gir mening, motivasjon og meningsfullhet for pasienten. I en amerikansk spørreundersøkelse av Mulligan et al. (2014) svarte 86% av ergoterapeuter ved sykehus og institusjoner at det er ekstremt viktig å tilby en intervensjon som direkte retter seg mot pasientens aktivitetsbehov. Da de ble spurt hvor ofte de brukte aktivitetsbasert praksis svarte 73% at de alltid eller ofte brukte denne tilnærmingen. Resultatene viste også at de med lengst erfaring hadde en tendens til å jobbe mer aktivitetsbasert enn mer uerfarne terapeuter. I hvilken grad deltakerne jobbet aktivitetsbasert ble deretter utforsket ved å se på hvilke kartleggingsmetoder de brukte. De ble spurt om å oppgi de fem mest brukte kartleggingsmetodene i deres praksis. Av kartleggingsmetodene som ble nevnt ble 22% klassifisert som aktivitetsbaserte metoder og 44% ble klassifisert som kartlegging av kroppsfunksjoner. Studien konkluderte med at kartleggingsmetodene, utstyret og aktivitetene ergoterapeutene oftest brukte hadde en tendens til å fokusere mer på evaluering og forbedring av kroppsfunksjoner enn på aktivitetsutførelse. I en kvalitativ studie av ergoterapeuter på et sykehus i Sør-Afrika kom det frem at deltakerne mente at aktivitet er sentralt i ergoterapi og at det er viktig å bevare betydningen av aktivitet i profesjonen. Det kom også frem at ergoterapeutene opplevde at de hadde forskjellige tanker om egen rolle og praksis enn andre

ergoterapeuter som ikke jobbet på sykehus, ved at de brukte en medisinsk tilnærming (April et al., 2017). Ergoterapeuter innen pediatrien opplevde også aktivitetsbasert praksis som givende (Estes & Pierce, 2012). I en studie utført av Psillas (2019) svarte deltakerne at når de brukte aktivitetsbasert praksis fremstod det som at pasientene ble raskere bedre, nådde målene sine fortere og var mer tilfredse. De ergoterapeutene som rapporterte bruk av aktivitetsbasert praksis, uttrykte selv at de følte seg nyttig og tilfredse som terapeuter.

Ergoterapeuter i et medisinsk miljø uttrykker vanskeligheter med å utøve en aktivitetsbasert intervensjon samtidig som de må møte helsevesenets krav (Rogers, 2007). Rogers (2007) bemerket at selv om ergoterapeuter ble oppfordret til oftere å bruke aktivitetsbaserte intervensjoner i den daglige praksisen, rapporterte studenter i praksis tilbake til skolen at de hovedsakelig deltok i trening som var en forberedelse til senere aktivitetsutførelse. Rogers kommer videre med et eksempel der en ergoterapeut brukte 80% av den kliniske tiden med pasienter på forberedende aktiviteter, som å øke bevegeligheten gjennom trening, med det endelige målet om å bedre utførelse og engasjement i aktivitet. Rogers (2007) skriver videre at det er viktig å ta i betraktning at den medisinske modellen begrenser en aktivitetsbasert intervensjon, som krav til produktivitet og dokumentasjonsforventninger. Munin et al. (2010) rapporterer at ergoterapeuter har utfordringer med å definere hva aktivitet var i det medisinske feltet. Ergoterapeuter i denne studien rapporterte at nesten halvparten av alle intervensjonene rettet mot over ekstremitets styrke ble utført gjennom trening. I en studie om ergoterapeuters erfaringer og perspektiver mot en aktivitetsbasert praksis i Thailand, ble det funnet at trening av ADL var det mest brukte når det kom til aktivitetsbasert praksis. De fant også at ved implementering av aktivitetsbasert praksis ble den profesjonelle identiteten styrket (Kaunnil et al., 2020). I en kunnskapsoppsummering av Murray et al. (2020) ble det funnet lite evidens for at ergoterapeuter implementerer aktivitetsbasert praksis i den akutte settingen. Kun en av studiene i oppsummeringen viste at ergoterapeuter ved nevrologiske avdelinger ikke hadde vanskeligheter med å implementere aktivitetsbasert praksis (Ahmed-Landeryou, 2010). Andre studier i kunnskapsoppsummeringen viser at på tross av at ergoterapeutene verdsatte aktivitetsbasert praksis, var det få eksempler på at tilnærmingen ble implementert i praksis (Murray et al., 2020).

Tidligere studier av ergoterapeuters bruk av aktivitetsbasert praksis viser, kort oppsummert, at ergoterapeuter har en tendens til ikke å bruke en aktivitetsbasert tilnærming som sin primære

metode. Likevel rapporterer de at de tror aktivitetsbasert praksis har flere fordeler, blant annet fordi det er viktig for pasientens funksjon og aktiviteter i dagliglivet.

2.7 Kunnskapsstatus – barrierer for aktivitetsbasert praksis

I litteraturen er det fremhevet ulike barrierer for å implementere aktivitetsbasert praksis i settinger som sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner. Det som fremheves kan plasseres innen tre forskjellige kategorier; omgivelsene, ergoterapeuten og pasienten.

2.7.1 Omgivelsene

Den fysiske settingen, kulturen ved institusjonen, ressurser, krav og tidsbegrensninger ble identifisert som barrierer til aktivitetsbasert praksis i flere ulike studier (April et al., 2017; Colaianni & Provident, 2010; Daud et al., 2016; Estes & Pierce, 2012; Lloyd et al., 2019). Sykehusavdelinger blir oppfattet som kunstige, med begrenset plass og ressurser til å engasjere pasienten i aktivitet (Britton et al., 2015; Keesing & Rosenwax, 2011). Det ble blant annet rapportert at det var lettere å dokumentere kroppsfunksjonstrening, sammenliknet med aktivitetsbasert intervensjon. Faktorer som mangel på behandlingsplass og begrenset tid med pasientene ble også rapportert som barrierer (Lloyd et al., 2019). En annen barriere kan være det tverrfaglige teamets perspektiv på at bevegelse og styrketrening er veien til økt funksjon, dermed blir pasientens ferdigheter innen daglige aktiviteter oversett. Deltakerne påstod også at det tok mer tid å utføre aktivitetsbasert intervensjon, og at de ikke hadde tid til dette på grunn av høyt volum av pasienter hver dag (Daud et al., 2016). Ergoterapeutene fikk ofte henvisninger med pasientens svekkelse som fokus, noe som oppfordrer til en bottom-up tilnærming og dermed hindrer en aktivitetstilnærming (Keesing & Rosenwax, 2011; Wilding & Whiteford, 2008). Restriksjoner ved behandlingsprotokoller blir også sett på som en barriere for aktivitetsbasert praksis i håndterapi (Colaianni & Provident, 2010).

2.7.2 Ergoterapeuten

I studien av Lloyd et al. (2019) rapporterte noen deltakere at de selv var en barriere for aktivitetsbasert intervensjon. De skrev at de ikke hadde fantasi eller tid til å planlegge aktivitetsbasert intervensjon. En deltaker oppga også at det krevde en ekstra innsats. I en studie av Estes og Pierce (2012) ble det også belyst at mangel på erfaring kunne være en hindring for aktivitetsbasert praksis, da ergoterapeutene var mer kjent med kartlegging og intervensjoner som var basert på kroppsfunksjoner.

2.7.3 Pasienten

Pasientens synspunkt og oppfatning av hva ergoterapi er, og hva de burde gjøre i ergoterapitimene ble oppfattet som en barriere. En deltaker rapporterte at pasienter ikke føler at de har trent dersom de ikke har gjort treningsøvelser (Lloyd et al., 2019). I en studie gjort i Malaysia kom også frem til at det var en utfordring at pasientene ikke forstod hensikten med aktivitetsbasert praksis eller rollen til ergoterapeuten. Pasientene hadde en oppfatning om at det kun var bevegelse og styrke som var viktig for deres funksjon. Pasientene ble også mer motivert til å trene med avansert utstyr, i kontrast til aktivitetsbasert praksis som ofte bruker utstyr som er relatert til pasientens aktivitet (Daud et al., 2016). I studien til Colaianni og Provident (2010) oppga 22% av ergoterapeutene at de hadde utfordringer med pålitelighet og mangel på troverdighet ved en aktivitetsbasert intervensjon.

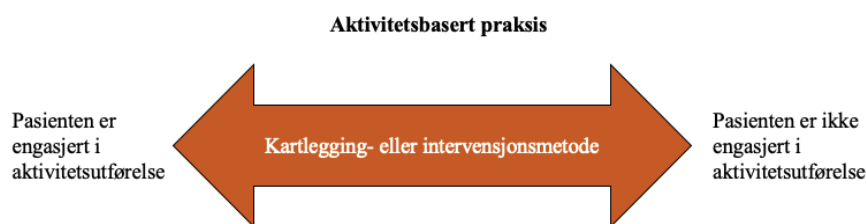
3 TEORI

Teorien som vil bli brukt i denne studien er Anne Fishers og Abbey Marterellas (2019) teori om aktivitetsbasert praksis fra boken «Powerful Practice – A Model for Authentic Occupational Therapy». Boken omhandler hovedsakelig arbeidsprosessmodellen Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) som skal fremme en aktivitetssentrert tilnærming, men boken inneholder også en detaljert beskrivelse av aktivitetsbasert praksis. I denne studien er det teorien om aktivitetsbasert praksis fra Fisher og Marterella (2019) som er brukt som en definisjon for hva en aktivitetsbasert praksis innebærer. Teorien ble også brukt i utformingen av spørreskjemaet og i analysen av kartleggings- og intervensjonsmetoder som ble oppgitt i spørreskjemaet.

Fisher og Marterella bruker ulike termer for et aktivitetsfokus i boken. Begrepet «aktivitetssentrert» rettes mot ergoterapeuters profesjonsspesifikke perspektiv og måte å tenke om pasienter og deres aktiviteter på. Dette sikrer at aktivitet plasseres i sentrum av den kliniske resonneringen, og forbinder alt som blir gjort til kjerneparadigmet i ergoterapi. Begrepet «aktivitetsbasert» retter seg mot det som bør være ergoterapeuters primære metode, nemlig å engasjere pasienten i aktivitet. Både ved kartlegging og intervensjon skal pasienten aktivt engasjeres i en «ekte» aktivitetsutførelse. Det siste begrepet som brukes er «aktivitetsfokusert», dette innebærer at aktivitet er det proksimale fokuset ved en kartlegging eller intervensjon. Kartleggingen må være rettet mot å vurdere pasientens aktivitetsutførelse,

aktivitetserfaring eller deltakelse direkte. Aktivitetsfokuserte intervensjoner betyr at aktivitet er det proksimale eller umiddelbart tenkte utfallet.

I denne studien er hovedfokuset på begrepet «aktivitetsbasert». Derfor vil begrepet videre utdypes. For ergoterapeuter er basen aktivitet, og når ergoterapeuter bruker aktivitetsbaserte metoder for kartlegging eller intervensjon, engasjerer de pasienten i en aktivitet, for eksempel morgenstell eller matlaging. Aktivitetsbasert praksis innebærer at pasienten er engasjert i en «ekte» aktivitetsutførelse som er personlig relevant. I boken understrekes viktigheten av å bruke aktivitetsbaserte metoder både ved kartlegging og intervensjon (Fisher & Marterella, 2019). Et kontinuum (figur 1) legges frem for å kunne brukes til å evaluere i hvilken grad en kartlegging eller intervensjon er aktivitetsbasert. På den venstre siden av kontinuumet er pasienten engasjert i aktivitet, mens på den høyre siden av skalaen er pasienten ikke engasjert i aktivitet.



Figur 1: Aktivitetsbasert praksis kontinuum

3.1 Kartlegging

For at en kartleggingsmetode skal være aktivitetsbasert er det viktig at ergoterapeuten observerer pasienten i en ekte aktivitet. Både utførelsesanalyser og oppgaveanalyser blir brukt av ergoterapeuter ved implementering av en autentisk «top-down» kartlegging. Ifølge Fisher og Marterella (2019) starter en ergoterapeut som gjennomfører en autentisk «top-down» tilnærming med å samle informasjon om pasientens aktivitetsutfordringer for så å fastslå hvilke aktiviteter pasienten vil prioritere. Deretter utføres det observasjon av pasientens aktivitetsutførelse i relevante og meningsfulle aktiviteter. Ergoterapeuter kan bruke både uformell kartlegging ved observasjon og/eller standardiserte kartleggingsverktøy. Fordelen med de standardiserte verktøyene er at de gir sensitive, evidensbaserte mål av en persons aktivitetsutførelse, basert på observasjon av personens faktiske utførelse av ekte og relevante daglige aktiviteter. Kartleggingsmetoder som ikke involverer observasjon av pasienter i aktivitet, regnes ikke som aktivitetsbasert. Dermed er ikke intervjuer, spørreskjemaer,

kartlegging av omgivelser eller dekontekstualiserte tester av kroppsfunksjoner regnet som aktivitetsbasert.

3.2 Intervensjon

Ved intervensjon brukes kontinuumet av hvor aktivitetsbasert en intervensjon er (figur 1). Fisher og Marterella (2019) legger frem et eksempel om en gutt som får skrivetrening. Gutten ønsker å delta i skriveoppgavene som blir gitt av læreren på skolen. Dersom intervensjonen til ergoterapeuten involverer å engasjere gutten i skriveaktiviteter som å formulere setninger eller avsnitt, utfører ergoterapeuten en intervensjon som er aktivitetsbasert, og hører til på den venstre siden av kontinuumet. Dersom ergoterapeuten hadde fått gutten til å følge border på et ark, ville ikke intervensjonen vært aktivitetsbasert fordi gutten ikke deltar i en ekte aktivitetsutførelse i skriving. Intervensjonen plasseres da nær den høyre enden av kontinuumet. Et liknende eksempel, hvis en ergoterapeut engasjerer en pasient i øvelser som å dra i strikk, speilterapi eller armsykkel, er det et fravær av ekte aktivitet i basen av intervensjonen. Til slutt, undervisning er ikke en aktivitetsbasert intervensjon. Selv om deltakerne lærer om og diskuterer aktivitet, er de ikke fysisk engasjert i aktivitetene de lærer om eller diskuterer.

4 METODE

4.1 Design

For å besvare forskningsspørsmålene er det utført en kvantitativ studie med tverrsnittsdesign. En kvantitativ metode gir informasjon som lar seg tallfeste og gir dermed mulighet til å se på likheter og variasjoner i hvordan deltakerne svarer (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016). Studien har et deskriptivt og eksplorativt design basert på surveymetodikk. Ettersom studien er eksplorativ, er det ikke utformet hypoteser. Det er heller ikke tilstrekkelig empirisk grunnlag for å legge frem hypoteser. En spørreundersøkelse (survey) er en systematisk metode for å samle inn data fra et utvalg personer, for så å gi en statistisk beskrivelse av den populasjonen utvalget er hentet fra (Ringdal, 2018).

4.2 Utvikling av spørreskjema

Da det ikke ble funnet tilgjengelige standardiserte spørreskjemaer som allerede var utviklet for å undersøke hvorvidt praksisen blant ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten er aktivitetsbasert, er det blitt utformet et spørreskjema spesielt designet til denne studien.

Spørreskjemaet er utviklet av undertegnede i samråd med masteroppgavens veileder Tore Bonsaksen.

4.2.1 Spørreskjema før pilot

Det ble først utformet et utkast til spørreundersøkelsen på bakgrunn av tidligere forskning og teorien om aktivitetsbasert praksis av Fisher og Marterella (2019). Det ble valgt å dele inn spørsmålene med overskrifter. Disse overskriftene er «om deg», «kartleggingsmetoder», «intervensjoner», «barrierer for en aktivitetsbasert praksis» og «angi hvor enig eller uenig du er i de følgende påstandene».

Om deg

Spørsmålene under overskriften «Om deg» inneholdt demografiske spørsmål som kjønn (mann/kvinne), fødselsår, hvilket år ferdig utdannet og høyeste fullførte utdanning (grunnutdanning, mastergrad og doktorgrad). Det ble også tatt med et spørsmål om hvilket fagområde deltakerne hovedsakelig jobber i, og disse kategoriene ble hentet fra Ergoterapeutenes fagområder i ergoterapi (Ergoterapeutene, u.å.). De demografiske variablene ble valgt for å beskrive utvalget og for å svare på forskningsspørsmålet om sammenheng mellom disse variablene og bruk av aktivitetsbasert praksis.

Kartlegging- og intervensjonsmetoder

Fordi aktivitetsbasert praksis både inneholder kartlegging og intervensjon, ble det utformet spørsmål til begge. Spørsmålene om kartlegging og intervensjon var like, først en del med tre spørsmål om kartlegging og deretter en del med de tre samme spørsmålene om intervensjon. Det første spørsmålet omhandlet hvilke fem kartleggings- eller intervensjonsmetoder som oftest brukes, og var inspirert av et lignende spørsmål i studien til Mulligan et al. (2014). Svaralternativene var fem bokser med fritekst. Grunnen til at det ble valgt fritekst, er at det ville vært for mange svaralternativer å liste opp. Svarene på dette spørsmålet vil få frem den faktiske bruken av aktivitetsbasert praksis. Videre fulgte et spørsmål om hvor ofte ergoterapeuten utfører kartleggings- eller intervensjonsmetoder der pasienten er engasjert i en aktivitet, inspirert av et lignende spørsmål i studien til Grice (2015). Svaralternativene her var en Likert-skala som innebar at deltakeren måtte ta stilling til ulike utsagn (Eberhard-Gran & Winther, 2017). Kategoriene er gradert i rekkefølge og de er derfor kalt kategorisk ordinale. Det neste spørsmålet handlet om i hvilken grad aktivitetsbasert praksis blir brukt i kartlegging eller intervensjon. Dette spørsmålet er valgt grunnet at selvrapportert grad av aktivitetsbasert

praksis fremstod som et interessant aspekt og er direkte knyttet til studiens første forskningsspørsmål. Svaralternativene til dette spørsmålet er også en kategorisk ordinal Likert-skala med alternativene «ikke aktivitetsbaserte», «litt aktivitetsbaserte», «ganske aktivitetsbaserte» og «svært aktivitetsbaserte».

I spørreskjemaet ble termen «aktivitet» forklart slik «*Termen «aktivitet» vil i denne studien innebære aktiviteter i dagliglivet, fritidsaktiviteter, jobbaktiviteter og sosiale aktiviteter*». Termen «aktivitetsbasert» ble forklart slik «*Termen «aktivitetsbasert» vil i denne studien innebære at pasienten er engasjert i en aktivitet som er relevant og meningsfull for han/henne*». Disse forklaringene ble tatt med slik at deltakerne skulle ha lik forståelse av hva disse begrepene innebar.

Barrierer for en aktivitetsbasert praksis

Videre i spørreskjemaet fulgte et spørsmål om barrierer. Det ble listet opp 10 barrierer hvor deltakeren skulle svare på i hvilken grad de nevnte barrierene er et hinder for en aktivitetsbasert praksis. De 10 barrierene ble hentet fra tidligere forskning (se avsnitt 2.7). Svaralternativene var kategorisk ordinale på en skala fra «ikke et hinder» til «svært stort hinder».

Angi hvor enig eller uenig du er i de følgende påstandene

Til slutt i spørreskjemaet ble deltakerne forelagt fire påstander som de skulle ta stilling til. Påstander benyttes stadig mer i forskning (Jacobsen, 2015). Påstandene omhandlet deltakernes holdninger til aktivitetsbasert praksis. To av påstandene, «jeg mener aktivitetsbasert praksis er viktig» og «jeg mener all ergoterapipraksis bør inneholde aktivitetsbasert praksis», var inspirert av lignende påstander i Grice (2015). De to siste påstandene, som handlet om hvorvidt aktivitetsbasert praksis var verdsatt av kollegaer og lederen på arbeidsplassen, ble valgt for å se om kulturen på arbeidsplassen verdsatte aktivitetsbasert praksis. Svarkategoriene til påstandene var Likert-skalaer med alternativene «svært uenig», «ganske uenig», «nøytral», «ganske enig» og svært enig. Det ble valgt å inkludere en midtkategori grunnet at ikke alle har sterke meninger, og man unngikk dermed at enkelte deltakere opplevde seg tvunget til å ta et standpunkt.

4.2.2 Tilbakemeldinger fra pilotdeltakerne og endringer

Ifølge Eberhard-Gran og Winther (2017) bør det alltid gjennomføres en pilotundersøkelse før distribuering av en spørreundersøkelse. Det ble utført en pilotering av den utviklede spørreundersøkelsen med seks utvalgte ergoterapeuter i forkant av datainnsamlingen. Fire av pilotdeltakerne var ansatt ved forskjellige avdelinger på et stort sykehus og to var ansatt ved en rehabiliteringsinstitusjon. De så etter uklarheter og nødvendige forandringer.

Spørreskjemaets gjennomførbarhet og face validity ble undersøkt, det vil si at pilotdeltakerne vurderte om spørreskjemaet var klinisk fornuftig og gyldig uten at det ble gjennomført formelle analyser. Det ble gitt tilbakemelding på tittelen, oppsettet, instruksjonen, gjennomføringstid med mer. Tilbakemeldingen ble sendt skriftlig på e-post til undertegnede.

Det ble gjennomført følgende endringer etter tilbakemeldingene fra pilotdeltakerne; Det ble lagt til «bachelor med videreutdanning» som alternativ for utdanning. Det ble lagt til mer informerende tekst og eksempler til spørsmålene om de fem mest brukte kartleggings- og intervensjonsmetodene. Dette fordi både pilotdeltakerne så behovet for dette, samt at undertegnede så at svarene som kom inn kunne være vanskelig å analysere grunnet mangel på kontekst. Informasjonsteksten til spørsmålet om kartlegging informerte om at det var mulig å oppgi både standardiserte og ikke-standardiserte kartleggingsmetoder. Det ble lagt frem kjente kartleggingseksempler fra den kliniske settingen. Informasjonsteksten tilhørende intervensjoner orienterte om at deltakeren skulle gi en kort forklaring på hvordan intervensjonen ble utført. Det ble også lagt frem eksempler på mulige svar, eksemplene var kjente intervensjoner fra den kliniske settingen. Ettersom det ble oppdaget under pilotundersøkelsen at noen deltakere hadde svart flere metoder per felt, ble det lagt til en presisering om at det kun skulle oppgis en kartleggingsmetode eller intervensjon per felt. En annen tilbakemelding var at ikke alle ergoterapeuter utfører intervensjoner på sin arbeidsplass, det ble derfor lagt til en mulighet for å hoppe over disse spørsmålene. En av de opplistede barrierene ble endret fra «restriksjoner fra behandlingsprotokoller» til «restriksjoner fra retningslinjer og fagprosedyrer», grunnet at dette var uttrykk som var mer kjent i den kliniske settingen. Det ble også lagt til en mulighet for å beskrive andre barrierer enn de opplistede i fritext dersom man ønsket det.

Etter innsending og tilbakemeldinger fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble det gjort noen mindre endringer og spørreskjemaet ble ferdigstilt. Det endelige spørreskjemaet er å finne som vedlegg 2.

4.3 Datainnsamling og rekruttering

Datainnsamlingen ble utført i januar 2021. Deltakerne ble rekruttert ved at det ble opprettet telefonkontakt med sykehus og institusjoner i spesialisthelsetjenesten over hele Norge. Kontaktpersonene ved sykehusene og institusjonene var i all hovedsak avdelingsledere, fagutviklingsergoterapeuter eller ledere for forskning og utviklingsarbeid (FoU). Dersom de godkjente at det kunne rekrutteres ergoterapeuter fra deres ansatte, fikk kontaktpersonene tilsendt en e-post. Denne videresendte de til sine ergoterapeuter. E-posten inneholdt en invitasjon om å delta i spørreundersøkelsen og lenke til spørreskjemaet (vedlegg 3). Spørreskjemaet er et elektronisk skjema, da dette er effektivt og kan nå frem til mange. Det er også kostnadseffektivt og tidsbesparende. Ulempen med å administrere spørreundersøkelsen elektronisk er at svarprosenten kan være lav. Data og svar ble samlet inn med tjenesten «Nettskjema», som er et verktøy til å utforme og administrere spørreundersøkelser på internett. Tjenesten er utviklet og driftet av Universitetet i Oslo og er en sikker løsning for nettbasert datainnsamling.

4.4 Deltakere

Deltakerne var autoriserte ergoterapeuter ansatt i den norske spesialisthelsetjenesten. Det er vanskelig å oppgi eksakt hvor mange ergoterapeuter som fikk tilsendt spørreundersøkelsen fra kontaktpersonene. Beregnet ut fra antallet ergoterapeuter kontaktpersonene informerte om at jobbet på deres sykehus/institusjon, er det beregnet at rundt 470 ergoterapeuter fikk tilsendt spørreundersøkelsen.

4.5 Analyse

4.5.1 Kategoriseringen av kartleggings- og intervensjonsmetoder

Svarene fra de kvalitativt utformede spørsmålene om de fem mest brukte kartleggings- og intervensjonsmetodene, ble klassifisert i kategorier. Først ble svarene undersøkt, og det ble dannet et overordnet bilde av innholdet. Dette dannet grunnlaget for formuleringen av kategoriene. Kategorien «underliggende funksjoner» er inspirert av hvordan Fisher og Marterella (2019) beskriver «dekontekstualiserte tester av underliggende kroppslige

funksjoner» ved eksemplene bevegelsesutslag, styrke, hukommelse, sensorisk prosessering, motorisk planlegging og emosjonell regulering. Ut fra dette vil kategorien «underliggende funksjoner» i denne studien inneholde svar rettet mot både fysiske, kognitive og psykiske funksjoner. Fisher og Martellas (2019) teori om aktivitetsbasert praksis (beskrevet i punkt 3) ble brukt for å kategorisere svarene som «aktivitetsbasert». Resterende kategorier ble formulert ut fra innholdet i svarene.

Etter den kvalitative formuleringen av kategoriene ble det deretter analysert hvordan kartleggings- og intervensjonsmetodene frekvens- og prosentvis fordelte seg mellom kategoriene.

4.5.2 Analyse av det åpne spørsmålet om barrierer

Svarene ble gruppert i et mindre antall kategorier etter Jacobsen (2015) sin beskrivelse av analysing av åpne spørsmål ved spørreundersøkelser. Først ble svarene delt inn i ulike kategorier, før det så ble telt opp hvor mange som nevnte hver enkelt kategori.

4.5.3 Deskriptive analyser

De kvantitative dataene ble analysert med deskriptiv statistikk. Frekvens- og prosentberegninger er brukt på kategoriske variabler og gjennomsnitt. Standardavvik (SD) er brukt på kontinuerlige variabler. Alle statistiske analyser ble utført i statistikkprogrammet SPSS (IBM Corp, 2020).

4.5.4 Analyse av sammenhenger

Sammenhenger mellom selvrapportert grad av aktivitetsbasert praksis ved kartlegging/intervensjon og demografiske data, samt rapporterte barrierer ble undersøkt med logistisk regresjon. Logistisk regresjon er en modell for å forutse kategoriske utfall fra kategoriske eller kontinuerlige prediktorer. Enkelt forklart betyr dette å forutse hvilke av to kategorier en deltaker er mest sannsynlig å tilhøre, gitt deres skår på prediktorene (Field, 2018). Som et innledende steg i den logistiske regresjonen ble svaralternativene på den avhengige variabelen om selvrapportert grad av aktivitetsbasert praksis dikotomisert fra en ordinal skala: svar i kategoriene «svært» og «ganske» aktivitetsbasert ble omkodet til «høy grad av aktivitetsbasert praksis», og svar i kategoriene «litt» og «ikke» aktivitetsbasert ble omkodet til «lav grad av aktivitetsbasert praksis». Utdanningsvariabelen ble dikotomisert til å representere bachelorgrad versus høyere utdanning (bachelorgrad med videreutdanning,

mastergrad og doktorgrad). Ved å bruke en dikotom avhengig variabel blir modellen kalt en binær logistisk regresjon. Forutsetningene for å kunne utføre en logistisk regresjon er at avhengig variabel må være kategorisk og prediktorene må være uavhengige av hverandre. For å sjekke uavhengighet mellom prediktorene ble det som, anbefalt av Pallant (2020), utført en «collinearity statistics». Ingen av prediktorene hadde en «tolerance value» under 0.1 noe som indikerer at det ikke var for høye korrelasjoner mellom prediktorene.

Det ble først utført en enkel logistisk regresjonsanalyse som analyserer en og en prediktor/variabel. Deretter ble det utført en multipl logistisk regresjonsanalyse der alle variabler ble inkludert samtidig i analysen. Den multiple analysen sier noe om hvordan prediktorene påvirker den avhengige variabelen hver for seg, samtidig som det justeres for samvariasjonen mellom prediktorene.

Effektmaßet odds ratio (OR) er viktig i tolkningen av logistisk regresjon. OR er forholdet mellom to odds. I denne analysen er det forholdet mellom odds for liten eller stor grad av aktivitetsbasert praksis, sett i sammenheng med prediktorene. Logistisk regresjon gir estimert odds ratio. OR under 1 indikerer redusert odds for «stor grad av aktivitetsbasert praksis» og OR over 1 indikerer økt odds for «stor grad av aktivitetsbasert praksis». OR lik 1 indikerer ingen sammenheng.

Omnibus Test of Model Coefficients (model fit) angir modellens signifikans. Modellenes forklaringskraft ble undersøkt med Cox & Snell R^2 og Nagelkerke R^2 . Signifikansnivået satt til en p-verdi på 0.05.

4.6 Etiske overveielser

Ettersom spørreundersøkelsen samlet inn bakgrunnsopplysninger som kan føre til at noen av respondentene kan være identifiserbare på bakgrunn av kombinasjonen av svar de gav, ble opplysningene i spørreundersøkelsen behandlet som personopplysninger. Dermed ble prosjektet meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og ble 4.12.20 godkjent (vedlegg 4). Deltakerne ble ved et informasjonsskriv (vedlegg 5) som var vedlagt e-posten med invitasjon til å delta, informert om formålet og hensikten med studien. Deltakerne ble bedt om å krysse av et samtykke til å delta ved spørreundersøkelsens start. Det ble opplyst om at deltakelse er frivillig. All data ble samlet inn er lagret og behandlet i tråd med etablerte rutiner ved OsloMet. Det ble oppgitt når innsamlet data vil bli slettet. Tjenesten «Nettskjema»

kan brukes til anonyme undersøkelser etter gjeldende retningslinjer fra NSD, IP-nummeret til deltakeren ble lagret i en systemlogg, men disse kan ikke kobles til enkelt-svar.

5 RESULTATER

5.1 Demografi

Totalt 124 spørreskjemaer ble fullført. Basert på et estimert utvalg av 470 ergoterapeuter, var svarprosenten på 26%. I utvalget var gjennomsnittsalderen 40.6 år (SD=11.3), og 111 (89.5%) var kvinner. Det var 98 ergoterapeuter som jobbet innenfor somatisk helse (79%). 77 (62.1%) av deltakere hadde minst et år videreutdanning etter fullført bachelorgrad. Gjennomsnittlig erfaringslengde var 15.5 år (SD=10.3). Se oversikt i **tabell 1** (artikkelen).

5.2 Holdninger til aktivitetsbasert praksis

Av deltakerne var det 90 (72.2%) som var svært enig i at aktivitetsbasert praksis er viktig. Det var 73 (58.9%) deltakere som var svært enig i at all ergoterapipraksis burde inneholde aktivitetsbasert praksis. Halvparten av deltakerne var svært enige i at bruken av aktivitetsbasert praksis var verdsatt av sine kollegaer. Bare 39 (31.5%) av deltakerne var svært enige i at aktivitetsbasert praksis var verdsatt av ledelsen der de jobber. Se **tabell 2** (artikkelen).

5.3 I hvilken grad brukes aktivitetsbasert praksis?

Tabell 3 (artikkelen) viser deltakernes fordeling når det kommer til hvor ofte de utfører kartleggingsmetoder eller intervensjoner der pasienten er engasjert i en aktivitet. Når det kommer til kartleggingsmetoder, svarte 94 (75.8%) av ergoterapeutene at de hver arbeidsdag eller ukentlig brukte kartleggingsmetoder der pasienten er engasjert i en aktivitet. Når det kommer til intervensjoner, svarte 94 (84%) av ergoterapeutene at de hver arbeidsdag eller ukentlig utførte intervensjoner der pasienten er engasjert i en aktivitet.

Tabell 4 (artikkelen) viser deltakernes fordeling når det kommer til hvilken grad ergoterapeutene mener at kartleggingsmetodene eller intervensjoner er aktivitetsbaserte. Når det kommer til kartleggingsmetoder, svarte 80 (64.5%) av deltakerne at de mener kartleggingsmetodene de bruker er svært eller ganske aktivitetsbaserte. Når det kommer til intervensjon svarte 91 (81.3%) av ergoterapeutene at intervensjonene de utfører er svært eller ganske aktivitetsbaserte.

I hvilken grad deltakerne brukte aktivitetsbasert praksis, ble deretter utledet fra de rapporterte kartleggings- og intervensjonsmetodene. Deltakerne ble spurt om å oppgi de fem mest brukte kartleggingsmetodene og intervensjonene de brukte oftest i sin arbeidshverdag. Når det kommer til kartlegging, er svarene delt inn i

følgende kategorier; «kartlegging av underliggende funksjon» (kartlegging av kroppsfunksjon, kognitiv funksjon og psykisk funksjon), «intervju eller spørreskjema» (kartleggingsmetoder med fokus på aktivitet eller omgivelsene), «aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder» (kartleggingsmetoder der pasienten er engasjert i en meningsfull aktivitet) og «annet» (kartleggingsmetoder som ikke lot seg kategorisere av ulike årsaker).

Figur 1 (artikkelen) viser fordelingen av kartleggingsmetoder innenfor disse kategoriene. Deltakerne rapporterte 567 kartleggingsmetoder, av disse ble 240 (42%) kategorisert som kartlegging av underliggende funksjoner, 169 (30%) som intervju eller spørreskjema, 148 (26%) som aktivitetsbasert og 10 (2%) ble kategorisert som «annet».

Når det kommer til intervensjoner, er svarene delt inn i følgende kategorier: «underliggende funksjon» (repeterende trening/øvelser av underliggende funksjoner), «veiledning eller terapeutiske samtaler» (f.eks. veiledning i aktivitetsbalanse eller ergonomi), tilrettelegging av omgivelsene (f.eks. boligtilpasninger eller hjelpemidler), «aktivitetsbaserte» intervensjoner som innebærer at pasienten er engasjert i en meningsfull aktivitet og annet (intervensjoner som ikke lot seg kategorisere av ulike årsaker). **Figur 2** (artikkelen) viser fordelingen av intervensjoner innenfor disse kategoriene. Deltakerne rapporterte 471 intervensjonsmetoder, av disse ble 101 (21%) kategorisert som intervensjoner rettet mot underliggende funksjoner, 114 (24%) ble kategorisert som veiledning eller terapeutiske samtaler, 30 (6%) som tilrettelegging av omgivelsene, 180 (38%) som aktivitetsbaserte intervensjoner og 46 (10%) ble kategorisert som «annet».

5.4 Hvilke barrierer rapporteres som hinder for en aktivitetsbasert praksis?

Deltakerne fikk spørsmål om i hvilken grad en rekke barrierer var et hinder for aktivitetsbasert praksis i arbeidshverdagen. Se **tabell 5** (artikkelen) for oversikt over hvordan svarene fordelte seg. Barrierene med flest svar i «stort hinder» og «svært stort hinder» kategoriene var «mangel på tid til å utføre», «mangel på plass» og «mangel på utstyr». De fleste deltakerne (n=109, 87.9%) svarte at «ergoterapeutkollegaer verdsetter det ikke» ikke var et hinder for aktivitetsbasert praksis.

5.4.1 Andre barrierer

Det var 38 deltakere som svarte på spørsmålet «dersom du opplever andre barrierer for en aktivitetsbasert praksis enn overnevnte, vennligst beskriv dem». Kategoriene som ble nevnt flest ganger var «kort liggetid» (n=11), «mangel på rom» (n=7), «for syke pasienter» (n=5), «for få ergoterapeuter» (n=5), «jobber poliklinisk» (n=3) og «bestilling av tester» (n=3).

Resterende kategorier ble kun nevnt en eller to ganger.

5.5 Faktorer assosiert med aktivitetsbasert praksis

Tabell 6 (artikkelen) viser sammenhengen mellom de uavhengige variablene og en høy grad av aktivitetsbasert praksis ved kartlegging. Ved gjennomføring av en logistisk regresjon med alle prediktorene inkludert var å oppleve at «andre yrkesgrupper verdsetter det ikke» som et stort hinder var assosiert med høy grad av aktivitetsbasert praksis (OR: 2.21, $p = 0.03$). Det var også en sammenheng mellom å oppleve «mangel på tid til å utføre» som et stort hinder og lavere sannsynlighet for å bruke aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder (OR: 0.41, $p = 0.004$).

Faktorer som er assosiert med høy grad av aktivitetsbasert praksis ved intervensjoner er vist i **tabell 7** (artikkelen). Når det kommer til intervensjoner, ved å justere for andre prediktorer, var det en sammenheng mellom å ha høy utdanning (OR: 3.90, $p = 0.045$) samt å oppleve «mangel på plass» (OR: 2.96, $p = 0.04$) som en stor barriere og høyere sannsynlighet for å utføre aktivitetsbaserte intervensjoner. Det var også en sammenheng mellom å oppleve «mangel på utstyr» (OR: 0.23, $p = 0.01$) og «ergoterapeutkollegaer verdsetter det ikke» (OR: 0.16, $p = 0.03$) som en stor barriere og mindre sannsynlighet for å bruke aktivitetsbasert praksis ved intervensjoner.

6 DISKUSJON

6.1 Oppsummering av resultatene

Denne studien har undersøkt og beskrevet ergoterapeuter i spesialisthelsetjenestens holdninger til, bruk av og barrierer for en aktivitetsbasert praksis. Resultatene viser at ergoterapeutene verdsetter aktivitetsbasert praksis og rapporterer selv høy grad av aktivitetsbasert praksis både ved kartlegging og intervensjoner. Ved å se på metodene som ble oppgitt som mest brukt av deltakerne, ble det funnet at bare 26% av kartleggingen var

aktivitetsbasert og 38% av intervensjonene var aktivitetsbaserte. Når det kommer til barrierer som hinder for en aktivitetsbasert praksis, ble det funnet at mangel på tid til å utføre, mangel på plass og mangel på utstyr var de største barrierene. Det ble funnet en sammenheng mellom å oppleve mangel på tid til å utføre, mangel på utstyr og mangel på verdsettelse fra ergoterapeutkollegaer og mindre sannsynlighet for aktivitetsbasert praksis. Mangel på verdsettelse fra andre profesjoner, mangel på plass og høy utdanning var assosiert med større sannsynlighet for aktivitetsbasert praksis.

6.2 Holdninger til aktivitetsbasert praksis

Resultatene i denne studien viste at 72.6% av deltakerne oppga at aktivitetsbasert praksis er viktig og 58.9% av deltakerne var svært enige i at all ergoterapipraksis bør inneholde aktivitetsbasert praksis. En noe større andel (86%) oppga at det var svært viktig å utføre intervensjoner som direkte adresserer pasientens aktivitetsbehov i Mulligan et al. (2014). I studien til Kaunnil et al. (2020) rapporterte 97% av deltakerne at de var enige eller svært enige i at aktivitetsbasert praksis er viktig for ergoterapitjenestene. I Colaianni og Provident (2010) sin studie svarte 97% «ja» til at det er fordeler ved å bruke aktivitet som metode i håndterapi. Det fremstår som at de fleste ergoterapeuter har en iboende holdning til at aktivitet er viktig, noe som kan komme av at et stort element i ergoterapeuters kjernekompetanse er aktivitet.

Halvparten av deltakerne oppga at de var svært enige i at bruk av aktivitetsbasert praksis er verdsatt av sine kollegaer. Kollegaer i denne sammenhengen kan være både andre ergoterapeuter, men også andre profesjoner. Det kan fremstå som at spesielt andre profesjoner ikke har så mye kjennskap til den aktivitetsbaserte tilnærmingen, og på denne måten ikke verdsetter den. For å oppnå en større verdsettelse av aktivitetsbasert praksis, kan ergoterapeuter starte med å forklare kollegaer hva ergoterapeuters kjernekompetanse innebærer og viktigheten av meningsfulle aktiviteter i menneskers liv.

Svarene på spørsmålet om bruk av aktivitetsbasert praksis er verdsatt av ledelsen der de jobber var i større grad spredt ut over kategoriene «nøytral», «ganske enig» og «svært enig», med den største andelen av svarene (35%) i kategorien «ganske enig». I Colaianni og Provident (2010) sin studie kom det frem at en liten andel av deltakerne rapporterte «mangel på respekt fra andre profesjoner og samfunnet» når det kommer til aktivitetsbaserte intervensjoner. En deltaker rapporterte at for å bruke aktivitetsbaserte intervensjoner krevde

det å overbevise ledelsen om at det du gjør ikke er tullete bakeaktiviteter. I vår studie kan det kan fremstå som at ergoterapeutene mente at ledelsen muligens ikke har så mange innvendinger når det kommer til bruk av aktivitet. To ergoterapeuter var svært uenig og seks var ganske uenige i at ledelsen verdsatte aktivitetsbasert praksis. Her kan det tenkes at ledelsen muligens har lagt føringer for tilnærmingene som brukes.

6.3 Bruk av aktivitetsbasert praksis ved kartlegging

I denne spørreundersøkelsen var det 76% som svarte at de brukte kartleggingsmetoder der pasienten er engasjert i en aktivitet daglig eller ukentlig. Dette er likt som i studien til Grice (2015), som viste at 77% svarte det samme. I vår spørreundersøkelse ble det funnet at 64.5% av deltakerne svarte at de mener kartleggingsmetodene de bruker er ganske eller svært aktivitetsbaserte. Ved å undersøke de rapporterte kartleggingsmetodene, ble det funnet at bare 26% var aktivitetsbaserte, mens 42% av de oppgitte metodene var relatert til kartlegging av underliggende funksjoner. Dette sammenfaller med funnene i studien til Mulligan et al. (2014) som fant at 22% av de oppgitte kartleggingsmetodene var aktivitetsbaserte og 44% kartlegging av kroppsfunksjon. Alotaibi et al. (2009) fant at de fleste kartleggingsmetodene som er brukt i ergoterapi fokuserte på kroppsstrukturer og funksjon. I en studie av ergoterapeutiske kartleggingsmetoder som ble brukt ved akuttavdelinger på sykehus, var de mest brukte kartleggingsmetodene kognitive tester, som ikke er ansett som aktivitetsbaserte, mens aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder som AMPS ble av de fleste oppgitt som «aldri» brukt (Robertson & Blaga, 2013). Alotaibi et al. (2009) fant at den årsaken som ble oppgitt oftest for å bruke en kartleggingsmetode var tilgjengeligheten i klinikken. En annen studie fant at mangel på kunnskap og kjennskap til kartleggingsmetodene var hovedårsaken til å bruke dem (Piernik-Yoder & Beck, 2012). En forklaring på den noe lave bruken av aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder kan være tidsbegrensninger, ikke være kjent med metoden og tilgjengeligheten til kartleggingsmetodene (Grice, 2015). Mulligan et al. (2014) diskuterte at aktivitetsbaserte kartleggingsverktøy må være lettere tilgjengelig for å øke bruken.

6.4 Bruk av aktivitetsbasert praksis ved intervensjon

Når det kommer til intervensjoner ble det funnet at 84% av deltakerne oppga å bruke aktivitet i intervensjonen daglig eller ukentlig, og 81% svarte at intervensjonene de utfører er ganske eller svært aktivitetsbasert. Dette er sammenlignbart med funnene i Mulligan et al. (2014) som

viser at 73% av deltakerne ofte eller alltid brukte aktivitet i intervensjonene. Derimot om man ser på de intervensjonene som deltakerne har rapportert å bruke oftest, viser det seg at bare 38% av de oppgitte intervensjonene var aktivitetsbaserte. Lignende funn ble også funnet ved rehabilitering av slagpasienter på sykehus. Intervensjonene der var i større grad rettet mot kroppsfunksjoner og i liten grad tilpasset ADL (Gustafsson et al., 2012; Latham et al., 2006; Smallfield & Karges, 2009). I Lloyd et al. (2019) sin studie ble deltakerne spurt om å estimere hvor stor andel av intervensjonene de utførte passet inn i ulike kategorier. Den gjennomsnittlige tiden brukt på aktivitetsbaserte intervensjoner var 34%. I Mulligan et al. (2014) sin studie ble deltakerne spurt om å oppgi seks aktiviteter de brukte ved intervensjon. Av disse var 20% assosiert med aktivitetsbaserte aktiviteter, og 50% ble assosiert med trening av kroppsfunksjon. Grice (2015) fant i sin studie at de fleste deltakerne (85%) mente de utførte aktivitetsbaserte intervensjoner. Murray et al. (2020) fant ut i deres kunnskapsoppsummering at ergoterapeuter i den den akutte sykehussettingen ofte følte seg lite verdsatt av det tverrfaglige teamet og at deres perspektiver ofte ble misforstått.

6.5 Mer aktivitetsbasert ved intervensjoner enn ved kartlegging

Resultatene viste at ergoterapeutene brukte aktivitetsbasert praksis oftere og i større grad ved intervensjoner enn ved kartlegging. Dette kan ha en sammenheng med forventninger fra andre profesjoner, f.eks. at en lege bestiller en kognitiv testing. Det kan være lettere å utføre aktivitetsbaserte intervensjoner grunnet mindre press fra andre, og færre føringer når det kommer til hvordan intervensjoner skal utføres. Dette kan være en utfordring ved kartlegging, siden noen institusjoner har bestemt hvilke kartleggingsverktøy ergoterapeuten må bruke.

Ifølge Wilding og Whiteford (2008) har ergoterapeuter i den akutte settingen utfordringer med å opprettholde aktivitetsfokuset i deres praksis. Årsaken til det kan forklares ved konflikten mellom de holistiske og aktivitetsbaserte verdiene og den medisinske settingen. Dette er også oppgitt som en utfordring i Murray et al. (2020), der terapeutene bruker en inkonsistent terminologi, som fører til for detaljerte, lange og overinkluderende forklaringer. En løsning kan være å forandre språket til å fokusere på «aktivitet» heller enn «funksjon», og som et resultat av dette kan kartleggingen bli mer fokusert på aktivitet. Murray et al. (2020) fant også at ergoterapeuter mottar henvisninger med kroppsfunksjoner som fokus. Dette kan oppfordre til en bottom-up tilnærming og dermed begrense en aktivitetsbasert tilnærming ved kartlegging. Det blir også sagt at ergoterapeuter nedgraderer fokuset på aktivitet fordi de føler

seg ute av stand til å ha et perspektiv som står i konflikt med det tverrfaglige teamet (Murray et al. (2020). Det er lovende at selv om andelen av ergoterapeuter som bruker aktivitet ved kartlegging var lav, så var det i denne studien flere terapeuter som brukte aktivitetsbaserte intervensjoner.

6.6 Forskjell mellom selvrappoterering og oppgitte metoder

Et interessant funn er antydningen av forskjell mellom både holdningene til aktivitetsbasert praksis og den selvrappotererte bruken av tilnærmingen, og den faktiske bruken som er vurdert ut fra de rapporterte kartleggings og intervensjonsmetodene. Den subjektive oppfatningen til ergoterapeutene er at de er aktivitetsbaserte, men basert på de faktiske metodene de bruker, fremstår ikke praksisen deres like aktivitetsbasert som de selv tror. Dette er likt som i studien til Mulligan et al. (2014), noe som indikerer at dette er en utfordring i en større kontekst enn i Norge. Som Fisher og Marterella (2019) beskriver, er det forskjell på om kartlegging- eller intervensjonsmetoden har et aktivitetsfokus og om de er aktivitetsbaserte. Deltakerne kan ha tenkt at de har et aktivitetsfokus, og at de dermed er aktivitetsbaserte. En annen forklaring kan være at det aktivitetsbaserte som ergoterapeutene utfører i sin arbeidshverdag ikke har kommet med i de oppgitte kartleggings- og intervensjonsmetodene, kanskje de i større grad rapporterte metoder der aktivitet ikke ble brukt.

6.7 Hvordan beskrives ergoterapi?

Når det kommer til kartleggings- og intervensjonsmetodene ergoterapeutene oppga å bruke oftest i sin arbeidshverdag, var det mange av svarene som var utfordrende å kategorisere fordi de manglet kontekst. Det at ergoterapeutene gjenga sin praksis på en upresis måte kan en sammenheng med utfordringer i beskrivelsen av egen rolle. Murray et al. (2020) rapporterer at ergoterapeuter bruker en inkonsistent terminologi ved beskrivelse av ergoterapi, spesielt ved forklaringen av intervensjoner. Utfordringer ergoterapeuter har med å beskrive ergoterapi blir også understreket av Wilding og Whiteford (2008). Det kommer tydelig frem i svarene i denne studien at ergoterapeutene hadde utfordringer med å beskrive hvordan de faktisk utførte kartleggingen, og spesielt intervensjonene. Mange ergoterapeuter oppga å bruke «håndtrening» som intervensjon, men hvordan de utførte håndtreningen kom ikke frem. Det kan dermed fremstå som at norske ergoterapeuter også kan ha utfordringer med å formidle sitt arbeid til andre.

6.8 Barrierer og sammenhenger

I denne studien var «mangel på tid til å utføre» rapportert som en stor barriere og å oppleve det som en stor barriere hadde en sammenheng med mindre sannsynlighet for aktivitetsbasert kartlegging. Flere andre studier har funnet at mangel på tid var en barriere for aktivitetsbasert praksis (Colaiani & Provident, 2010; Daud et al., 2016; Estes & Pierce, 2012; Lloyd et al., 2019). De grunnene som er oppgitt flest ganger for tidsmangel var mange pasienter, at pasientene ble utskrevet raskt og begrensede ergoterapitjenester (for få ergoterapeuter). I denne studien ble også «kort liggetid» (n=11) og «for få ergoterapeuter» (n=5) nevnt som barrierer på det åpne spørsmålet om andre barrierer. Ifølge Murray et al. (2020) er de høye kravene til effektivisering, samt at pasientene skrives ut raskt, bidragsytere til at det blir vanskelig for ergoterapeuter å holde på aktivitetsfokuset. Det har også blitt rapportert at ergoterapeuter hadde en oppfatning av at aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder tok lenger tid sammenlignet med kartlegging av kroppsfunksjon. En kunnskapsoppsummering av Spalding et al. (2020) foreslår at aktivitetsbaserte grupper kan bli brukt for å oppnå mer behandlingstid ved at flere pasienter kan bli sett av færre ansatte, noe som kan redusere ventetiden for ergoterapitjenestene.

«Mangel på utstyr» ble også rapportert som en stor barriere, i tillegg var det å oppleve «mangel på utstyr» som en stor barriere, assosiert med en mindre sannsynlighet for å bruke aktivitetsbaserte metoder ved intervensjoner. Colaiani og Provident (2010) fant at tilgjengeligheten på utstyr var en utfordring for bruk av aktivitet i behandlingen. Mangel på utstyr for å simulere aktivitet ble også oppgitt som en barriere i Lloyd et al. (2019). Daud et al. (2016) beskrev at det eksisterende utstyret hovedsakelig var rettet mot kroppsfunksjonstrening, og at klinikken manglet relevant utstyr for aktivitetsbasert praksis. På barneavdelinger på sykehus ble det funnet at selv om de ikke manglet utstyr som leker, var det fortsatt et problem med tilgjengeligheten, fordi det ikke var passende til alderen, utslitt eller ødelagt (Estes & Pierce, 2012). Et forslag fra Bynon et al. (2007) på hvordan denne barrieren kan overkommes er å bruke pasientens eiendeler, som toalettsaker, klær, håndarbeid og aviser, i terapien. De foreslår også å oppfordre familiemedlemmer til å ta med kjente gjenstander. Ergoterapeuter i Grice (2015) sin studie brukte også denne metoden for å overkomme barrieren.

«Pasientens manglende forståelse» ble ikke rapportert som en barriere av mange, men 16% av deltakerne rapporterte det som et «nokså stort hinder». Lloyd et al. (2019) fant i deres studie

at pasientens forståelse av hva ergoterapi er, og hva de burde gjøre i ergoterapitimene, var en barriere for aktivitetsbasert praksis. I en studie utført i Thailand av Kaunnil et al. (2020) ble det funnet at pasientens holdninger til aktivitet var en utfordring. Pasientene trodde at det var trening som ville få dem raskere bedre, og så på ADL som en jobb for omsorgspersonene. Den kulturelle settingen i Thailand tilsier at man skal passe på de eldre, og omsorgsbehovet overlates i større grad til familie. I Norge er står nok ikke denne tanken like sterkt, men de eldre kan ha en forventning om at de skal få hjelp til for eksempel å kle på seg eller lage mat, og dermed ikke ønske å fokusere på dette i treningen. Bynon et al. (2007) beskrev at eldre mennesker kan oppleve utfordringer med å delta i aktivitet, grunnet symptomer på sykdom, tretthet og smerte. I tillegg hadde pasientene en forventning om å være passive mottakere av intervensjonen og at de måtte hvile, noe som førte til at de var nølende til å delta. Hoffmann, Gustafsson og Tommaso (2020), derimot, fant i deres studie av slagpasienters oppfatninger av ergoterapi ut at både kroppsfunksjonstrening og aktivitetsbasert trening ble oppfattet som viktig i deres bedring. En foreslått løsning for at pasienten skal forstå meningen med å bruke aktivitet, er å bruke tid på å identifisere de mest meningsfulle aktivitetene for pasienten å delta i (Bynon et al., 2007).

Deltakerne i denne studien opplevde i liten grad at «ergoterapikollegaer verdsetter det ikke» som en stor barriere. Likevel var det å oppleve det som en stor barriere assosiert med mindre sannsynlighet for å bruke aktivitetsbasert praksis ved intervensjoner. Dette antyder at selv om få ergoterapeuter rapporterte at dette var en barriere, ser det ut som at det har hatt en stor innvirkning på de ergoterapeutene som opplevde det som en barriere. Tidligere forskning (Asaba et al., 2017) har funnet at ergoterapeutkollegaer og kulturen på arbeidsplassen er viktig for valgene som ergoterapeutene tar. Støtte fra kollegaer kan ha en påvirkning på praksisen som utføres, og det kan være vanskelig å bruke andre tilnæringer enn kollegaene dine gjør.

I denne spørreundersøkelsen rapporterte de fleste «andre profesjoner verdsetter det ikke» som en liten barriere. Dette er ulikt fra andre studier som har vist at mangel på forståelse fra andre profesjoner (Lloyd et al., 2019), det tverrfaglige teamets oppfatning av at bevegelse og styrke er hovedkravet for bedre funksjon, og mangel på bevissthet rundt ergoterapeutens rolle (Daud et al., 2016) var barrierer for en aktivitetsbasert praksis. I denne studien var det dog tre ergoterapeuter som nevnte «bestilling av tester» som et hinder på det åpne spørsmålet om barrierer. I denne studien ble det funnet at å oppleve «andre profesjoner verdsetter det ikke»

som en stor barriere hadde sammenheng med større sannsynlighet for aktivitetsbasert praksis i kartlegging. Det kan være at når andre profesjoner ikke verdsetter aktivitetsbasert praksis, ønsker ergoterapeuten å hevde seg og vise unikheten ved ergoterapiprofesjonen. Alternativt kan sammenhengen være motsatt, ergoterapeuter som er ivrige etter å praktisere aktivitetsbasert kan føle seg motløse av en opplevd mangel på verdsettelse av kollegaer med andre profesjonsbakgrunner.

Mangel på plass var den barrieren med flest svar i «stort hinder» og «svært stort hinder». Det var også 7 ergoterapeuter som nevnte mangel på rom på det åpne spørsmålet om andre barrierer. Dette er sammenlignbart med funnene i Colaianni og Provident (2010) studie hvor 27% rapporterte mangel på plass som en stor barriere for aktivitetsbasert behandling. I en kunnskapsoppsummering av Murray et al. (2020) ble det funnet at sykehusets fysiske omgivelser ofte ikke oppfordret til aktivitetsbasert praksis, siden avdelingene ble oppfattet som kunstige, med begrenset plass til å støtte engasjement i aktivitet. Estes og Pierce (2012) rapporterte også at det var en mangel på lett tilgjengelige rom, mangel på lagringsplass og folksomt. Bynon et al. (2007) beskrev omgivelsene på sykehus som designet for at mennesker skal hvile og komme seg i sengen, heller enn å aktivt være engasjert i aktiviteter. Den foreslåtte løsningen er å bruke andre områder av sykehuset (Bynon et al., 2007), og etterligne mer naturlige omgivelser ved å være kreativ, og på den måten utvide den tilgjengelige plassen (Khayat-zadeh Mahani et al., 2015). I vår studie var det å oppleve «mangel på plass» som en stor barriere, overaskende assosiert med en større sannsynlighet for aktivitetsbasert praksis ved intervensjoner. Kanskje kan dette ha noe å gjøre med at man oftere må bruke pasientens rom eller fellesarealene ved intervensjonene, og på den måten åpne for fler aktivitetsbaserte intervensjonsmuligheter enn ved å bruke bestemte behandlingsrom. Alternativt, ergoterapeuter som praktiserer aktivitetsbasert kan føle seg spesielt begrenset når man opplever mangel på rom.

En større sannsynlighet for høy grad av aktivitetsbasert praksis ved intervensjon ble også funnet blant dem som hadde minst et år høyere utdanning etter bachelorgraden. Mulligan et al. (2014) fant at ergoterapeuter med lenger erfaring jobbet mer aktivitetsbasert, mens Lloyd et al. (2019) ikke fant noen sammenhenger mellom demografiske data og aktivitetsbasert praksis. En mulig begrunnelse for den høyere bruken av aktivitetsbasert praksis av dem som har høyere utdanning, er at de muligens har fått undervisning om aktivitetsbaserte metoder. I

tillegg er det mulig at de som har høyere utdanning har høyere profesjonell selvtillit, og at de derfor handler etter egne meninger, heller enn basert på andres forventninger.

6.9 Metodediskusjon

6.9.1 Spørreskjema som metode

Spørreskjema som metode gir mulighet til å nå ut til og få svar fra mange. En av fordelene med å bruke elektronisk spørreskjema, er kostnadsbesparelser av utgifter som porto og trykking. En annen fordel ved elektroniske spørreskjemaer er at det er arbeidsbesparende. Data blir lagret direkte i en database som kan overføres til SPSS for analyse, og man slipper å trykke inn alle tallene. Det ble også valgt at alle spørsmålene var obligatoriske å svare på. På denne måten unngikk man «missing data». En siste fordel er at respondentene kan svare når det passer dem, og man ikke er avhengig av å avtale tid.

En av ulempene med elektroniske spørreskjemaer er utfordringer med svarprosent og representativitet. En annen svak side er manglende interaksjon. Når kontakten mellom forsker og deltaker minimeres, mister man muligheten til å inngå i dialog, og for eksempel få oppklart uklarheter og utdypet spørsmål (Jacobsen, 2015). En annen ulempe er at spørreskjemaer ikke fanger opp informasjon utover de oppgitte spørsmålene og svarkategoriene, dette kan i følge Johannessen et al. (2016) oppleves som en «tvangstrøye» ved at respondentene motstridende må tilpasse sitt svar til de oppgitte svaralternativene.

6.9.2 Generaliserbarhet

En begrensning i denne studien var den lave svarprosenten og det relativt beskjedne antallet deltakere. Resultatene er basert på 124 deltakere av et estimert utvalg på 470 ergoterapeuter. Dersom det hadde vært flere deltakere i studien ville det ha økt muligheten for å generalisere resultatene. I henhold til Jacobsen (2015) ville et utvalg på under 100 deltakere vanskeliggjort en fornuftig analyse av informasjonen og feilmarginene kunne vært høye. Ved multivariate analyser er det anbefalt å ha minst 15 deltakere per uavhengig variabel (Stevens, 1996). I de multivariate analysene i denne studien var det 8.8 deltakere per uavhengig variabel ved kartlegging og 8.0 ved intervensjon. Dette kan indikere at utvalgsstørrelsen var noe mindre enn det som blir ansett som tilfredsstillende, som igjen kan påvirke representativiteten.

I følge Johannessen et al. (2016) har svarprosenten til elektroniske spørreundersøkelser de siste årene vært fallende, og det er sjeldent at slike undersøkelser får høy svarrespons. I denne studien ble det gjort flere tiltak for å oppnå en høyere svarprosent. For det første ble tidspunktet for datainnsamling utsatt til etter juleferien. For det andre presiserte invitasjonen til å delta hva formålet med studien var og hvorfor deres bidrag var viktig. For det tredje ble det opplyst om at det tok ca. 10 minutter å gjennomføre undersøkelsen. Det kan være flere årsaker til at ikke flere svarte på spørreundersøkelsen, det kan være at de sjelden benytter sin jobbmail, at de ikke hadde tid til å svare, eller at temaet ikke fremstod som interessant. Det ble ikke sendt ut puring fordi vi ikke satt på e-postadressene til utvalget. Datainnsamlingen ble utført under COVID-19 pandemien og det var derfor en fordel å bruke elektronisk spørreundersøkelse. Samtidig kan det tenkes at pandemiens forandrede arbeidsvilkår blant ergoterapeutene, førte til tidsmessige utfordringer med å svare.

En utfordring med lav svarprosent kan være en generalisering av resultatene fra utvalget til populasjonen. Dersom det er et stort frafall, kan konklusjonene bli usikre, og det kan være at de som ikke deltar utgjør en spesiell gruppe (Aalen et al., 2018). Likevel, dersom frafallet er tilfeldig, det vil si at det ikke er noen grupper i undersøkelsen som har gjennomgående høyere eller lavere svarprosent enn andre, kan utvalget fortsatt være representativt (Johannessen et al., 2016). Utvalget i denne studien ser ut til å ha lik sammensetning av kvinner/menn, alder og yrkeserfaring som andre studier utført på ergoterapeuter i Norge (Bonsaksen et al., 2019; Hagby et al., 2014). Disse studiene er utført i kommunehelsetjenesten, men det kan antas at demografien til ergoterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten ikke er bemerkelsesverdig annerledes. Med tanke på disse variablene, kan det tyde på at utvalget i denne studien er rimelig representativt.

6.9.3 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet betyr pålitelighet og knytter seg til nøyaktigheten av spørreundersøkelsens data (Johannessen et al., 2016). En fremgangsmåte for å teste reliabilitet er å teste samme gruppe på to forskjellige tidspunkt. Dette var ikke aktuelt i denne studien, da det ikke var et mål å undersøke test-retest reliabiliteten ved spørreskjemaet. En annen fremgangsmåte for å undersøke reliabilitet er hvis flere forskere undersøker samme fenomen og kommer frem til samme resultat, kan det tyde på høy reliabilitet (Johannessen et al., 2016). Resultatene fra denne studien sammenfaller i stor grad med funnene i andre studier, noe som i følge Johannessen et al. (2016) kan tyde på god reliabilitet.

Validitet handler om en faktisk måler det en vil måle (Ringdal, 2018). Det er i denne studien forsøkt å oppnå en god validitet ved utformingen av spørreskjemaet. Dette ble gjort ved å utføre en grundig gjennomgang av litteraturen rundt aktivitetsbasert praksis. En vanlig måte å kontrollere validiteten på er å la andre personer med kunnskap på området undersøke om spørreskjemaet fremstår fornuftig, og at spørsmålene virker gode og meningsfulle (Jacobsen, 2015). Spørreskjemaet som ble utviklet til denne studien ble pilottestet av seks ergoterapeuter, noe som kan styrke validiteten, likevel er et nyutviklet spørreskjema forbundet validitetsutfordringer, ettersom det ikke er andre som har erfaringer med akkurat dette spørreskjemaet fra tidligere.

Det ble valgt å ha fem felt med bokser der deltakerne kunne skrive kartleggings- eller intervensjonsmetoder fritt. Ved analyse av svarene var det en utfordring at flere hadde svart på en måte som var vanskelig, eller ikke mulig å tolke. Dette kan antyde manglende forståelse av meningen med spørsmålsformuleringene, og kan indikere redusert validitet. Et alternativ for å unngå å få slike svar hadde vært å ha listet kartleggingsmetoder fra f.eks. Ergoterapeutenes nettsider, men det ble vurdert dithen at det hadde blitt for mange alternativer og ville blitt oppfattet som en overveldende liste. Dette kunne også blitt en utfordring ved intervensjonsmetodene, siden det hadde vært vanskelig å oppgi alle mulige intervensjoner som brukes i et bredt praksisfelt. Et annet alternativ hadde vært å la deltakeren selv vurdere om pasienten var engasjert i en aktivitet ved de oppgitte metodene. Med denne løsningen hadde svarene blitt mer subjektive, og plassert all vurdering av hva som var aktivitetsbasert over på deltakeren.

Tolkningen av de oppgitte kartleggings og intervensjonsmetodene ble utført av undertegnede og kunne ha blitt kategorisert på en annen måte av andre. I denne studien var det mange deltakere som rapporterte å bruke «håndtrening» (n=35) og «kognitiv trening» (n=5), uten å gi kort forklaring på hvordan intervensjonen ble utført, noe som ble etterspurt i spørreskjemaet. Dette førte til en stor utfordring, for hvordan skal disse svarene kategoriseres? Svarene manglet kontekst, og man kunne derfor ikke vite om treningen ble utført med øvelser eller med aktivitet. Det ble drøftet om man kunne anta at de som skrev dette mente trening av underliggende funksjoner med treningsøvelser. Siden det ikke var mulig å fastslå dette, ble det valgt å kategorisere disse svarene som «annet». Ettersom svarene ikke kunne kategoriseres

som «aktivitetsbasert» inngår de i samlebetegnelsen «ikke aktivitetsbasert». Dette gjaldt et stort antall, noe som, til en viss grad, forandret andelene i kategoriene.

Selv om termene «aktivitet» og «aktivitetsbasert» ble definert i spørreskjemaet, kan det være en mulighet for at definisjonen kan ha blitt opplevd som noe streng. Noen deltakere kan ha hatt andre oppfatninger av hva det betydde å være aktivitetsbasert, og på den måten ansett seg selv som mer aktivitetsbasert enn teorien som ble brukt i denne studien av Fisher og Marterella (2019).

Denne studien var en tverrsnittsstudie, og det er derfor ikke mulig å fastslå noen kausale sammenhenger. Det kan også ha vært en mulighet for «reversed causality» ved å bytte om på det foreslåtte forholdet mellom den avhengige og uavhengige variabelen. For eksempel kan det å praktisere aktivitetsbasert føre til at potensielle barrierer oppleves annerledes, sammenlignet med å bruke en medisinsk orientert tilnærming. Spørreundersøkelsen ble distribuert som en åpen link, så det er ikke mulig å vite om noen svarte mer enn en gang, eller hvem det er som har svart på spørreundersøkelsen. Det antas at dette ikke egentlig var en utfordring.

6.9.4 Gjennomførbarhet

Gjennomførbarhet handler om hvorvidt et spørreskjema er lett og raskt å fylle ut, og om det er lett å forstå (Polit & Beck, 2020). Dette spørreskjemaet bestod av totalt 18 spørsmål og tok ifølge pilotdeltakerne rundt 10 minutter å svare på. Det var god plass mellom spørsmålene og det fremstod som svarvennlig.

Misforståelser kan være en feilkilde ved spørreundersøkelser. For å minske muligheten for misforståelser ble det oppgitt kontaktinformasjon til undertegnede i invitasjonen til å delta, slik at det var mulig å oppklare eventuelle uklarheter. Undertegnede mottok kun et spørsmål. Dette handlet om spørsmålet «utfører du intervensjoner i din arbeidshverdag». Innsenderen syntes dette var diffust, og lurte på hva som ble lagt i dette spørsmålet. Ellers kom det ikke inn noen spørsmål angående spørreskjemaet. Det kan dermed virke som at det var forståelig.

6.9.5 Bias

Bias kan bety en forutinntatthet eller skjevhet. En type bias som kan ha vært tilfelle ved denne spørreundersøkelsen er «response bias». Det betyr at det er en mulighet for at noen av deltakerne har svart på en måte som de trodde var mest ønskelig. En annen type bias i denne studien kan være «selection bias», som betyr at de som velger å svare muligens de ergoterapeutene som er mest opptatt av forskning og fagutvikling, og at det er disse ergoterapeutene som i utgangspunktet jobber mest aktivitetsbasert. Det kan antas at ergoterapeuter som er spesielt interessert i faget har en større tendens til å svare enn de som er mindre faglig interessert. Det er vanskelig å si hvorvidt dette har påvirket svarene.

6.9.6 Refleksjoner rundt valg av spørsmål og informasjonstekst

Det ble valgt å bruke Ergoterapeutene (u.å.) sine fagområder for ergoterapi. Resultatene fra spørreundersøkelsen viste at de aller fleste jobbet innenfor somatisk helse. Det hadde vært interessant å se mer spesifikt på hvilke pasientgrupper de jobbet med, da kunne man undersøkt om det var noen pasientgrupper ergoterapeutene oftere jobbet aktivitetsbasert med enn andre. Det var få i denne studien som oppga å jobbe med psykisk helse. Det er vanskelig å vite hvorfor rekrutteringen ikke nådde flere fra dette fagområdet, da det var ønskelig med ergoterapeuter fra alle fagområder i spesialisthelsetjenesten. Det kunne også vært interessant å se hvor i Norge ergoterapeutene jobbet, mulige svaralternativer kunne vært landets fire regionale helseforetak, Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord.

En annen utfordring var informasjonsteksten tilhørende spørsmålene om kartleggings- og intervensjonsmetoder, her ble det gitt eksempler på metoder som kunne være aktuelle svar. Det var ønskelig at de inkluderte eksemplene skulle gjenspeile vanlige kartleggings- og intervensjonsmetoder kjent fra praksisfeltet. Ved kartlegging ble det gitt eksempler på både standardiserte og ikke-standardiserte kartleggingsmetoder for å vise at det var mulig å svare begge. Mange deltakere har svart samme metoder som eksemplene, men dette er ikke unaturlig grunnet at det ble valgt kjente kartleggingsmetoder. Likevel kan det tenkes at eksemplene muligens har ledet svarene i noen grad.

Spørreskjemaet bestod hovedsakelig av kategoriske svaralternativer. Dersom man i stedet hadde valgt kontinuerlige variabler, hadde det åpnet for flere muligheter når det kom til analysevalg, spesielt med tanke på analyse av sammenhenger mellom variabler.

Det ble åpnet for å beskrive andre barrierer enn de opplistede i fritekst. De aller fleste svarene på dette spørsmålet var forklaringer på hvorfor en av de opplistede alternativene var en barriere, og det ble i liten grad lagt frem nye barrierer. Dette kan gi en indikasjon på at de opplistede svaralternativene var gode. Datainnsamlingen fant sted under COVID-19 pandemien, dette kan også ha påvirket deltakernes bruk av aktivitetsbasert praksis, grunnet restriksjoner som å holde avstand og være mindre folk samlet. Dette ble ikke listet som en barriere i spørreskjemaet, og det kunne ha vært interessant å se om flere opplevde det som en barriere.

7 KONKLUSJON

Deltakerne i denne studien verdsatte aktivitetsbasert praksis og mente at de brukte tilnærmingen ofte og i stor grad. Derimot viser funnene fra de rapporterte kartleggings- og intervensjonsmetodene at metodene som ble brukt ikke hovedsakelig var aktivitetsbaserte. Mangel på tid til å utføre, mangel på plass og mangel på utstyr ble rapportert som de største barrierene for en aktivitetsbasert praksis. I tillegg var mangel på tid til å utføre, mangel på utstyr og at ergoterapeutkollegaer ikke verdsetter det, signifikant assosiert med mindre sannsynlighet for aktivitetsbasert praksis.

Denne studien har undersøkt et aspekt ved ergoterapeuters kjernekompetanse; aktivitet. Studien har forsøkt å tette noe av kunnskapshullet rundt kunnskap om ergoterapeuters holdninger, bruk av og barrierer for en aktivitetsbasert praksis. Studien har et sterkt ergoterapifaglig fokus, ettersom den omhandler et stort aspekt ved ergoterapeuters kjernekompetanse og deltakerne i studien var ergoterapeuter. Resultatene av studien kan bli brukt til å øke bevisstheten rundt ergoterapeuters bruk av aktivitetsbasert praksis og barrierene som er til hinder for tilnærmingen. Studiens viktigste budskap til ergoterapeuter kan være at arbeid med å redusere viktige barrierer for aktivitetsbasert praksis, kan bidra til mer aktivitetsbasert praksis blant ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten.

Videre forskning bør undersøke aktivitetsbasert praksis i andre settinger og områder. I tillegg bør mulige årsaker for forskjellen mellom den selvrapporterte bruken og metodene som oftest blir brukt undersøkes. Det kunne vært interessant å utføre utdypende kvalitative intervjuer med ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten, for å finne ut hva de mener når de sier at de er

aktivitetsbaserte. Et siste forslag til videre forskning er å undersøke nytten av kartleggings- og intervensjonsmetoder som er tidsbesparende og som verken krever mye plass eller utstyr.

LITTERATURLISTE

- Ahmed-Landeryou, M. J. (2010). 'I have every intention to carry out occupation based therapy sessions, but ...' An exploratory study examining neuro occupational therapists' attitudes, intentions and behaviours regarding occupation-based therapy. *The British Journal of Occupational Therapy*, 73(7), 333.
- Alotaibi, N. M., Reed, K. & Shaban, M. N. (2009). Assessments Used in Occupational Therapy Practice: An Exploratory Study. *Occupational Therapy In Health Care*, 23(4), 302-318. <https://doi.org/10.3109/07380570903222583>
- April, L., Ganas, N., Phiri, L. & Phoshoko, P. (2017). Occupation-based practice in a tertiary hospital setting: occupational therapists' perceptions and experiences. *South African Journal of Occupational Therapy*, 47(3). <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2017/v47n3a5>
- Asaba, E., Nakamura, M., Asaba, A. & Kottorp, A. (2017). Integrating Occupational Therapy Specific Assessments in Practice: Exploring Practitioner Experiences. *Occupational Therapy International*, 2017, 7602805. <https://doi.org/10.1155/2017/7602805>
- Bonsaksen, T., Dolva, A.-S., Horghagen, S., Sveen, U., Hagby, C. & Arntzen, C. (2019). Characteristics of community-based occupational therapy: Result of a Norwegian survey. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 62(4).
- Braut, G. S. (2019). Helsevesenet. Hentet 16. oktober 2019 fra <https://sml.snl.no/helsevesenet>
- Britton, L., Rosenwax, L. & McNamara, B. (2015). Occupational therapy practice in acute physical hospital settings: Evidence from a scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62, 370-377. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12227>
- Brooks, J. C. (2006). *How occupational therapists, working in a rehabilitation hospital, weave occupation into their intervention methods* (Ed.D.). University of Massachusetts Lowell, Ann Arbor.
- Brown, T. & Chien, C.-W. (2010). Top-down or bottom-up occupational therapy assessment: which way do we go? *The British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 95-95. <https://doi.org/10.4276/030802210X12682330090334>
- Burke, J. P. (2001). How Therapists' Conceptual Perspectives Influence Early Intervention Evaluations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/11038120121303>
- Bynon, S., Wilding, C. & Eyres, L. (2007). An innovative occupation-focussed service to minimise deconditioning in hospital: Challenges and solutions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(3), 225-227. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00623.x>
- Colaianni, D. & Provident, I. (2010). The Benefits of and Challenges to the Use of Occupation in Hand Therapy. *Occupational Therapy In Health Care*, 24(2), 130-146. <https://doi.org/10.3109/07380570903349378>
- Cuevas-Lara, C., Izquierdo, M., Gutiérrez-Valencia, M., Marín-Epelde, I., Zambom-Ferraresi, F., Contreras-Escámez, B. & Martínez-Velilla, N. (2019). Effectiveness of occupational therapy interventions in acute geriatric wards: A systematic review. *Maturitas*, 127, 43-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.06.005>
- Daud, A. Z. C., Judd, J., Yau, M. & Barnett, F. (2016). Issue in Applying Occupation-based Intervention in Clinical Practice: A Delphi Study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 222(C), 272-282. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.158>
- Dolva, A.-S., Sveen, U., Bonsaksen, T., Hagby, C., Horghagen, S., Solbakken, A. I. & Thyness, E. M. (2015). Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: del 3. *Ergoterapeuten*, (5).

- Eberhard-Gran, M. & Winther, C. (2017). *Spørreskjema som metode : for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- Ergoterapeutene. (u.å.). Fagområder i ergoterapi. Hentet 7.1.21 2021 fra <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi>
- Estes, J. & Pierce, D. E. (2012). Pediatric therapists' perspectives on occupation-based practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(1), 17-25. <https://doi.org/10.3109/11038128.2010.547598>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5 utg.). Los Angeles: SAGE.
- Fisher, A. G. (2012). *OTIPM: en model for planlægning og implementering af top-til-bund, klientcentrerede og aktivitetsbaserede interventioner*. (E.E. Wæhrens, Overs.). København: Munksgaard.
- Fisher, A. G. & Marterella, A. (2019). *Powerful practice: A Model for Authentic Occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots.
- Fitzpatrick, N. & Presnell, S. (2004). Can Occupational Therapists be Hand Therapists? *The British Journal of Occupational Therapy*, 67(11), 508-510. <https://doi.org/10.1177/030802260406701107>
- Goldstein-Lohman, H., Kratz, A. & Pierce, D. E. (2003). A Study of Occupation-Based Practice. I D. E. Pierce (Red.), *Occupation by design : building therapeutic power*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Gray, J. M. (1998). Putting occupation into practice: occupation as ends, occupation as means. *The American Journal of Occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 52(5), 354-364. <https://doi.org/10.5014/ajot.52.5.354>
- Grice, K. O. (2015). The use of occupation-based assessments and intervention in the hand therapy setting – A survey. *Journal of Hand Therapy*, 28(3), 300-306. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.01.005>
- Gustafsson, L., Nugent, N. & Biros, L. (2012). Occupational Therapy Practice in Hospital-based Stroke Rehabilitation? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(2), 132-139. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.562915>
- Gutman, S. A. & Schindler, V. P. (2007). The neurological basis of occupation. *Occupational Therapy International*, 14(2), 71-85. <https://doi.org/10.1002/oti.225>
- Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A.-S., Horghagen, S., Sveen, U., Solbakken, A. I. & Thyness, E. M. (2014). Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 1. *Ergoterapeuten*, 57(4), 22-27.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Habilitering og rehabilitering. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/habilitering-og-rehabilitering/id732467/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023* (St. Meld. 7).
- Hoffmann, M., Gustafsson, L. & Tommaso, A. D. (2020). Exploring stroke survivors' experiences and understandings of occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1831060>
- IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.

- Kaunnil, A., Khemthong, S., Sriphetcharawut, S., Thichanpiang, P., Sansri, V., Thongchoomsin, S., ... Smith, C. R. (2020). Occupational therapists' experiences and perspectives towards occupation-based practice in Thailand: A mixed-methods study. *The British Journal of Occupational Therapy*.
<https://doi.org/10.1177/0308022620910402>
- 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>
- Khayatzadeh Mahani, M., Hassani Mehraban, A., Kamali, M. & Parvizy, S. (2015). Facilitators of implementing occupation based practice among Iranian occupational therapists: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, 307-307.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4. utg.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Latham, N. K., Jette, D. U., Coster, W., Richards, L., Smout, R. J., James, R. A., ... Horn, S. D. (2006). Occupational therapy activities and intervention techniques for clients with stroke in six rehabilitation hospitals. *American Journal of Occupational Therapy*, 60(4), 369-378. <https://doi.org/10.5014/ajot.60.4.369>
- Lloyd, K., Gee, B. M., Dunham, J. & Hansen, T. (2019). Occupation-Based Practice: A U.S. Survey. *Annals of International Occupational Therapy*, 2(3), 124-132.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3928/24761222-20190314-03>
- Mathiasson, G. & Morville, A.-L. (2013). Grundlæggende antagelser, værdier og etik i ergoterapi. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. utg., s. 97-118). København: Munksgaard.
- Meyer, A. (1922). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1(1), 1-10.
- Mongs, M. (2018). Toget går nå - fremtidens spesialisthelsetjeneste. I E. M. Thyness (Red.), (5, s. 6-7): *Ergoterapeuten*.
- Mulligan, S., White, B. P. & Arthanat, S. (2014). An Examination of Occupation-Based, Client-Centered, Evidence-Based Occupational Therapy Practices in New Hampshire. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 34(2), 106-116.
<https://doi.org/10.3928/15394492-20140226-01>
- Munin, M. C., Putman, K., Hsieh, C.-H., Smout, R. J., Tian, W., DeJong, G. & Horn, S. D. (2010). Analysis of rehabilitation activities within skilled nursing and inpatient rehabilitation facilities after hip replacement for acute hip fracture. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(7), 530-540.
<https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e3181e29f54>
- Murray, A., Tommaso, A. D., Molineux, M., Young, A. & Power, P. (2020). Contemporary occupational therapy philosophy and practice in hospital settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1750691>
- Norsk Ergoterapeutforbund. (2017). Alle skal delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse. Hentet fra https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_en_keltsider.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvRVhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJlUdEdxLTFwc0VLZz9ydGltZT1qN2NLMml4UzEwZw
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7 utg.). London: Open University Press.

- Piernik-Yoder, B. & Beck, A. (2012). The Use of Standardized Assessments in Occupational Therapy in the United States. *Occupational Therapy in Health Care*, 26(2-3), 97-108. <https://doi.org/10.3109/07380577.2012.695103>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11 utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Psillas, S. M. (2019). *Occupation-Based Practice in Occupational Therapy. I: ProQuest Dissertations Publishing.*
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold - samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (bd. 4) Fagbokforlaget.
- Robertson, L. & Blaga, L. (2013). Occupational therapy assessments used in acute physical care settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 127-135. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.737369>
- Rodger, S., Brown, G. T. & Brown, A. (2005). Profile of paediatric occupational therapy practice in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(4), 311-325. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2005.00487.x>
- Rogers, S. L. (2007). Occupation-based intervention in medical settings. *OT Practice*, 12, 10-16.
- Smallfield, S. & Karges, J. (2009). Classification of Occupational Therapy Intervention for Inpatient Stroke Rehabilitation. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(4), 408-413. <https://doi.org/10.5014/ajot.63.4.408>
- Spalding, K., Gustafsson, L. & Di Tommaso, A. (2020). Occupation-based group programs in the inpatient hospital rehabilitation setting: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1813818>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-2017-12-15-107). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå. (2018, 19.03.2019). Sykehus og øvrige somatiske institusjoner. Årsverk, etter region, helseutdanning, statistikkvariabel og år. Hentet 31. januar 2020
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. (3. utg.). Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Stigen, L., Bjørk, E. & Lund, A. (2020). The power of observation. Occupational therapists' descriptions of doing observations of people with cognitive impairments in the context of community practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1839966>
- Store medisinske leksikon. (2018). Spesialisthelsetjenesten. Hentet 16. oktober 2019 fra <https://sml.snl.no/spesialisthelsetjenesten>
- Tomori, K., Nagayama, H., Ohno, K., Nagatani, R., Saito, Y., Takahashi, K., ... Higashi, T. (2015). Comparison of occupation-based and impairment-based occupational therapy for subacute stroke: a randomized controlled feasibility study. *Clinical Rehabilitation*, 29(8), 752-762. <https://doi.org/10.1177/0269215514555876>
- Weinreich, M., Herman, J., Dickason, S. & Mayo, H. (2017). Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Occupational Therapy In Health Care*, 31(3), 205-213. <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1340690>
- Wilding, C. & Whiteford, G. (2007). Occupation and occupational therapy: Knowledge paradigms and everyday practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(3), 185-193. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2006.00621.x>
- Wilding, C. & Whiteford, G. (2008). Language, identity and representation: Occupation and occupational therapy in acute settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(3), 180-187. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00678.x>
- Wolf, T. J., Chuh, A., Floyd, T., McInnis, K. & Williams, E. (2015). Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation

after stroke: an evidence-based review.(Report). *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 6901180060p6901180061.

<https://doi.org/10.5014/ajot.2015.012195>

Aalen, O. O., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., Skovlund, E. & Veierød, M. B. (2018). *Statistiske metoder i medisin og helsefag* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

VEDLEGG 1 – Retningslinjer: Scandinavian Journal of Occupational Therapy

Retningslinjene som er mest sentrale for innholdet i manuskriptet finnes nedenfor.

Retningslinjene i sin helhet kan finnes på nettsiden:

<https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?show=instructions&journalCode=iocc20#prep>

Preparing Your Paper

All authors submitting to medicine, biomedicine, health sciences, allied and public health journals should conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, prepared by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Style Guidelines

Please refer to these quick style guidelines when preparing your paper, rather than any published articles or a sample copy.

Please use British (-ize) spelling style consistently throughout your manuscript.

Please use single quotation marks, except where ‘a quotation is “within” a quotation’. Please note that long quotations should be indented without quotation marks.

Submissions should add to already published papers. Please ensure your writing is concise.

Title page – it is strongly recommended that the title of the paper should be given in no more than 80 characters, and should also include a running headline not exceeding 40 letter spaces. List full names of all authors and indicate the institutional affiliation of each other. Give the name, address, e-mail address of the corresponding author, telephone and fax numbers are optional. Please submit the title page as a separate file to facilitate double-blind peer-review.

Full Length Research Articles, Case Reports and Literature Reviews

- Should be written with the following elements in the following order: title page; abstract; keywords; main text introduction, materials and methods, results, discussion; Methodological considerations / limitations; acknowledgments; declaration of interest statement; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s) (on individual pages); figures; figure captions (as a list)
- An average article should be around 5000 words, but can be up to a maximum of 8500 words.
- Should contain a structured abstract of 200 words. Title, Background, Aims/Objectives, Material and Methods, Results, Conclusions and Significance.
- Provide between 3 and 10 keywords, alphabetically, that are not already used in the title. Read making your article more discoverable, including information on choosing a title and search engine optimization.
- The introduction should explain the background of the study grounded in updated literature. The rationale of study should be stated and the significance for occupational therapy explained. The aim of the study should be clearly described.
- The material and methods section should give sufficient detail to enable other investigators to repeat the work. Describe new methods in detail. The design and

investigated population should be appropriate for the research problem stated and aim of the study. Consider reliability/validity or trustworthiness of the instruments and procedures. Use appropriate statistical and qualitative analyses and procedures. Ethical considerations should be accounted for.

- The results section should be concise and focus on findings relevant to the aim of the study. When relevant, use pertinent quotations as illustrations to qualitative findings. Figures and tables should be adequately annotated and enhancing the presentation of material. Avoid presenting data in more than one form.
- The discussion section should give critical assessment of the results of the study in view of previously reported research. Conclusions in relation to the aim should be stated likewise the significance of findings for occupational therapy. Avenues for future research should be suggested. Methodological considerations/limitations should be acknowledged.
- Acknowledgments - State funding and sources of support in the form of e.g. grants or equipment on a separate Acknowledgements page.
- A cover letter should be provided, where authors vouch for the accuracy of the manuscript according to the guidelines given here. This is also the place where authors may inform the Editors of any special circumstances or details regarding the submitted material, including prior publication of the material/parts of the material in a minority language.
- The author should always make a full statement to the editor about all submissions and previous reports that might be regarded as redundant or duplicate publication of the same or very similar work.
- For review articles, authors are requested to discuss the topic of the proposed review with the Editor-in-Chief before submission.

Registering a Review Protocol

In order to publish a review in Scandinavian Journal of Occupational Therapy, the protocol for the review must be registered at either PROSPERO, for systematic reviews, or Open Science Framework or FigShare, for scoping reviews. Please contact the Editor in Chief before submitting a review.

Short Communications

- Should be written with the following elements in the following order: title page; introduction; main text; results; discussion; acknowledgments; declaration of interest statement; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s) (on individual pages); figures; figure captions (as a list)
- An average Short Communication should be around 2700 words. Letters to the Editor
- Should be written with the following elements in the following order: title page; keywords; main text; acknowledgments; declaration of interest statement; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s) (on individual pages); figures; figure captions (as a list)

Formatting and Templates

Papers may be submitted in Word format. Figures should be saved separately from the text. To assist you in preparing your paper, we provide formatting template(s).

Word templates are available for this journal. Please save the template to your hard drive, ready for use.

If you are not able to use the template via the links (or if you have any other template queries) please contact us here.

If you choose not to use a word template for submission, the text should be double-spaced with generous margins. Times New Roman in 12 pt size is the preferred font style. Smaller spacing and font may be used for references, tables and figure legends.

Please be consistent. The same elements should be keyed in exactly the same way throughout the manuscript. Do not break words at the end of lines. Use a hyphen only to hyphenate compound words. Enter only one space after the full-stop at the end of a sentence. When emphasizing words, please use the italic feature of your word processor software. Do not justify your text; use a ragged right-hand margin.

Use a double hyphen (--) to indicate a dash in text. Do not use the lowercase l for 1 (one) or the uppercase O for 0 (zero). The space bar should only be used as a word separator. Use TAB when indenting paragraphs or separating columns in tables. Graphic elements and illustrations are accepted if providing unique data that can not be described in the text, and should be clearly marked with Arabic numbers as they appear in the text.

To ensure correct placement in the journal layout, note the figure reference (abbreviated) within brackets when referring to the figure in text, e.g. (Fig. 1).

Language

It is the responsibility of authors to ensure the quality of the language for submitted articles. Colloquial English may not be sufficient and is not necessarily the same as scientific English, for which professional services may be needed (see for example <http://www.tandfeditingservices.com/en/>). A brief language overview will be made for articles accepted for publication, but no major changes are accepted at this stage.

Statistic validity

If statistical data is provided, authors are requested to submit an official statement issued by a certified statistician (with a proper affiliation) regarding the validity of methods used.

References

Please use this (Taylor & Francis Standard Reference Style | NLM) reference guide when preparing your paper.

An EndNote output style is also available to assist you.

Taylor & Francis Editing Services

To help you improve your manuscript and prepare it for submission, Taylor & Francis provides a range of editing services. Choose from options such as English Language Editing, which will ensure that your article is free of spelling and grammar errors, Translation, and Artwork Preparation. For more information, including pricing, visit this website.

Checklist: What to Include

1. Author details. Please ensure everyone meeting the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) requirements for authorship is included as an author

of your paper. All authors of a manuscript should include their full name and affiliation on the cover page of the manuscript. Where available, please also include ORCiDs and social media handles (Facebook, Twitter or LinkedIn). One author will need to be identified as the corresponding author, with their email address normally displayed in the article PDF (depending on the journal) and the online article. Authors' affiliations are the affiliations where the research was conducted. If any of the named co-authors moves affiliation during the peer-review process, the new affiliation can be given as a footnote. Please note that no changes to affiliation can be made after your paper is accepted. Read more on authorship.

2. You can opt to include a video abstract with your article. Find out how these can help your work reach a wider audience, and what to think about when filming.
3. Read making your article more discoverable, including information on choosing a title and search engine optimization.
4. Funding details. Please supply all details required by your funding and grant-awarding bodies as follows:
 5. For single agency grants
 6. This work was supported by the [Funding Agency] under Grant [number xxxx].
 7. For multiple agency grants
 8. This work was supported by the [Funding Agency #1] under Grant [number xxxx]; [Funding Agency #2] under Grant [number xxxx]; and [Funding Agency #3] under Grant [number xxxx].
9. Disclosure statement. This is to acknowledge any financial interest or benefit that has arisen from the direct applications of your research. Further guidance on what is a conflict of interest and how to disclose it.
10. Data availability statement. If there is a data set associated with the paper, please provide information about where the data supporting the results or analyses presented in the paper can be found. Where applicable, this should include the hyperlink, DOI or other persistent identifier associated with the data set(s). Templates are also available to support authors.
11. Data deposition. If you choose to share or make the data underlying the study open, please deposit your data in a recognized data repository prior to or at the time of submission. You will be asked to provide the DOI, pre-reserved DOI, or other persistent identifier for the data set.
12. Supplemental online material. Supplemental material can be a video, dataset, fileset, sound file or anything which supports (and is pertinent to) your paper. We publish supplemental material online via Figshare. Find out more about supplemental material and how to submit it with your article.
13. Figures. Figures should be high quality (1200 dpi for line art, 600 dpi for grayscale and 300 dpi for colour, at the correct size). Figures should be supplied in one of our preferred file formats: EPS, PS, JPEG, TIFF, or Microsoft Word (DOC or DOCX) files are acceptable for figures that have been drawn in Word. For information relating to other file types, please consult our Submission of electronic artwork document.
14. Tables. Tables should present new information rather than duplicating what is in the text. Readers should be able to interpret the table without reference to the text. Please supply editable files.
15. Equations. If you are submitting your manuscript as a Word document, please ensure that equations are editable. More information about mathematical symbols and equations.
16. Units. Please use SI units (non-italicized).

VEDLEGG 2 – Spørreskjemaet

Samtykkeerklæring *

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Aktivitetsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten». Jeg samtykker til:

- Å delta ved å fylle ut spørreskjema og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Om deg

Kjønn *

Mann

Kvinne

Hvilket år er du født? *

Hva er din høyeste fullførte utdanning? *

Bachelorgrad

Bachelorgrad med videreutdanning

Mastergrad

Doktorgrad

Hvilket år var du ferdig utdannet ergoterapeut? *

Innenfor hvilket område jobber du hovedsakelig? *

Allmennhelse

Arbeidshelse

Barns helse

Eldres helse

Folkehelse

Psykisk helse

Somatisk helse

Kartleggingsmetoder

Hvilke fem kartleggingsmetoder bruker du oftest i din arbeidshverdag? *

Du kan oppgi både standardiserte kartleggingsmetoder som f.eks. COPM, dynamometer eller EVA og ikke-standardiserte kartleggingsmetoder. Dersom du oppgir en ikke-standardisert kartleggingsmetode vennligst gi en kort forklaring på hvordan kartleggingen utføres f.eks. observasjon av kjøkkenaktivitet, intervju om aktiviteter i hverdagslivet eller selvlagd spørreskjema om interesser.

Nevn inntil 5 kartleggingsmetoder (oppgi kun en kartleggingsmetode per felt)

Hvor ofte utfører du kartleggingsmetoder der pasienten er engasjert i en aktivitet? *

Termen «aktivitet» vil i denne studien innebære aktiviteter i dagliglivet, fritidsaktiviteter, jobbaktiviteter og sosiale aktiviteter.

- Hver arbeidsdag
- Ukentlig
- Månedlig
- Sjeldnere enn månedlig

I hvilken grad mener du at kartleggingsmetodene du bruker er aktivitetsbaserte? *

Termen «aktivitetsbasert» vil i denne studien innebære at pasienten er engasjert i en aktivitet som er relevant og meningsfull for han/henne.

- Ikke aktivitetsbaserte
- Litt aktivitetsbaserte
- Ganske aktivitetsbaserte
- Svært aktivitetsbaserte

Intervensjon

Utfører du intervensjoner i din arbeidshverdag? *

Ja

Nei

Hvilke fem intervensjoner bruker du oftest i din arbeidshverdag? *

Vennligst gi en kort forklaring på hvordan intervensjonen utføres, f.eks. håndtrening med terapideig, trening i morgen ADL eller veiledning om aktivitetsbalanse.

Nevn inntil 5 intervensjoner (oppgi kun en intervensjon per felt)

Hvor ofte utfører du intervensjoner der pasienten er engasjert i en aktivitet? *

Termen «aktivitet» vil i denne studien innebære aktiviteter i dagliglivet, fritidsaktiviteter, jobbaktiviteter og sosiale aktiviteter.

Hver arbeidsdag

Ukentlig

Månedlig

Sjeldnere enn månedlig

I hvilken grad mener du at intervensjonene du utfører er aktivitetsbaserte? *

Termen «aktivitetsbasert» vil i denne studien innebære at pasienten er engasjert i en aktivitet som er relevant og meningsfull for han/henne.

Ikke aktivitetsbaserte

Litt aktivitetsbaserte

Ganske aktivitetsbaserte

Svært aktivitetsbaserte

Barrierer for en aktivitetsbasert praksis

I hvilken grad er følgende barrierer et hinder for en aktivitetsbasert praksis i din arbeidshverdag?

	Ikke et hinder	Lite hinder	Nokså stort hinder	Stort hinder	Svært stort hinder
Mangel på tid til å planlegge *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på tid til å utføre *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på tid til å dokumentere *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på plass *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på utstyr *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre yrkesgrupper verdsetter det ikke *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergoterapeutkolleger verdsetter det ikke *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Egne mangelfulle ferdigheter *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Restriksjoner fra retningslinjer og fagprosedyrer *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasientens manglende forståelse av hensikt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du opplever andre barrierer for en aktivitetsbasert praksis enn overnevnte, vennligst beskriv dem:

Angi hvor enig eller uenig du er i de følgende påstandene:

Jeg mener aktivitetsbasert praksis er viktig *

Svært uenig

Ganske uenig

Nøytral

Ganske enig

Svært enig

Bruk av aktivitetsbasert praksis er verdsatt av mine kollegaer *

Svært uenig

Ganske uenig

Nøytral

Ganske enig

Svært enig

Bruk av aktivitetsbasert praksis er verdsatt av ledelsen der jeg jobber *

Svært uenig

Ganske uenig

Nøytral

Ganske enig

Svært enig

Jeg mener all ergoterapipraksis bør inneholde aktivitetsbasert praksis *

Svært uenig

Ganske uenig

Nøytral

Ganske enig

Svært enig

VEDLEGG 3 – Invitasjon til å delta

Vil du delta i forskningsprosjektet «Aktivitetsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *undersøke aktivitetsbasert praksis blant ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten og hva som kan hindre en aktivitetsbasert praksis*. Ditt bidrag er viktig for å få vite mer om hvordan ergoterapeuter i den norske spesialisthelsetjenesten jobber med aktivitetsbasert praksis.

Delta ved å følge denne lenken:

<https://nettskjema.no/a/166954>

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du fyller ut en spørreundersøkelse om aktivitetsbasert praksis, og svarer på noen spørsmål om deg selv og din bakgrunn. Det vil ta ca. 10 minutter å svare på spørreundersøkelsen. Se informasjonsskrivet som er vedlagt for mer informasjon om hva deltakelse vil innebære for deg.

Dersom du har spørsmål knyttet til spørreundersøkelsen kan du ta kontakt med Maren Høgblad Aas på e-post s312639@oslomet.no.

Med vennlig hilsen

Maren Høgblad Aas - student ved masterstudiet i ergoterapi

Tore Bonsaksen - prosjektveileder

Mikkel Magnus Thørrisen - prosjektansvarlig ved OsloMet

VEDLEGG 4 – NSD godkjenning

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Aktivitetsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten

Referansenummer

174813

Registrert

24.11.2020 av Maren Høgblad Aas - s312639@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Mikkel Magnus Thørrisen, mikkel-magnus.thorrisen@oslomet.no, tlf: 67236754

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Maren Høgblad Aas, s312639@oslomet.no, tlf: 41496256

Prosjektperiode

01.12.2020 - 31.12.2022

Status

04.12.2020 - Vurdert

04.12.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 04.12.20, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.22.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TILLATELSER

Vi forutsetter at behandlingen av personopplysninger ikke starter før du har fått de nødvendige godkjenningene som du beskriver under «Rekruttering eller trekking av utvalget».

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

UiOs Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet «Aktivitetsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke aktivitetsbasert praksis blant ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten og hva som kan hindre en aktivitetsbasert praksis. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å få kunnskap om aktivitetsbasert praksis blant ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet er en del av et mastergradsprosjekt ved OsloMet – storbyuniversitetet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet - storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er forespurt om å delta i forskningsprosjektet fordi du er ergoterapeut ansatt i spesialisthelsetjenesten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du fyller ut en spørreundersøkelse om aktivitetsbasert praksis, og å svare på noen spørsmål om deg selv og din bakgrunn. Det vil ta ca. 10 minutter å svare på spørreundersøkelsen. Dine svar fra spørreundersøkelsen blir registrert elektronisk og lagret i en datafil.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har beskrevet her. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysninger som du gir i prosjektet, vil kun være tilgjengelige for prosjektgruppen. Datamaterialet skal oppbevares på institusjonens datanettverk som krever at man logger inn med brukernavn og passord.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2022. Ved prosjektslutt vil alle innsamlede opplysninger slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan indirekte identifiseres i datamaterialet har du rett til innsyn, rette og slette opplysningene om deg, samt å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger. Prosjektet vil benytte Nettskjema sin løsning som ikke registrerer IP-

adresser. Muligheten til å sikkert identifisere deg vil kun være aktuelt i tilfeller der du kan bekrefte tidspunkt spørreundersøkelsen er levert inn eller om du har avgitt svar som gjør din besvarelse unik.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet – storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høgskolen Innlandet ved Tore Bonsaksen (e-post tore.bonsaksen@inn.no)
- OsloMet – Storbyuniversitetet ved Maren Høgblad Aas (e-post s312639@oslomet.no)
- OsloMet – Storbyuniversitetet ved Mikkel Magnus Thørrisen (mikkel-magnus.thorrisen@oslomet.no)
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen (e-post ingridj@oslomet.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Mikkel Magnus Thørrisen
Prosjektansvarlig ved
OsloMet - Storbyuniversitetet
Tlf: 67236754

Tore Bonsaksen
Prosjektveileder
Tlf: 62430378

Maren Høgblad Aas
Student ved master i
ergoterapi
Tlf: 41496256