

Ergoterapi i palliasjon – en unyttet ressurs?

Av Synnøve Glesnes og Tina Taule



Synnøve Glesnes er ergoterapeut ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen, og ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk HUS i Bergen. E-post: sglesnes@gmail.com



Tina Taule er ergoterapispesialist med ph.d. fra medisinsk-odontologisk fakultet ved Universitetet i Bergen. Hun arbeider som forsknings- og fagutviklingsleder ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk ved HUS i Bergen.

Sammendrag

Bakgrunn: Palliativ behandling skal bedre livskvaliteten til pasienter og pårørende. En nasjonal målsetning er å gi god palliativ behandling til alle med behov. Uhelbredelig sykdom kan påvirke aktivitetsutførelse. Deltakelse i meningsfulle aktiviteter er ergoterapeutens kjernekompetanse. I Norge har ikke alle palliative pasienter tilgang på ergoterapi. Ergoterapirollen er mangelfullt beskrevet i litteraturen for denne gruppen.

Hensikt: Å undersøke hva internasjonal forskning sier om ergoterapirollen i palliasjon.

Metode: En litteraturstudie ble gjennomført, og litteratursøk ble utført i databasene PubMed, Embase, CINAHL, Svemed og Cochrane Library.

Resultat og konklusjon: 16 artikler ble inkludert. Tre temaer ble identifisert:

- 1) Aktivitet i endring. Personer som lever med uhelbredelig sykdom, ønsker å være i aktivitet, men opplever utfordringer med aktivitetsutførelse.
- 2) Ergoterapirollen i palliasjon er uklar. Forskning viser at ergoterapi er lite kjent blant andre faggrupper. Dette kan føre til manglende henvisning til ergoterapi og at pasienten ikke får utnyttet sitt aktivitetspotensial.
- 3) Spesifikke ergoterapitiltak. Det er begrenset og mangelfull forskning på spesifikke ergoterapitiltak til pasientgruppen.

Nøkkelord: ergoterapi, palliasjon, aktivitet, ergoterapitiltak, ergoterapirollen

Det er ikke knyttet interessekonflikter til denne artikkelen.

Den blir sampublisert med tidsskriftet Omsorg 3/19.

Bakgrunn

Palliativ behandling har til hensikt å bedre livskvalitet til pasienter og pårørende (1). Det er en nasjonal målsetning at god palliativ behandling skal gis til alle som har behov for det (2). Uhelbredelig sykdom påvirker mennesker ulikt, men forskning viser at mange har utfordringer med å utføre kjente daglige aktiviteter (3). Ergoterapeuter har kjernekompetansen sin i å støtte mennesker til å delta i meningsfulle aktiviteter på tross av begrensninger knyttet til sykdom (4). Det er derfor anbefalt at ergoterapi er en del av tilbudet til denne pasientgruppen (2). Når det oppstår et gap mellom persons helse og krav i hverdagen, kan ergoterapeuten bidra til å minske gapet gjennom kartlegging av faktorer som hindrer eller muliggjør aktivitet og iverksetting av tiltak. En helhetlig tilnærming er en viktig faktor i palliativ omsorg (2), og ergoterapeuten vurderer fysiske, kognitive, sosiale og miljømessige faktorer som påvirker aktivitetsutførelsen. Ifølge handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen bør alle palliative team på større sykehus ha ergoterapeut tilknyttet (5). Dette er imidlertid ikke praksis alle steder i Norge. Det er derfor varierende om pasienter innlagt i sykehus med en palliativ diagnose har tilgang på ergoterapitjenester. Ergoterapi er per nå ikke en lovpålagt tjeneste i kommunen, og flere kommuner i Norge har ikke ergoterapitilbud.

Det er publisert lite om ergoterapi og palliasjon i Norge. Hensikten med studien er derfor å undersøke hva internasjonal forskning sier om ergoterapirollen i palliasjon. Resultatene kan medvirke til å tydeliggjøre ergoterapirollen, og ergoterapeutiske bidrag med palliative pasienter.

Metode

For å få en bred oversikt over hvilken litteratur som finnes om temaet, ble en litteraturstudie gjennomført (6).

For best mulig overføringsverdi av resultater inkluderte vi forskningsartikler fra land med tilsvarende helsesystem som Norge, og som omhandlet pasienter med en livstruende diagnose. I tillegg ble artikler om aktivitetsperspektivet hos pasientgruppen inkludert, da dette ble regnet som svært relevant for ergoterapi. Artikler fra spesialisthelsetjenesten, sykehus, kommunehelsetjenesten, institusjon og hospice ble inkludert. Vi ekskluderte artikler som inkluderte barn, var publisert før år 2000, var utgitt på andre språk enn norsk og engelsk, var skrevet

om andre profesjoner enn ergoterapi, eller ikke var tilgjengelig i fulltekst.

Trinnene i den kunnskapsbaserte modellen ble brukt (7). Litteratursøk ble utført av førsteforfatter i oktober 2018 i databasene PubMed, Embase, CINAHL, Svemed+ og Cochrane Library. PubMed, Embase og CINAHL, som alle har et bredt utvalg artikler som omhandler helsevitenskap. Svemed+ inneholder litteratur fra nordiske land. Cochrane Library ble valgt for å undersøke om det finnes oversiktsartikler om temaet.

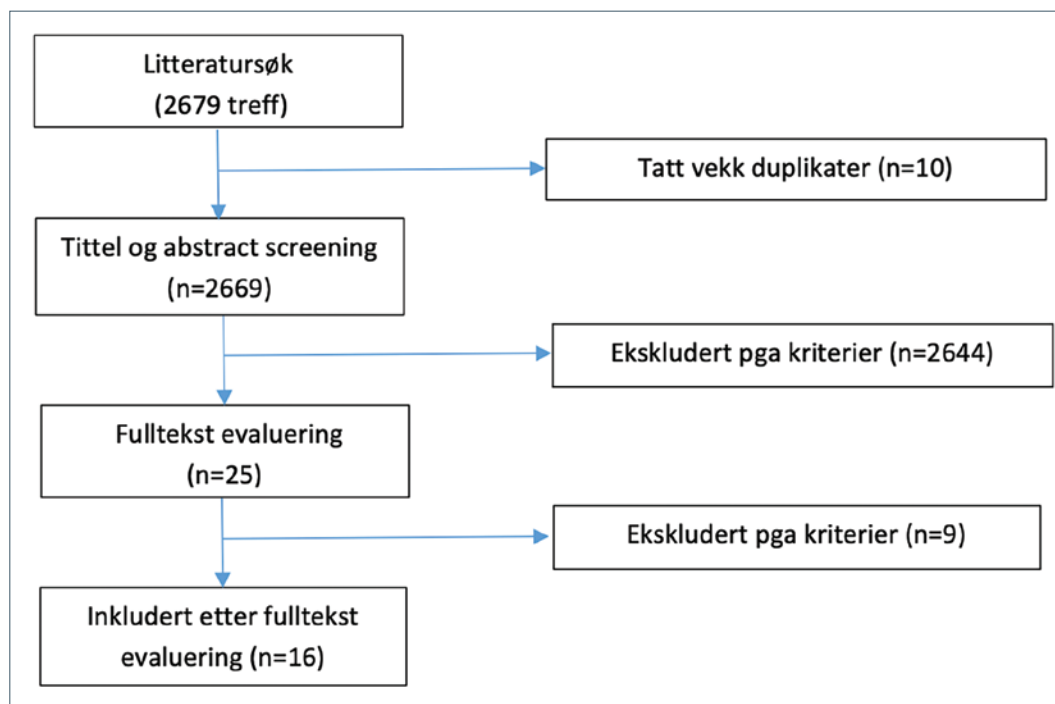
Søkeordene dekket termer for pasientgruppen (palliative, end of life, terminal) og ergoterapi (occupational therapy). Søkeordene palliative, end of life og terminal ble først søkt hver for seg, og resultatene ble kombinert med OR. Resultat av søket ble kombinert med occupational therapy og AND. Artikler ble vurdert som relevante eller ikke opp mot inklusjons-/eksklusjonskriterier, først på bakgrunn av tittel og abstrakt, og om nødvendig også på bakgrunn av fulltekst.

For å finne fellestrekk i litteraturen ble tematisk analyse utført som beskrevet av Aveyard (6). Metoden er egnet for nybegynnere og kan bidra til en systematisk organisering, analyse og beskrivelse av resultatene. I tillegg kan både kvantitative og kvalitative studier inkluderes i analysen. Første trinn er kritisk å vurdere all litteratur for å få en oversikt over studiedesign, populasjon og fokus for studiene. Kvaliteten på de inkluderte studiene ble kritisk vurdert ved bruk av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklister ble fylt ut av førsteforfatter, og resultater ble diskutert med andreforfatter. Andre trinn var å oppsummere og sammenligne resultatene i hver artikkel. Fellestrekk i oppsummeringene ble samlet under foreløpige temaer og senere kategorisert i tre hovedtemaer. I tredje trinn av analysen ble hovedtemaene sammenlignet med hverandre og videre vurdert før de ble navngitt. Dette for å unngå at de ble for like eller var motstridende.

Resultat

Totalt 16 artikler ble inkludert i litteraturstudien. Se figur 1 - Flytskjema, side 34. Artiklene representerte et variert utvalg av forskningsmetoder og pasientdiagnoser. Se tabell 1 på side 35. Den tematiske analysen identifiserte tre gjennomgående temaer:

- aktivitet i endring
- ergoterapirollen
- spesifikke ergoterapeutiske tiltak



Figur 1. Flytskjema.

AKTIVITET I ENDRING

Mennesker med en palliativ diagnose ønsker fortsatt å kunne utføre aktiviteter som er viktige og meningsfulle for dem (8,9,10). Wagman og von Post (9) fant at det ikke er spesifisert hvilke aktiviteter som er betydningsfulle i den palliative fasen, men at pasientene ønsker å være i aktivitet som tidligere. Pasientene understreket betydningen av å kunne være selvstendige der det var mulig. Det var også fokus på å føle at en fortsatt var en ressurs for andre, og å kunne delta i sosiale arenaer. De pasientene som hadde lavest funksjonsnivå, beskrev et ønske om å kunne gå ut av rommet selv og utføre egen personlig hygiene.

Personer som lever med en palliativ diagnose, opplever imidlertid ofte gradvis tap av funksjon, som gjør aktivitet og deltakelse utfordrende (11). I en systematisk litteraturstudie som inkluderte over 19 000 pasienter, fant Neo, Fettes, Gao, Higginson og Maddocks (12) at en tredjedel av alle pasienter med kreft har utfordringer med personlige daglige aktiviteter, og halvparten av pasientene har utfordringer med instrumentelle aktiviteter. Personlig hygiene, gangfunksjon og forflytning samt instrumentelle aktiviteter som handling, husarbeid og transport var mest påvirket (12). En studie av Eriksson og medforfattere undersøkte hvilke aktiviteter som var viktige for pasienter innlagt på sykehus (10). Her beskriver spesielt kvinnene utfordringen med å opprettholde rollefunksjon under innleggelse. Kvinnene var vant

til å ha ansvar for organisering av barn og familie og opplevde at de ikke strakk til. Hammill, Bye og Cook (13) skriver at alle deltakerne i studien beskrev hindringer mot å være i aktivitet. Redusert motivasjon, energi, styrke, tung pust i aktivitet, reduserte kognitive funksjoner, smerte og lite tid er eksempler på aktivitetshindringer.

Morgan, Currow, Deheny og Aranda (11) undersøkte hjemmeboende personer med kreft sine erfaringer med å leve med et fallende funksjonsnivå. Pasientene opplevde at utførelse av aktivitet var viktig og meningsfylt, men at sykdommen gjorde at de måtte gjøre endringer. De beskrev at enkle bevegelser som er nødvendige for å utføre daglige aktiviteter, krevde mer konsentrasjon enn før sykdommen (11). Sykdom truet hverdagsaktiviteter og gjorde at deltakerne måtte endre forventninger til seg selv og hva de kunne klare (11). I tillegg tok ting lengre tid, og de kunne derfor nå gjøre mindre sammenlignet med før sykdommen. Aktivitet var for noen et symbol på god helse og en måte å gi liv til dagene. For andre var aktivitet en målestokk på sykdom, etter hvor mye eller lite en klarte å utføre. Endring i evne til å mestre hverdagen slik en gjorde før sykdom, påvirket selvbildet negativt (11). Dette bekreftes i en kvalitativ studie hvor Murdock, Cousins og Kernohan (14) undersøkte hvordan mennesker med langt- kommet Parkinsons sykdom opplevde hverdagsaktivitet. De beskrev hvordan redusert fysisk funksjon og symptomer påvirket aktivitetsutførelsen. Dette

Forfatter (år)	Fokus	Design	Land	Antall deltakere (studier)	Kvalitet
Badger, Honey & Macleod (2016)	Palliativ	Kvalitativt	Australia	8	Høy
Bye, Cook & Hammill (2013)	Palliativ	Systematisk oversikt	Australia	? (58)	Høy
Cooper & Littlechild (2013)	Palliativ	Tversnitt	Storbritannia	11	Mangelfull
Eriksson, Öster & Lindberg (2016)	Kreft	Kvalitativt	Sverige	8	Høy
Eva & Morgan (2018)	Palliativ	Kvalitativt Tversnitt	Europa	237	Høy (kvalitativt) middels (tversnitt)
Hammill, Bye & Cook (2017)	Palliativ	Kvalitativt Tversnitt	Australia	171	Høy (kvalitativt) middels (tversnitt)
Marston, Agar & Brown (2015)	Palliativ	Kvalitativt	Australia	8	Høy
Miller & Hopkinson (2008)	Palliativ	Kohort	Storbritannia	327	Mangelfull
Mills & Payne (2015)	Palliativ	Systematisk oversikt	Storbritannia	477 (10)	Mangelfull
Morgan et al (2017)	Kreft	Kvalitativt	Australia	10	Høy
Murdock, Cousins & Kernohan (2014)	Palliativ	Kvalitativt	Storbritannia	10	Høy
Neo et al (2017)	Kreft	Systematisk oversikt	Singapore & Storbritannia	19246 (43)	Høy
Pilegaard et al (2017)	Kreft	RCT	Danmark	242	Høy
Rahman (2000)	Palliativ	Kvalitativt	USA	4	Høy
Saarik & Hartley (2010)	Kreft	Kohort	Storbritannia	29	Mangelfull
Von Post & Wagman (2017)	Palliativ	Systematisk oversikt	Sverige	228 (11)	Middels

Tabell 1. Oppsummering av studiekarakteristikk

hadde konsekvenser for sosiale, psykiske og åndelige/eksistensielle faktorer i hverdagen. Blant annet begrenset deltakelse i sosiale arenaer som arbeid og fritid. I tillegg utfordret det eksistensielle faktorer i det å leve med uvisshet for framtiden og rundt egen funksjon. Både Murdock et al. (11) og Morgan et al. (14) beskrev hvordan pasientene fant nye strategier i hverdagen som bidro til å få utført ønskede eller nødvendige aktiviteter. Personer som tidligere hadde deltatt i fysisk krevende aktiviteter valgte nå roligere tidsfordriv som for eksempel å lese (11). I Morgan et al. (11) beskrev en av deltakerne at å observere andre mennesker utføre aktiviteter, var nok til at de selv følte at de deltok. Å være sosial sammen med andre var assosiert med å leve. Redusert funksjon gjorde at flere var avhengige av hjelp i hverdagen (11,14).

ERGOTERAPIROLLEN

Ifølge Hammill, Bye og Cook (8) er ergoterapirollen i palliasjon forsøkt definert gjennom forskning, litteratur og stillingsbeskrivelser. Rollen er fortsatt

uklar, spesielt sammenlignet med andre praksisområder i ergoterapi. En studie som kartla europeiske ergoterapeuters arbeidsoppgaver, fant at ergoterapeuter i stor grad prioriterer direkte pasientarbeid fremfor utvikling av tilbud, ledelse og forskning (15). Ergoterapeuter opplever at de har en viktig rolle i pasientarbeid både ved utskrivelse fra sykehus og i tilrettelegging for aktivitet i hjemmet (13,15,16). Det var likevel generell enighet om at ergoterapeuter ofte er begrenset til å formidle hjelpemidler, og at potensialet i utvidet aktivitetsfokus ikke er brukt (15,16).

Begrenset forståelse av ergoterapirollen blant andre faggrupper gjorde at pasienter ble henvist for sent, eller ikke i det hele tatt. Resultater viser at når ergoterapeuten var et integrert medlem av et tverrfaglig team, ble rollen også utvidet (15,17). Andre faggrupper i det tverrfaglige teamet var bedre kjent med ergoterapeutens oppgaver, og ergoterapeuten kunne da ha utvidet fokus på aktivitet utover hjelpemidler og primære activities of daily living (ADL) (15). Marston, Agar & Brown (18) argumenterer for at

det er nødvendig for de ulike faggruppene i et tverrfaglig team å ha en god forståelse av hverandres roller og arbeidsoppgaver.

Marston et al. (18) undersøkte pasienter og pårørendes oppfatninger og erfaringer med ergoterapi på en sykehusavdeling. Studien viste at ergoterapi ble sett på som praktisk støtte i forberedelse til hjemreise fra sykehus. Pasienten og pårørende klarte ikke å skille mellom de ulike faggruppens roller og arbeidsoppgaver, og de var derfor usikre på hvem de skulle spørre om råd.

Badger, Macleod og Honey (19) undersøkte hjemmeboende pasienters erfaringer og forståelse av ergoterapi. Deltakerne opplevde at ergoterapi hadde positiv effekt på livskvalitet gjennom tiltak som bedret komfort og trygghet. Ingen av deltakerne beskrev ergoterapi som relatert til å kunne delta i viktige og meningsfulle aktiviteter. De ga likevel eksempler på hvordan ergoterapitiltak bidro til økt deltakelse.

SPESIFIKKE ERGOTERAPITILTAK

Det er begrenset forskning på spesifikke ergoterapitiltak innen palliasjon (8). En randomisert kontrollert studie (RCT) fra Danmark så på effekten av «the cancer home life», et ergoterapibasert program for personer med langtkommet kreft (20). Pasientene fikk tilbud om en til tre hjemmebesøk av ergoterapeut med målsetning om å legge til rette for at pasientene kunne utføre viktige daglige aktiviteter. Studiet fant ingen signifikant effekt mellom intervensjons- og kontrollgruppen.

To studier kartla hva ergoterapeuter gjør i møte med palliative pasienter (15,21). Eva og Morgan kartla arbeidsoppgavene til 237 ergoterapeuter fra 21 europeiske land, med mest deltakelse fra Storbritannia og Irland (15). Deltakerne i studiet arbeidet i hovedsak med hjelpemiddelformidling for å optimalisere ADL-funksjon og med kartlegging av funksjonsnivå, sittestilling og komfortbehov. I tillegg arbeidet mange med mestring av fatigue, angst og tung pust. Arbeidsoppgavene inkluderte også å støtte pasienter med å tilpasse seg endret funksjonsnivå, tap og døden. Dette ble bekreftet i studiet til Cooper og Littlechild (21), som inkluderte ti ergoterapeuter fra Storbritannia. Alle tiltak ble utført oftere av ergoterapeuter fra Storbritannia sammenlignet med ergoterapeuter fra andre europeiske land (15). Resultater fra studien til Miller og Hopkinson (22) indikerer at avspenning som tiltak kan være nyttig for å redusere spenninger og stress

for pasienter med kreft og palliative diagnoser. Det er også resultater som tyder på at pasienter med langtkommet kreft kan ha nytte av gruppebasert kurs i fatiguemestring (23).

Diskusjon

Resultater fra denne studien viser at mennesker som lever med en uhelbredelig sykdom, ønsker å være i aktivitet, men at de opplever utfordringer med aktivitetsutførelse. Ergoterapirollen i palliasjon er forsøkt definert, men er fortsatt uklar. Forskning viser at ergoterapeutens bidrag er lite kjent blant andre faggrupper. Dette kan føre til at pasienter ikke får utnyttet sitt aktivitetspotensial på grunn av manglende henvisning. Det er begrenset og mangelfull forskning på spesifikke ergoterapitiltak til denne gruppen mennesker.

Betydningen av fortsatt å være engasjert i meningsfulle aktiviteter til tross for sykdom er løftet frem i flere av artiklene (8,9,10,11,12,16). Dette samsvarer med annen litteratur (24,25,26,27). Mennesker skaper rom for seg selv i den sosiale konteksten gjennom hva de gjør (9). Ergoterapeuter har et bredt aktivitetsbegrep som plasserer alt det et menneske gjør i en sosialkulturell kontekst. Gjennom aktivitetsutførelse defineres egenverdi, mestring, valg og kontroll i livet. Ekskludering fra å utføre meningsfulle aktiviteter kan gi tapt livskvalitet (9). Selv de enkleste aktiviteter kan gi mening da de utføres i en gitt kontekst som har verdi, historie og mening for den enkelte. For å forstå hvilke aktiviteter som er meningsfulle, er det nødvendig å kartlegge hvilken betydning pasienten legger i ulike aktiviteter (10).

Neo et al. (12) fant at en stor del av pasienter med kreft har redusert evne til å utføre primær og instrumentell ADL. Jeyasingam, Agar, Soares, Plummer og Currow (28) viste imidlertid at pasienter og pårørende innlagt på en hospice-avdeling rapporterte om umøtte behov, ikke bare innen primær ADL, men også innen fritidsaktiviteter og hobbyer. Helsepersonells oppfatning av pasientens behov samsvarer i liten grad med pasient og pårørendes opplevelser (28).

Det er enighet i internasjonal litteratur om at ergoterapi er en egnet faggruppe i palliativ omsorg (8,15,16,17,25,29). Ergoterapi er også i Norge en anbefalt faggruppe i palliasjon (2). Resultater i denne studien viser at ergoterapirollen er forsøkt definert over de siste tiårene, men fortsatt oppleves som uklar både for ergoterapeuter og for faggrupper som samarbeider med dem (8,15,16). Dette gjelder

også for ledere og ansatte på systemnivå som utvikler servicetilbudet til pasienter.

I Norge er ergoterapi fortsatt en liten faggruppe sammenlignet med blant annet fysioterapi og sykepleiere. Det er varierende hvor ergoterapeuter er ansatt og hvilken rolle de har i palliativ omsorg i Norge. I Handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen er det anbefalt at ergoterapeut er tilknyttet større palliative sentre (5). På tross av anbefalingen er dette kun tilfelle noen få steder i Norge. I spesialisthelsetjenesten har avdelinger som kreft-, lunge-, hjerte-, nevrologiske eller kirurgiske avdelinger varierende grad av ergoterapitilbud. Få sykehus har ergoterapeut tilknyttet palliativt team. I kommunehelsetjenesten er ergoterapi en lovpålagt tjeneste først fra 2020 (30). Per i dag mangler flere kommuner i Norge ergoterapeut. Pasienter med behov for palliativ omsorg har derfor ikke tilgang til ergoterapi i disse kommunene.

Aktivitet og deltakelse påvirker alle aspekter av et menneskes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle faktorer (14). Både NOU og Handlingsprogrammet anbefaler en helhetlig tilnærming i arbeid med palliative pasienter (2,5). For å kunne møte pasientens behov er en tverrfaglig tilnærming sentralt (2,5). Når ergoterapeuten er del av et tverrfaglig team, blir også rollefunksjonen utvidet (15,17). Ergoterapeuter har sin kjernekompetanse knyttet til meningsfulle aktiviteter. Ergoterapeuter vil derfor ha et nyttig bidrag i en tverrfaglig tilnærming til pasienten.

Eva og Morgan (15) fant i sin studie at europeiske ergoterapeuter i stor grad prioriterer pasientarbeid fremfor utvikling av tilbud, ledelse og forskning. Resultatet indikerer at det er behov for å fremme både ergoterapirollen og ergoterapeutens bidrag til andre faggrupper. Så langt vi vet, finnes det svært lite litteratur skrevet av norske ergoterapeuter om ergoterapi og palliasjon. Ved at ergoterapeuter involverer seg i utvikling av palliative tilbud og engasjerer seg i forskning, kan ergoterapi som fag synliggjøres. Slik kan flere pasienter få tilbud om ergoterapi til rett tid i sin sykdomsprosess. Dette kan videre føre til økt deltakelse og livskvalitet.

Eva og Morgan (15) viste noen likheter mellom arbeidsoppgavene til de europeiske ergoterapeutene. Ergoterapitiltak inkluderte blant annet kartlegging av aktivitetsutførelse, posisjonering og sittestilling, hjelpemiddelformidling, strategier for å mestre hverdagen og aktivitetsregulering (15). Ergoterapeutiske tiltak er mange og strekker seg over et bredt

spekter, men spesielt tiltak brukt i palliativ omsorg mangler forskning. I NOU anbefales forskning innen palliasjon, og flere aktuelle områder nevnes spesifikt (2). Dette inkluderer tiltak og behandling ved tidlig integrasjon av palliasjon i sykdomsforløpet, klinikknær forskning på effekt av spesifikke kliniske problemstillinger og tverrfaglig forskning. De nevner også at forskning bør være pasientsentrert med fokus på pasient og pårørendes preferanser, barrierer og utfordringer og hvordan helsepersonell best kan møte disse.

Det er begrenset og mangelfull forskning på spesifikke ergoterapitiltak rettet mot mennesker som lever med en palliativ diagnose. Vi har ikke funnet noen studier som viser signifikant effekt av ergoterapitiltak. Studiet til Pilegaard, la Cour, Oestergaard, Johnsen, Lindahl-Jacobsen, Højris og Brandt (20) indikerer likevel at det er mulig å gjennomføre en RCT med denne pasientgruppen og bruken av ergoterapitiltak. Dette viser at det er behov for mer spesifikk forskning på ergoterapitiltak med denne gruppen pasienter gjennomført i studier med høy kvalitet.

Konklusjon

Ergoterapi er anbefalt for pasienter med uhelbredelig sykdom. Barrierer for tilgang på ergoterapi er at ergoterapirollen er uklar og lite kjent blant andre faggrupper. I Norge er ergoterapitilbudet svært varierende både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Det er behov for forskning både på ergoterapeuters rolle med denne pasientgruppen i Norge, spesifikk forskning på effekt av ergoterapitiltak og tverrfaglig forskning. Ergoterapeuter har en viktig rolle i å fremme ergoterapi og hvilke bidrag de kan ha for pasienter i palliasjon. Dette kan gjøres gjennom undervisning, både i ergoterapiutdanningene og for helsepersonell som arbeider i palliasjon.

Referanser

1. WHO (U.å.). Definition of Palliative Care. Hentet fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (03.05.2019)
2. NOU 2017:16. På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
3. Lyons M, Orozovic N, Davis J, Newman J. Doing-Being-Becoming: Occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. *Am J Occup Ther*. 2002 May; 56(3):285-295. doi: 10.5014/ajot.56.3.285.
4. Norsk Ergoterapiforbund. Alle skal kunne delta – ergoterapeuters kjernekompetanse [Internett]. Oslo: Norsk Ergoterapiforbund; 2017 [hentet 2019-05-24]. Tilgjengelig fra:

- https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuter_kjernekompetanse_Web_enkelt sider.pdf
5. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonale faglige retningslinjer. Vedlegg: Standard for palliasjon Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
 6. Aveyard H. Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide. 3rd ed. London: Open University Press; 2014
 7. Helsebiblioteket – kunnskapsbasert praksis - <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
 8. Hammill K, Bye R, Cook C. Occupational Therapy for People Living with a Life-Limiting Illness: A Thematic Review. *British Journal of Occupational Therapy*. 2014 Nov; 77(11): 582–589. <https://doi.org/10.4276/030802214X14151078348594>
 9. Von Post H, Wagman P. What is important to patients in palliative care? A scoping review of the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2017 Sep; 26 (1): 1-8. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1378715>
 10. Eriksson L, Öster I, Lindberg M. The meaning of occupation for patients in palliative care when in hospital. *Palliative and Supportive Care*. 2016 Oct;14(5): 541-52. doi:10.1017/S1478951515001352
 11. Morgan DD, Currow DC, Denehy L, Aranda S. Living actively in the face of impending death: constantly adjusting to bodily decline at the end-of-life. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2017 Jun; 7(2):179-188. DOI: 10.1136/bmjspcare-2014-000744
 12. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2017 Dec; 61: 94–106. doi: 10.1016/j.ctrv.2017.10.006
 13. Hammill K, Bye R, Cook C. Workforce profile of Australian occupational therapists working with people who are terminally ill. *Aust Occup Ther J*. 2016 Sep; 64(1): 58-67. doi:10.1111/1440-1630.12325
 14. Murdock C, Cousins W, Kernohan GW. «Running Water Won't Freeze»: How people with advanced Parkinson's disease experience occupation. *Palliat Support Care*. 2015 Oct; 13(5): 1363–1372. doi: 10.1017/S1478951514001357
 15. Eva G, Morgan D. Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. *Palliative Medicine*. 2018 Oct; 32(5): 960–968. <https://doi.org/10.1177/0269216318758928>
 16. Mills K, Payne A. Enabling occupation at the end of life: A literature review. *Palliative and Supportive Care*. 2015 Dec; 13 (6): 1755 – 1769. DOI: 10.1017/S1478951515000772
 17. Rahman H. Journey of Providing Care in Hospice: Perspectives of Occupational Therapists. *Qualitative Health Research*. 2000 Nov; 10(6): 806–818. <https://doi.org/10.1177/104973200129118831>
 18. Marston C, Agar M, Brown T. Patients' and caregivers' perceptions of occupational therapy and adapting to discharge home from an inpatient palliative care setting. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015 Jul; 78(11): 688–696. <https://doi.org/10.1177/0308022615586417>
 19. Badger S, Macleod R, Honey A. «It's not about treatment, it's how to improve your life»: The lived experience of occupational therapy in palliative care. *Palliative and Supportive Care*. 2016 Jun; 14(3): 225-231. doi:10.1017/S1478951515000826
 20. Pilegaard MS, la Cour K, Gregersen Oestergaard L, Johnsen AT, Lindahl-Jacobsen L, Højris I, Brandt Å. The 'Cancer Home-Life Intervention': A randomised controlled trial evaluating the efficacy of an occupational therapy-based intervention in people with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2018 Jan; 32(4): 744–756. <https://doi.org/10.1177/0269216317747199>
 21. Cooper J, Littlechild B. A study of occupational therapy interventions in oncology and palliative care. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2013 Sep; 11(7): 329-333 <https://doi.org/10.12968/ijtr.2004.11.7.13362>
 22. Miller J, Hopkinson C. A retrospective audit exploring the use of relaxation as an intervention in oncology and palliative care. *European Journal of Cancer Care*. 2008 Sep; 17(5):488-91. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00899.x.
 23. Saarik J, Hartley J. Living with cancer-related fatigue: developing an effective management programme. *Int J Palliat Nurs*. 2010 Jan; 16(1):8-12. doi: 10.12968/ijpn.2010.16.1.46178
 24. Vrkljan B, Miller-Polgar J. Meaning of Occupational Engagement in Life-Threatening Illness: A Qualitative Pilot Project. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2001 Oct; 68(4): 237–246. <https://doi.org/10.1177/000841740106800407>
 25. Peoples H, la Cour K, Brandt Å, Waehrens E. Managing Occupations in Everyday Life at Home for People With Advanced Cancer. *Am J Occup Ther*. 2016 Aug; 70(4). doi:10.5014/ajot.2016.70S1-PO5069
 26. Mærsk J, Johannessen H, la Cour K. Occupation as marker of self: Occupation in relation to self among people with advanced cancer. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2017 Jan; 26(1): 1-10. DOI:10.1080/11038128.2017.1378366
 27. Lala A, Kinsella E. A phenomenological inquiry into the embodied nature of occupation at end-of-life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2011 Oct; 78(4): 246-254. DOI: 10.2182/cjot.2011.78.4.6
 28. Jeyasingam L, Agar M, Soares M, Plummer J, Currow D. A prospective study of unmet activity of daily living needs in palliative care inpatients. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2008 Dec; 55(4): 266-272. doi:10.1111/j.1440-1630.2007.00705.x
 29. Keesing S, Rosenwax L. Is occupation missing from occupational therapy in palliative care? *Australian Occupational Therapy Journal*. 2011 Sep; 58(5): 329-336. doi:10.1111/j.1440-1630.2011.00958.x
 30. Helse og omsorgsdepartementet. (2016). <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lovfester-krav-til-kompetanse-i-kommunene/id2503122/>