

# ”VILD RESPEKT FOR DET DÉR ERGOTERAPI”



Foto: Lonnie Westphal, Helena Bruntse, Nikolaj Thuelund

Udarbejdet af ergoterapeutstuderende:

Lonnie Westphal, Helena Bruntse & Nikolaj Thuelund

# ”VILD RESPEKT FOR DET DÉR ERGOTERAPI”

*En kvalitativ undersøgelse af, hvordan ambulante ergoterapi bidrager til, at voksne patienter med gliomer kan fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter, samt patienternes følelse af samspillet med ergoterapeuterne.*

University College Lillebælt

Lonnie Westphal - 33113527

Helena Bruntse - 33113503

Nikolaj Thuelund - 33113522

Vejleder

Hanne Kaae Kristensen

Ergoterapeutuddannelsen

Hold ERG513

7. semester

Bachelorprojekt

Dato

13.01.2017

**Dette projekt omfatter 59.462 tegn inkl. mellemrum**

Denne opgave – eller dele heraf – må kun offentliggøres med forfatterens tilladelse jf. Bekendtgørelse af lov om ophavsret nr. 1144 af 23.10.2014

**”RESPECT FOR OCCUPATIONAL THERAPY”**

# Resumé

**Problembaggrund:** Gliomer er den hyppigste form for hjernetumorer, og prognosen for overlevelse er ca. fem år. Funktionsnedsættelserne er sammenlignelige med dem som ses ved erhvervet hjerneskade. Patienter med gliomer profiterer af neurorehabilitering. Gliomer påvirker alle aspekter af patientens liv. Progredierende sygdomme kan gøre det vanskeligt at fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter. Der findes begrænset forskning på den ambulante rehabilitering til disse patienter.

**Problemformulering:** Hvordan bidrager ambulant ergoterapi til, at voksne patienter med gliomer, som samtidig modtager stråler, kan fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter i deres hverdagsliv? Og hvordan føler patienterne samspillet med ergoterapeuterne?

**Metode og materialer:** Undersøgelsen er kvalitativ og anvender den fænomenologiske tilgang. Der er foretaget tre semistrukturerede interviews med interviewguides, af hhv. en udviklingsterapeut og to patienter. Data er analyseret ved brug af Malteruds systematiske tekstkondensering. Der er søgt underbyggende forskningsartikler i søgedatabaser.

**Resultater:** Patienternes mål er forskellige, men alle patienter ønsker at kunne klare sig selv. Ergoterapeuterne arbejder primært kompenserende i den kognitive genoptræning. Ergoterapeuterne arbejder klientcentreret og inden for patientens nærmeste udviklingszone samt for at skabe overføringsværdi for denne. Patienterne kan overføre og anvende det som de lærer, og synes at dette giver mening. Patienterne føler sig medinddraget i forløbet og har en god kemi med ergoterapeuterne.

**Konklusion:** Patienter med gliomer profiterer af neurorehabilitering. Det ergoterapeutiske tilbud opfylder anbefalinger i nationale retningslinjer og forløbsprogrammer inden for neuro- og kræftrehabilitering. Ligeledes stemmer tilbuddet overens med den ergoterapeutiske tanke om deltagelse i betydningsfulde aktiviteter. For at opnå at fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter arbejdes der inden for patientens nærmeste udviklingszone, og der trænes primært kompensatorisk ved kognitive udfald. Patienterne har haft et godt samspil med ergoterapeuterne, bl.a. grundet god kemi og medinddragelse. Projektets patienter har haft gavn af ambulant ergoterapeutisk rehabilitering.

**Perspektivering:** Resultaterne kan bidrage til forskning på området, og der er behov for yderligere forskning. Det er bl.a. relevant at udvide denne undersøgelse samt at undersøge om omgivelser og tidspunktet for rehabiliteringen har indflydelse på at fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter.

Der er behov for specifikke retningslinjer for ambulant rehabilitering af patienter med gliomer.

**Søgeord:** Gliomer, betydningsfulde aktiviteter, ergoterapi, deltagelse, patientperspektiv

# Abstract

**Background:** Glioma is the most frequent brain tumor, and the prognosis for survival is approximately five years. The functional impairments are comparable to those who have acquired brain injury. Patients with glioma benefits from neurological rehabilitation. Glioma affects all aspects of a patient's life. Progressive illness can make it difficult to maintain participation in occupations. There are limited research studies of outpatient rehabilitation to these patients.

**Problem statement:** How does outpatient occupational therapy contribute that adult patients with glioma, who receive rays, can maintain participation in occupations in their everyday life? And how does the patients feel about the interaction with the occupational therapists?

**Methods and materials:** The study is qualitative and uses phenomenological approach. Three semistructured interviews with interviewguides have been made, one with a development therapist and one with each patient. Data are analysed with use of the systematic textcondensation by Malterud. There have been searched corroborating research studies in databases.

**Results:** The patients' goals are different, but every patient wishes to take care of themselves. The occupational therapists work primarily compensatory in cognitive rehabilitation. The occupational therapists have a client-centered focus and work to develop the patients in the nearest zone of development. They also try to create transfer value for the patients. The patients can transfer and use what they learn and thinks it makes sense. The patients feel included and have a good chemistry with the occupational therapists.

**Conclusion:** Patients with glioma benefits from neurological rehabilitation. The occupational therapy offer meets the neurological- and cancer rehabilitation recommendations in the national guidelines and disease management programs. Furthermore the offer matches the thought in occupational therapy about participation in occupations. To maintain participation in occupations the occupational therapists work in the patient's nearest zone of development. They primarily use compensation to cognitive impairments. The patients have had a good interaction with the occupational therapists, among other things because of good chemistry

and involvement. The patients of the project have benefitted from outpatient occupational therapy rehabilitation.

**Perspectives:** The results can contribute to research studies in this field, and there is a need for further research studies. It is among other things relevant to extend this study, and to investigate if the environment and the time of the rehabilitation have influence on maintaining participation in occupations. There is a need for specific guidelines for outpatient rehabilitation of patients with glioma.

**Keywords:** Glioma, occupations, occupational therapy, participation, patient perspective

# Indholdsfortegnelse

<b>Problembaggrund</b>	<b>2</b>
Gliomer	2
Aktivitetstab	3
Rehabilitering	3
Formål	4
Målgruppe	4
<b>Problemformulering</b>	<b>4</b>
Begrebsafklaring	5
<b>Teori og ergoterapifaglige perspektiver</b>	<b>5</b>
CMOP-E	5
CMCE	6
NUZO	7
<b>Metode</b>	<b>8</b>
Projektets udgangspunkt	8
Forforståelse	8
Design	8
Tilrettelæggelse	9
Dataindsamling	11
Databearbejdning	12
Litteratursøgning	13
<b>Resultater</b>	<b>14</b>
<b>Diskussion</b>	<b>21</b>
Resultatdiskussion	21
Metodediskussion	27
<b>Konklusion</b>	<b>29</b>
<b>Perspektivering</b>	<b>30</b>
<b>Referenceliste</b>	<b>32</b>
<b>Bilagsliste</b>	<b>38</b>



## Problembaggrund

Projektet tager udgangspunkt i et igangværende forskningsprojekt, hvor ambulante ergoterapi gives til patienter med gliomer, som sideløbende går i et stråleforløb. Derudover er der fokus på patienternes følelse af samspil med ergoterapeuterne.

Der anvendes fremadrettet to forkortelser:

Patient/patienten/patienter/patienterne = PT

Ergoterapeut/ergoterapeuten/ergoterapeuter/ergoterapeuterne = ET

## Gliomer

Et gliom er den hyppigste form for hjernetumor, da den udgør ca. halvdelen af alle diagnosticerede hjernetumorer. Gliomer inddeles i lavgrads- og højgrads gliomer og mindst halvdelen er ondartede (Ammundsen & Kjems 2015a).

Ifølge Cancerregistret har tilfældene af mænd og kvinder, der bliver ramt af kræft i hjernen samt centralnervesystemet, været stigende hen over en 25 årig periode (Sundhedsdatastyrelsen 2015, s. 20).

I forbindelse med det at få en kræftdiagnose, sker det ofte, at døden rykker tættere på i den ramtes sind, da tanker og angst omkring døden vil komme til at fylde (Jakobsen 2016). Iblant alle typer af kræft, er det PT med hjernetumorer, som har den laveste prognose for overlevelse, denne ligger på omkring 5 år (Ellor, Pagano-Young & Avgeropoulos 2014 i He-Strocchio & Longpré 2016, s. 8).

Symptomer, som følge af, at tumoren trykker et bestemt sted i hjernen, kan vise sig som kognitive og/eller motoriske udfald afhængig af, hvor tumoren trykker (Ammundsen & Kjems 2015b). Funktionsnedsættelser som opstår grundet en hjernetumor, svarer overens med dem, der ses hos PT med erhvervet hjerneskade, som er opstået af anden årsag (Sundhedsstyrelsen 2016, s. 22, Mosegaard, Jensen & Jørgensen 2013, s. 295). PT med hjernetumorer genvinder sjældent sit habituelle funktionsniveau, og oplever ofte en forværring igennem sygdomsforløbet (Mosegaard, Jensen & Jørgensen 2013, s. 296-297).

## **Aktivitetstab**

At få en hjernetumor påvirker alle aspekter af en PTs liv, herunder både det fysiske, kognitive, sociale og spirituelle. PTs oplevelse med dette spænder ofte over træthed, angst, nedsat humør, manglende accept af ændret identitet samt vanskeligheder og ændringer i udøvelsen af Activity of Daily Living (ADL) og hverdagens rutiner (Pergolotti et al. 2016, s. 314, Stubblefield 2011 i Pergolotti et al. 2016, s. 317).

Progredierende sygdomme kan ligge til grund for tab af aktiviteter. Tab af betydningsfulde aktiviteter kan bl.a. medføre mindre selvværd, påvirkning af ens identitet, følelsen af mangel på kontrol og hjælpeløshed, og være med til at vanskeliggøre det for PT at opretholde sine betydningsfulde aktiviteter (Polatajko et al. 2013a, s. 106). Dette påvirker PTs hverdagsliv og kan forværre PTs helbred (Townsend & Wilcock 2004 i Jessen-Winge & Riddersholm 2013, s. 27).

## **Rehabilitering**

PT med hjernetumorer er inkluderet i "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade", da PT efter behandling heraf ofte kan have et længere rehabiliteringsforløb uden progression i sygdommen (Sundhedsstyrelsen 2011, s. 11). Et mindre studie har påvist, at PT med gliomer profiterer af neurorehabilitering, på samme vis som PT med traumatisk hjerneskade (O'Dell et al. 1998, s. 1531-1532), og i "Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne" (Dansk Neuro Onkologisk Gruppe 2016, s. 99) er der udarbejdet en evidensbaseret retningslinje for dette.

Herudover skal alle indsatser af rehabiliterende behandling følge de gældende kliniske retningslinjer på området og imødekomme PTs behov (Sundhedsstyrelsen 2011, s. 18). Genoptræningen fokuserer på at forbedre PTs mistede færdigheder, for at PT kan opnå aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, så PT kan blive så vidt muligt selvhjulpen i eget liv (Sundhedsstyrelsen 2011, s. 7-8, Backman et al. 2013, s. 246). Rehabilitering af en PTs aktivitet og deltagelse vægtes højt (Backman et al. 2013, s. 245) og det er væsentligt at forløbet rettes mod PTs hverdagsliv og betydningsfulde aktiviteter (ibid. s. 247).

Et studie viser, at patienter med hjernetumorer profiterer af træning i ADL-aktiviteter, både under og efter deres indlæggelse (Marciniak et al. 2001 i Pergolotti et al. 2016, s. 317).

Der findes dog kun begrænset viden på ambulante rehabilitering til PT med gliomer, hvorfor det er relevant at undersøge dette nærmere (Jones et al. 2010, Piil et al. 2014 i Hansen et al. 2014, s. 2). Der tages hertil udgangspunkt i de generelle retningslinjer og forløbsprogrammer for rehabilitering, der findes inden for erhvervet hjerneskade og kræft.

## **Formål**

Formålet med projektet er at belyse det ambulante ergoterapeutiske tilbud, der gives til PT med gliomer, som sideløbende med dette er i strålebehandling. Hensigten er, at afdække, hvordan ergoterapi kan hjælpe denne PT-gruppe med at fastholde deres betydningsfulde aktiviteter samt at afdække PTs oplevelse af samspillet med ergoterapeuterne.

## **Målgruppe**

Den primære målgruppe er ET, som arbejder med voksne PT med gliomer, da projektet ønsker at kunne supplere den viden, der ligger på området omkring rehabilitering af disse PT, samt give et indtryk af, hvad PT har af oplevelse af samspillet med ergoterapeuterne.

Sekundære målgrupper er ET, som arbejder med andre PT med neurologiske diagnoser. Herudover kan projektet henvende sig til andet sundhedsfagligt personale samt PT, for at skabe en forståelse for det ergoterapeutiske arbejde, som udføres i samarbejde med PT med gliomer.

## **Problemformulering**

Hvordan bidrager ambulante ergoterapi til, at voksne patienter med gliomer, som samtidig modtager stråler, kan fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter i deres hverdagsliv? Og hvordan føler patienterne samspillet med ergoterapeuterne?

## **Begrebsafklaring**

Voksne patienter: Patienter i alderen +18 år, der går/har gået i ambulansergoterapeutisk behandling og samtidig modtager/ har modtaget stråler.

Gliomer: Hjerneturorer, der udgår fra hjernens støttevæv, glia. Det er den hyppigste form for hjerneturorer, og mindst halvdelen af alle tilfælde er ondartede/højgradsgliomer (Kræftens Bekæmpelse).

Deltagelse: "... Menneskers muligheder for at være involveret i og få adgang til sociale og samfundsmæssige sammenhænge - både og alene og sammen med andre."

(Ergoterapeutforeningen 2008 i Birk & Langdal 2013, s. 125).

Betydningsfulde aktiviteter: "Betydningsfulde aktiviteter vedrører samlinger af aktiviteter og opgaver i hverdagslivet, som er blevet navngivet, organiseret og har fået tillagt værdi og mening af enkeltpersoner og en kultur ..." (COAT 1997a i Polatajko et al. 2013b, s. 51-52).

Hverdagsliv: "Det liv som almindelige mennesker lever hver dag" (Den Danske Ordbog).

## **Teori og ergoterapifaglige perspektiver**

I dette afsnit beskrives teori og modeller, som projektet anvender i diskussion af projektets resultater. Teori og modeller er grundet en induktiv tilgang valgt efter dataindsamlingen (Hsieh & Shannon 2016 i Danielson 2014b, s. 324). Valgte modeller er Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) og Canadian Model of Client-centred Enablement (CMCE). Valgt teori er Nærmeste Udviklingszone (NUZO).

### **CMOP-E**

CMOP-E er valgt da denne er en af de store internationale modeller for betydningsfulde aktiviteter (Polatajko et al. 2009, s.66), og for at være sikker på, at komme omkring hele mennesket i diskussionen af resultaterne (ibid. s.60). Derudover er spiritualiteten en del af mennesket i CMOP-E (Law et al. 2002, s.32), og denne giver aktiviteterne mening (ibid.

s.35). Da en PT taler meget om sin spiritualitet blev det derfor fundet optimalt at anvende CMOP-E som begrebsmodel.

CMOP-E er en canadisk ergoterapeutisk begrebsmodel, som gør det muligt for ET at se aktivitetsudøvelse som en dynamisk proces mellem person, omgivelser og betydningsfuld aktivitet (Polatajko et al. 2009, s. 59,60, Law et al. 2002, s. 34). CMOP-E giver i dens grafiske fremstilling (Bilag 1 figur 1) et overblik over det canadiske syn på ETs aktivitetsorienterede perspektiv, herunder betydningsfulde aktiviteter og aktivitetsudøvelse (Polatajko et al. 2009, s. 60,66, Law et al 2002, s. 34). Derudover viser CMOP-E, at ETs primære interesseområde er personens betydningsfulde aktiviteter (Polatajko et al. 2009, s. 60), og da CMOP-E har personen i centrum viser den også tydeligt ETs fokus på klientcentrering (Law et al. 2002, s. 35).

Personen har ifølge CMOP-E tre udøvelseskomponenter; det kognitive, det affektive og det fysiske. Spiritualiteten, som danner kernen i CMOP-E, er en del af personen. Spiritualiteten influerer dermed på personens tre udøvelseskomponenter (Polatajko et al. 2009, s. 60).

I CMOP-E omslutter omgivelserne personen, og disse to kædes sammen af de betydningsfulde aktiviteter. Dette viser, at aktivitet opstår i samspillet mellem person og omgivelser, og at omgivelserne sætter rammerne for de betydningsfulde aktiviteter (Polatajko et al. 2009, s. 60, Law et al. 2002, 34-35). Omgivelserne kan være både kulturelle, sociale, fysiske og institutionelle. Betydningsfulde aktiviteter grupperes under egenomsorg, produktivitet og fritid (Polatajko et al. 2009, s. 60).

Enhver forandring i et af modellens områder vil influere på de andre områder (Law et al. 2002, s. 34-35). E-et i CMOP-E står for "engagement", og viser at ET ikke blot ser på aktivitetsudøvelsen, herunder påbegyndelsen og gennemførelsen, men også på selve engagementet heri (Polatajko et al. 2009, s. 61-62, 65). Aktivitetsengagementet opstår ved interaktion mellem person, omgivelser og betydningsfulde aktiviteter (ibid. s. 65).

## **CMCE**

CMCE er valgt for at finde ud af, hvordan ET arbejder for at bidrage til, at PT kan fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter (Townsend et al. 2013, s. 169).

CMCE er en model for klientcentreret muliggørelse, som tydeliggør ETs roller og kernekompetencer i det ergoterapeutiske virke. Modellen er visualiseret (Bilag 2 figur 2) og

består af ti muliggørende nøglefærdigheder (Townsend et al. 2013, s. 169). De ti nøglefærdigheder vises i en lodret, ikke-prioriteret rækkefølge, hvorfor de ikke nødvendigvis skal benyttes fra en ende af, men kan benyttes forskelligt alt efter, hvilke PT, omgivelser eller aktiviteter, som ET inddrager i sine interventioner (ibid. s. 172).

Udenom nøglefærdighederne er to kurvede linjer, som afspejler forholdet mellem PT og ET. De krydser hinanden asymmetrisk i to punkter. Punkterne viser start og slutning på den klientcentrerede muliggørelse mellem ET og PT, og asymmetrien forklarer, at forholdet er en dynamisk og udviklende proces (ibid. s. 169).

## **NUZO**

NUZO er valgt for at få et billede af, hvordan ET fortsat kan sikre udvikling hos PT, sådan at PT kan opnå at fastholdelse deltagelse i betydningsfulde aktiviteter (Fortmeier & Thanning 2003, s. 195).

Begrebet NUZO er udviklet af psykologen L.S. Vygotsky, og bliver brugt til udvikling af handlekompetencer. NUZO spænder fra det man aktuelt kan og til der, hvor man opnår potentiel udvikling. NUZO er det område, hvor der kan løses problemer med vejledning og støtte fra andre (Vygotsky 1978 i Fortmeier & Thanning 2003, s. 195-196).

NUZO ses som et område, en færdighed eller et problem, hvor man mangler den kontrol, som skal til, for at løse dette (Fortmeier & Thanning 2003, s. 196).

Ligger en opgave over NUZO, fx hvis et mål er for stort, kan det medføre, at opgaven ikke løses, da denne vil være for svær. Ligger opgaven under NUZO, fx hvis et mål er for lille, mindskes kravene til at udføre opgaven, hvilket kan medføre nedsat motivation. I begge tilfælde vil personen ikke udvikles, og der vil dermed ikke skabes nye handlekompetencer (ibid.).

## **Metode**

I følgende afsnit præsenteres udgangspunktet for projektet, og herefter en præsentation af forforståelsen for projektet. Der vil blive gjort rede for projektets design, tilrettelæggelse, dataindsamlings- og databearbejdningsmetoder, samt in- og eksklusionskriterier, etiske overvejelser og litteratursøgning.

## **Projektets udgangspunkt**

Undersøgelsen er foretaget på et akutsygehus i Danmark, hvor voksne PT med gliomer bliver tilbudt ambulant ergoterapi i et forløb, hvor de kommer 2 gange om ugen, sideløbende med strålebehandling. Tilbuddet om ergoterapi indebærer undersøgelser af PTs aktivitetsproblematikker, målsætning, indsigtbearbejdning, psykoedukation, træning af strategier og overføringsværdi, udfaldsorienteret- og kompensatorisk træning, herunder både fysisk og kognitivt.

## **Forforståelse**

Forforståelsen for projektet er, at PT med progredierende sygdomme, såsom hjernetumorer, har udfordringer ift. at opretholde aktivitet og deltagelse i hverdagslivet, og prioritere betydningsfulde aktiviteter. Det formodes, at PT med hjernetumorer kan profitere af rehabilitering målrettet hjerneskadede, og at disse PT er meget sårbare, da de har døden tæt inde på livet.

## **Design**

### **Videnskabsteoretisk tilgang og forskningstype**

Projektet tager udgangspunkt i det fortolkningsvidenskabelige paradigme, der bygger på betragtningen af, at den viden man har om specifikke ting, opnås af at søge forståelse for fænomenerne, som ligger bagved. Paradigmet fokuserer på, hvordan mennesker beskriver sig selv, deres oplevelser, handlinger og erfaringer (Launsø, Olsen & Rieper 2011, s. 61).

Humanvidenskaben som ligger til grund for det kvalitative design, beskæftiger sig ligeledes

med forståelse og fortolkning af personlige erfaringer og holdninger til specifikke fænomener (Marshall & Rossman 2011 i Henricson & Billhult 2014, s. 130).

Projektet er et kvalitativt studie baseret på individuelle interviews, da det ønskes at forstå informanternes subjektive mening, oplevelse og forståelse af det ambulante ergoterapeutiske tilbud, hvorfor det forstående kvalitative design er valgt (Launsø, Olsen & Rieper 2011, s. 24).

Fænomenologien er valgt til at opnå denne forståelse, da den sætter fokus på, hvordan det enkelte individ gør sig subjektive erfaringer om et specifikt fænomen (Friberg og Öhlén 2014, s. 337), som i dette projekt er det ergoterapeutiske tilbud og samspillet mellem PT og ET. Derfor sættes forforståelsen i parentes (Malterud 2011, s. 97), og projektets problemformulering bliver styrende for undersøgelsen (Friberg og Öhlén 2014, s. 346). Der arbejdes induktivt ved, at analysen tager udgangspunkt i den data som indsamles, og ikke i teori (Hsieh & Shannon 2006, i Danielson 2014b, s. 324).

## **Tilrettelæggelse**

### **Inklusions- og eksklusionskriterier**

Det er en strategisk udvælgelse, at de inkluderede PT har en hjernetumor af typen gliom og samtidig modtager eller har modtaget stråler, sideløbende med det ergoterapeutiske forløb. Derudover er udvælgelseskriterierne varierende, da PT er forskellige køn, har forskellige aldre, har forskellige grader af gliomet samt er forskellige steder i det ergoterapeutiske forløb (Henricson & Billhult 2014, s. 134-135).

De to ET, der arbejder med PT i det ambulante ergoterapeutiske tilbud er inkluderet, men kontakten går igennem udviklingsterapeuten på afdelingen, fordi ET ikke selv har ressourcerne.

Udviklingsterapeuten har skabt kontakt til, og udvalgt to PT til projektet. Den ene PT er en kvinde med høj-grads gliom, den anden er en mand med lav-grads gliom. Kvinden er fortsat i det ergoterapeutiske forløb, hvorimod manden er afsluttet.



## **Forskningsetik**

For at beskytte og respektere informanterne har der før, under og efter udarbejdelsen af undersøgelsen samt i udarbejdelsen af projektet været overvejelser ift. forskningsetik (Kjellström 2014, s. 72).

Der tages højde for, at PT er alvorligt syge, og at de kan være følsomme og sårbare, samt at de muligvis hurtigt udtrættes grundet sygdommen. Den PT, der fortsat får stråler er der ligeledes taget ekstra højde for kan være træt og have behov for pauser (ibid. s. 82).

Efter anbefaling fra datatilsynet (Datatilsynet 2015b) er der ifm. indhentning af data fra ET og PT udformet et ark om skriftligt samtykke (Bilag 3). Arket beskriver, hvad data anvendes til, fortrolighed og anonymisering. Underskriften sikrer, at ET og PT deltager frivilligt i undersøgelsen, og at det tillades at brug af oplyste data benyttes fortroligt i andre sammenhænge end til bachelorprojektet, herunder til brug i ergoterapeutfaglig artikel eller i undervisningsøjemed (Kvale & Brinkmann 2009, s. 90).

Deltagerne bliver informeret om undersøgelsens og projektets formål, og at de til enhver tid har ret til, at trække deres samtykke og medvirken tilbage. De bliver præsenteret for de indbyrdes roller i interviewsituationen samt får information om tavshedspligt. De oplyses desuden om, at det de siger samt evt. tilbagetrækkelse fra interviewet, ikke vil få konsekvens for den fremtidige behandling (Kjellström 2014, s. 88)(Datatilsynet 2015a).

Da dette er et bachelorprojekt på en professionsuddannelse, er det fritaget for anmeldelse til datatilsynet (Datatilsynet 2015b). Dog skal det nævnes, at projektet evt. bliver en supplerende del af det tidligere nævnte forskningsprojekt, hvorfor tovholdere for forskningsprojektet har anmeldt og fået tilladelse til registrering af personfølsomme oplysninger.

## **Dataindsamling**

Det kvalitative forskningsinterview er valgt som dataindsamlingsmetode (Danielson 2014a, s. 164). Der foretages tre interviews, et med udviklingsterapeuten og et med hver af PT. Det har ikke været muligt at tale med de to ET som et tilknyttet PT, hvorfor der er foretaget et interview med udviklingsterapeuten. Udviklingsterapeuten agerer således mellemmand. Dette valg er taget, da udviklingsterapeuten tidligere har foretaget et interview med de to ET, for at få svar på, hvilken intervention og behandling de tilbyder PT. Der er modtaget rådata fra dette interview, og disse er gennemlæst, hvorefter der er afholdt et opfølgende interview med udviklingsterapeuten. Således er det ETs ord fortalt igennem udviklingsterapeuten. På denne måde søges det at forstå de ergoterapeutiske behandlingstilbud (ibid.).

Interviewguiden (Bilag 4) til udviklingsterapeuten opbygges i et skema med temaer og hjælpeord (Danielson 2014a, s.167). Interviewguiden er semistruktureret, så der er mulighed for, at komme ind på ikke-forberedte emner, men da dette er et opfølgende interview, kan det ikke undgås at det indeholder lukkede spørgsmål (ibid. s. 165).

Den semistrukturerede tilgang er også valgt til PT-interviews. Interviewguiden indeholder spørgsmål, hvor det ønskes, at PT narrativt fortæller om sit forløb, således at den subjektive erfaring klarlægges (ibid. s. 165-166). Interviewguiden er ligeledes opbygget i skema med temaer og hjælpeord (ibid. s. 167). Der anvendes nogenlunde samme interviewguide til begge PT, men de er tilpasset den enkelte (Bilag 5), da den ene PT har højgradsgliom, lider af udmattelse og er i en sårbar situation, markeres de væsentligste spørgsmål i tilfælde af at der må afbrydes før planlagt tid.

I forberedelsen til interviewene læses der litteratur på emnet, og indhentes oplysninger om PT og deres tilstand, således at der kan mødes op velforberedt (Danielson 2014a, s. 162).

Der foretages et prøveinterview på tre bekendte uden ergoterapeutisk kendskab, for at sikre, at PT vil kunne forstå de formulerede spørgsmål, samt for at afprøve tidsplanen (ibid. s.168).

Alle interviews foregår på akutsygehuset, og settingen er overvejet nøje (ibid. s. 169).

Interviewene indledes med en præsentation af formålet samt anden formalia, herunder en underskrivelse af samtykkeerklæringen (Kjellström 2014 s. 86-87).

## **Databearbejdning**

### **Transskribering**

De tre interviews transskriberes, da dette muliggør en systematisk overgang til analysen (Malterud 2011, s. 79). Transskriptionerne er skrevet ud fra lydoptagelser optaget i de tre interviews. Det er interviewerens eller suppleantens, som har transskriberet data, fordi disse har størst mulighed for at huske, hvad der er sagt verbalt og non-verbalt (Malterud 2011, s. 77). Egennavne er anonymiseret for at beskytte deltagerne.

### **Analysemetode**

Analysen af undersøgelsens resultater tager udgangspunkt i Malteruds systematiske tekstkondensering, således at data bliver grundigt bearbejdet (Malterud 2011, s. 98).

1. Helhedsindtryk:

De transskriberede interviews gennemlæses for at forstå en helhed uden fokus på teori samt for forståelse. Der dannes et overordnet indtryk af, hvilke temaer der kan være mulige til den videre bearbejdning (Malterud 2011, s. 98-99).

2. Meningsbærende enheder:

Den transskriberede tekst er systematiseret ved at alle meningsbærende udsagn, som tænkes at være relevant for projektets problemformulering, er inddelt i temaer der er fremkommet i interviewene. For egen overskuelighed laves tre tabeller i hver sin farve, en for terapeutinterviewet og to for hver af PT-interviewene (Malterud 2011, s. 100-102).

3. Kondensering:

Med udgangspunkt i projektets problemformulering trækkes de meningsbærende enheder fra forrige tabeller ud i temaer, således at der kun udvælges relevant data til projektet. Herefter omskrives de meningsbærende enheder, så de er klar til næste og sidste trin - sammenfatning (Malterud 2011, s. 104-106).

#### 4. Sammenfatning:

Essensen af data fra interviewene, samles til en sammenskrevet helhed, og præsenteres i projektets resultatafsnit. Dette afsnit underbygges med citater, og sammenfatningen er uden teoretisk referenceramme (Malterud 2011, s. 107-109).

## Litteratursøgning

Forskningsartikler er søgt af flere omgange i databaserne PubMed og CINAHL. Som supplement søges materiale på hjemmesider såsom cancer.dk og sst.dk. Der er desuden foretaget en kædesøgning (Bilag 6).

## Søgestrategi

Der laves en liste med emne og søgeord ift. projektet (Bilag 7). Derefter søges der struktureret i begge databaser efter disse ord i forskellige kombinationer. Der er sat citationstegn omkring søgeordene og indsat AND imellem, fx "oncology" AND "occupational therapy" for at specificere søgningen (Karlsson 2014, s. 110).

Artikler, som søges er peer-reviewed, hvilket øger evidensen for artiklen, da en ekstern ekspert på området har læst artiklen igennem og godkendt indholdet (ibid. s. 112). Det er tilstræbt, at søge de nyeste forskningsartikler; artikler udgivet indenfor de sidste 5 år. Det har dog også været nødvendigt, at søge på ældre artikler, da det har været svært at finde forskning på området.

Når vi har skulle bruge specifik forskning på området, men ikke har kunne finde noget, har vi måtte hente hjælp hos vejleder, hvorefter artiklerne er forsøgt fundet i databaserne, for at se om de er peer-reviewed mhp. yderligere vurdering af artiklerne.

Søgningerne ses i søgeprofil (Bilag 8).

## Vurdering af artikler

Abstractet læses først, for at vurdere om artiklen er relevant for projektet. Findes artiklen relevant, læses denne, hvorefter den kvalitetsvurderes for at vurdere om kvaliteten af artiklen er så høj, at den kan inddrages i projektet (Wallengren & Henricson 2014, s. 501). Til denne vurdering anvendes tjeklister som er hentet ned fra OUHs hjemmeside (Odense

Universitetshospital 2014), og som er valgt ud fra hvilken type studie artiklen bygger på (Henricson 2014, s. 490).

## **Resultater**

Resultaterne er analyseret ved brug af Malteruds systematiske tekstkondensering, som er beskrevet i projektets metodeafsnit (s. 12-13). Resultaterne vil præsenteres systematisk i gældende temaer.

Forkortelser for projektets informanter:

PT1: Mandlig PT med lavgradsgliom. Afsluttet i ergoterapien.

PT2: Kvindelig PT med højgradsgliom. Går fortsat i ergoterapien.

TP: Udviklingsterapeut samt de to ET.

### **Betydningsfulde aktiviteter og målsætning**

TP fortæller at de fleste PT, der kommer i ergoterapien udtrykker ønsket om at kunne klare sig selv i hverdagen, og at det oftest er mål inden for ADL der lægges ud med, men at der senere, når fortroligheden er større, ofte kommer mere personlige mål frem. PT1 udtrykker ønsket om, at kunne klare sig selv, og har haft fokus på ikke at få hjælp fra pårørende igennem hele forløbet. "Kan selv, vil selv" siger han, og fortsætter: "Hvis jeg bare satte mig tilbage i sofaen, så skete der jo ikke nogen fremgang". PT1 har indset, at han vil klare sig selv, men at han har måtte prioritere, hvad han selv har skullet klare i starten, hvorfor hans fokus har været på genoptræning af sine mistede funktioner. PT1 har startet sin genoptræning op på egen hånd, og udtrykker, at han altid har gjort det, der føltes vigtigt for ham.

PT er meget forskellige, men det er tydeligt at samme glædesfølelse opstår i dem, når de fortæller om deres betydningsfulde aktiviteter.

PT1 er glad for naturen, og har af samme årsag købt et landsted med naturgrund for år tilbage. Han har desuden gået på jagt og undervandsjagt i mange år. Hans mål i ergoterapien er dermed naturligt faldet på, at kunne dyrke sine fritidsinteresser igen. Derudover har han haft et mål om, at kunne lege med sin søn igen. PT1 har sat sig et mål efter han er afsluttet i ergoterapien: "Til foråret tager jeg til Sverige, og skyder nogle vildsvin".

PT2 indleder med at fortælle om en årlig ferietradition, som hun og hendes mand har, hvor de besøger nogle venner i udlandet. Denne begivenhed, betyder meget for hende, og hun fremsætter et ønske for næste år: "Vi havde jo planlagt at vi skulle afsted med børn og børnebørn næste sommer, og det SKAL vi da", hvorpå hun slår i bordet og smiler. Hendes mål som er sat i ergoterapien er, at kunne orientere sig bedre, fx ifm. indkøb.

Derudover har hun sat et mål om at kunne prioritere sin energi og sine aktiviteter, samt et mål om at blive mere tryk ved at "gå ud i verden".

Begge PT har et støttende netværk, og begge giver udtryk for, at det er vigtigt at prioritere sin tid og energi med familien. PT1 siger: "... fordi hvis jeg ikke har så meget energi, så er det dælmme vigtigt, at jeg prioriterer det, der er sjovt, fordi jeg skal jo også være noget for min søn og min kæreste, ikk". Han siger dette ifm. at han bliver spurgt om han regner med at komme i arbejde igen. Det er et ønske fra hans side, at han kommer i arbejde, men det er samtidig et ønske, at han ikke lægger al sin sparsomme energi i arbejdet. "Det er de menneskelige relationer, der tæller" siger han. PT2 siger i forbindelse med, at hun fortæller om, at hun værdsætter at være sammen med sin familie: "Jeg skulle jo rigtig til at være endnu mere sammen med dem nu, hvor jeg gik på efterløn".

### **Ergoterapeutisk intervention til fastholdelse i betydningsfulde aktiviteter**

For at den enkelte PT kan opnå fastholdelse i sine betydningsfulde aktiviteter, er der i samarbejde med ET arbejdet med de udfordringer, som den enkelte har stået overfor. Fra forløbets start har ET undersøgt den enkelte PT igennem flere ergoterapeutiske undersøgelsesredskaber, og sammen har de via resultater fra Canadian Occupational Performance Measure (COPM) fremsat nogle målsætninger for PTs mest betydningsfulde aktiviteter. TP fortæller at de har for øje at målene for det ergoterapeutiske forløb ligger indenfor PTs NUZO (se teoriafsnit s. 7).

Igennem hele forløbet gør ET meget brug af klientcentrering, ved at sørge for at PT inddrages i planlægningen af interventionerne: "Det er for at give dem medbestemmelse og engagement i træningen" siger TP og påpeger tilmed, at de har målene fremme hver gang, for at se på, hvor PT er henne lige nu og hvad PT er mest motiveret for at træne.

TP fortæller, at det ikke altid er muligt at arbejde med de specifikke mål, da disse kan være for store, men at de derfor ofte deler målene op i mindre mål, sådan at der kan findes opgaver og øvelser, som opfylder det, som svarer til at de får genopbygget de funktioner, som gør det svært at fastholde den enkelte aktivitet.

TP fortæller, at de bruger meget tid på at skabe overføringsværdier for PT, fra de aktiviteter de laver i ergoterapien til de aktiviteter, som de foretager sig hjemme. PT1 bliver gjort opmærksom på, hvor vigtigt det er, at huske de strategier han lærer i ergoterapien og overføre dem til sine aktiviteter hjemme. Han siger: "Fx den anden dag, prøvede jeg at skyde lidt, og det gik faktisk rigtig, rigtig godt. Jeg havde kun én flyver, hvor jeg skød den forkerte vej, og det var fordi jeg mistede fokus og koncentration på øje/hånd koordination." Generelt opfordrer ET til at PT skal træne i deres aktiviteter hjemme, og TP fortæller at det handler om at skulle øve sig igen og igen, for at kunne indlære og opnå en ny vane eller rutine i den enkelte aktivitet.

I ergoterapien trænes der meget med strategier til at opnå delelementer til det enkelte mål. Ift. at opnå det man har sat på sin dagsorden, og hermed skabe succesoplevelser for sig selv, siger PT1: "... jo flere succesoplevelser du kan putte ind i din dag ... jamen så får du også mere mod på at komme videre."

Strategierne, der trænes, er ofte enten udfaldsorienterede eller kompenserende. Ifølge TP benyttes den udfaldsorienterede træning mest, når der trænes på kropsniveau, hvor træningen på det kognitive plan er mere kompenserende. Dette fordi den direkte kognitive træning ikke altid giver mening på det tidspunkt hvor ET ser PT. TP siger om PT og strålebehandlingen: "... altså de får den her massive behandling, at de kognitive funktioner bliver påvirket yderligere end hvad de er i forvejen...". TP fortæller videre at det der ses, er at PT får en massiv sygdomstræthed, hvorfor det vurderes at PT får mere ud af, at der kompenseres i træningen, så PT kan opnå den ofte efterspurgte selvstændighed.

Det er svært for PT at bevare fokus, overblik og koncentration i ellers simple situationer. PT1 nævner at han hurtigt udtrættes i samtaler, hvor flere personer snakker samtidig: "Ja, men fx hvis der sidder en og snakker der, og en sidder og snakker der... Jamen så.. Nej stop...", siger han og ryster på hovedet, og udtrykker, at han har det bedre med kun at skulle forholde sig til een person af gangen.

TP forklarer, at en anden karakteristisk udfordring for PT, som hænger sammen med det manglende overblik, er udfordringer ift. hukommelsen, hvilket PT1 også har erfaret, da han skulle pakke en taske til næste dag: "... så løber du rundt og putter lidt i den, og tænker fuck, nå hvad fanden var det der nede i den...".

For at genopbygge og koordinere de funktioner, som udfordrer PT i ovenstående, har PT1 fx trænet i aktiviteten at lave abesalat og spansk omelet. Derudover nævner han også at have trænet i aktiviteter på iPad, hvor han har skulle huske nogle billeder og lave de samme igen lidt efter. PT2 har også trænet mange kognitive funktioner ved brug af iPad eller computer, bl.a. har hun arbejdet med iagttagelsesopgaver med distrahering og lagt puslespil. Som hjemmeopgave er hun blevet opfordret af ET til også at bruge iPad til forskellige tal- og ordspil, hvilket hun har haft meget gavn af, da hun udover kognitive udfordringer også har venstresidig parese, som hun i denne forbindelse har genoptrænet ved hele tiden at være mindet om, også at skulle se til sin venstre side og benytte denne.

PT2 har haft udfordringer i at orientere sig og færdes i rum, dels pga. manglende overblik og hemiparese, men samtidig fordi hun også har perceptionsforstyrrelser og nedsat syn på venstre øje. I indkøbssituationer har hun været udfordret ift. at blive overvældet over alle indtrykkene samt at skulle orientere sig. Hun beskriver det som: "Fordi det kan blive sådan et kaos, når man kigger ud. Årrh, hvad sker der her". ET påpeger at flere af deres PT faktisk har samme problematik, og siger at: "... de har rigtig meget brug for at lære at færdes, lære at kigge i et skab, i en skuffe og overskue køkkenbordet." og fortsætter med "... det er den samme strategi man skal øve, når man kommer ind i et nyt rum." PT2 fortæller at ET har gjort hende opmærksom på at mærke efter, hvor hun er i rummet og hvad hun har på sin venstre side.



Derudover fortæller PT2 om måden, hvorpå de mere konkret har arbejdet med orientering: “Så er vi gået ind i et rum. Så kan hun spørge mig lidt efter, hvad så du? Og så kan hun lukke et skab op; Find en gul ballon” hvortil hun tilføjer: “Sådan bliver jeg systematisk i min afdækning af der, hvor jeg nu skal kigge”.

Ifm. flere af ovenstående udfordringer har både PT1 og PT2 oplevet, at de er blevet nødt til at skulle prioritere i deres aktiviteter i løbet af en dag, for at kunne gøre det de gerne vil, og det som betyder noget for dem, inden deres energi har været brugt op. TP forklarer at det handler om: “Prioritering af sine kræfter - energiforvaltning ... og at få hverdagen til at fungere med de ressourcer man har”, dette bruger ET meget tid på, at snakke med PT om, og fx gøres der meget brug af dagsplaner. PT1 fortæller: “Det som ergoterapien virkelig har lært mig, er det der med, okay hvordan har jeg det idag?” og i sammenhæng siger han, at han selv har lært at planlægge sin dag og dermed sætte nogle mål for, hvordan han bedst kommer igennem den. Han tilføjer tilmed: “Og så skal du tænke på, hvad giver dig egentlig livskvalitet og hvad er knapt så vigtigt?”, hvilket ET fortæller at de påpeger i deres interventioner; det er de betydningsfulde aktiviteter, der skaber energi for den enkelte.

### **Det eksistentielle**

TP fortæller, at mange PT har behov for at tale om eksistentielle emner i ergoterapien grundet prognosen for hjernetumorer: “Jeg tror ikke, at jeg har haft et forløb, hvor den dimension ikke har været med”, siger TP og tilføjer, at mange PT ikke har mulighed for, at tale om dette emne derhjemme, da mange pårørende har svært ved, at skulle forholde sig til det, og det ofte er PT selv, der har lettere ved at forholde sig til det, eller i hvert fald har et stort behov for, at skulle forholde sig til emnet.

Begge PT forholder sig til sygdommen med mod, håb og mål for fremtiden. PT1 siger: “Jeg skal leve med det, jeg skal ikke dø af det” og “Den medicinske udvikling går så hurtigt, at skulle den finde på at vokse igen, så har de sgu et eller andet de kan gøre til den tid. Sådan ser jeg på det”.

## Patienternes syn på ergoterapien

TP siger, at erfaringen er, at PT kan trække på de strategier de har lært i ergoterapien når deres tilstand forværres, hvormed tilstanden kan håndteres bedre end hvis PT endnu ikke havde modtaget ergoterapi. Derfor er det godt for PT at modtage ergoterapien så tidligt i sygdomsforløbet, på trods af at PT oftest bliver endnu dårligere af strålerne.

Jeg tænker, at grundet diagnosen, så vil patienten på et tidspunkt inden for nærmeste fremtid blive dårligere igen, og hvis de har lært nogle strategier, og de allerede kan begynde at trække dem frem igen, når de får recidiver, så har man måske hjulpet dem hurtigere og bedre... Jeg synes også det er det vi hører fra de neuroonkologiske sygeplejersker, at patienterne kan bruge det når de får recidiv.

siger TP og tilføjer: "Så tænker patienten, orv der er noget jeg kan huske, det hér gjorde jeg sidst, måske kunne det fungere for mig igen".

PT2 siger da også, at hun synes det giver god mening, at få ergoterapi i starten af behandlingsforløbet, da hun bliver spurgt om tidspunktet for træningen passer ind i forløbet: "Det kan du tro", og det passer hende også godt, at træningen foregår på sygehuset, hvor hun alligevel dagligt kommer til prøver og får stråler. Da hun bliver spurgt, om hun ville kunne overskue, at træningen efter strålerne foregik kommunalt i stedet for på sygehuset, svarer hun: "Det kan jeg ikke forestille mig. Jo hvis de kom hjem til mig, ikke hvis jeg skulle ud et sted, men det er jo begrænset, hvor mange træningsredskaber jeg kan have derhjemme".

Begge PT giver udtryk for, at de har haft meget gavn af ergoterapien. PT2 siger ved afslutningen af interviewet, at hun har haft så god gavn af ergoterapien, at hun synes andre skal høre om det, og da vi takker PT1 for, at han vil deltage i interviewet, svarer han reflekterende: "Jamen jeg synes et eller andet sted, at jeg har haft så god gavn af det her, at det selvfølgelig skal ud til et flertal... Jeg håber det kan hjælpe andre".

Da han bliver spurgt til om det han har lavet i ergoterapien har givet mening, siger han:

...Nogle dage arbejdede vi med nogle ting, og andre dage med andre ting, og der er jo faktisk sammenhæng i det hele, selvom man ikke lige kan se det i starten... Fx hvis du skal kunne løfte mere, så skal du træne med vægte. Det er den logiske del. Men det dér, at se bag om alt det der... Det er virkelig... Vild respekt for det dér ergoterapi.

PT2 svarer meget kort og sikkert på spørgsmålet om, om de ting de træner i ergoterapien giver mening: "Fuldstændig!".

Begge PT er generelt meget positivt stemt over for ergoterapien, og føler absolut, at ET har hjulpet dem i behandlingen. PT1 udtrykker det således:

I starten tænkte jeg, hvad fanden skal det her gøre godt for, men så... Hun er fandme godt nok dygtig hende dér... Hun kan mærke hvad jeg har brug for, og efter træningen så går du hjem og tænker, og så finder du ud af, hvad det kan bruges til... Hun ved lige præcis, hvad hun skal trykke på.

PT1 fortæller, at ergoterapien ikke har givet ham alle sine færdigheder tilbage, men at han har lært en masse strategier, som gør at han kan udføre sine aktiviteter på nye måder: "Jeg vil ikke sige, at ergoterapien har lært mig det igen. Det er sådan noget med, at så genopdager jeg, okay, jeg er lidt anderledes nu når jeg skal gøre det og det, men så har jeg et skide godt udgangspunkt". Han tilføjer, at han ser ET som en guide til at lære sin krop at kende igen: "Jeg sagde til ergoterapeuten, ved du hvad, jeg betragter dig som en der skal lære mig noget, og jeg skal nok selv levere alt det, der skal leveres. Sådan en guide til at lære min krop at kende igen". PT2 siger tilsvarende: "Ergoterapeuten har været god til at guide mig".

PT1 har været glad for, at have nogle dygtige og kompetente fagpersoner at snakke med, så han bedre har kunnet lukke sine pårørende ude ift. behandlingen, og ikke skulle forholde sig til hvad de synes han skal gøre.

...Mange har en mening, men jeg er den eneste der ved hvordan det er... Hvis du skal videre i sådan noget her, så er min filosofi, at du skal have nogle helt neutrale mennesker omkring dig, som ved noget om de ting, og som ikke begynder at snakke om, hvordan det var for dem selv.

Han tilføjer, at det har betydet meget for ham, at ET og ham havde en god kemi: "... Vi havde det skide skægt sammen, fordi vi er jo samme alder... Det er den der personlige kemi med

god relation”. Begge PT har været glade for den ergoterapi de har modtaget, og PT2 siger afsluttende med et smil på læben: “Det har været hyggeligt”.

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

I dette afsnit diskuteres de væsentligste resultater ift. problemformuleringen ud fra relevant teori, modeller og forskningsartikler. Fokus er lagt på det ergoterapeutiske tilbuds relevans, ergoterapeuternes intervention ift. at fastholde betydningsfulde aktiviteter samt PTs oplevelse af relation og medinddragelse i interventionen.

### **Hvordan svarer det ergoterapeutiske tilbud overens med teori, nationale kliniske retningslinjer og nyere forskningsartikler?**

#### **Målsætning og klientcentreret praksis**

Resultaterne viser, at ET og PT i samarbejde løbende opstiller mål for det ergoterapeutiske forløb, ud fra undersøgelsesresultater i COPM. COPM indeholder elementer fra den klientcentrerede praksis, da det er PT som identificerer sine aktivitetsproblemer og herved prioriterer både vigtigheden og tilfredsheden med aktivitetsudøvelsen i udvalgte betydningsfulde aktiviteter (Law et al. 2007, s. 13, Polatajko et al. 2013b, s. 65, Law et al. 2005, McColl et al. 2006 i Townsend et al. 2013, s. 157). Når ET gør brug af klientcentreret praksis, kan der tages udgangspunkt i CMCE-modellen ved at vælge en passende rolle til den enkelte kontekst (se teoriafsnit s. 6-7).

Ifølge resultaterne kan PT have mål som er for store, hvorfor det ikke er muligt for ET at gøre dem realistiske og aktivitetsorienterede. Derfor opdeler ET målene op i mindre delmål (Bundgaard & von Bülow 2013, s. 209). Her gør ET brug af aktivitetsanalyse, ved at vurdere sammenhængen mellem de krav det enkelte mål/aktivitet stiller, omgivelserne for aktivitetens udøvelse og den enkelte PTs færdigheder samt udøvelsessevne (ibid.). Alle mål sættes mhp., at de skal stemme overens med PTs NUZO (se teoriafsnit s. 7).

Sammenholdt med nationale retningslinjer er der overensstemmelse mellem, hvad der står i

disse og den indsats som beskrives i ovenstående ergoterapeutiske tilbud mht. at have PT i fokus og samarbejde om målsætning (Sundhedsstyrelsen 2014, s. 11).

### **Valg af indsatser i interventionen**

Ifølge resultaterne intervenserer ET ofte med PT i aktiviteter inden for ADL samt fritidsinteresser. Dette stemmer overens med, at der i nationale retningslinjer anbefales, at der tilbydes træning i ADL og fritidsaktiviteter til denne PT-gruppe, for at kunne opnå forbedring af funktionsnedsættelser (Sundhedsstyrelsen 2014, s. 13). Et studie viser at PT med hjernetumorer har gjort store fremskridt ved træning i ADL-aktiviteter både under og efter deres indlæggelse (Marciniak et al. 2001 i Pergolotti et al. 2016, s. 317).

Det kan være nødvendigt at benytte kompensatoriske tilgange, når der trænes i færdigheder til forbedring af funktionsevnen hos PT med hjerneskade (Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 32). Resultaterne viser at ET ofte prioriterer at træne PTs kognitive færdigheder ved brug af kompenserende strategier frem for udfaldsorienterede strategier. Dette stemmer overens med anden forskning som beskriver den ergoterapeutiske intervention til kræftpatienter med kognitive funktionsnedsættelser (Pergolotti et al. 2016, s. 315). De kompenserende strategier anvendes ofte på akutsygehuse samt i ambulante behandlinger (von Bülow, Mondrup & Celinder 2015, s. 98), og omhandler bl.a tilpasning af aktivitetens udøvelse, omgivelser eller brug af teknologier. Tilpasning sker i samråd med PT mhp. at bevare overførselsværdien (Fisher 2012 i von Bülow, Mondrup & Celinder 2015, s. 97, Kristensen & Nielsen 2013, s. 107).

Resultaterne påpeger, at ET gør brug af kompenserende strategier, i et omfang der får PT til at opnå deres efterspurgte selvstændighed. Lindahl, Schmidt og van Tongeren (2012, s. 88) underbygger at træningsinterventioner til PT med neurologiske diagnoser bør gøre disse deltagende, aktive og så vidt muligt selvhjulpne.

At anvende kompenserende strategier gør udøvelsen mindre besværlig og dermed mere sikker og effektiv for PT, hvorfor oplevelsen af succes nemmere fremkommer og der skabes mere energi og motivation til at fortsætte træningen (von Bülow, Mondrup & Celinder 2015, s. 98).

Dog pointerer Lindahl, Schmidt og van Tongeren (2012, s. 88) også, at det at træne kompensatorisk kan medføre at ikke-aktive områder i hjernen forbliver inaktive, da de ændringer som sker i hjernen ved kompensatorisk træning, vil tilgodese og udvikle de raske områder. Det er derfor ETs opgave at finde en balance i at benytte kompensatoriske strategier og udvælge aktiviteter på et passende niveau (Lindahl, Schmidt & van Tongeren 2012, s. 88), jf. PTs NUZO (se teori afsnit s. 7).

### **Kognitiv genoptræning**

I træning af PTs kognitive funktionsnedsættelser har ET og PT ifølge resultaterne arbejdet med, at planlægge og prioritere aktiviteter i løbet af en dag. Dette gør, at PT indlærer strategier til at håndtere nedsat energiniveau, således at de kan prioritere deres kræfter og forbruge energi i de aktiviteter, hvor behovet er størst ift. at få opfyldt ønsket om at fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter (Vockins 2004 i Pergolotti et al. 2016, s. 315, Penfold 1996 i He-Strocchio & Longpré 2016, s. 9).

Et amerikansk studie beskriver, hvordan det opleves, at ET har manglende fokus på træning af kognitive funktionsnedsættelser. PT i studiet oplever flere af de samme kognitive udfordringer som PT i vores projekt (Sleight & Duker 2016, s. 2), hvorfor det er et problem hvis ET ikke har fokus på at træne den kognitive funktionsevne, da det kognitive ifølge CMOP-E er en del af personens tre udøvelseskomponenter (Polatajko et al. 2013b, s. 60, se teori afsnit s. 5-6). ET anvender et holistisk menneskesyn (Law et al. 2002, s. 44), hvorfor den kognitive træning skal ligestilles med den fysiske. I resultaterne understreges det, at der i det ergoterapeutiske tilbud er fokus på de kognitive funktionsevner og træningen heraf, hvorfor tilbuddets indsatser lever op til det som beskrives i "Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade" (Sundhedsstyrelsen 2011, s. 28-30).

Således stemmer den ergoterapeutiske intervention, ifølge resultaterne, overens med kerneområdet i ergoterapi, som består af at fremme og muliggøre betydningsfulde aktiviteter gennem at skabe rammer og støtte mennesker i selv at vælge, engagere sig og udføre de betydningsfulde aktiviteter, som mennesket finder mening i (Townsend et al. 2013, s. 143, He-Strocchio og Longpré 2016, s. 9).

## **Hvordan er der arbejdet med at patienter kan anvende og overføre det de lærer i ergoterapien til fastholdelse af deres betydningsfulde aktiviteter?**

ET opfordrer PT til at træne aktiviteterne hjemme i vante omgivelser, og for at hjemmetræningen giver bedst muligt udbytte kræver det, at ET anvender roller fra CMCE-modellen (se teoriafsnit s. 6-7), herunder fx at undervise, coache og engagere. ET coacher og underviser i, hvordan PT kan udføre sine aktiviteter på en ny måde og overføre strategierne. Derudover afprøver ET udøvelsen af aktiviteterne i samarbejde med PT og engagerer og opmuntrer denne til deltagelsen heraf (Townsend et al. 2009, s.191-192, 179-180, 181). Underviser-rollen kommer også i spil, når ET forklarer PT om hensigten med ergoterapien, således at det som PT foretager sig sammen med ET giver mening. I resultaterne gives der udtryk for at PT har fået forklaret hensigten, og at de dermed kan anvende og overføre det de lærer (Townsend et al. 2009, s. 191).

Begge PT har været aktive med deres hjemmeopgaver, og PTs motivation er blevet opretholdt ved, at opgaverne er tilpasset deres NUZO (Fortmeier & Thanning 2003, s. 196, se teoriafsnit s. 7).

Resultaterne viser, at PT har lært at planlægge og prioritere sine aktiviteter, således at dagen overskueliggøres og energien prioriteres, så de når det, de gerne vil (Penfold 1996 i He-Strocchio & Longpré 2016, s. 9). Dette bidrager til, at PT kan opnå sine mål samt større selvstændighed.

Ift. kompensatorisk træning er det PTs egen evne til at anvende og overføre strategierne, der er afgørende for at opnå mest mulig selvstændighed. Det er dermed ikke kun ETs arbejde med at fremme motivationen og tillære PT strategierne, der er afgørende for om de kan anvende og overføre strategierne, PTs indre motivation har også betydning, hvorfor der må tages højde for dette (Kristensen & Nielsen 2013, s. 108).

I CMOP-E er spiritualiteten det essentielle i mennesket (Law et al 2002, s. 44), og denne influerer på udøvelsen (Polatajko et al. 2009, s. 60, se teoriafsnit s. 5-6). Især PT1s livsfilosofi, ses som værende hans spiritualitet og indre drivkraft, som positivt påvirker hans evne til at anvende og overføre strategierne.

Det er også i spiritualiteten, at eksistentielle spørgsmål opstår, eksempelvis omkring religion, livssyn med mere (Maley et al. 2016, s. 2). Den influerer på, hvordan mennesker forholder sig

til livsændringer (ibid. s. 3).

Ifølge resultaterne er døden et emne, som er oppe at vende for alle PT i det ergoterapeutiske forløb, og et emne som ET inddrager i samtalerne med PT. Behandling af denne PT-gruppe kan være en stor udfordring for fagfolkene, netop pga. at PT skal forholde sig til sine funktionstab og sin usikre fremtid (Mosegaard, Jensen & Jørgensen 2013, s. 296). ET skal have for øje, at PT med hjernetumorer har døden tættere inde på livet end PT med fx apopleksi, fordi det at få en hjernetumor er en kræftdiagnose (Jacobsen 2016).

Ifølge "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft" kræves det at fagpersonale, som arbejder med denne PT-gruppe yder en ekstra indsats, som baseres på, at tilbyde PT samtaler om det eksistentielle, herunder det at skabe mening i livet, opnå styrke samt håb (Sundhedsstyrelsen 2012, s. 33).

Resultaterne viser at begge PT har håb for fremtiden, og de begge udtrykker direkte, hvad de ønsker sig af denne. At finde håb er medvirkende til troen på, at det hele nok skal gå og at der er en bedre fremtid i sigte. Dette fører til viljen til at kæmpe (Hong & Welch 2013 i Maley et al. 2016, s. 3), som det vurderes at begge PT har.

### **Hvordan oplever patienterne relationen til ergoterapeuterne samt medinddragelsen i forløbet?**

At begge PT gerne vil give deres oplevelser med ergoterapien videre, vidner om at de har været tilfredse med det ergoterapeutiske forløb, hvilket underbygges i resultaterne. PT i et studie giver udtryk for, at de har taget alt det til sig, som ET har kunnet bidrage med ift. læren omkring sygdommen, rådgivning og støtte (D'Cruz, Howie og Lentin 2015, s. 33), og disse finder det også vigtigt, at hjælpe andre som er i samme båd, som de selv var, da de blev syge (ibid s. 34).

Klientcentrering anerkender og respekterer den enkeltes autonomi (Polatajko 1992, Townsend 1993a i Law et al. 2002, s. 52), og har bl.a. til sigte at medinddrage PT i forløbet (Law et al. 1995, Sumsion 1993 i Law et al. 2002, s. 52). Ifølge resultaterne giver begge PT udtryk for at være blevet set og hørt af ET, og det vurderes at begge har følt sig medinddraget, formentlig grundet klientcentrering.



Resultaterne vidner om at PT har følt sig godt tilpas i ergoterapien og i relationen til ET. Et godt klient-behandler-forhold er afgørende for den klientcentrerede praksis, og følelsen af at være inddraget. Når PT føler sig værdsat som menneske, og set som den person vedkommende er nu og var før, bidrager det til større deltagelse i ergoterapien (D’cruz, Howie & Lentin 2015, s. 32-33, Kristensen & Nielsen 2013, s. 138-139).

PT1 udtrykker, at han har været glad for at have professionelle, neutrale fagpersoner omkring sig. Andre PT har også understreget professionalismen og den viden som ET besidder som vigtig, heriblandt at ET har været fortrolig igennem forløbet samt fortalt meningen med ergoterapien. ET ser den enkelte person med dennes behov og begrænsninger og respekterer dette (D’Cruz,Howie og Lentin 2015, s. 33, Kristensen & Nielsen 2013, s.138-139), hvilket resultaterne peger på, at de to PT i dette projekt også har oplevet. Formentlig bunder dette i, at ET grundlæggende har et holistisk menneskesyn, og at dette har vist sig i behandlingen og dermed bidraget til en positiv oplevelse (Law et al. 2002, s. 44).

ETs kompetencer til at læse og forstå PT1 har gjort ham imponeret over og motiveret for ergoterapien, sandsynligvis fordi forståelse og accept fra autoriteter, herunder ET, gør troen større på, at autoriteten kan hjælpe PT (Dittman 2012, Wade 2013 i Maley et al. 2016, s. 3). Det vurderes at begge PT er blevet styrket i troen på, at deres mål har kunne/kan opnås. Det er vigtigt, at ET motiverer ved at give håb om dette (D’Cruz, Howie og Lentin 2015, s. 33), især ved at give succesoplevelser og rette indsatserne mod det, som PT finder interessant (Kristensen & Nielsen 2013, s.130-131).

## **Metodediskussion**

I det følgende fremstilles en diskussion af vores valg af metode, herunder en kritisk refleksion af metodens styrker og svagheder for projektet. Vi stiller os kritiske overfor om der er undersøgt det, der var hensigten og om resultaterne er gyldige ift. den valgte fremgangsmåde (Lindahl & Juhl 2014, s.85, Henricson 2014, s. 489).

### **Forforståelse**

Vi har opretholdt pålideligheden ved aktivt ikke at inddrage forforståelsen i projektet så vidt det var muligt (Wallengren & Henricson 2014, s. 504). Dette har vi blandt andet gjort ved, at stille åbne spørgsmål i interviewguiden, som ikke har taget udgangspunkt i den viden vi har om neurorehabilitering og PT med progredierende lidelser. Det har til tider været svært at udelukke forforståelsen helt, og ifølge Henricson (Lundman & Hällgren Graneheim 2008 i Henricson 2014, s. 491) er dette også stort set umuligt. Fx har vi gjort os overvejelser om det, at sidde overfor en meget sårbar person, ved at vi har valgt ikke at berøre eksistentielle temaer i interviewguiden til PT samt omformuleret “kræft i hjernen” til “sygdom i hjernen” i spørgsmålene.

### **Design**

Det forstående kvalitative design søger at indfange den viden, de oplevelser og erfaringer, som mennesker har med et specifikt fænomen, herunder også, hvilken mening disse mennesker tillægger fænomenet (Merriam 2009, Marshall & Rossmann 2011 i Henricson & Billhult 2014, s. 133, Launsø, Olsen & Rieper 2011, s. 24). Derfor har denne forskningstype været valgt til projektet, da det har givet mulighed for, at få dybdegående svar fra projektets informanter, fordi data er indsamlet ved semistrukturerede interviews, hvor der har været mulighed for at spørge ind til svarene. Dermed har vi kunne få den bredest mulige forståelse af det, som vi har søgt svar på i undersøgelsen.

Modsat hermeneutikken, hvor der søges at fortolke på de givne svar (Friberg & Öhlén 2014, s. 340), har vi ønsket at forstå og beskrive informanternes oplevelse og opfattelse af det

ergoterapeutiske tilbud og samspillet mellem PT og ET, hvorfor den fænomenologiske tilgang har været velvalgt i denne sammenhæng (ibid. s. 337).

### **Tilrettelæggelse og dataindsamling**

Det vurderes, at alle informanter har svaret så ærligt som muligt, hvilket bidrager til troværdigheden i projektet (Henricson 2014, s. 489), men spørgsmålenes svar havde muligvis været mere dybdegående, hvis ET selv havde haft mulighed for at tale med os, i stedet for gennem udviklingsterapeuten. Vi vurderer dog ikke, at dette har haft betydning for projektets troværdighed, da udviklingsterapeuten på bedste vis, har snakket ud fra information, som hun selv har fået gennem ET via interviews, og hun desuden yderligere har søgt svar hos ET, på det som hun selv har været i tvivl om.

Ved projektets start var der tvivl om, hvorvidt at to PT var nok, til at besvare problemformuleringen, men vi vurderer, ift. projektets størrelse, at vores datamætning er tilstrækkeligt fyldestgørende (Henricson & Billhult 2014, s.135), da denne har givet en bred forståelse af det undersøgte fænomen, og hermed har undersøgt det, der var hensigten, hvilket underbygger troværdigheden (Lindahl & Juhl 2014, s. 85). Derudover er der anvendt triangulering idet at PT er forskellige på alle parametre, og dette bidrager også til projektets troværdighed (Wallengren & Henricson 2014, s. 504).

Der har været refereret mere til PT1 end PT2 i projektet. Dette fordi PT2 ikke nåede at fortælle særlig meget omkring arbejdet i ergoterapien og hendes oplevelser med det, da vi desværre undervejs måtte afbryde interviewet pga. PT2 fik en opringning og var nødt til at gå (Henricson 2014, s. 488).

### **Databearbejdning**

Kun én har transskriberet hvert interview, og det var ikke den samme der transskriberede hver gang. Dette kan evt. have svækket pålideligheden, da der ikke har været opstillet en procedure for, hvordan vi har valgt at dette skulle gøres (Kvale & Brinkmann 2009, s. 206-207).

Projektet anvender den fænomenologiske tilgang, hvorfor en fænomenologisk analysemetode er valgt til at analysere data. Giorgis fænomenologiske analyse egner sig bedst til analyse af

data fra få deltagere (Friberg & Öhlen 2014, s. 349). Malteruds systematiske tekstkondensering tager udgangspunkt i Giorgis analysemetode (Malterud 2011, s. 96), og er systematisk og beskrevet på en måde, som gør den overskuelig at anvende til projektets datamængde, hvorfor denne analysemetode er valgt.

Kvaliteten af analyseprocessen er blevet styrket ved, at vi har gjort brug af triangulering, hvormed vi alle har været med i analysearbejdet (Wallengren & Henricson 2014, s. 504).

## **Litteratursøgning**

Der er foretaget søgning på litteratur til besvarelse af projektets problemformulering, men da der ikke findes meget forskning inden for ambulans rehabilitering til PT med gliomer (Hansen et al. 2014, s. 2), har vi fået hjælp af vores vejleder til at finde nogle af forskningsartiklerne.

## **Konklusion**

Det kan konkluderes, at voksne PT med gliomer profiterer af neurorehabilitering, men ET må have for øje, at døden er tæt inde på livet hos gliom PT, hvorfor dette aspekt må tages i betragtning i behandlingen, og kræftrehabilitering må inddrages.

Det ergoterapeutiske tilbud, der gives på akutsygehuset til voksne PT med gliomer som sideløbende modtager stråler, følger det der anbefales i nationale retningslinjer og forløbsprogrammer inden for neurorehabilitering og kræft. Ligeledes stemmer tilbuddet overens med det ergoterapeutiske kerneområde ift. at fremme og muliggøre aktivitet, herunder at fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter på trods af alvorlig sygdom.

ET anvender primært kompensatorisk træning fremfor udfaldsorienteret, hvilket ofte vælges på akutsygehuse og til neurologiske PT, og projektets PT har haft stort udbytte af dette.

ETs arbejde med at PT kan fastholde deltagelse i betydningsfulde aktiviteter går først og fremmest på, at anlægge et klientcentreret perspektiv. Derudover at anvende passende roller i forskellige situationer, at skabe overførbarhed for PT, især i forbindelse med kompensatorisk træning og hjemmetræning, hvor det er PTs egen evne til at anvende og overføre de

kompensatoriske strategier, der forudsætter udbyttet. For at sikre bedst mulig udvikling af PTs handlekompetencer samt opretholde motivationen tilpasses aktiviteterne til dennes NUZO.

Projektets PT har haft et godt samspil med ET. Et godt klient-behandler forhold er vigtigt for samspillet mellem ET og PT, og starter med, at ET er professionel i sin tilgang til PT, og møder denne der, hvor vedkommende er.

For at opretholde PTs motivation er det vigtigt, at medinddrage denne i forløbet. Når PT føler sig værdsat som menneske, bidrager det til motivation og deltagelse, og når ET anerkender PT styrker det troen på, at målene kan opnås.

Samlet set kan det konkluderes, at projektets PT har haft gavn af ambulante ergoterapeutisk rehabilitering, taget alle de undersøgte perspektiver i betragtning.

## **Perspektivering**

Projektets resultater kan bidrage til forskning på området, da undersøgelsen er foretaget på PT med gliomer og på ET som arbejder med disse.

Projektet er begrænset med få informanter, og dette må tages i betragtning, hvis det ønskes at overføre resultaterne til anden praksis.

Der er behov for yderligere forskning inden for ambulante rehabilitering til PT med gliomer, da der findes begrænset viden inden for området.

Det vil være væsentligt, at der udarbejdes specifikke retningslinjer for ambulante rehabilitering til PT med gliomer, således at rehabiliteringen målrettes specifikt til denne PT-gruppe, da PT med gliomer adskiller sig fra andre erhvervede hjerneskader ved det, at sygdommen er progredierende og ofte har døden til følge.

Det vil være relevant, at udvide projektets undersøgelse, således at flere informanter inddrages, og undersøgelsen dermed bliver større. Derudover kan det være interessant, at undersøge om andre målgrupper kan have gavn af ambulante ergoterapi, eksempelvis PT med gliomer som er afsluttet i stråleforløbet, PT med gliomer der modtager kemo eller PT med andre former for hjernetumorer.

Det vil være relevant, hvis ET inddrages mere i PTs vante omgivelser, for at vurdere kvaliteten af aktiviteter udøvelse i hjemmet, da omgivelserne sætter rammerne for de betydningsfulde aktiviteter. ET kan herved målrette den ergoterapeutiske indsats på akutsygehuset yderligere, for at skabe større overførelsesværdi for PT til sine betydningsfulde aktiviteter.

Derudover er det relevant at undersøge, om det er bedre og mere gavnligt for PT, hvis hele det ergoterapeutiske forløb foregår i PTs eget hjem.

Det kunne ligeledes være relevant, at undersøge om tidspunktet for rehabiliteringen er optimal idet, at denne ligger samtidig med at PT får stråler, hvilket påvirker PTs funktionsniveau og gør denne træt. Det kunne her være relevant, at få PTs syn på om tidspunktet er passende eller om et andet tidspunkt i forløbet ville være bedre.

## Referenceliste

Ammundsen, I. N. & Kjems, E., 2015a. *Diagnose på hjernetumorer*. [Online]. Kræftens Bekæmpelse.

Tilgængelig fra: <https://www.cancer.dk/hjernetumorer-hjernesvulst/diagnose-hjernesvulster/>  
[Lokaliseret 10-01-2017].

Ammundsen, I. N. & Kjems, E., 2015b. *Symptomer på hjernetumorer*. [Online]. Kræftens Bekæmpelse.

Tilgængelig fra:

<https://www.cancer.dk/hjernetumorer-hjernesvulst/symptomer-hjernesvulster/>

[Lokaliseret 10-01-2017].

Backman, N.H., Celinder, D., Tronier, S. & Jørgensen, H.S., Rehabilitering af personer med fokal hjerneskade (CVA). I: E.E. Wæhrens, A. Winkel & H.S. Jørgensen red. 2013. *Neurologi og neurorehabilitering*. København: Munksgaard, s. 238-252.

Birk, M.A. & Langdal, I., Centrale begreber inden for ergoterapi. I: Å. Brandt, A.J. Madsen & H. Peoples red. 2013. *Basisbog i Ergoterapi*. 3. Udgave. København: Munksgaard, s. 119-138.

Bundgaard, K.M. & von Bülow, C., Aktivitetsanalyse i ergoterapi. I: Å. Brandt, A.J. Madsen & H. Peoples red. 2013. *Basisbog i Ergoterapi*. 3. Udgave. København: Munksgaard, s. 197-212.

Danielson, E., Kvalitativt forskningsinterview. I: M. Henricson red. 2014a. *Videnskabelig teori og metode*. København: Munksgaard, s. 161-174.

Danielson, E., Kvalitativ indholdsanalyse. I: M. Henricson red. 2014b. *Videnskabelig teori og metode*. København: Munksgaard, s. 317-332.

Dansk Neuro Onkologisk Gruppe, 2016. *Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne*. [Online].

Tilgængelig fra:

<http://www.dnog.dk/assets/files/DNOG%202016%20Gliom%20retningslinje%20final.pdf>

[Lokaliseret 10-01-2017].

Datatilsynet, 2015a. *Krav til studerendes specialeopgaver mv.* [Online]. København:

Datatilsynet.

Tilgængelig fra: <https://www.datatilsynet.dk/erhverv/studerendes-specialeopgaver-mv/krav-til-studerendes-specialeopgaver-mv/> [Lokaliseret 10-01-2017].

Datatilsynet, 2015b. *Studerendes specialeopgaver mv.* [Online]. København: Datatilsynet.

Tilgængelig fra: <https://www.datatilsynet.dk/erhverv/studerendes-specialeopgaver-mv/>

[Lokaliseret 10-01-2017].

D’Cruz, K, Howie, L. & Lentin, P., 2015. Client-centred practice: Perspectives of persons with traumatic brain injury, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, Vol 23, No. 1, s. 30-38.

Den Danske Ordbog. *Hverdagsliv* [Online]. København: Det Danske Sprog- & Litteraturselskab.

Tilgængelig fra: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=hverdagsliv> [Lokaliseret 10-01-2017].

Fortmeier, S. & Thanning, G., 2003. *Set med patientens øjne*. Århus: FADL’s forlag, s. 185-202.

Friberg, F. & Öhlén J., Fænomenologi og hermeneutik. I: M. Henricson red. 2014.

*Videnskabelig teori og metode*. København: Munksgaard, s. 333-359.

Hansen, A. et al., 2014. The effect of an interdisciplinary rehabilitation intervention comparing HRQoL, symptom burden and physical function among patients with primary glioma: an RCT study protocol, *BMJ Open*, 4, s. 1-7.

He-Strocchio, N. & Longpré, S.M., 2016. The Impact of Occupational Therapy Services for Individuals Transitioning Through Neuro-Oncology Care, *Supplement SIS Quarterly Practice Connections*, s. 8-10.



Henricson, M., Diskussion. I: M. Henricson red. 2014. *Videnskabelig teori og metode*. København: Munksgaard, s. 487-495.

Henricson, M. & Billhult, A., Kvalitativt design. I: M. Henricson red. 2014. *Videnskabelig teori og metode*. København: Munksgaard, s. 129-138.

Jakobsen, A.S., 2016. *Reaktioner på at have kræft*. [Online]. [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)  
Tilgængelig fra: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/hvis-du-har-kræft/psykiske-reaktioner/reaktioner-paa-diagnosen/> [Lokaliseret 10-01-2017].

Jessen-Winge, C. & Riddersholm, L., Ergoterapi i det danske sundhedsvæsen. I: Å. Brandt, A.J. Madsen & H. Peoples red. 2013. *Basisbog i Ergoterapi*. 3. Udgave. København: Munksgaard, s. 25-34.

Karlsson, E.K., Informationssøgning. I: M. Henricson red. 2014. *Videnskabelig teori og metode*. København: Munksgaard, s. 97-114.

Kjellström, S., Forskningsetik. I: M. Henricson red. 2014. *Videnskabelig teori og metode*. København: Munksgaard, s. 71-96.

Kristensen, K. H. & Nielsen, E. G., 2013. *Ergoterapi og hjerneskade*. 4. udgave. København: Munksgaard, s. 101-114, 129-140.

Kræftens Bekæmpelse. *Ordbog* [Online]. Kræftens Bekæmpelse.  
Tilgængelig fra: <https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/fakta-om-kræft/ordbog/gliom/>  
[Lokaliseret 10-01-2017].

Kvale, S. & Brinkmann, S., 2009. *Interview*. 2. udgave. København: Hans Reitzels Forlag. S. 79-98, 199-210.

Launsø, L., Olsen, L. & Rieper, O., 2011. *Forskning om og med mennesker*. 6. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 12-43, 44-63.

Law, M. et al., 2007. *Canadian Occupational Performance Measure*. 3. udgave. Ergoterapeutforeningen. S. 11-14.

Law, M. et al., Nøglebegreber i ergoterapi. I: Townsend et al. red. 2002. *Fremme af menneskelig aktivitet - ergoterapi i et canadisk perspektiv*. København: FADL's Forlag, s. 31-59.

Lindahl, M. & Juhl, C., 2014. *Den sundhedsvidenskabelige opgave*. 2. udgave. København: Munksgaard, s. 35-102.

Maley, C. M. et al., 2016. Dealing With Major Life Events and Transitions: A Systematic Literature Review on and Occupational Analysis of Spirituality, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 70, No. 4, s. 1-6.

Malterud, K., 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. udgave. Oslo: Universitetsforlaget. S. 75-81, 91-113.

Mosegaard, D., Jensen, M. & Jørgensen, H.S., Rehabilitering af personer med tumor cerebri. I: E.E. Wæhrens, A. Winkel & H.S. Jørgensen red. 2013. *Neurologi og neurorehabilitering*. København: Munksgaard, s. 295-304.

O'Dell et al. 1998. Functional Outcome of Inpatient Rehabilitation in Persons With Brain Tumors, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol. 79, s. 1530-1534.

Odense Universitetshospital 2014. *Tjeklister* [Online]. Odense: Region Syddanmark. Tilgængelig fra: <http://www.ouh.dk/wm440061> [Lokaliseret 10-01-2017].

Pergolotti, M. et al., 2016. Occupational Therapy for Adults With Cancer: Why It Matters, *The Oncologist*, Vol. 21, s. 314-319.

Polatajko, H. J. et al., Specifikation af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen. I: E. A. Townsend & H. J. Polatajko red. 2009. *Menneskelig Aktivitet II*. København.: Munksgaard Danmark, s. 47-78.

Polatajko, H.J. et al., Menneskers betydningsfulde aktiviteter i omgivelserne. I: E.A. Townsend & H.J. Polatajko red. 2013a. *Menneskelig Aktivitet II*. København: Munksgaard, s. 79-111.

Polatajko, H.J. et al., Specifikation af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen. I: E.A. Townsend & H.J. Polatajko red. 2013b. *Menneskelig Aktivitet II*. København: Munksgaard, s. 47-78.

Sleight, A.G. & Duker, L.I.S., 2016. Toward a Broader Role for Occupational Therapy in Supportive Oncology Care, *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 70, No. 4, s. 1-8.

Sundhedsdatastyrelsen, 2015. *Nye kræfttilfælde i Danmark*. [Online]. København: Sundhedsdatastyrelsen.

Tilgængelig fra: <http://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sygdomme/cancerregisteret> [Lokaliseret 10-01-2017].

Sundhedsstyrelsen, 2011. *Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade*. [Online]. København: Sundhedsstyrelsen.

Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/~media/425B29A5B3CF4C69B2E7E8F3B7D520BC.ashx> [Lokaliseret 10-01-2017].

Sundhedsstyrelsen, 2012. *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. [Online]. København: Sundhedsstyrelsen.

Tilgængelig fra: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/~media/8D462333D76845B1B09CAF40F9476087.ashx> [Lokaliseret 10-01-2017].

Sundhedsstyrelsen, 2014. *National klinisk retningslinje for fysioterapi og ergoterapi til voksne med nedsat funktionsevne som følge af erhvervet hjerneskade, herunder apopleksi*. [Online]. København: Sundhedsstyrelsen.

Tilgængelig fra:

[https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/~/\\_media/F3A5AAE7542049FE8854C25109E40D1C.ashx](https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/~/_media/F3A5AAE7542049FE8854C25109E40D1C.ashx) [Lokaliseret 10-01-2017].

Sundhedsstyrelsen, 2016. *Pakkeforløb for kræft i hjernen*. [Online]. København: Sundhedsstyrelsen.

Tilgængelig fra:

[https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~/\\_media/7FD13233FEA2447B95D22469AEEDCD72.ashx](https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/~/_media/7FD13233FEA2447B95D22469AEEDCD72.ashx) [Lokaliseret 10-01-2017].

Townsend, E.A. et al, Muliggørelse: Ergoterapis kernekompetence. I: E.A. Townsend & H.J. Polatajko red. 2009. *Menneskelig Aktivitet II*. København: Munksgaard, s. 141-200.

Townsend, E.A. et al, Muliggørelse: Ergoterapis kernekompetence. I: E.A. Townsend & H.J. Polatajko red. 2013. *Menneskelig Aktivitet II*. København: Munksgaard, s. 141-200.

von Bülow, C., Mondrup, M. & Celinder, C., Ergoterapeutiske ADL-interventioner på akut somatisk sygehus. I: E. E. Wæhrens red. 2015. *Almindelig daglig levevis - ADL*. København: Munksgaard, s. 93-119.

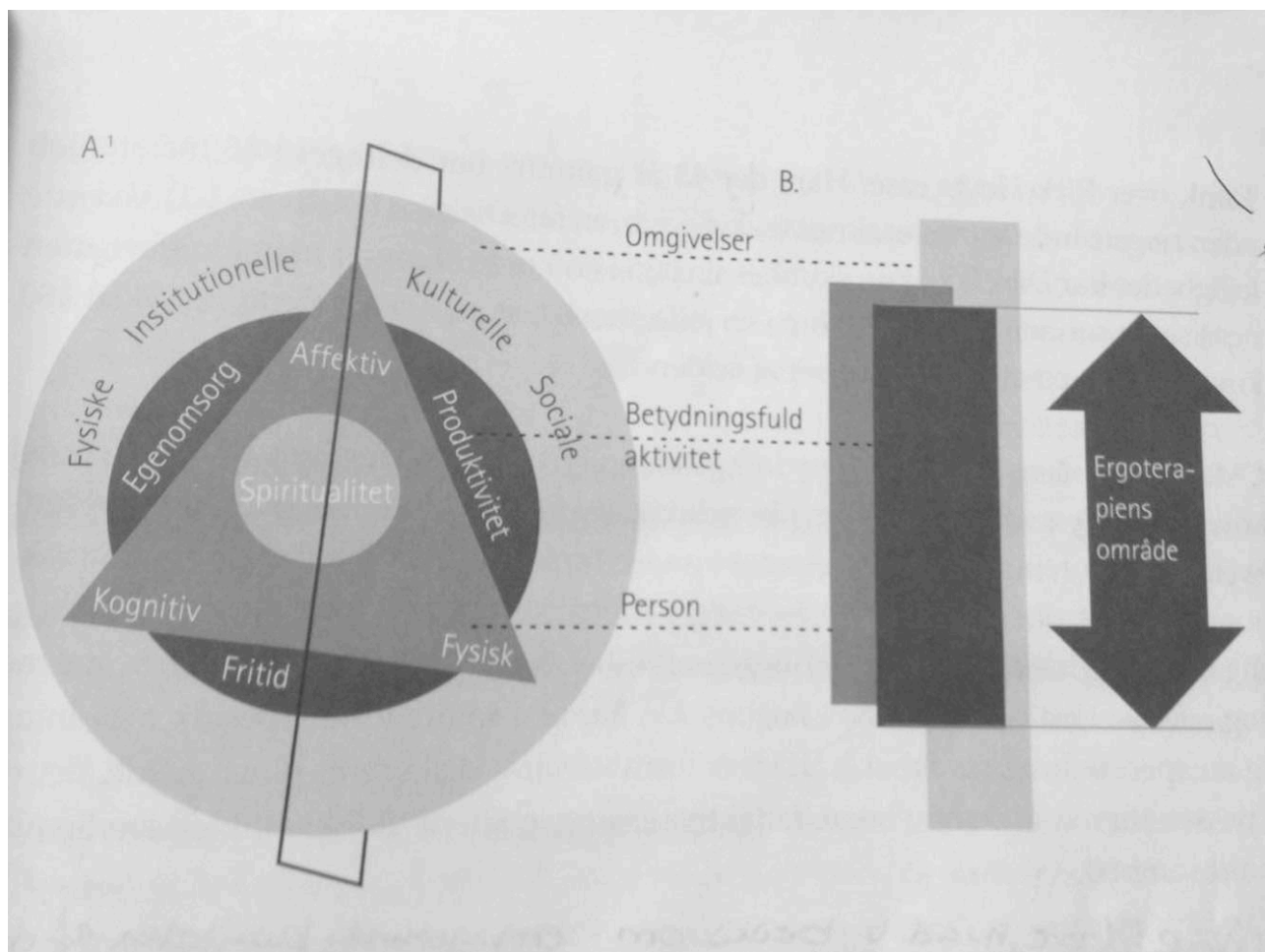
Wallengren, C. & Henricson, M., Videnskabelig kvalitetssikring af litteraturbaserede eksamensopgave. I: M. Henricson red. 2014. *Videnskabelig teori og metode*. København: Munksgaard, s. 497-513.

Anvendt referencestandard: Harvard.

# Bilagliste

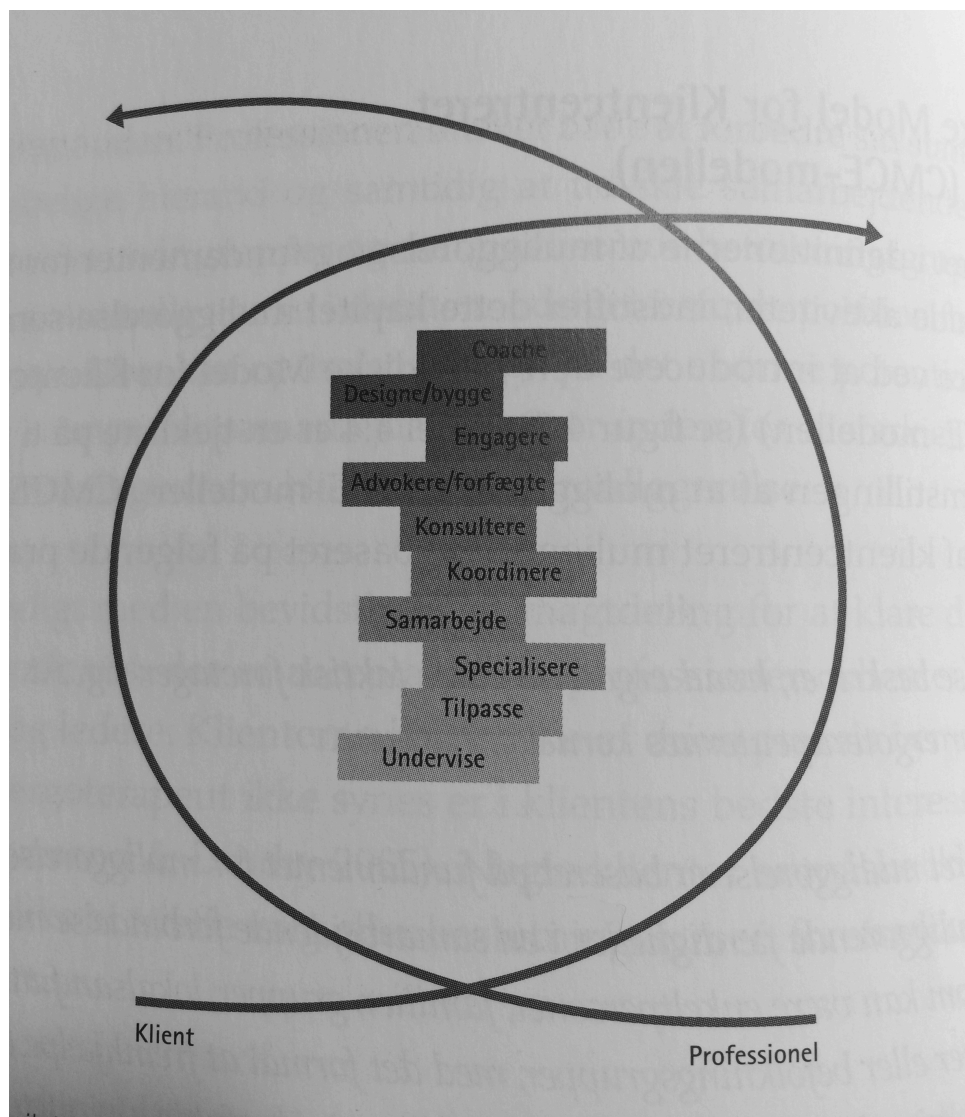
Bilag 1 – Figur 1: CMOP-E	1
Bilag 2 – Figur 2: CMCE	2
Bilag 3 – Samtykkeerklæringer	3
Bilag 4 – Interviewguide til udviklingsterapeut	6
Bilag 5 – Interviewguide til patienter	8
Bilag 6 – Kædesøgning	14
Bilag 7 – Emner og søgeord	15
Bilag 8 – Søgeprofil	16

## Bilag 1 – Figur 1: CMOP-E



Figur 1: CMOP-E (Polatajko, H. J. et al., Specifikation af sagsområdet: Betydningsfulde aktiviteter som kernen. I: E. A. Townsend & H. J. Polatajko red. 2009. Menneskelig Aktivitet II. København: Munksgaard Danmark, s. 61)

## Bilag 2 – Figur 2: CMCE



Figur 2: CMCE (Townsend, E.A. et al, Muliggørelse: Ergoterapis kernekompetence. I: E.A. Townsend & H.J. Polatajko red. 2013. Menneskelig Aktivitet II. København: Munksgaard, s. 170)

## Bilag 3 – Samtykkeerklæringer

### SAMTYKKEERKLÆRING - UDVIKLINGSTERAPEUT

I forbindelse med ergoterapeutuddannelsen i Odense, University College Lillebælt, Niels Bohrs Allé 1, 5230 Odense M giver undertegnede hermed tilladelse til at data fra interview mellem undertegnede og ergoterapeuter, bearbejdning af udpluk fra EPJ i arbejdsprocesmodellen OTIPM og at yderligere oplysninger afgivet ved interview må anvendes i en bacheloropgave.

Data fra bacheloropgaven vil blive anvendt til en ergoterapifaglig international og national artikel som bliver offentliggjort samt til undervisningsmateriale på ergoterapeutuddannelsen.

Alt data behandles fortroligt, og alle personer og stednavne anonymiseres.

Alt data vil ifølge Sundhedslovens § 44, stk. 1 og 2 senest blive slettet efter 1 år, hvor tilladelsen automatisk bortfalder.

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_



## **SAMTYKKEERKLÆRING - ERGOTERAPEUTER**

I forbindelse med ergoterapeutuddannelsen i Odense, University College Lillebælt, Niels Bohrs Allé 1, 5230 Odense M giver undertegnede hermed tilladelse til at der må foretages lydoptagelse af mig til anvendelse i en bacheloropgave.

Data fra bacheloropgaven vil blive anvendt til en ergoterapifaglig international og national artikel der bliver offentliggjort samt undervisningsmateriale på ergoterapeutuddannelsen. Alt data behandles fortroligt, og alle personer og stednavne anonymiseres.

Lydoptagelsen vil ifølge Sundhedslovens § 44, stk. 1 og 2 senest blive slettet efter 1 år, hvor tilladelsen automatisk bortfalder.

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

## **SAMTYKKEERKLÆRING - PATIENTER**

I forbindelse med ergoterapeutuddannelsen i Odense, University College Lillebælt, Niels Bohrs Allé 1, 5230 Odense M giver undertegnede hermed tilladelse til at data fra interview mellem undertegnede og udviklingsterapeut samt udpluk af undertegnede EPJ, som er bearbejdet af udviklingsterapeut, må anvendes i en bacheloropgave.

Data fra bacheloropgaven vil blive anvendt til en ergoterapifaglig international og national artikel som bliver offentliggjort samt til undervisningsmateriale på ergoterapeutuddannelsen.

Alt data behandles fortroligt, og alle personer og stednavne anonymiseres.

Alt data vil ifølge Sundhedslovens § 44, stk. 1 og 2 senest blive slettet efter 1 år, hvor tilladelsen automatisk bortfalder.

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

## Bilag 4 – Interviewguide til udviklingsterapeut

Tema	Spørgsmål	Svar
<b>Overordnet</b>	Hvilken lovgivning arbejder ergoterapeuterne under?	
<b>Patienter</b>	<p>Hvor mange patienter med hjernetumorer har ambulatoriet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvor mange af disse har gliomer?</li> <li>• Grader?</li> </ul> <p>Hvor mange patienter er tilknyttet projektet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommer der nye til?</li> </ul> <p>Hvad er patienternes generelle ønsker at kunne?</p>	
<b>Intervention</b>	<p>Arbejdes der med aktivitetsmønster- og balance?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan?</li> <li>• Udtrykker patienterne behov for at arbejde med dette? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan?</li> </ul> </li> </ul> <p>Hvilke faciliteter er der til træningen?</p> <p>Hvilke ergoterapeutiske strategier arbejdes der med?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det nedfældet?</li> </ul> <p>Hvilke undersøgelsesredskaber bruges der?</p>	
<b>Ergoterapeuten</b>	Hvilke roller påtager ergoterapeuten sig oftest?	
<b>Afsluttende</b>	Hvordan hjælper ergoterapeuten patienten med at prioritere betydningsfulde aktiviteter?	

	<p>AMPS manual?</p> <p>Må vi kontakte dig, hvis der er noget vi mangler svar på?</p> <p>Interview: Midterst side 8 til og med første afsnit side 9 (Ift. at det ikke giver mening at træne udfaldsorienteret, kompenseres der så kun?)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Træner de mest på kropsniveau end kognitivt?</li></ul> <p>Kontakt til patienter? Hvem og hvordan?</p>	
--	--	--

## Bilag 5 – Interviewguide til patienter

### INTERVIEWGUIDE – PT1

#### *Forberedelse inden interview*

- Præsentation af os selv og forklare roller + TAK
- Formål med interview:
  - Hvordan bidrager ergoterapi til, at voksne med sygdom i hjernen kan vedligeholde at lave de ting, som de synes betyder mest for dem i hverdagen.
- Formalia:
  - Samtykkeerklæring
  - Anonymitet
  - Tavshedspligt
  - Interviewet får ingen konsekvens for behandling og træning
  - Rådata behandles kun af os og vejleder
  - Kan afbrydes når som helst/vælge ikke at svare
  - Varighed

<b>Tema</b>	<b>Spørgsmål</b>	<b>Stikord</b>
<b>Om dig selv</b>	Kan du kort fortælle om dig selv? <ul style="list-style-type: none"><li>● Hvad kunne du lide at foretage dig inden du blev syg</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Familie/venner</li><li>○ Uddannelse/arbejde</li><li>○ Fritid</li><li>○ Hvordan bor du?</li></ul>
<b>At have en sygdom i hjernen</b>	Har du pårørende som har fået tilbud om støtte? <ul style="list-style-type: none"><li>● Hvis ja, hvordan?</li></ul> Kan du fortælle om dine erfaringer med at have en sygdom i hjernen? <ul style="list-style-type: none"><li>● Hvordan har dit sygdomsforløb været?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Har du oplevet fysiske symptomer ifm. sygdommen og behandlingen?</li></ul></li></ul>	

<p><b>Ergoterapi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laver du stadig de ting du kunne lide inden du blev syg?</li> </ul> <p>Hvilke udfordringer har du oplevet i denne forbindelse og hvordan kommer det til udtryk?</p> <p><i>Mange patienter med sygdomme i hjernen har udfordringer ift. at prioritere de opgaver de har i hverdagen, ligeledes at strukturere dem i løbet af dagen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Er det noget du har oplevet?</li> <li>● Har ergoterapien bidraget til at gøre dette lettere for dig? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvordan? (netværkskort, ugeskema, kalender)</li> </ul> </li> </ul> <p>Hvilke mål har du haft dig i forløbet med ergoterapi?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hvordan har I arbejdet med disse mål?</li> <li>● Hvad har du fået ud af arbejdet med målene?</li> </ul> <p>Anvender du det du har lært i ergoterapien i din hverdag?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Har ergoterapien bidraget positivt til din nuværende hverdag?</li> <li>● Hvordan?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Husligt arbejde (rengøring, vasketøj...)</li> <li>● Indkøb</li> <li>● Egenomsorg (bad, tage tøj på, osv.)</li> <li>● Arbejde</li> <li>● Sammenkomster/sociale arrangementer</li> </ul>
--------------------------	---	---

<b>Afsluttende</b>	<p>Er der andre ting du synes du har haft gavn af ift. at have fået tilbudt ergoterapi?</p> <p>Så har vi umiddelbart ikke mere: Har du nogle spørgsmål? Noget vi evt. ikke har været omkring, som du gerne vil fortælle?</p> <p>Vi håber det har været okay at deltage i dette interview. TAK + gave</p>	
--------------------	--	--

## INTERVIEWGUIDE – PT2

### *Forberedelse inden interview*

- Præsentation af os selv og forklare roller + TAK
- Formål med interview
  - Hvordan bidrager ergoterapi til, at voksne med sygdom i hjernen kan vedligeholde at lave de ting, som de synes betyder mest for dem i hverdagen.
- Formalia:
  - Samtykkeerklæring
  - Anonymitet
  - Tavshedspligt
  - Interviewet får ingen konsekvens for behandling og træning
  - Rådata behandles kun af os og vejleder
  - Kan afbrydes når som helst/vælge ikke at svare
  - Varighed

<b>Tema</b>	<b>Spørgsmål</b>	<b>Stikord</b>
<b>Om dig selv</b>	<p>Kan du kort fortælle om dig selv?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Hvad kunne du lide at foretage dig inden du blev syg/interesser</li></ul> <p>Har du pårørende som har fået tilbud om støtte?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Hvis ja, hvordan?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Familie/venner</li><li>○ Uddannelse/arbejde</li><li>○ Fritid</li><li>○ Hvordan bor du?</li></ul>
<b>At have en sygdom i hjernen</b>	<p>Kan du fortælle om dine erfaringer med at have en sygdom i hjernen?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Hvordan har dit sygdomsforløb været?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Oplever du fysiske</li></ul></li></ul>	



<p><b>Ergoterapi</b></p>	<p>symptomer ifm. sygdommen og behandlingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laver du stadig de ting du kunne lide inden du blev syg?</li> </ul> <p>Hvilke udfordringer har du oplevet i denne forbindelse og hvordan kommer det til udtryk?</p> <p><i>Mange patienter med sygdomme i hjernen har udfordringer ift. at prioritere de opgaver de har i hverdagen, ligeledes at strukturere dem i løbet af dagen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Er det noget du har oplevet?</li> <li>● Har ergoterapien bidraget til at gøre dette lettere for dig? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hvordan? (netværkskort, ugeskema, kalender)</li> </ul> </li> </ul> <p>Hvilke mål har du dig i forløbet med ergoterapi?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hvordan arbejder I med disse mål?</li> <li>● Hvad håber du på at få ud af at arbejde med målene?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Husligt arbejde (rengøring, vasketøj...)</li> <li>● Indkøb</li> <li>● Egenomsorg (bad, tage tøj på, osv.)</li> <li>● Arbejde</li> <li>● Sammenkomster/social e arrangementer</li> </ul>
--------------------------	--	--

<p><b>Afsluttende</b></p>	<p>Anvender du det du lærer i ergoterapien i din hverdag?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bidrager ergoterapien positivt i din nuværende hverdag?</li> <li>• Hvordan?</li> </ul> <p>Er der andre ting du synes du har gavn af ift. at få ergoterapi?</p> <p>Så har vi umiddelbart ikke mere: Har du nogle spørgsmål? Noget vi evt. ikke har været omkring, som du gerne vil fortælle?</p> <p>Vi håber det har været okay at deltage i dette interview. TAK + gave.</p>	
---------------------------	---	--

## **Bilag 6 – Kædesøgning**

Artiklen fra 1998 af O'Dell et al. med titlen "Functional Outcome of Inpatient Rehabilitation in Persons With Brain Tumors" er fundet via kædesøgning i "Retningslinjer for behandling af intrakranielle gliomer hos voksne" udgivet i 2016 af Dansk Neuro Onkologisk Gruppe. O'Dell er heri anvendt på side 99.

## **Bilag 7 – Emner og søgeord**

### **Emner:**

- Aktivitetsmønster og balance (i forbindelse med kræft)
- Cancerrehabilitering og dødstanker/sårbarhed
- Hjerneskade og hjernetumor forskel
- Ergoterapi og patientsyn / patientperspektiv

### **Søgeord:**

- Occupational balance
- Occupational therapy
- Occupational pattern
- Occupational therapists
- Glioma
- Glioblastoma
- Rehabilitation
- Cancer
- Dead/death
- Brain cancer
- Brain tumor
- Brain injury
- Traumatic brain injury
- Vulnerability
- Illness
- Cancerthoughts
- Patient perspective
- Oncology
- Adults
- Spirituality

## Bilag 8 – Søgeprofil

Søgeord	In- og eksklusion	Hits	Database	Dato	Forfatter	Titel
Occupational therapy		40640	PubMed	27.10.2016		
Brain tumor		185228	-II-	-II-		
Occupational therapy brain tumor		93	-II-	-II-		
Occupational AND brain tumor	AND	93	-II-	-II-		
“Occupational therapy” AND “brain tumor”	“” for hvert ord AND	6	-II-	-II-		
Brain tumor		185228	PubMed	27.10.2016		
Vulnerability		39868	-II-	-II-		
Brain tumor AND vulnerability	AND	269	-II-	-II-		
“Brain tumor” AND “vulnerability”	“” AND	19	-II-	-II-		
Occupational balance		2264	PubMed	27.10.2016		
Illness		405538	-II-	-II-		
Occupational balance AND illness	AND	91	-II-	-II-		
“Occupational balance” AND “illness”	“” AND	3	-II-	-II-	Backman, C. L.	Occupational balance: exploring the relationships

						among daily occupations and their influence on well-being
Brain tumor		185228	PubMed	27.10.2016		
Brain injury		126731	-II-	-II-		
Brain tumor AND brain injury	AND	8182	-II-	-II-		
Brain tumor AND brain injury	AND 5 years	2204	-II-	-II-		
“Brain tumor” AND “brain injury”	AND 5 years “”	67	-II-	-II-		
“Brain tumor” AND “brain injury” AND “rehabilitation”	AND 5 years “”	13	-II-	-II-	Vargo, M., Henriksson, R., Salander, P.	Rehabilitation of patients with glioma
Occupational therapy AND glioma	AND	36	PubMed	27.10.2016		
Occupational therapy AND “glioma”	“” AND	22	-II-	-II-		
“Occupational therapy” AND “glioma”	“” AND	1	-II-	-II-	Hansen, A., Rosenbek Minet, L.K., Sogaard, K., Jarden, J.O.	The effect of an interdisciplinary rehabilitation intervention comparing HRQoL, symptom burden and physical function among patients

						with primary glioma: an RCT study protocol.
Occupational therapy AND glioma	AND	58	CINAHL	27.10.2016		
Occupational therapy AND glioma AND brain tumor	AND	37	-II-	-II-		
Occupational therapy AND brain cancer	AND	89	PubMed	27.10.2016		
Occupational therapy AND brain cancer AND rehabilitation	AND	19	-II-	-II-		
“Occupational therapy” AND brain cancer AND rehabilitation	“” AND	15	-II-	-II-		
Occupational balance		2264	PubMed	27.10.2016		
Glioma		77294	-II-	-II-		
Occupational balance glioma		0	-II-	-II-		
Occupational balance		2264	PubMed	27.10.2016		
Brain tumor		185228	-II-	-II-		
Occupational balance brain tumor		4	-II-	-II-		
Rehabilitation		430099	PubMed	27.10.2016		

Cancer		337518 2	-II-	-II-		
vulnerability		39868	-II-	-II-		
Rehabilitation cancer vulnerability		54	-II-	-II-		
“Rehabilitation” AND “cancer” AND “vulnerability	“” for hvert ord AND	33	-II-	-II-		
“Rehabilitation” AND “cancer” AND “vulnerability	“” for hvert ord AND Publiatio n dates: 5 years	12	-II-	-II-		
Patient perspective AND Occupational therapy	AND	357	PubMe d	20.11.201 6		
Patient perspective AND Occupational therapy AND brain tumor	AND	0	-II-	-II-		
Patient perspective AND Occupational therapy AND rehabilitation	AND	204	-II-	-II-		
Patient perspective AND Occupational therapy AND cancer	AND	25	-II-	-II-		
Patient perspective AND Occupational therapy AND brain injury	AND	10	-II-	-II-	D'Cruz, K., Howie, L., Lentin..	Client-centred practice: Perspectives of persons with a traumatic brain injury.



Patient perspective AND Occupational therapy	AND Peer Reviewed	18	CINAHL	02.01.2017		
Patient perspective AND Occupational therapy AND cancer	-II-	3	-II-	-II-	Bentley, R., Hussain, A., Maddocks, M., Wilcock, A..	Occupational therapy needs of patients with thoracic cancer at the time of diagnosis: findings of a dedicated rehabilitation service.
Patient perspective AND Occupational therapy AND brain injury	-II-	2	-II-	-II-		
Oncology AND Occupational therapy	AND	2028	PubMed	02.01.2017		
“Oncology” AND “Occupational therapy”	“” AND	107	-II-	-II-		
Oncology AND Occupational therapy	AND Peer Reviewed	31	CINAHL	-II-	Sleight, A.G., Duker, L.I..	Toward a Broader Role for Occupational Therapy in Supportive Oncology Care.
tumor AND occupational therapy AND adults	AND	1038	PubMed	-II-		
“tumor” AND “occupational therapy” AND	“” AND	2	-II-	-II-		

“adults”						
tumor AND occupational therapy AND adults	AND Peer Reviewed	42	CINAHL	-II-		
cancer AND occupational therapy AND adults	AND	1113	PubMed	-II-		
“cancer” AND “occupational therapy” AND “adults”	“” AND	27	-II-	-II-	Pergolotti, M., Williams, G.R., Campbell, C., Munoz, L.A., Muss, H.B..	Occupational Therapy for Adults With Cancer: Why It Matters.
cancer AND occupational therapy AND adults	AND Peer Reviewed	50	CINAHL	-II-		
spirituality AND cancer	AND	1337	PubMed	05.01.2017		
“spirituality” AND “cancer”	“” AND	1192	-II-	-II-		
“spirituality” AND “tumor”	-II-	26	-II-	-II-		
“spirituality” AND “occupational therapy”	“” AND	74	-II-	-II-	Maley, C.M., Pagana, N.K., Velenger, C.A., Humbert, T.K..	Dealing With Major Life Events and Transitions: A Systematic Literature Review on and Occupational Analysis of Spirituality.

“spirituality” AND “cancer” AND “occupational therapy”	“” AND	6	-II-	-II-		
“spirituality” AND “tumor” AND “occupational therapy”	-II-	0	-II-	-II-		
spirituality AND cancer	AND Peer Reviewe d	1138	CINAH L	-II-		
spirituality AND cancer AND occupational therapy	-II-	2	-II-	-II-		
spirituality AND occupational thera py	-II-	149	-II-	-II-		
spirituality AND occupational thera py AND tumor	-II-	2	-II-	-II-		
spirituality AND tumor	-II-	746	-II-	-II-		