

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Da faren ble syk, var datterens strategi å planlegge for framtiden 6

Jobber som NAV-leder **10** Ergoterapeutar sine erfaringar med tidleg rehabilitering i spesialisthelsetenesta ved Parkinsons sjukdom **30** Arbeidsrettet rehabilitering: Tilbake i arbeid etter arbeidsplassintervensjon og oppfølging ved Hernes Institutt? **42**

Vant Eurekaprisen ved NTNU i Gjøvik **62**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

Privatpraktiserende ergoterapeuter kan annonsere for sin virksomhet til 30 prosent avslag.

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 2 – 1. april. / 29. april

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Nr. 4 – 1. aug. / 31. aug.

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færeststrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

Jane Helen Sveen, varamedlem

Forsidefoto: Eva Kylland



6



10



30



62

REPORTASJE

- 6 Da faren ble syk, var datterens strategi å planlegge for framtiden**
Av Jartrud Høstmælingen

NY ARENA

- 10 Jobber som NAV-leder**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 12 Hovedtillitsvalgt for ergoterapeutene i Bærum kommune**
Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

- 14 Derfor bør du ha røykvarsler på vaskerommet**
Av Roar Hagen
- 15 Nå kan du søke godkjenning som ergoterapispesialist elektronisk**
Av Anita Engeset
- 16 Ergoterapeutene vil gratulere våre nye spesialister**
Av Anita Engeset
- 18 Har du ikke meldt deg på fagkongressen i ergoterapi?**
Av Toril Laberg og Randi Skumsnes
- 19 2021 var nok et år med god medlemsvekst for Ergoterapeutene**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 20 Lønnsundersøkelsen for 2021 er her!**
Av Hege Munthe

FAGLIG

- 22 Læringsmiljøstudien ved ergoterapeututdanningene 2017-2020**
Av Tore Bonsaksen¹, Gry Mørk, Trine A. Magne, Tove Carstensen, Linda Stigen, Susanne G. Johnson, Even E. Edvardsen, Eline F. Dalseth, Anne H. Jacobsen, Lene Åsli og Astrid Gramstad
- 30 Ergoterapeutar sine erfaringar med tidleg rehabilitering i spesialisthelsetenesta ved Parkinsons sjukdom**
Av Amalie Ness, Guro Flekke, Espen Valle og Tina Taule

VITENSKAP

- 42 Arbeidsrettet rehabilitering: Tilbake i arbeid etter arbeidsplassintervensjon og oppfølging ved Hernes Institutt?**
Av Kristin Haugen, Camilla Ihlebæk og Giovanna Calogiuri
- 54 Forsker i farten: Linda Stigen**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 56 Forsker på sykehusansattes arbeidsforhold og helse**
Av Hanne Strypet
- 58 Stortinget fikk fint besøk**
Av Else Merete Thyness

DEBATT

- 59 Svar til «Aktivitetsdeltakelse i lys av pasient- og pårørendeopplæring»**
Av Hilde Ståhlbrand
- 60 Svar til «Aktivitetenes mørke side»**
Av Vegard Horne og Even Elias Edvardsen

PÅ DE SISTE SIDENE

- 62 Vant Eurekaprisen ved NTNU i Gjøvik**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 64 Kurs- og stillingsannonser**
67 Produktregister



Jeg har tro på 2022

I 2018 samlet Verdenskongressen i ergoterapi over 1700 ergoterapeuter i Cape Town i Sør-Afrika. Dr. Karen Hammel var plenumsforeleser. Hun pekte på at de færreste ergoterapeuter kommer fra den hvite middelklasseeliten, selv om det i stor grad er disse som har utviklet fagets teorier og modeller.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Kongressen i Cape Town gjorde inntrykk på meg fordi jeg fikk et innblikk i hvordan ergoterapeuter utøver faget i helt andre deler av verden enn min egen. Den påvirket også de andre deltakerne på kongressen. Dersom ergoterapiteorier og -modeller hovedsakelig er formulert av ergoterapeuter fra Canada, USA, Australia og Europa, vil de ha lite nytteverdi for ergoterapeuter i andre deler av verden. Det vil heller ikke fremme det verdensomspennende ergoterapifelleskapet.

Både før og etter denne kongressen har ergoterapeuter sett på hvordan andre perspektiver skal få mer plass i det ergoterapeutiske verdensbildet. En av dem som har bidratt her, er Elelwani L. Ramugondo, professor og ergoterapeut fra Sør-Afrika. Hun er en av plenumsforeleserne ved den Norske fagkongressen i ergoterapi i Stavanger i september i år. Jeg ser fram til å høre hva hun har på hjertet og håper mange av oss møtes der.

I denne utgaven av fagbladet

kan vi i mellomtiden glede oss over to unge ergoterapeuter som også ble inspirert av Dr. Karen Hammel på verdenskongressen i 2018. De bestemte seg for å gå videre med temaet og skrev en bacheloroppgave om palestinske ergoterapeuter. For denne fikk de Eurekaprisen ved NTNU i Gjøvik. Les intervjuet på «De siste sidene».

Dette årets første fagblad har også andre saker å by på. Blant annet har vi et intervju med en ergoterapeut som opplevde at faren fikk demens. Ved hjelp av sin faglige kunnskap la hun til rette for at faren kunne fortsette å være aktiv og deltakende så lenge som mulig.

Vi har også tre flotte artikler, to fagartikler og én vitenskapelig, som jeg håper og tror dere vil finne interessante.

Til slutt vil jeg driste meg til å si at det tilsynelatende kan se ut som pandemien er over. I hvert fall kan vi nå møte verden slik vi en gang gjorde det, fysisk og uten munnbind og avstand. Jeg har stor tro på 2022.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Kampen for et lønnsløft

Denne våren er det hovedoppgjør. I to år på rad har offentlig sektor kommet svært dårlig ut av lønnsoppgjørene. Nå er det på tide med resultater som gjenspeiler utfordringene i helse- og velferdstjenestene og som bidrar til å løse dem. Lønn er et viktig virkemiddel.

Vi ergoterapeuter er uunnværlige. Samfunnet og innbyggerne trenger vår kjernekompetanse, som bidrar til deltakelse og inkludering. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig gjennom innsats som fremmer mestring av det som er viktig for den det gjelder. Vi er uunnværlige, men det er likevel for få av oss.

Allerede i 2017 beregnet Statistisk Sentralbyrå en økende mangel på ergoterapeuter fram mot 2035. Nå haster det med tiltak slik at samfunnet er rustet for framtidens behov. Sykehus og kommuner forteller om marginalt med søkere til hele, faste stillinger. Små distriktskommuner opplever å måtte lyse ut stillinger flere ganger fordi de ikke får søkere. Lønn må nå tas i bruk som et virkemiddel for å rekruttere og beholde ergoterapeuter!

Parallelt med at det må opprettes flere studieplasser ved ergoterapeututdanningene, må lønnsnivået heves slik at flest mulig blir i jobben eller lokkes tilbake til yrket. Kjernekompetan-

sen vår bør og skal brukes bredt, fordi den bidrar til deltakelse og inkludering både på individnivå, gruppenivå og systemnivå. Vi vet imidlertid at mer enn 30 prosent av landets ergoterapeuter jobber utenfor helse- og omsorgssektoren. Det er en vesentlig større andel enn i sammenliknbare profesjoner. Antakeligvis bruker flesteparten kjernekompetansen godt, på alternative arenaer, men lønnen i de offentlige helse- og omsorgstjenestene må i større grad bidra til å sikre tjenestene nok ergoterapeuter.

I de to siste lønnsoppgjørene har frontfagsmodellen blitt praktisert uten fleksibilitet. Arbeidsgiverne har brukt frontfagsrammen som et tak. Det har resultert i høyere lønnsvekst i privat sektor enn i offentlig sektor. Etter to år med etterslep er det nå helt nødvendig med et lønnsløft i offentlig sektor. Jeg er glad vi er en del av Unio – den største hovedorganisasjonen for arbeidstakere med høyere utdanning. I forhandlingssammenheng er det

både riktig og viktig at vi står sammen med de andre forbundene som organiserer nøkkelprofesjoner med universitets- og høgskoleutdanning i helse- og velferdstjenestene.

Både medlemmer og tillitsvalgte har bidratt med viktig innsats i forberedelsene til hovedoppgjøret. Nesten 1500 yrkesaktive medlemmer besvarte lønnsundersøkelsen, som gir oss avgjørende oversikt over medlemmenes lønns- og arbeidsforhold. Tariffpolitiske konferanser er gjennomført. Her har medlemmer og tillitsvalgte gitt innspill til utarbeidelsen av krav til hovedoppgjøret. Bidragene er særs viktige, og de danner grunnlaget for forbundsstyrets behandling og vedtak.

Det blir en spennende vår. Jeg ser fram til at vi, nok en gang, skal kjempe for lønns- og arbeidsbetingelser som gjenspeiler ergoterapeuters uunnværlige bidrag til ressursutløsende og bærekraftige helse- og velferdstjenester.

DA FAREN BLE SYK, VAR DATTERENS STRATEGI Å PLANLEGGE FOR FRAMTIDEN

Ane Lillian Tveit tok en rekke grep for å lette situasjonen under farens demenssykdom. Ofte planla hun et helt år i forkant av sykdomsutviklingen.

Av Jartrud Høstmælingen



De to bildene viser to forskjellige aspekter av far-datter-forholdet. I det øverste er faren beskyttende, i det nederste gjenspeiles tilliten og kjærligheten dem imellom. Foto: Privat.

Ane Lillian Tveit er ergoterapeut. Hun forteller at uansett hvilke prosjekter hun har involvert seg i, har utdannelsen vært en solid grunnmur.

– Jeg er en ergoterapeut av natur. For oss er det to grunnleggende holdninger som er vesentlige. Det første er å ta hensyn til hele mennesket. Vi er ånd, sjel og kropp. Alle mennesker er like viktige. Det andre er at ergoterapeuten jobber prinsipielt i mellomrommet mellom individets evner og omgivelsenes forventninger. Min oppgave er å gjøre de jeg hjelper i stand til å hjelpe seg selv, eller jeg kan være med og påvirke omgivelsenes holdninger til menneskets evner og verdi, sier hun.

I 15 år var Ane Lillian Tveit farens nære støttespiller da han utviklet demens. Hun brukte sitt kreative, løsningsorienterte vesen, interessen for å gå til bunns i fag-

kunnskap og sin faglige bakgrunn fra ergoterapien til å bistå ham best mulig.

GJENSIDIG STØTTE

– Jeg har lyst å dele to barnomsbilder med dere, sier hun spontant. Hun forteller at familien bodde i USA to perioder under hennes oppvekst da hun var fire og 16 år gammel. Faren, den kjente musikeren og komponisten Sigvald Tveit, studerte da filmmusikk i Hollywood.

Bildene viser far og datter i to ulike situasjoner. I den første holder han et solid grep rundt håndleddet hennes slik at han ikke skal miste henne. De befinner seg midt i Yellowstone nasjonalpark i California, med geysirer og varme kilder rundt seg.

– Han beskytter meg, og jeg kan ikke løpe unna, forklarer hun.

På det andre bildet er det motsatt: Hun sitter på fanget, klør ham i skjegget, det er ren kos og han kontrollerer henne ikke.

– Disse to bildene sier veldig mye om den relasjonen vi hadde. Under hans sykdom ble det motsatt: Jeg beskyttet ham til hans eget beste, og samtidig var relasjonen sterkt preget av tillit og kjærlighet, forklarer Tveit.

FRONTALLAPPEDEMENS

Ane Lillian Tveit forsto at noe var i gjære da faren som 59-åring begynte å vise de første tegnene på demens. Da mistet han oversikt, struktur og innsikt. Ved 62-63 års

OM ANE LILLIAN TVEIT

Tveit fikk sin bachelorgrad ved ergoterapiutdanningen på OsloMet våren 1999. Samme år startet hun og Trine Lilleby organisasjonen *Ahead*. Her jobber de forebyggende så funksjonshemmede barn i Europas fattigste land ikke sendes til barnehjem. De har med midler fra Utenriksdepartementet bygget et senter for tidlig intervensjon for barn fra null til fire år og deres familier.

Tveit har designet *So-ro vuggen*, som Ergoterapeuten tidligere har hatt reportasje om. Den vugger forlengs etter teorier om sanseintegrasjon. Hun deltok i *Skaperen* i 2009 på TV2 med vuggen og kom til finalen. Hun har mottatt *Merket for god Design* i 2010 fra Norsk Designråd, ble nominert til *Bo Bedre Prisen* høsten 2010 og til *Designprisen* 2011 av Tysk Designråd for utvikling av vuggen. Hun vant *publikumsavstemningen* som Årets Gründerkvinne i 2012 fra Innovasjon Norge og Nærings- og handelsdepartementet.

Nå er hun ansatt i Norske Kvinners Sanitetsforening. Hun er prosjektleder for samarbeid mellom Orkla og Sanitetskvinnene samt produserer nettserien «Svanger – om forskning på helse i svangerskap og barsel».

alderen mistet han korttidshukommelsen. Da var det lettere å få omgivelsene til å forstå at han var syk. Først etter to års utredning fikk han diagnosen frontallappdemens, 65 år gammel. Nesten 72 år gammel flyttet han inn på sykehjem. I 2019 døde han på sykehjemmet av blodpropp i lungene, 74 år gammel.

FÅ TEKNOLOGISKE HJELPEMIDLER

Ane Lillian Tveit leste seg grundig opp på de ulike demenstypene og satte inn mange tiltak for å hjelpe faren, selv om han ikke fikk diagnose før langt ut i sykdomsløpet.

– Mange mener at teknologiske hjelpemidler er redningen for en bedre alderdom med demens, men det er viktig å forstå at demens er så mye mer enn hukommelsessvikt. Mennesker med sterkt utviklet frontallappdemens har ikke nevrologisk evne til selvinnsikt og struktur, sier Tveit.

I den første fasen av demenssykdommen underviste faren på Universitetet i Oslo, slik han hadde gjort i 40 år. Når evnen til struktur endrer seg, er det viktig å fokusere på vaner. Allerede innøvde vaner kan du bygge videre på. Du kan også innføre nye vaner i et tidlig stadium som du vet er nødvendige lenger inn i sykdomsutviklingen.

– Pappa hadde brukt Apple-produkter siden 80-tallet, så det var viktig å videreføre en høyoperativ Macintosh og iPhone så lenge som mulig. Jeg planla i forkant av sykdomsutviklingen, slik at tilpassede aktiviteter og tiltak kunne iverksettes til rett tid, forklarer Tveit.

I denne fasen var farens arbeidsgiver deres viktigste samarbeidspartner. Det ble lagt til rette



Ane Lillian Tveit er datteren til den kjente musikeren og komponisten Sigvald Tveit, som fikk diagnosen frontallappdemens da han var 65 år. Foto: Eva Kylland.

for at omgivelsene skulle fungere best mulig for ham, forteller hun.

Tveit tilføyer at frontallappdemens etter hvert vil angripe stadig større deler av hjernen og føre til et endret sykdomsbilde. Da nedbrytningen av hjernen nådde tinninglappen der korttidshukommelsen befinner seg, ble faren veldig stresset. Han ville stadig rekke fly og tog for imaginære avtaler. Han trodde han skulle dirigere konserter og være sensor på andre universiteter, slik han hadde gjort tidligere.

– De teknologiske hjelpemidlene for hukommelse fungerte dårlig i denne fasen. Han trengte å få avtaler og aktiviteter forklart muntlig. Spesielt avtaler som ikke var reelle, måtte han få forklart. Det var de praktiske, mellom-

menneskelige tiltakene som var til størst hjelp for faren. Venner av ham ble hans formelle støttekontakter, sier hun.

GPS-klokke med ringefunksjon skulle derimot vise seg å være nyttig.

– Jeg fikk bestilt en spesiell GPS-klokke fra Canada. Den ble tatt i bruk i god tid før han trengte den slik at han fikk innøvd vanen med å alltid ha den på. Hans behov var å se tiden. Vi kunne se hvor han var og kunne ringe til den og spørre om han hadde det bra eller trengte hjelp. Da vanen først var innarbeidet, sikret det oss at han stort sett hadde den på i de situasjonene han forsvant, og da var den til uvurderlig stor hjelp.

De kjøpte to klokker slik at han



GPS-klokke med ringefunksjon skulle vise seg å være et nyttig hjelpemiddel.
Foto: Eva Kylland.

alltid hadde en klokke når den andre sto på lading.

– Det var episoder der han satte seg på T-banen eller taxi og kjørte av gårde. Da kunne vi ringe ham og be ham holde seg helt rolig til vi kom og hentet ham, eller vi kunne snakke med folk som var i nærheten for at de kunne bistå.

ULIK INNSATS I ULIKE FASER

Ane Lillian Tveit deler sykdomsutviklingen til faren opp i faser, og de ulike fasene krevde ulik innsats. Hun har fire esker med papirer og søknader fra disse årene. Tveit forteller at saksbehandlere i bydelen ikke fulgte opp initiativene deres. I løpet av ni hjemmebo-

ende år besøkte de hjemmet kun to ganger. Tveit oppdaget etter hvert at den beste hjelpen fikk de ved å gå direkte til fagpersoner som ved Villa Enerhaugen eller Hukommelsesklinikken på Ullevål. Tveit anslår at uten egen faginnsett ville faren blitt sendt på sykehjem omtrent sju år tidligere og ville da ha måttet bli medisinert for å holde nede aktivitetsnivået.

– Vi snakker her om den komponisten i Norge som fortsatt har flest registrerte verker i Tono. Dette sier noe om hans behov for aktivitet utover å sitte sammen med 20-30 år eldre damer og spise kaker på det lokale dagsenteret. Hans siste

komposisjoner er fra 2012. Da var han 67 år gammel og arrangerte tolv salmer for Den Norske Kirkes salmebok, forteller hun.

OPPTUR MED GRØNN OMSORG

Tveit skryter av konseptet «Grønn omsorg» (Inn på tunet) der faren fikk plass 68 år gammel. Han sto ett år på venteliste. Tiltaket passet veldig godt for hennes aktive, spreke far som fikk bruke kroppen og være ute og i bevegelse. Dette foregikk på Skjerven gård i Mari-dalen i Oslo, med aktiviteter som stell av hestene og hogging av ved. Faren trivdes svært godt der og opplevde at han var en ressurs for bonden. BBC filmet prosjektet og omtalte det som et tiltak til etterfølgelse.

Da ansvaret for tildeling av plassene gikk fra Kirkens Bymisjon til bydel, tok bydelen plassen fra ham. De ville at han skulle delta på det lokale dagsenteret i bydelen, til tross for at pårørende varslet om uvanlig høyt aktivitetsnivå. Han mistrivdes så sterkt i det lokale tiltaket at han rømte ved flere anledninger. I stedet for å bli møtt med forståelse og tilrettelegging av aktivitetsnivå, ble han medisinert for å roes ned og anbefalt sykehjemsplass. Familien valgte å beholde ham hjemme de neste syv årene, til tross for manglende aktivitetstilbud fra det offentlige. Farens livskvalitet var likevel betydelig høyere som hjemmeboende enn den ville vært som sykehjemspasient, mener Tveit.

– Jeg jobbet i den fasen som kulturleder for eldre på Lovisenberg. I tre år spilte han flygel til allsang der hver fredag. Da kjørte han taxi med en lapp i hånden der det sto hvor han skulle og hva han skulle. Det sto også at jeg tok imot ham og at jeg betalte taxien. Slik slapp han å bekymre seg for

å glemme hvor han var på vei, forteller hun.

DEMENSOMSORGEN MÅ BLI BEDRE

Ane Lillian Tveit forteller om en økende frustrasjon overfor hjelpeapparatet og det hun opplevde som det manglende hjelpeapparatet, gjennom sykdomsforløpet. Farens behov ble ikke sett av bydelens demenskoordinator og saksbehandlere.

– Jeg opplevde å ikke få faglig støtte på mine vurderinger. Jeg brukte mye tid på å opparbeide meg kunnskap om demens og hjernens svekkede funksjoner. Vi har en grunnleggende kompetanse fra ergoterapiutdanningen, men man rekker ikke å bli dyktig innenfor alle fagområder på de tre årene utdannelsen varer.

Hun mener at den kommunale demensomsorgen må bli bedre.

– Dette er et viktig fagfelt, og stadig flere rammes. Det er lite status knyttet til demens som fag. Dette må vi endre på, sier hun.

Hun synes det er ufattelig spennende å forstå hva som ligger bak funksjonene i de ulike delene av hjernen, og hvordan det påvirker personligheten når funksjonene forsvinner.

– Viktigst av alt er å se mennesket bak funksjonssvikten. Personen vil alltid være der, selv om vedkommende mister evnen til å respondere adekvat.

Ane Lillian Tveit synes at de offisielle demensplanene fra de norske myndighetene er flotte.

– Nasjonal Kompetansetjeneste for Aldring og Helse har laget et veldig bra opplegg for undervisning ut i kommunene, men det er langt fra planene til det som er realiteten i mange kommuner i dag. Samfunnets fokus på effektivitet er ofte en

trussel mot kvalitet i behandlingen av mennesker. Hvis det settes inn skjønnsvurderte faglige tiltak tidlig i forløpet, kan vi utsette sykehjemsplasser og avlaste belastningen til de pårørende. Ved å gi større kompetanse til ansatte i kommuner og sykehjem, vil de ansatte kunne utnytte tiden sin mer målrettet, sier hun.

SYKEHJEM SKAPER PASSIVITET

Da faren flyttet på demensavdeling på sykehjem ble han fort fysisk passiv og havnet i rullestol.

– Ved tre anledninger, opp til tre uker om gangen, tok jeg ham hjem for å trene ham opp igjen. Jeg fikk ham hjem i rullestol, lånte gåstol fra korttidslageret i kommunen og satte rullestolen i garasjen. I løpet av få dager gikk han uten hjelp. Ikke bare gikk han fint, men han ble også full av initiativ. Han gikk inn i dusjen på egenhånd og reddet melken fra å koke over på kjøkkenet.

På sykehjemmet satt han passivt, ble rullet i en stol og til tider løftet ut av sengen med heis

– Etter kort tid på sykehjemmet falt funksjonsnivået igjen.

VIKTIG Å SJEKKE DEN FYSISKE HEISEN

Ane Lillian Tveit sier det er viktig å sørge for god sjekk av syn og hørsel, mens pasientene er friske nok til å kunne kommunisere og respondere godt.

– I pappas tilfelle var det helt essensielt at han hadde gode lesebriller. Han leste blader og bøker helt til siste slutt. Han kunne sitte flere timer oppslukt i et Donald-blad, fagartikler eller bøker om eller fra mennesker han hadde et forhold til. Uten gode briller hadde han ikke kunnet dette.

Tveit bruker også tannhelse som et eksempel på viktige prio-

riteringsområder for mennesker med demens.

– Det er vanskelig for mennesker med demens å uttrykke smerter på en adekvat måte. Vi må forebygge smerter både i ledd, hud og tenner. Slik kan vi forhindre mye frustrasjon i senere faser. Dette er viktig for alle eldre, men min opplevelse er at dette ofte blir oversett blant mennesker med demens, da vi er vant til at folk flest tar ansvar for dette selv.

Den største utfordringen for pårørende til mennesker med demens er å finne balansen mellom å ta ansvar for all denne oppfølgingen og helsevesenets rolle. Svært få pårørende klarer å slappe av hvis de opplever at helsevesenet overser den sykes behov, sier Tveit.

Det kan også være klokt å definere ulike roller som pårørende.

– I vår situasjon hadde moren min og jeg to ulike roller, slik at både struktur, livsglede og å være til stede i øyeblikket ble ivarettatt. Mamma var opptatt av øyeblikket og å ta vare på dagen i dag, mens jeg var mest opptatt av å planlegge og legge best mulig til rette for det som lå foran oss. Dette kunne føre til uenigheter oss imellom, men for pappa var nok dette den beste kombinasjonen han kunne fått, konkluderer hun.

VIL DU VITE MER?

Ane Lillian Tveit ble intervjuet på God Morgen Norge om relasjonen til faren under sykdomsforløpet. Her kan du se intervjuet: <https://www.tv2.no/v/1683822/>

I den kritikerroste filmen *Vær her* fra 2020 er Sigvald Tveit en av de tre hovedpersonene. <https://www.filmweb.no/film/EUF20190080#06.11.2021>



NAVN
Stig Evensen
STILLING
NAV-leder
HVOR
NAV Nesodden

Jobber som NAV-leder

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider på NAV Nesodden.

– Hva jobber du som?

– Jeg jobber som leder for NAV-kontoret.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg startet første september 2021.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Som leder har jeg det overordnede ansvaret for alle tjenestene våre. Hovedoppdraget til NAV er å få flest mulig ut i arbeid.

Min jobb er å utvikle tjenestene i samarbeid med alle samarbeidspartnerne våre slik at vi kan nå dette målet. Dette involverer oppfølging av ansatte, sikre at vi har riktig kompetanse, sørge for at vi har gode systemer for å sikre pålitelige tjenester til befolkningen og kontinuerlig forbedringsarbeid av den jobben vi gjør. I tillegg har jeg mye kontakt med samarbeidspartnere både internt i NAV, men ikke minst i kommunen. Mange av de som får hjelp hos NAV, har også oppfølging av kommunehelsetjenestene, fastlegen, spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenester rettet mot for eksempel bolig. Dersom NAV skal kunne løse sitt samfunnsoppdrag, er vi helt avhengige av at samarbeidet med disse tjenestene fungerer godt.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Etter at jeg var ferdig utdannet har jeg jobbet mer enn 20 år som ergoterapeut, behandler, leder og forsker innen psykisk helsevern. Aktivitetsperspektivet og de helsebringende effektene av det å være i arbeid ligger selvfølgelig til grunn for den jobben jeg har nå, selv om ledererfaringen og det jeg tidligere har jobbet med på systemnivå er den kompetansen jeg har mest bruk for i det daglige.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Det er viktig at forskjellige yrkesgrupper kommer inn i lederroller i NAV. NAV er en stor og omfattende organisasjon hvor det er behov for et bredt spekter av kunnskap og kompetanse. Denne tverrfagligheten må også gjenspeiles i lederstillinger. Jeg tenker at fokuset på aktivitet og

selvhjelpenhet, som er sentralt innen ergoterapi, passer veldig godt inn i NAV. Dessverre mottar en altfor stor andel av Norges befolkning passive ytelser framfor å stå i arbeid med de funksjonsbegrensningene de har. Dette er ikke bærekraftig for velferdssamfunnet vårt. Vi er helt avhengige av veiledere og ledere som kan hjelpe de det gjelder, å mestre arbeidshverdagen, sin til tross for sine vansker.

– Er det spennende å jobbe på en utradisjonell og sånn sett nyskapende måte?

– Jeg er veldig glad for at jeg har den jobben jeg har. Jeg mener at et av våre store samfunnsproblemer er at mer enn 20 prosent av innbyggerne i arbeidsfør alder til enhver tid står utenfor arbeidslivet av forskjellige grunner. Det å kunne bidra til at flere kan ta del i alle godene som følger med det å ha en jobb å gå til, oppleves som veldig meningsfylt.

– Vil du anbefale andre ergoterapeuter å jobbe med det samme?

NAV er en av de største offentlige etatene i Norge. NAV er underlagt Arbeids- og sosialdepartementet som har ansvaret for organisering og finansiering av arbeidsmarkedstiltak, trygdeytelser og sosialhjelp. NAV forvalter en tredjedel av statsbudsjettet gjennom en rekke ulike ordninger som sykepenger, dagpenger, pensjon, arbeidsavklaringspenger og barnetrygd.



– NY ARENA –

– Absolutt! NAV trenger alle dyktige fagpersoner vi kan få, og det er en veldig inkluderende arbeidsplass med gode muligheter for utvikling både for den enkelte og for tjenestene. I tillegg er det en arbeidsplass hvor man får muligheten til å gjøre en forskjell for folk.

– Har noen av arbeidsoppgavene dine forandret seg på grunn av korona-pandemien?

– Nå hadde vi levd med pandemi halvannet år før jeg startet i denne jobben, så for min del er pandemien «normalen» så langt. Men det er klart at pandemien har ført til at arbeidsoppgavene i NAV har endret seg. Blant annet har vi lagt til rette for at alle skal kunne

jobbe hjemmefra i perioder, kontakten med NAV har blitt mye mer digitalisert, og oppfølgingen av de som ikke har store behov er også lagt ut til et regionalt team.

Det å ha ansatte på hjemmekontor mye av tiden fører også til at man må drive ledelse på en annen måte enn det jeg er vant til tidligere.



Nesodden er en halvøy og kommune i Osloregionen og en del av Viken fylke. NAV Nesodden ligger på Tangen Senter på Nesoddtangen.

Har du noe på hjertet? Delta heller i debattene i ditt eget fagblad!

Send ditt bidrag til emt@ergoterapeutene.org og merk det «Debatt».





NAVN
Nahid Vafaei

TARIFFOMRÅDE
KS

Hovedtillitsvalgt for ergoterapeutene i Bærum kommune

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Avdeling Ergo- og fysioterapi voksne innen tjenesteområdet Friskliv og mestring i Bærum kommune. Dette er en av flere avdelinger innen Friskliv og mestring i kommunen. Vi yter tjenester til den voksne befolkningen, og det er stort fokus på forebygging og mestring i vårt daglige arbeid.

– Hvem er du tillitsvalgt for?

– Jeg er hovedtillitsvalgt for ergoterapeutene i Bærum kommune.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Det har jeg vært i over ett år.

– Hva er de viktigste oppgavene?

– Som hovedtillitsvalgt har jeg flere oppgaver som å delta på møter, forhandle på vegne av medlemmene og være med på nyansettelser.

De tillitsvalgte deltar på medbestemmelsesmøter på tjenestestedet/virksomheter. I disse møtene informerer kommunalsjefen om prosjekter som skal settes i gang, hvilke arbeidsgrupper som skal delta i prosjektene, utfordringer kommunen står overfor, mulige løsninger, behov for omorganisering av enkelte avdelinger og forslag til nye tiltak. De tillitsvalgte kommer med innspill, stiller spørsmål

ved arbeidet og spør om status på enkelte tiltak. I noen tilfeller kan de tillitsvalgte påvirke valg av medlemmer i de forskjellige arbeidsgruppene også. De tillitsvalgte skal videre sikre at det tas hensyn til medlemmene ved endringer på arbeidsplassen og ivareta medlemmenes interesser, velferd og levekår.

Jeg deltar også i møter med Unio. Disse møtene kan handle om organisering av streik, prioriteringer under lokale forhandlinger og diskusjoner om viktige tiltak i kommunen, gjerne før de blir iverksatt. Dette gjelder stort sett medlemmenes lønn, endring i arbeidssituasjon eller levekår.

Jeg forhandler på vegne av medlemmer i lokale forhandlinger. I forkant av forhandlingene lager jeg en prioriteringsliste med argumentasjoner fra hvert enkelt medlem eller gruppe. (Jeg ber medlemmene fylle ut kravskjema). I møtene diskuterer jeg viktigheten av økt lønn for utvalgte medlemmer med forhandlingssjefen.

Jeg deltar også i hele prosessen rundt nye ansettelser på arbeidsplassen. Først går jeg gjennom stillingsannonsen og kommer med viktige kommentarer. Dette kan være presisering av ergoterapeutens rolle og arbeidsoppgaver eller forventninger knyttet til arbeidet. Etterpå går jeg gjennom søknadene sammen med avdelingsleder, og sammen velger vi aktuelle kandidater. Jeg deltar også på intervjuer med aktuelle kandidater.

– Hva er det beste med å være tillitsvalgt?

– Det beste er kanskje å bistå under lønnsforhandlingene og da særlig ved lokale forhandlinger. Dette er også en anledning til å løfte faget og vise til den store kompetansen ergoterapeuter har innen forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeid og hvor viktig bidraget vårt er for et bærekraftig samfunn. Jeg opplever at ergoterapeuter ofte blir usynlige for arbeidsgiverne, og da er det godt å peke på at ergoterapeuter øker innbyggernes selvstendighet, trygghet, frihet, livskvalitet og mestring. Ved å henvise til lange ventelister, har jeg dokumentert at det er stort behov for våre ressurser i samfunnet.

Jeg bistår også i enkeltsaker hvis det oppstår en konflikt mellom et medlem og arbeidsgiver. Med referanse til arbeidsmiljøloven og andre lover i kommunen kan jeg hjelpe medlemmer som ellers ville stått alene. Det har vært betryggende for medlemmene og økt deres selvtilit og pågangsmot. Når du står i en konflikt med en leder som har stor

støtte i kommunen, er det forskjell på å være alene og å ha fagforeningen din i ryggen. Et eksempel på en konflikt er at arbeidsgiver forsøkte å endre arbeidstiden til et medlem fra å jobbe på dagtid til å jobbe i turnus. Her støttet jeg medlemmet ved å vise til lovverket. Etter det ombestemte arbeidsgiver seg, og medlemmet fortsatte å jobbe på dagtid. Et annet eksempel er da en arbeidsgiver forsøkte å innskrenke og faktisk nekte de ansatte bruk av fleksitid, selv om det er klare regler for at dette er lov i kommunen. Sammen med flere andre tillitsvalgte klarte vi å forhindre at avdelingsledere kan lage sine egne regler.

Å være bindeledd mellom ledelsen og ansatte har vært en annen rolle jeg har hatt. Oftest handler det om saker som er vanskelige for medlemmene å ta opp med ledelsen, som endring av arbeidsplass og sammenslåing. I disse tilfellene har jeg blant annet bedt ledelsen om å ha jevnlig informasjonsmøter med de som blir berørt, og om å involvere medlemmene i prosessene, for eksempel at de kan være med å bestemme hvor i bygget de skal ha nytt arbeidsrom.

Påvirkning i alle prosesser i kommunen er viktig også. Ved å delta på møter på forskjellige nivåer, kan man påvirke nye tiltak før det blir satt i gang. Her i Bærum kommune skal det bygges en stor kommunegård. Jeg og andre tillitsvalgte har vært aktive i forhold til utforming av de forskjellige rommene med tanke på tilgjengelighet og universell utforming.

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Den største utfordringen er å bistå medlemmer i en konflikt. Da kan det oppstå dilemmaer som for eksempel at du vet at arbeidsgiver stiller rimelige krav til medlemmet, samtidig som jeg som tillitsvalgt må støtte medlemmet likevel.

– Hvorfor er det viktig å være fagorganisert?

– Det er særlig viktig å være fagorganisert i forhold til:

1. vår yrkesstolthet
2. vår trygghet i arbeidslivet
3. at det øker kvaliteten på de offentlige tjenestene
4. at organisasjonen utvikler medlemmene gjennom sitt arbeid
5. at det gir en følelse av fellesskap, noe som er grunnleggende for folk som har samme yrkesbakgrunn

6. at den enkeltes kompetanse blir mer verdsatt
7. at arbeidet for å øke arbeidsvilkårene blir mer slagkraftig
8. at ivaretagelsen av ergoterapeutenes interesser blir mer virkningsfull

– Vil du anbefale andre å bli tillitsvalgt?

– Jeg anbefaler det sterkt. Gjennom dette vervet har vi stor handlingskraft. Jeg og de andre tillitsvalgte har fått snudd på en del bestemmelser som kunne ha fått annet utfall uten vår deltakelse. Erfaringen min er at ved å argumentere godt, kan man få til store endringer.

En annen erfaring jeg har fått, er at vi blir hørt så lenge vi er saklige og stiller godt forberedt til møter. Da vet vi hvilke knapper vi skal trykke på.

Jeg mener også at siden ergoterapeuter er en liten gruppe, er det spesielt viktig for oss å være tillitsvalgt. Fortsatt er det mange som ikke vet hva vi holder på med. I denne rollen kan man jobbe mye for både synliggjøringen og verdsettelsen av vårt fag. Det gjelder både i møter med Unio, på kommunalt nivå og på arbeidsplassen.



Nahid Vafaei er hovedtillitsvalgt for ergoterapeutene i Bærum kommune, som er Norges femte største kommune etter innbyggertall og er et forstadsområde vest for Oslo.

Derfor bør du ha røykvarsler på vaskerommet

Bruker du vaskemaskin eller tørketrommel om natten kan en røykvarsler være en effektiv livsforsikring.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Høye strømpriser gjør at mange sparer strøm ved å vaske klær om natten. Likevel, i en fersk spørreundersøkelse for Tryg Forsikring svarer seks av ti at de ikke har røykvarsler på badet eller der vaskemaskinen står.

– Det kan synes som en litt utbredt misforståelse at man ikke skal ha røykvarsler på badet eller vaskerommet for eksempel. Det er feil. Der du har vaskemaskin og tørketrommel i bruk er en risikosone, og i slike rom bør du alltid ha en røykvarsler. Bruker du vaskemaskin eller tørketrommel om natten, kan en røykvarsler være en effektiv livsforsikring dersom det oppstår en brann, sier avdelingsleder, Ole Johan Ingebrigtsen ved Nordhordland og Gulen interkommunale brannforebyggende avdeling.

FRYKTER MER NATTEBRANNER

I spørreundersøkelsen, avsluttet i november i fjor, svarer samtidig to av ti at de har brukt vaskemaskin, tørketrommel eller oppvaskmaskin om natten på grunn av økte strømpriser. Det tilsvarer rundt en halv million husstander.

– Vi frykter at antallet brannskader vil øke betydelig hvis tusenvis begynner å bruke vaskemaskin eller tørketrommel



– At hele seks av ti ikke har røykvarsler på bad eller vaskerom er skuffende, sier Torbjørn Brandeggen, kommunikasjonsrådgiver i Tryg Forsikring.

midt på natten for å spare penger. Det er forståelig at man vil unngå høye strømregninger, men ikke gjør det mens alle i huset sover. At hele seks av ti ikke har røykvarsler på bad eller vaskerom er skuffende. Grip dagen, få en røykvarsler der vaskemaskinen står, så sover du litt tryggere, sier Torbjørn Brandeggen, kommunikasjonsrådgiver i Tryg Forsikring.

NY TREND

– Vi har sett flere tilfeller av branntilløp rundt om hvor vaskemaskiner eller tørketromler

har vært medvirkende. Generelt anbefaler vi å være til stede hele tiden når man bruker slike apparater, og unngå for all del å bruke maskinene om natten dersom alle sover. Det du sparer i strømutgifter da kan fort bli mye dyrere. Natten, når alle sover, er den farligste tiden dersom det oppstår en brann, sier Ingebrigtsen.

I spørreundersøkelsen, foretatt av YouGov, svarer i tillegg to av ti at de på grunn av økte strømpriser har brukt vaskemaskin, tørketrommel eller oppvaskmaskin uten at noen har vært til stede.

Nå kan du søke godkjenning som ergoterapispesialist elektronisk

Ergoterapeutenes spesialistgodkjenning er nå heldigitalisert. Dette innebærer raskere, tryggere og papirløs behandling fra du registrerer din søknad, til behandling i spesialistkomiteer og råd og endelig utsending av spesialistgodkjenning.

Av Anita Engeset



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

Søkerne kan begynne registrering av søknaden, lagre den underveis og levere den på et senere tidspunkt. Dette gir søkeren mer fleksibilitet og bedre oversikt over hvilken kompetanse en har og hva en eventuelt mangler. Det samme gjelder for fornyet godkjenning.

HVA ER EN ERGOTERAPISPELIALIST?

En ergoterapispesialist er en ergoterapeut som har avansert kunnskap om ergoterapi og med en fordypning i sitt spesialistområde. Ergoterapeutenes spesialistordning omfatter syv spesialistområder: Allmennhelse, Arbeidshelse, Barns helse, Eldres helse, Folkehelse, Psykisk helse og Somatisk helse.

HVORDAN BLIR DU ERGOTERAPISPELIALIST?

For å bli ergoterapispesialist kreves utdanning på masternivå, med ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng. I Norge har vi per i dag bare et masterstudium i ergoterapi. Det startet opp høsten 2016 ved OsloMet. De som søker med tverrfaglig master, må ha fordypningsemne eller masteroppgave med et tydelig ergote-

rapifaglig fokus. Søkeren må selv begrunnet relevansen av masteren for ergoterapi og spesialistområdet.

Læringsutbytte for det enkelte spesialistområdet og veiledning gitt av godkjent veileder, skal sikre at den enkelte har de nødvendige kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse som er nødvendig for sitt spesialistområde. Som søker må du være oppmerksom på at *Veiledet praksis* krever målrettet planlegging av veiledningen for å sikre nødvendig kompetanse innen det aktuelle fagområdet.

FORNY DIN GODKJENNING!

Godkjenningen gjelder for syv år og for å beholde spesialisttittelen, må en søke fornyet godkjenning. Forny et godkjenning bidrar til kvalitet i helse og velferdstjenestene, og å sikre at ergoterapispesialister har nødvendig og oppdatert kompetanse. Du må ha vært medlem i Ergoterapeutene siden forrige godkjenning.

Mer om ordningen og lenke til søkeportal www.ergoterapeutene.org/spesialist

Spørsmål kan rettes til seniorrådgiver Anita Engeset, ae@ergoterapeutene.org eller tlf. 92408247.

Ergoterapeutene vil gratulere våre nye spesialister

Høsten 2021 var første år der alle nye søkere måtte ha master for å bli spesialist.

Av Anita Engeset



Ergoterapeutenes spesialistgodkjenning er heldigitalisert.

På spesialistrådsmøtet 29. oktober 2021 ble totalt 20 ergoterapispesialister godkjent, syv nye og 13 som fikk fornyet sin spesialistgodkjenning.

NYE SØKNADER:

- Kristin Schewe Loxley, Somatisk helse
- Liv Elisabeth Hinderaker, Somatisk helse
- Ragnhild Nilsen, Somatisk helse
- Torfinn Jensen, Somatisk helse
- Ida Dørstad, Somatisk helse
- Marcus Kessner, Somatisk helse
- Eline Kordt, Somatisk helse

FORNYET GODKJENNING:

- Bodil Karin Romsaas, Allmennhelse
- Elisabeth Hasselknippe, Arbeidshelse
- Hanne Kristin Tuntland, Eldres helse
- Carina Ryssdal, Psykisk helse
- Lene Jensen, Psykisk helse
- Rønnaug Stensrud, Psykisk helse
- Toril Smaaberg, Psykisk helse
- Gry Kristiansen, Somatisk helse
- Berit Widerøe Njølstad, Somatisk helse
- Linda Sørensen, Somatisk helse
- Terese Aglen, Somatisk helse
- Toril Beate Røssvoll, Somatisk helse
- Unni Tangen, Somatisk helse

TAKK FOR INNSATSEN VED ÅRETS GODKJENNING

Ergoterapeutene vil takke alle i spesialistkomiteene og rådet for innsatsen ved årets godkjenninger. Det legges ned et stort frivillig arbeid i behandling og godkjenning av ergoterapeuters spesialistkompetanse.

Komiteene er sammensatt av ergoterapeuter som har utmerket seg innen det aktuelle fagområdet, fortrinnsvis ergoterapispesialister. Lederne i spesialistkomiteene utgjør spesialistrådet. (<https://www.ergoterapeutene.org/forbundet/organisasjonsledd-styrer-komiteer-utvalg/>)

ØNSKER FLERE ERGOTERAPISPEKIALISTER

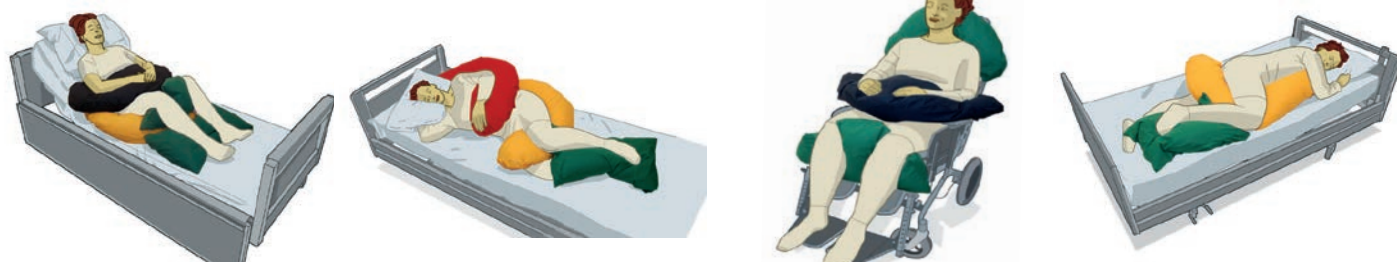
Ergoterapeutene har 161 godkjente ergoterapispesialister. Av disse er 12 innen Allmennhelse, seks innen Arbeidshelse, 19 innen Barns helse, 11 innen Eldres helse, én innen Folkehelse, 20 innen Psykisk helse og 101 innen Somatisk helse. En stadig større andel av spesialistene er godkjent innen Somatisk helse.

Dersom du allerede er spesialist, husk å fornye din godkjenning før den går ut. Antallet spesialister hadde vært langt høyere hvis flere spesialister fornyet sin godkjenning.



Lasal posisjoneringsputer

- nå tilbake i vårt sortiment!



Corpoform badeputer - støtter, stabiliserer og gir trygghet



Arcona posisjoneringsputer - posisjonering - avlastning - stillingsforandring



Airgo S2 sammenleggbar elektrisk rullestol - med HMSnr - 26 kg



www.ovrebo.no


øvrebo rehab

Har du ikke meldt deg på fagkongressen i ergoterapi?

NÅ FÅR DU EN NY MULIGHET!

Smittevern hensyn gjorde det umulig å gjennomføre kongressen som etter planen skulle vært 14.-16. februar, men vi gir oss ikke! Ny dato for Norsk fagkongress i ergoterapi er 19.-21. september 2022. Flyttingen gjør at etternølerne får en ny mulighet til å melde seg på!

Av Toril Laberg & Randi Skumsnes

EN FAGLIG GODTERIBUTIKK

Programmet for fagkongressen i ergoterapi er imponerende! Ergoterapeuter fra hele landet vil gjennom nesten 200 faglige innlegg dele sin kompetanse og faglige engasjement fra forskning og fagutvikling med ergoterapeutfellesskapet. Fagkongressen byr på et variert program med foredrag, workshops og poster. Dette blir spennende!

PROGRAMMET I GROVE TREKK

Programmet kan deles inn i plenumsforelesninger og parallellsesjoner.

Plenumsforelesninger: Hver konferansedag har noen forelesninger som er vurdert til å være så overordnede at de er relevante for alle deltakerne. En av disse er Elelwani L. Ramugondo, professor og ergoterapeut fra Sør-Afrika, som skal holde en forelesning med foreløpig tittel «Enabling social inclusion and belonging».

Fagkongressens æresforeleser er Ingvild Kjekken. Hun har valgt temaet «Hva er viktig for oss? Framtidig fokus i ergoterapiforskning».

Parallellsesjoner: Første og andre dag av fagkongressen har to parallellsesjoner hver dag. I en parallellsesjon foregår flere forelesninger/workshops samtidig. Da kan du velge mellom et knippe korte forelesninger om et fagområde, eller å delta i en



Toril Laberg er generalsekretær i Ergoterapeutene.



Randi Skumsnes er kongressleder for Norsk fagkongress i ergoterapi.

workshop for å diskutere et tema. Parallellsesjonene har opptil 11 kategorier å velge mellom!

På toppen av alt dette vil det også være mye nytt og faglig interessant å lese på de rundt 40 posterne som blir presentert på kongressen.

FAGLIGE FELLESSKAP

Det er stor sannsynlighet for at du finner flere faglige temaer på fagkongressen som er aktuelle i din jobb som ergoterapeut, uavhengig av fagområde eller nivå i helsetjenesten. Som eksempel vil barnevergerapeuter kunne orientere seg gjennom parallellsesjonene fra det ene barnetemaet til det andre, og ergoterapeuter som arbeider med mennesker med utviklingshemming vil få påfyll og treffe kollegaer fra samme fagfelt på kongressen. Tema fra spesialistområdet somatisk helse er godt representert, og psykisk helse og arbeidshelse har også spennende innlegg, pluss mye mer! Utdanningene har også mange tema om praksis og utdanning. Det er bare å forsyne seg fra det rikholdige menykartet!

SOSIALT FELLESSKAP

Det faglige i programmet er viktig, men like viktig er det å treffe flere hundre ergoterapeuter, kjente og ukjente. Den sosiale møteplassen en fagkongress representerer, er en vitamininnsprøytning for alle deltakere. Kanskje spesielt for de som jobber som eneste ergoterapeut på en arbeidsplass.

Dersom du er påmeldt, er det bare å glede seg! Dersom du ikke er påmeldt, er det fortsatt mulig! Les mer og finn hele programmet her: www.ergoterapeutene.org/fagkongress.

Meld deg på Norsk fagkongress i ergoterapi i Stavanger 19.-21. september.



2021 var nok et år med god medlemsvekst for Ergoterapeutene

Ved inngangen til 2022 rundet vi 4500 medlemmer i forbundet. Det var en stor og gledelig økning både blant yrkesaktive og studenter. Fortsatt er det likevel ergoterapeuter som ikke er medlemmer. Du kan verve en i dag.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



Karl-Erik Tande Bjerkaas er organisasjons-sjef i Ergoterapeutene.

Ved årsskiftet hadde Ergoterapeutene 4502 medlemmer. Det er 98 flere enn det var ved inngangen til 2021.

FLERE YRKESAKTIVE

I løpet av 2021 økte antall yrkesaktive fra 3222 til 3313 medlemmer. Dette er en økning på 91. I antall er økningen størst i kommunal sektor, men etter flere år med nedgang er det gledelig med en betydelig medlemsvekst i Spekter-området (sykehusene). Vi må helt tilbake til 2017 for å finne et høyere medlemstall enn årets 680.

Oslo kommune og Virke er de eneste tariffområdene med en liten nedgang i år. Mens nedgangen i Virke-området har vært jevn de siste årene, har medlemstallet i Oslo kommune stabilisert seg på de høye tallene vi har hatt siden 2020.

ALDRI VÆRT FLERE STUDENTER OG SENIORER

Ved årsskiftet var det 591 studenter som var medlemmer i forbundet. Vi har aldri vært flere.

Det har heller aldri vært flere pensjonistmedlemmer i Ergoterapeutene enn ved inngangen til 2022. 264 pensjonistmedlemmer er 16 flere enn for ett år siden, og en firedobling på ti år.

Aktivitet og deltakelse for alle.
Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem


ergoterapeutene

TAKK FOR AT DU HAR BIDRATT

Lønnsundersøkelsen for 2021 er her!

Den årlige lønnsundersøkelsen gir oss mulighet til systematisk å følge medlemmenes lønnsutvikling over tid. Lønnsstatistikken er også av interesse for deg som medlem når du får tilbud om ny jobb, skal fremme lønnskrav eller rett og slett speile din egen lønn mot andre sammenlignbare stillinger.

Av Hege Munthe



Hege Munthe er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.

Dette og mye annet får du svar på i lønnsundersøkelsen. Tabellene som forteller om gjennomsnittslønn i de enkelte tariffområdene og ansiennitetsnivåer finner du på nettsiden vår.

I tillegg til gjennomsnittslønn har vi gjort noen andre interessante funn.

Lønnsundersøkelsen er et nyttig verktøy for deg som medlem, våre tillitsvalgte og for forbundet. Den ble sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer, og svarprosenten var i år litt under halvparten av de yrkesaktive medlemmene. Det var litt i underkant av svarprosenten i fjor.

DET LØNNER SEG Å FORHANDLE LØNN VED SKIFTE AV JOBB

Av de 574 som svarte positivt på at de forhandlet lønn ved skifte av jobb de siste fire årene, var det

hele 68 prosent som fikk høyere lønn. Andelen av de som forhandler lønn ved skifte av jobb og som får uttelling, er ganske stabil. Dette viser at det lønner seg å forhandle lønn ved ansettelse. Et mål for oss er at alle benytter seg av denne muligheten når de bytter jobb.

MOBILE PÅ ARBEIDSMARKEDET

Nesten 40 prosent sier de skiftet jobb de siste fire årene. Det viser at medlemmene er mobile på arbeidsmarkedet.

UTFORDRING VED KOMPETANSEHEVING

60 prosent av medlemmene oppgir at de har relevant videreutdanning, kun 37 prosent sier de har fått uttelling for denne kompetansen. Det vil si at over 20 prosent ikke har fått uttelling for sin videreutdanning.

Aldersintervall Alder per 01.01.22	Kvinner		Menn		Begge kjønn	
	Antall	Årslønn	Antall	Årslønn	Antall	Årslønn
19 år eller yngre	0		0		0	
20-24 år	30	445 674	3	468 200	33	447 722
25-29 år	191	474 481	34	474 527	225	474 488
30-34 år	195	518 747	35	526 301	230	519 897
35-39 år	173	550 313	28	543 981	201	549 431
40-44 år	193	568 464	30	596 197	223	572 195
45-49 år	165	583 343	18	582 378	183	583 248
50-54 år	121	589 858	15	622 757	136	593 487
55-59 år	98	594 824	6	647 788	104	597 879
60-64 år	114	596 386	7	614 829	121	597 453
65-69 år	32	608 767	1	550 000	33	606 986
70 år eller eldre	1	624 678	0		1	624 678
Alle aldersintervaller	1313	551 470	177	551 645	1490	551 491

Gjennomsnittlig årslønn for medlemmene i undersøkelsen fordelt på alder og kjønn.

ARBEIDSTID, TURNUS OG MIDLERTIDIGE

87 prosent av medlemmene oppgir at de arbeider fulltid. Det vil si at det er 13 prosent som arbeider deltid. En tredjedel av de som jobber deltid, ønsker heltid. Dette er på samme nivå som tidligere.

Ni prosent oppgir at de arbeider skift eller turnus. Det er en liten nedgang fra 2020

Det er en marginal nedgang av midlertidig arbeid. Av de som svarte på lønnsundersøkelsen, er det åtte prosent som oppgir at de jobber midlertidig. Det er god lesning at tallet her er på vei ned. Regjeringens mål er full sysselsetting. Høy organisasjonsgrad og sterke fagorganisasjoner er kjernen i den norske arbeidslivsmodellen. Dette la regjeringen fram i Hurdalplattformen i oktober 2021.

TAKK FOR BIDRAGET

Husk at slike undersøkelser blir ikke bedre enn det dere gjør dem til gjennom å delta. Vi er avhengig av høyest mulig svarprosent hvis lønnsundersøkelsen skal være et egnet verktøy i medlemmenes lønnsarbeid ved skifte av jobb, sentrale og lokale forhandlinger samt andre former for lønnsarbeid. Det er faktisk dere som lager lønnsstatistikken når dere svarer på undersøkelsen. Tusen takk for bidraget.



munevo DRIVE
- en ny type styring for elektriske rullestoler, som baserer seg på Smartglasses.

Brillene registrerer de lette hodebevegelesene og konverterer disse til styresignaler for å kjøre stolen og justere alle dens elektriske funksjoner. Forenkler utprøving og behov for spesialtilpasninger.

Bluetooth teknologien muliggjør en trådløs styring av mange flere produkter.

Har du spørsmål, ta kontakt på tlf 67 06 49 00 eller se på www.medema.no for mer informasjon

Læringsmiljøstudien ved ergoterapeututdanningene 2017-2020

OPPSUMMERING AV FORELØPIGE RESULTATER

Av Tore Bonsaksen, Gry Mørk, Trine A. Magne, Tove Carstensen, Linda Stigen, Susanne G. Johnson, Even E. Edvardsen, Eline F. Dalseth, Anne H. Jacobsen, Lene A. Åsli & Astrid Gramstad

Tore Bonsaksen er ergoterapeut og ansatt ved Institutt for helse og sykepleievitenskap, Høgskolen i Innlandet, Elverum og Fakultet for helsefag, VID Vitenskapelige Høgskole, Sandnes.
Epost: tore.bonsaksen@inn.no

Gry Mørk er ergoterapeut og ansatt ved Fakultet for helsefag, VID Vitenskapelige Høgskole, Sandnes.

Trine A. Magne er ergoterapeut og ansatt ved Institutt for Nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Tove Carstensen er ergoterapeut og ansatt ved Institutt for Nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Linda Stigen er ergoterapeut og ansatt ved Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU, Gjøvik.

Susanne G. Johnson er ergoterapeut og ansatt ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen.

Even E. Edvardsen er ergoterapeut og ansatt ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet.

Eline F. Dalseth er ergoterapeut og ansatt ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen.

Anne H. Jacobsen er ergoterapeut og ansatt ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen.

Lene A. Åsli er ergoterapeut og ansatt ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet.

Astrid Gramstad er ergoterapeut og ansatt ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet og Senter for omsorgsforskning, nord.

Abstract

While several studies have examined occupational therapy students' study behaviors, no studies to date have examined study behaviors in Norwegian student samples in the context of the learning environment. On this background, a research study: *Learning environment and approaches to studying among occupational therapy students*, was initiated in 2017. The aim was to examine the students' perceived learning environment and their study approaches and academic results in a comparative and longitudinal perspective. Across the three-year study period, 263 students participated in at least one of the annual surveys. The first papers originating from the study have demonstrated how learning environment factors contribute to explain student satisfaction, how learning environment factors are related to students' study behaviors, and how different study approaches are linked with the students' exam results. Studies in progress will further clarify changes in learning environment factors and study approaches across the three-year study period.

Keywords: Approaches to studying, exam grades, learning environment, occupational therapy, students

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Introduksjon

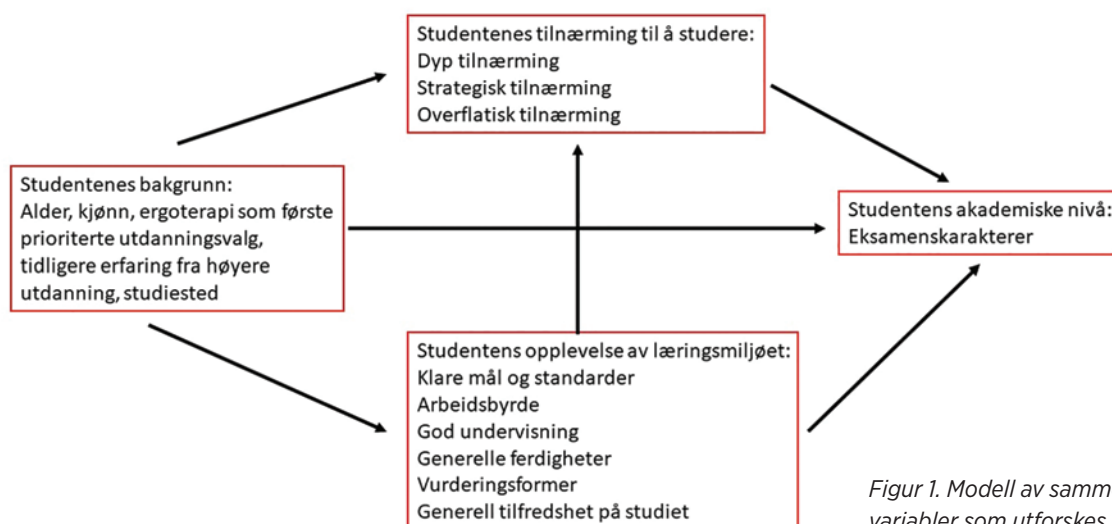
Ergoterapistudentene er ergoterapifagets framtid. De skal praktisere yrket og videreutvikle faget framover. I tillegg vil de være fagets ansikt overfor omverden. Den kompetansen ergoterapeuter innehar i det de går inn i yrkeslivet, er av stor betydning, både for dem som mottar tjenester og for samfunnets beslutningstakere. De må ha tillit til at ergoterapeuter har relevant og tilstrekkelig kompetanse til å løse oppgavene (Jentoft et al., 2020). I en slik sammenheng blir det vesentlig å ha en god forståelse av hva som skjer i studieforløpet, hvor ergoterapeutstudentene nettopp tilegner seg den nødvendige kompetansen som kreves for å gå inn i yrkesrollen. En forståelse av ergoterapistudentenes læringsprosesser krever oppmerksomhet både knyttet til studentene og deres måter å studere på, men også til forutsetningene for læring som skapes i det aktuelle læringsmiljøet på studiestedet. I denne sammenhengen forstås læringsmiljø bredt og omfatter blant annet emnebeskrivelser, læringsressurser og vurderingsformer og -uttrykk som anvendes i undervisningen. Studenters tilnærminger til læring forstås som situert, ved at man må ta hensyn til både hva studenten lærer, hvor læringen foregår og hvilke intensjoner studenten har i læringsprosessen (Entwistle, 2007).

Ergoterapistudenters tilnærminger til å studere er undersøkt tidligere i internasjonale studier (Breen-Franklin & Bonsaksen, 2021; DaLomba, Mansur, Bonsaksen, & Greer, 2021; Richardson, 2010; Richardson, Gamborg, & Hammerberg, 2005; Sadlo & Richardson, 2003), men også i studier med norske studenter som deltakere (Bonsaksen, Brown, Lim, &

Fong, 2017; Bonsaksen, Brown, Lim, Fong, & Småstuen, 2020; Bonsaksen, Sadeghi, & Thørrisen, 2017; Bonsaksen, Thørrisen, & Sadeghi, 2017; Brown et al., 2017; Thørrisen et al., 2020). Studiene som har inkludert norske studenter, har imidlertid ikke sett studentenes studietilnærming i lys av læringsmiljøet. Studentenes læringsmiljø kan være betydningsfullt for deres trivsel på studiet, men læringsmiljøet kan også tenkes å spille en rolle for deres utvikling og prestasjoner på studiet – enten direkte, eller indirekte ved at faktorer i læringsmiljøet kan påvirke studentens arbeidsformer og deres effektivitet. Dette kan i sin tur påvirke deres prestasjoner (Diseth, Pallesen, Brunborg, & Larsen, 2010). En modell som viser mulige sammenhenger mellom studentenes bakgrunn, læringsmiljø, studietilnærminger og studieprestasjoner, og som utforskes i Læringsmiljøstudien, er vist i Figur 1. Her foreslår vi at:

- Kjennetegn ved studentene vil kunne innvirke både på opplevelsen av læringsmiljøet, studentenes tilnærming til det å studere og hvor godt de presterer på studiet.
- Læringsmiljøet anses å kunne spille en rolle for hvordan studenter studerer og hvor godt de presterer.
- Studentenes tilnærming til å studere vil kunne innvirke på hvor godt de presterer på studiet.
- Studietilnærming kan bidra til å formidle sammenhenger mellom bakgrunnsforhold og læringsmiljø og eksamensresultater.

På bakgrunn av manglende kunnskap om tilnærminger til læring og oppfatning av læringsmiljø blant ergoterapeutstudenter i en norsk kontekst, ble det



Figur 1. Modell av sammenhenger mellom variabler som utforskes i Læringsmiljøstudien.

i 2017 startet en studie av ergoterapistuderer ved alle de seks norske utdanningsstedene. Formålet med Læringsmiljøstudien var å framskaffe kunnskap om læringsprosesser og læringsmiljø blant ergoterapistuderer i et sammenliknende og langsgående perspektiv. Prosjektgruppen, som var sammensatt av representanter fra alle seks utdanningsstedene, ønsket å:

- sammenlikne læring og læringsmiljø mellom studenter ved ulike utdanningssteder
- undersøke sammenhengene mellom de ulike variablene.
- etablere kunnskap om hvordan og i hvilken grad læringsprosesser og læringsmiljø utvikler seg over tid
- undersøke hvilken innvirkning disse faktorene har på studentenes karakterer gjennom studiet

HENSIKT

Hensikten med denne artikkelen er å presentere Læringsmiljøstudien, samt å beskrive og diskutere resultater fra delstudiene som i første rekke omfatter studenter i første studieår.

Metoder

DESIGN

Studien ble designet som en langsgående kohortstudie, ved at alle studenter som deltok fylte ut en spørreskjemaundersøkelse en gang (i perioden desember til februar) i hvert av de tre studieårene. Ved noen av utdanningsstedene ble spørreskjemaundersøkelsen supplert med kvalitative intervjuer. I denne presentasjonen vil vi imidlertid ikke gå dypere inn i de kvalitative aspektene, men sette søkelys på den kvantitative delen av Læringsmiljøstudien.

REKRUTTERING OG DELTAKERE

Alle studenter som startet studiene høsten 2017 var aktuelle for å delta. Dette omfattet alle studenter som startet ved studiestedene i Oslo, Gjøvik, Bergen, Sandnes, Trondheim og Tromsø. Deltakere ble informert skriftlig og muntlig om studiens formål og prosedyrer. De som ønsket å delta, fylte ut spørreskjemaene i klasserommet etter at de hadde mottatt informasjon om studien, eller de tok med seg skjemaene og leverte dem utfylt i ettertid.

MÅLEMETODER

Sosiodemografiske variabler

Vi samlet data om studentenes:

- alder (år)

- kjønn (mann/kvinne)
- om de hadde ergoterapi som høyeste prioriterte studievalg i det de startet på ergoterapistudiet (ja/nei)
- om de ved studiestart hadde tidligere erfaring fra høyere utdanning (ja/nei)
- hvor mange timer de gjennomsnittlig brukte på selvstudier i løpet av en vanlig studieuke

Læringsmiljø

Studentenes oppfatninger om ulike sider ved læringsmiljøet ble samlet ved bruk av Course Experience Questionnaire (Ramsden, 1991), oversatt til norsk som «Erfaringer med studiet» og validert av Pettersen (2007). Instrumentet består av 37 spørsmål inndelt i ulike skalaer:

- «god undervisning»
- «klare mål»
- «studentautonomi»
- «passe arbeidsbyrde»
- «vurderingsformer»
- «generelle ferdigheter»

Høy skår på disse skalaene indikerer at studenten oppfatter studiet slik at undervisningen er god, at mål og standarder i studiet er klare og forståelige, at arbeidsmengden er passe stor, at vurderingsformene som brukes passer til formålet og at studiet bidrar til å bedre studentenes generelle ferdigheter (Lizzio, Wilson, & Simons, 2002; Ramsden, 1991; Wilson, Lizzio, & Ramsden, 1997). Skalaen «Vurderingsformer» ble ikke brukt videre i vår studie grunnet svak intern konsistens mellom leddene i skalaen (Bonsaksen, Gramstad, Mørk & Johnson, 2019). I tillegg ble det inkludert et spørsmål som dreier seg om generell tilfredshet med studiet.

Tilnærming til det å studere

Studentenes tilnærminger til det å studere ble målt med Approaches and Study Skills Inventory for Students (ASSIST) (Entwistle, McCune, & Tait, 2013; Tait, Entwistle, & McCune, 1998), oversatt til norsk og validert av Diseth (2001). Instrumentet inneholder 52 spørsmål inndelt i tre hoveddimensjoner: dyp, overflatisk og strategisk tilnærming. Studenter med dyp studietilnærming motiveres av et ønske om å bedre forstå innholdet i og sammenhengene mellom begrepene de studerer, mens studenter med overflatisk tilnærming er mer opptatte av å klare seg til eksamen uten å legge så mye innsats i studiet. Studenter med strategisk tilnærming motiveres av å prestere godt på oppgaver og til eksamen, og er ofte konkurranseorienterte i sin måte å studere på

(Entwistle, 2018). Instrumentet er validert for bruk spesielt blant ergoterapistunder (Bonsaksen, Småstuen, et al., 2019; DaLomba et al., 2020).

Eksamenskarakterer

Studentenes karakterer gjennom studiet ble samlet via studiestedenes registre ved endt studium. Karakteruttrykk av typen A-F, med beskrivelser oppgitt av Universitets- og Høgskolerådet (The Norwegian Association of Higher Education Institutions, 2011), ble omgjort til tallmessige uttrykk (A=6, B=5, C=4, D=3, E=2, F=1), mens karakterer av typen bestått/ikke bestått ble ikke brukt. Siden de ulike studiestedene brukte et ulikt antall eksamener i de ulike studieårene ble det for hver student regnet ut gjennomsnittskarakter for eksamener innen hvert studieår og for alle eksamener gjennom hele studiet.

ANALYSE

Deskriptive mål er oppgitt for kontinuerlige (gjennomsnitt og standardavvik) og kategoriske (frekvenser og prosent) data. Gruppeforskjeller er analyserte med uavhengige t-tester og variansanalyser (ANOVA). Statistiske sammenhenger mellom variabler er analyserte med korrelasjonsanalyser samt med lineær og logistisk regresjon (Field, 2013; Tabachnick & Fidell, 2013).

FORSKNINGSETIKK

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) den 12. oktober 2017, referanse 55875.

Resultater og diskusjon

DELTAKERE

Ved prosjektets oppstart høsten 2017 var totalt 305 ergoterapistunder ved de seks studiestedene aktuelle deltakere. Ved datainnsamling i første studieår deltok 187 studenter (61.3 prosent), mens det i andre og tredje studieår deltok henholdsvis 168 (55.1 prosent) og 200 (65.6 prosent) studenter. Totalt i løpet av de tre årene deltok 263 (86.2 prosent) studenter ved å besvare spørreskjemaene ved minst ett av tidspunktene. Studenter som svarte på spørreskjemaene i alle de tre studieårene (49.2 prosent) hadde noe høyere skårer på strategisk læringstilnærming og noe lavere skårer på overflattisk læringstilnærming, men skilte seg ellers ikke systematisk fra studenter som besvarte undersøkelsen en eller to ganger (DaLomba, Gramstad, et al., 2021). Denne relative likheten mellom studenter som svarte hver gang og studenter som bare svarte ved enkelte anledninger er viktig, siden de fleste studier

som inkluderer oppfølging over tid innebærer et visst frafall. Dersom de som faller fra slike studier er systematisk forskjellige fra de som fullfører, så representerer det en fare for at slutninger basert på de som fullførte ikke er representative for alle deltakerne som var med fra starten. Likheten mellom disse gruppene av studenter øker derfor påliteligheten av de langsgående analysene som vil komme på et senere tidspunkt. Det er sannsynliggjort at slutninger som trekkes med utgangspunkt i svarene fra studentene som var mest stabile i sin deltakelse er rimelig representative for studentgruppen som helhet.

De 263 studentene hadde i første studieår en gjennomsnittsalder på 23 år (SD = 5 år), og av dem var 207 (79 prosent) kvinner. Ved studiestart i første år var ergoterapi høyeste prioriterte studium blant 165 (63 prosent), mens 111 (42 prosent) hadde tidligere erfaring fra høyere utdanning. Tid brukt på selvstudier i en vanlig uke var i gjennomsnitt 8.7 timer (SD = 6.0 timer) gjennom studietiden. Dette er en beskrivelse av norske ergoterapistunder som er svært lik den som ble gitt noen år tidligere, og som tok utgangspunkt i data fra januar 2015 (Bonsaksen, Kvarsnes, & Dahl, 2016). I 2015 var gjennomsnittsalderen 24 år, 79 prosent var kvinner, 57 prosent hadde ergoterapi som høyeste prioriterte studium ved studiestart, 43 prosent hadde erfaring fra høyere utdanning før oppstart på ergoterapistudiet og studentene brukte i gjennomsnitt 9.5 timer på selvstudier i løpet av en vanlig studieuke. Sammensetningen av studenter som blir tatt opp på ergoterapistudiet har altså vært praktisk talt uendret siden 2015, og flere internasjonale studier viser også at utdanningsprogrammer i ergoterapi overveiende består av unge kvinner (e.g., Andonian, 2017; Yu et al., 2021).

FORSKJELLER MELLOM STUDIESTEDENE

Med deltakere fra seks ulike studiesteder undersøkte vi om opplevelsene av læringsmiljøet og de rapporterte studietilnærmingene varierte systematisk mellom stedene. Med utgangspunkt i data fra første studieår fant vi ikke systematiske forskjeller mellom studiestedene med tanke på studentenes tilnærming til det å studere (Gramstad et al., 2020). Oppfatninger av læringsmiljøet var forskjellige mellom studiestedene i første studieår, men disse forskjellene hadde forsvunnet eller endret karakter ved de neste målingene (Thordardottir et al., 2020). Oppfatninger av læringsmiljøet ser dermed ut til å variere over tid, mens forskjeller mellom studiesteder ikke var



Studenter som ønsker å prestere godt på studiet, bør studere i tråd med strategisk læringstilnærming og unngå overflatisk tilnærming.

konsistente over tid. Noe mer likhet i studentenes oppfatninger av læringsmiljøet over tid kan skyldes at de har tilpasset seg det læringsmiljøet som tilbys gjennom studiet, og at de gjennom praksisperioder etter hvert kjenner godt til praksisfeltets forventninger til dem. Slike sammenlikninger mellom studiesteder kan imidlertid tildekke variasjoner av oppfatninger om læringsmiljøet innen hvert enkelt studiested (Thordardottir et al., 2020), og vi mener at framtidige studier bør vurdere andre analytiske innfallsvinkler for bedre å forstå studentenes oppfatninger av læringsmiljøet, enn å sammenlikne studenter ved ulike studiesteder.

TILFREDSHET MED STUDIET

I en delstudie undersøkte vi hvordan ulike sider ved læringsmiljøet samvarierte med studentenes tilfredshet med studiet i første studieår (Thygesen et al., 2020). Justert for studentenes bakgrunn fant vi at studenter som opplevde at studiet hadde klare mål og standarder, vekt på studenters selvsten-

dighet og god undervisning, var mer tilfredse med studiet som helhet. De inkluderte læringsmiljøvariablene forklarte over 40 prosent av variasjonen i studietilfredshet, noe som impliserer at vi har undersøkt noen sider ved læringsmiljøet som er av vesentlig betydning for studentenes tilfredshet. Det var også betydelig sammenheng mellom studentenes tilfredshet på de ulike læringsmiljødimensjonene. Dette indikerer at studenter som er tilfredse på ett område ofte også er tilfredse på et annet, mens utilfredshet på samme måte går sammen med utilfredshet på andre områder. Denne kunnskapen gir grunn til å forsikre seg om at studenter gis gode muligheter for å si fra til lærerne om hvordan de har det på studiet, siden misnøye kan omfatte mer enn det som umiddelbart kommer til uttrykk (Thygesen et al., 2020).

LÆRINGSMILJØETS BETYDNING FOR STUDIETILNÆRMING

I en annen delstudie undersøkte vi i hvilken grad oppfatninger av læringsmiljøet var av betydning for studentenes tilnærming til det å studere (Mørk et al., 2020). Denne studien benyttet også data fra første studieår. Justert for studentenes bakgrunn fant vi at studenter som i større grad mente at studiet bidro til å utvikle deres generelle ferdigheter, hadde høyere skårer på både dyp og strategisk studietilnærming, men de som i mindre grad oppfattet at studiet utviklet generelle ferdigheter hadde høyere skårer på overflatisk studietilnærming. I tillegg hadde de som oppfattet studiets mål som mindre klare og arbeidsbyrden som for høy, høyere skårer på overflatisk tilnærming. Det kan derfor være et potensiale for å påvirke studentenes studietilnærming, og indirekte deres studieprestasjoner, ved å påvirke deres læringsmiljø. En slik tolkning støttes av funnene til Diseth og medarbeidere (2010), hvor en sammenheng mellom læringsmiljø og studieprestasjoner nettopp ble formidlet («mediert») gjennom studentenes tilnærminger til å studere. Basert på vår studie kan det synes mest betydningsfullt å legge vekt på hvordan generelle ferdigheter som utvikles i studieprogrammet kan gjøres nyttige i praksisutøvelsen, samt å sørge for at studiets mål er klart uttrykte og at arbeidsbyrden ikke er for stor (Mørk et al., 2020).

BETYDNINGEN AV LÆRINGSMILJØ OG STUDIETILNÆRMING FOR EKSAMENSRESULTATER

Vi undersøkte også hvordan både læringsmiljø og studentenes tilnærminger til det å studere var

forbundet med deres eksamenskarakterer i første studieår (Bonsaksen et al., 2021). Justert for studentenes bakgrunn fant vi at mer strategisk og mindre overflatisk studietilnærming var knyttet til å få bedre karakterer, mens studentenes skårer på en dyp studietilnærming ikke viste sammenheng med karakterer. Det siste står i en viss kontrast til flere tidligere studier (Ward, 2011a, 2011b), som ofte har gitt støtte til at dyp læring er viktig for studieprestasjoner. Det kan imidlertid tenkes at betydningen av en dyp tilnærming for gode studieresultater er overvurdert, slik enkelte forskere har hevdet (Campbell & Cabrera, 2014; Herrmann, McCune, & Bager-Elsborg, 2017). Det er også mulig at betydningen av en dyp tilnærming avhenger av andre forhold, som for eksempel hva slags type kunnskap studentene står overfor. Hva som skal læres og hvordan læringsutbyttet skal måles eller vurderes synes å være vesentlig, sett i sammenheng med hva som synes å være foretrukne studietilnærminger (Beattie, Collins, & McInnes, 1997). Dette kan innebære at betydningen av en dyp studietilnærming er større i akademiske enn i praktiske kontekster, og at betydningen for eksamenskarakterer blant annet vil avhenge av vurderingsformer som benyttes i studiet (Beattie et al., 1997). Siden undervisning og læringsformer i ergoterapi kan være relativt praktisk orientert, så kan det bidra til å forklare det manglende samsvaret med funn fra tidligere studier.

De ulike sidene ved læringsmiljøet var ikke knyttet til studentenes karakterer, men kvinnelige studenter oppnådde bedre karakterer enn mannlige studenter. Studenter som ønsker å prestere godt på studiet bør derfor studere i tråd med en strategisk læringstilnærming, og unngå en overflatisk tilnærming. I utviklingen av studieprogrammer i ergoterapi bør underviserne søke å organisere studiets innhold, oppgaver og vurderinger slik at studenter i så liten grad som mulig studerer med en overflatisk tilnærming. Undervisere og andre som er ansvarlige for studieprogram i ergoterapi bør også vurdere tiltak som kan fremme en strategisk tilnærming til det å studere, spesielt blant mannlige studenter, som ellers kan stå i fare for å ikke få fullt utbytte av studiet (Bonsaksen et al., 2021).

STUDIENS BEGRENSNINGER

Læringsmiljøstudien har flere begrensninger. Det totale antallet ergoterapistudenter og vårt utvalg av disse, er relativt lite. Vi gjorde heller ingen tilfeldig utvelgelse av studenter til å delta, og kan

derfor hefte tvil om hvor representative våre funn er. Studien er designet som en observasjonsstudie, og vi kan derfor ikke uttrykke oss sikkert om årsakssammenhenger mellom studievariablene. De første delstudiene har også vært studier hvor dataene har vært samlet på ett og samme tidspunkt («tverrsnittsstudier»), og kan dermed ikke si noe om hvordan forholdene har endret seg gjennom studieforløpet. Senere delstudier vil bruke data fra alle de tre studieårene samlet for å besvare spørsmål om forløp og eventuelle endringer. «Læringsmiljø» er et rikt begrep med mange dimensjoner, og vi har benyttet et anerkjent instrument for å kartlegge viktige sider ved læringsmiljøet. Instrumentet er imidlertid ikke altomfattende, og elementer som lærertetthet, arealer, størrelsen på studentkull, tilgjengelige grupperom og lesesaler, bibliotek, praksissteder, mengde veiledning og en rekke andre relevante forhold har ikke vært en del av denne studien.

Konklusjon

Studien av læringsmiljøet ved ergoterapiprogrammene i landet har foreløpig gitt ny kunnskap spesielt om sammenhenger mellom førsteårsstudentenes bakgrunn, deres oppfatninger av læringsmiljøet, deres trivsel på studiet, deres tilnærminger til det å studere, og deres eksamensresultater på studiet. Særlig betydningsfulle synes studiene som har vist hvordan sider ved læringsmiljøet henger sammen med studentenes studietilfredshet og deres tilnærminger til det å studere, og hvordan studietilnærminger henger sammen med eksamensresultater. Oppfølgingsstudier er i prosess, og flere av disse vil undersøke hvordan læringsmiljøet og studentenes måter å studere på endrer seg – eller er stabile – gjennom det treårige studieløpet. I tillegg til de faglige og vitenskapelige resultatene som studien har generert, har arbeidet også ført sammen ansatte ved ergoterapeututdanningene i Norge, og slik bidratt til utvikling av et nasjonalt forskningsmiljø.

References

- Andonian, L. (2017). Occupational therapy students' self-efficacy, experience of supervision, and perception of meaningfulness of Level II fieldwork. *Open Journal of Occupational Therapy*, 5(2). doi:10.15453/2168-6408.1220
- Beattie, V., Collins, B., & McInnes, B. (1997). Deep and surface learning: a simple or simplistic dichotomy? *Accounting Education*, 6(1), 1-12. doi:10.1080/096392897331587
- Bonsaksen, T., Brown, T., Lim, H. B., & Fong, K. (2017). Approaches to studying predict academic performance in

- undergraduate occupational therapy students: a cross-cultural study. *BMC Medical Education*, 17(76). doi:10.1186/s12909-017-0914-3
- Bonsaksen, T., Brown, T., Lim, H. B., Fong, K., & Småstuen, M. C. (2020). Associations between occupational therapy students' approaches to studying and their academic grade results: a cross-sectional and cross-cultural study. *Journal of Occupational Therapy Education*, 4(1), 1-15.
- Bonsaksen, T., Gramstad, A., Mørk, G., & Johnson, S. G. (2019). Perceptions of assessment in Norwegian occupational therapy students. *Journal of Occupational Therapy Education*, 3(3), Article 2. doi:10.26681/jote.2019.030302
- Bonsaksen, T., Kvarsnes, H., & Dahl, M. (2016). Who wants to go to occupational therapy school? Characteristics of Norwegian occupational therapy students. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 297-303. doi:10.3109/11038128.2015.1105293
- Bonsaksen, T., Magne, T. A., Stigen, L., Gramstad, A., Åsli, L. A., Mørk, G., . . . Carstensen, T. (2021). Associations between occupational therapy students' academic performance and their study approaches and perceptions of the learning environment. *BMC Medical Education*, 21(496). doi:10.1186/s12909-021-02940-0
- Bonsaksen, T., Sadeghi, T., & Thørrisen, M. M. (2017). Associations between self-esteem, general self-efficacy, and approaches to studying in occupational therapy students: A cross-sectional study. *Occupational Therapy and Mental Health*, 33(4), 326-341. doi:10.1080/0164212X.2017.1295006
- Bonsaksen, T., Småstuen, M. C., Thørrisen, M. M., Fong, K., Lim, H. B., & Brown, T. (2019). Factor analysis of the Approaches and Study Skills Inventory for Students in a cross-cultural undergraduate occupational therapy student sample. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(1), 33-43. doi:10.1111/1440-1630.12504
- Bonsaksen, T., Thørrisen, M. M., & Sadeghi, T. (2017). Occupational therapy students in Norway: Do their approaches to studying vary by year in the program? *Open Journal of Occupational Therapy*, 5(4), Article 11. doi:10.15453/2168-6408.1339
- Breen-Franklin, A., & Bonsaksen, T. (2021). Associations between study approaches and exam grades among occupational therapy students in the United States. *Irish Journal of Occupational Therapy, ahead-of-print* (ahead-of-print). doi:10.1108/IJOT-09-2020-0013
- Brown, T., Fong, K., Bonsaksen, T., Murdolo, Y., Cruz-Gonzales, P., Tan, H. L., & Lim, H. B. (2017). Approaches to learning among occupational therapy undergraduate students: A cross-cultural study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(4), 299-310. doi:10.1080/11038128.2016.1229811
- Campbell, C. M., & Cabrera, A. F. (2014). Making the mark: are grades and deep learning related? *Research in Higher Education*, 55(5), 494-507. doi:10.1007/s11162-013-9323-6
- DaLomba, E., Gramstad, A., Johnson, S. G., Carstensen, T., Stigen, L., Mørk, G., . . . Bonsaksen, T. (2021). Predictors of students' participation in a learning environment survey with annual follow-ups. *PloS one*, 16(6), e0253773. doi:10.1371/journal.pone.0253773
- DaLomba, E., Mansur, S., Bonsaksen, T., & Greer, M. J. (2021). Exploring graduate occupational and physical therapy students' approaches to studying, self-efficacy, and positive mental health. *BMC Medical Education*, 21(1), 124. doi:10.1186/s12909-021-02550-w
- DaLomba, E., Stigen, L., Johnson, S. G., Mørk, G., Gramstad, A., Magne, T. A., . . . Bonsaksen, T. (2020). Psychometric properties and associations between subscales of a study approach measure. *Nursing and Health Sciences*, 22(4), 941-948. doi:10.1111/nhs.12750
- Diseth, Å. (2001). Validation of Norwegian version of the Approaches and Study Skills Inventory for Students (ASSIST): Application of structural equation modelling. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 45(4), 381-394. doi:10.1080/0031380120096789
- Diseth, Å., Pallesen, S., Brunborg, G. S., & Larsen, S. (2010). Academic achievement among first semester undergraduate psychology students: the role of course experience, effort, motives and learning strategies. *Higher Education*, 59(3), 335-352. doi:10.1007/s10734-009-9251-8
- Entwistle, N. (2007). Research into student learning and university teaching. In N. Entwistle & P. Tomlinson (Eds.), *British Journal of Educational Psychology, Monograph Series II: Psychological Aspects of Education - Current Trends, Number 4* (pp. 1-18). Leicester, UK: British Psychological Society.
- Entwistle, N. (2018). *Student learning and academic understanding: a research perspective with implications for teaching*. London: Elsevier.
- Entwistle, N., McCune, V., & Tait, H. (2013). *Approaches and Study Skills Inventory for Students (ASSIST): Report of the development and use of inventories*. Edinburgh: University of Edinburgh.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS* (4 ed.). London: Sage Publications.
- Gramstad, A., Åsli, L. A., Johnson, S. G., Magne, T. A., Carstensen, T., Mørk, G., . . . Bonsaksen, T. (2020). Approaches to studying: A cross-sectional comparison of occupational therapy students in six education programs in Norway. *Open Journal of Occupational Therapy*, 8(2), 1-9. doi:10.15453/2168-6408.1683
- Herrmann, K. J., McCune, V., & Bager-Elsborg, A. (2017). Approaches to learning as predictors of academic achievement: Results from a large scale, multi-level analysis. *Högskoleutbildning*, 7(1), 29-42. doi:10.23865/hu.v7.905
- Jentoft, R., Bonsaksen, T., Høghagen, S., Fløtten, H. E., Osen, D. W., Kjølstad, E. S., & Hurlen, A. B. (2020). RETHOS - utdanning av framtidens ergoterapeuter. *Ergoterapeuten*, 63(4), 20-30.
- Lizzio, A., Wilson, K., & Simons, R. (2002). University students' perceptions of the learning environment and academic outcomes: Implications for theory and practice. *Studies in Higher Education*, 27(1), 27-52. doi:10.1080/03075070120099359
- Mørk, G., Magne, T. A., Carstensen, T., Stigen, L., Åsli, L. A., Gramstad, A., . . . Bonsaksen, T. (2020). Associations between learning environment variables and students' ap-

- proaches to studying: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 20(120), 1-8. doi:10.1186/s12909-020-02033-4
- Pettersen, R. C. (2007). *Students' experience with and evaluation of teaching and the learning environment: Presentation of the Course Experience Questionnaire (CEQ) and validation of three Norwegian versions [in Norwegian: Studenters opplevelse og evaluering av undervisning og læringsmiljø: Presentasjon av Course Experience Questionnaire (CEQ) og validering av tre norske versjoner, Erfaringer med studiet (EMS)]*. Halden, Norway: Østfold University College. Report no. 4.
- Ramsden, P. (1991). A performance indicator of teaching quality in higher education: The Course Experience Questionnaire. *Studies in Higher Education*, 16(2), 129-150. doi:10.1080/0307507912331382944
- Richardson, J. T. E. (2010). Perceived academic quality and approaches to studying in higher education: Evidence from Danish students of occupational therapy. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 54(2), 189-203. doi:10.1080/00313831003637972
- Richardson, J. T. E., Gamborg, G., & Hammerberg, G. (2005). Perceived academic quality and approaches to studying at Danish schools of occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12(3), 110-117. doi:10.1080/11038120510030898
- Sadlo, G., & Richardson, J. T. E. (2003). Approaches to studying and perceptions of the academic environment in students following problem-based and subject-based curricula. *Higher Education Research & Development*, 22(3), 253-274. doi:10.1080/0729436032000145130
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6 ed.). Boston: Pearson Education.
- Tait, H., Entwistle, N., & McCune, V. (1998). ASSIST: A reconceptualisation of the Approaches to Studying Inventory. In C. Rust (Ed.), *Improving student learning: Improving students as learners* (pp. 262-271). Oxford, UK: Oxford Center for Staff and Learning.
- The Norwegian Association of Higher Education Institutions. (2011). The grading system - general, qualitative descriptions. https://www.uhr.no/_f/p1/i4bfb251a-5e7c-4e34-916b-85478c61a800/karaktersystemet_generelle_kvalitative_beskrivelser.pdf
- Thordardottir, B., Stigen, L., Magne, T. A., Johnson, S. G., Gramstad, A., Gran, A. W., . . . Bonsaksen, T. (2020). Student perceptions of the learning environment in Norwegian occupational therapy education programs (early online). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. doi:10.1080/11038128.2020.1831058
- Thygesen, H., Gramstad, A., Åsli, L. A., Stigen, L., Magne, T. A., Carstensen, T., & Bonsaksen, T. (2020). Associations between learning environment variables and satisfaction with the education program among occupational therapy students. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 48(2), 91-100. doi:10.1108/IJOT-10-2019-0015
- Thørrisen, M. M., Mørk, G., Åsli, L. A., Gramstad, A., Stigen, L., Magne, T. A., . . . Bonsaksen, T. (2020). Student characteristics associated with dominant approaches to studying – comparing a national and an international sample (early online). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. doi:10.1080/11038128.2020.1831056
- Ward, P. J. (2011a). First year medical students' approaches to study and their outcomes in a gross anatomy course. *Clinical Anatomy*, 24(1), 120-127. doi:10.1002/ca.21071
- Ward, P. J. (2011b). Influence of study approaches on academic outcomes during pre-clinical medical education. *Medical Teacher*, 33(12), e651-e662. doi:10.3109/014215x.2011.610843
- Wilson, K. L., Lizzio, A., & Ramsden, P. (1997). The development, validation and application of the Course Experience Questionnaire. *Studies in Higher Education*, 22(1), 33-53. doi:10.1080/03075079712331381121
- Yu, M.-L., Brown, T., Hewitt, A., Cousland, R., Licciardi, L., & Lyons, C. (2021). Baccalaureate occupational therapy students' development of social and emotional competencies. *Nurse Education Today*, 105, 105032. doi:10.1016/j.nedt.2021.105032

Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.

- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling

For mer informasjon se:
www.bamseprodukter.no
www.hjelpemiddeldatabasen.no
Varekataloger og brosjyrer.

Ergoterapeutar sine erfaringar med tidleg rehabilitering i spesialisthelsetenesta ved Parkinsons sjukdom

- EIN INTERVJUSTUDIE

Av Amalie Ness, Guro Flekke, Espen Valle & Tina Taule



Amalie Ness arbeidar som ergoterapeut i Nesbyen kommune. Ho er tidlegare student ved bachelorstudiet i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet. E-post: amalieness@hotmail.no.



Guro Flekke arbeidar som miljøterapeut i Fjaler kommune. Ho er tidlegare student ved bachelorstudiet i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet. E-post: guroflekke@gmail.com

Espen Valle er ergoterapispesialist ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus.

Tina Taule er forskings- og fagutviklingsleder ved Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet.

Samandrag

Føremålet med studien: Å undersøke ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta sine erfaringar med tidleg rehabilitering ved Parkinsons sjukdom.

Metode: Ein kvalitativ studie der tre ergoterapeutar ved spesialisthelsetenesta vart intervjuet ved bruk av semistrukturerte intervju. Data vart analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: I denne intervjustudien fann vi fire overordna funn:

- 1 variasjon i kartleggingsverktøy,
- 2 «use it or lose it»
- 3 hjelp til sjølvhjelp,
- 4 å løfte kvarandre – tydinga av erfaringsutveksling

Oppsummering: Tidleg rehabilitering av personar med Parkinsons sjukdom viser seg å vere viktig for pasienten sin livskvalitet, samt for best mogleg funksjon gjennom sjukdomsforløpet. Å setje i verk tidlege tiltak, medan ein endå har gode føresetnader for å lære nye strategiar og rutinar, viser seg også å vere viktig. Vidare viser våre funn viktigheit av erfaringsutveksling mellom pasientar.

Nøkkelord: Erfaringar, ergoterapi, Parkinsons sjukdom, rehabilitering, spesialisthelseteneste

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne fagartikkelen.

Innleiing

Parkinsons sjukdom er ein progressiv neurologisk sjukdom som inneber gradvis endring av kvardagslivet (1). Rapportert tal personar med Parkinsons sjukdom i Noreg er om lag 8000 personar per år (2). Den norske befolkninga vert stadig eldre (3), og høg alder er den største risikofaktoren for å få Parkinsons sjukdom (4). Dermed kan det ventast at fleire får sjukdommen i framtida (4).

Vanlege symptom ved Parkinsons sjukdom er skjelving, stivheit, langsame rørsler, depresjon, angst og kognitive utfordringar (5). Symptoma utartar seg individuelt og kan svinge brått innan både korte og lange tidsperiodar (6). Forsking viser at over 50 prosent av personar med Parkinsons sjukdom får svingingar i motorisk funksjon i løp av dei fem første åra etter at dei har fått diagnosen (7). Forsking viser også at personar allereie ved påvist diagnose kan ha avgrensingar i høve aktivitet i dagleglivet (ADL) og nedsett livskvalitet (8). Rehabilitering i spesialisthelsetenesta for pasientgruppa skal fremje «å oppnå best mogleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet» (9). ParkinsonNet-modellen (10), som i 2020 vart innført i spesialisthelsetenesta i Noreg, har som mål å tilby personar med Parkinsons sjukdom ei best mogleg helseteneste, for å fremje livskvalitet i kvardagslivet (11).

I følgje *nasjonale veiledande retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom* bør pasientane få tilbod om tverrprofesjonell rehabilitering som inkluderer ergoterapi (12). Forsking frå andre land som har innført ParkinsonNet-modellen gjev grunn til å forvente ei auke

i talet på pasientar som treng ergoterapi (13). Oppsummert forskning tyder på at rehabiliteringa har best effekt når den utførast i tråd med kliniske retningslinjer (14). Vidare anbefaler Rafferty et al (14) at føremålet med tidleg rehabilitering er kartlegging av funksjon, behandling av eventuell funksjonsnedsetjing og fremjing av meningsfull aktivitet. Anbefalte kartleggingsverktøy og tiltak er skildra i den nasjonale retningslinja (12). Oppsummert forskning viser ein positiv effekt av ergoterapi retta mot aktivitetsutfordringar, handfunksjon og livskvalitet (15;16;17). Langtidseffekten av handfunksjonstrening er likevel noko usikker (15). Effekten av kognitiv terapi er også noko usikker (17). Best effekt av ergoterapi ser ein når tilbodet vert gjeve intensivt, i korte periodar og er individuelt tilpassa pasienten sitt mål (15). Pasientane sjølv etterlyser meir koordinerte og individuelt tilpassa tenester, samt betre informasjon om sjukdommen (18). På bakgrunn av anbefalingar gitt i retningslinjer og oppsummert forskning, er hensikta med denne studien å utforske kva arbeidsoppgåver ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta har, samt kva tankar og erfaringar dei har om tidleg rehabilitering av Parkinsons sjukdom.

Metode

Design: Denne studien vart utført som ei bacheloroppgåve. Eit kvalitativt studiedesign (19) vart nytta for å få kunnskap om ergoterapeutar sine erfaringar og tankar om tidleg rehabilitering for personar med Parkinsons sjukdom.

Deltakarar: Deltakarar i studien var ergoterapeutar med god kjennskap til pasientar med Parkinsons sjukdom. Deltakarane

arbeidar ved tre ulike rehabiliteringssenter i spesialisthelsetenesta. Rehabiliteringsopphalda kunne vare frå tre til åtte veker og pasientane fekk både individuelle timar og behandling i grupper. Nokre pasientar hadde ergoterapi kvar dag, men intensiteten på tilboda varierte mellom rehabiliteringssentera og mellom pasientar. Det vart utført søk etter aktuelle ergoterapeutar på Parkinsonsforbundet si nettside. Aktuelle ergoterapeutar vart kontakta på e-post med førespurnad om å delta i studien.

Datainnsamling: Semistrukturerte intervju vart utført (20). Intervjumetoden gav fleksibilitet til å stille hensiktsmessige oppfølgingsspørsmål, slik at ein då kunne utforske meir i djupna om ergoterapeutane sine individuelle erfaringar i høve problemstillinga. Alle deltakarane vart stilt seks spørsmål knytt til hovudtema: ergoterapitilbodet til pasientar med Parkinsons sjukdom. Oppfølgingsspørsmål vart stilt ved behov. Kvant intervju varte frå 40 til 70 minutt. Dømer på spørsmål er skildra i tabell 1, sjå neste side. Forfattar 1 og 2 byta på rollene som intervjuar. Deltakarane vart intervjuar over telefon eller Face-time. Gjennom ein telefonsamtale vil det vere fråvær av kroppsspråk og uttrykk, noko som kan prege oppfatninga av meningsinnhaldet i intervjuar. Utdjupande skildring vart difor etterspurt per e-post der meningsinnhaldet vart opplevd som utydeleg i etterkant av intervjuar.

Dataanalyse: Forfattar 1 og 2 utførte dataanalysen. Førforståinga til forfattarane var påverka av kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, samt eigne erfaringar med rehabilitering og Parkinsons sjukdom. Forfattarane har aktivt

Innleiande spørsmål	Korleis vil du skildre di erfaring med Parkinsons sjukdom?
Hovudspørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Kvar i sjukdomsforløpet er pasientane når du møter dei? • Korleis vil du skildre dine arbeidsoppgåver som ergoterapeut med personar med Parkinsons sjukdom i tidleg fase av sjukdommen? • Kan du fortelje litt om kartleggingsprosessen som utførast av deg som ergoterapeut? • Kva tykkjer du er føremålet med ergoterapi ved første rehabiliteringsopphald? • Kva tenker du er spesielt viktig at ergoterapeutar tilbyr denne pasientgruppa? • Korleis tenker du at arbeidsoppgåvene kan betrast eller gjerast annleis?
Avsluttande spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Er det noko meir du vil legge til, eller noko du ser på som viktig/relevant som vi ikkje har snakka om?

Tabell 1: Intervjuguide.

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4
Danna oss eit heilskapsinntrykk av datamaterialet. Utarbeidde foreløpige tema basert på transkriberte intervju.	Identifiserte meningsberande einingar i dei ulike temagruppene.	Kondenserte innhaldet i dei enkelte meningsberande einingane. Temagruppene vart gjort om til kodegrupper med tilhøyrande undergrupper.	Samanfatta funn frå kodegrupper og undergrupper som danna grunnlag for ein analytisk tekst med skildringar, omgrep og resultat.

Tabell 2: Dei fire trinna for Systematisk tekstkondensering (13).

forsøkt å vere objektive gjennom heile analyseprosessen, ved å diskutere eiga førforståing og tankar undervegs med kvarandre, samt med rettleiarar. For å bevare meningsinnhaldet i det opphavslege materialet best mogleg, vart innsamla data transkribert ordrett. Alle ord, pausar og nonverbale lydar vart inkludert (19). Ein av forfatarane transkriberte intervjuet, og den andre forfattaren kontrollerte transkripsjonane. Vidare vart innsamla data analysert ved bruk av dei fire trinna i Systematisk tekstkondensering (STK) slik dei er presentert av Malterud (19).

I første trinn (heilskapsinntrykk) gjorde forfatarane seg kjende med innhaldet i dei transkriberte intervjuet kvar for seg. Deretter oppsummerte forfatarane inntrykka saman og diskuterte seg fram til moglege tema som blant anna kartleggingsverktøy, tiltak og ergoterapeuten si rolle.

Trinn 2 (meningsberande einingar) handla om å systematisk sortere ut tekst som var eigna til å belyse problemstillinga og som skulle studerast vidare. I samsvar med Malterud sine anbefalingar

Fiktivt namn	Kjønn	Tal år arbeid på noverande arbeidsstad
Frode	Mann	5
Trude	Kvinne	8
Martine	Kvinne	5

Tabell 2: Dei fire trinna for Systematisk tekstkondensering (13).

tok vi heller med litt for mykje tekst enn litt for lite. Meningsberande tekst vart deretter systematisert, og tema frå trinn 1 som hadde noko til felles, vart klassifisert i same kodegruppe. Blant anna vart dei to tema ergoterapeuten si rolle og tiltak til koden hjelp til sjølvhjelp. Forfatarane utførte analysen fyrst uavhengig av kvarandre. Deretter vart det diskutert forslag til kodar forfatarane i mellom og med rettleiar. Endelege kodar var basert på einigheit mellom forfattar 1 og 2.

I trinn 3 (tekstkondensering) vart kvar kodegruppe delt inn i undergrupper. Dette for å ivareta ulike nyansar og meningsaspekt i intervjuet. Blant anna fekk kodegruppa kartlegging undergruppene sjølvrapportert kartlegging, screening og observasjon.

I fjerde trinn av analysen (syntese) vart essensen i kvar av

kodegruppene samanfatta. Desse samanfatingane danna grunnlag for funna som er presentert i studien. Funna ber preg av den auka innsikta forfatarane tileigna seg gjennom analyseprosessen. For å fullføre analysen vart funna i resultatdelen validerte opp mot det empiriske materialet, samt tidlegare forskning (19). Ei oversikt over dei fire trinna i analyseprosessen er vist i tabell 2.

ETISKE BETRAKTNINGAR

Forskningsprosjektet er godkjend av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansekode 241084). Etiske retningslinjer skildra i Helseinnsikklarasjonen (21), vart teke på alvor ved at skriftleg informert samtykke vart signert av deltakarane i førekant av intervjuet. Deltakarane vart også informerte om korleis innhenting-, handtering- og oppbevaring av data

Kartleggingsverktøy	Skildring	ICF funksjon (26)	Nytta av deltakar
ADL-taxonomien	Verktøyet nyttast for å kartlegge og skildre evna til aktivitetsutføring (22).	Aktivitet	Trude, Frode, Martine
COPM	Verktøyet nyttast for å undersøke og dokumentere endringar ved personar si vurdering og tilfredsheit i høve utføring av viktige kvardagsaktivitetar, samt kva betydning aktivitetane har i dagleglivet (23).	Aktivitet og deltaking	Frode
EVA	Består av ulike skjema for å analysere heile eller delar av det dynamiske samspelet mellom menneske, aktivitet og omgjevnad (24).	Aktivitet	Frode, Martine
Grippit	Målar kraft (Newton) i koffert- og pinsettgrep (25).	Kroppsfunksjonar	Frode
Klokketest	Eit visuelt screeningsverktøy for kartlegging av milde til moderate kognitive vanskar (26).	Kroppsfunksjonar	Martine
MoCA	Kognitivt screeningverktøy, som skal kunne avdekke kognitiv svekking (27).	Kroppsfunksjonar	Martine
9-HPT	Testar finmotorisk tempo i dominant og ikkje-dominant hand (28).	Kroppsfunksjonar	Frode
PSFS	Nyttast for å kartlegge aktivitetar pasienten har vanskar med. Liknar på COPM, men kan opplevast som enklare å nytte (29).	Aktivitet og deltaking	Frode
PDQ-39	Spørjeskjema nyttast for å vurder kor ofte personar med Parkinsons sjukdom opplever vanskar med aktivitet i dagleglivet, inkludert relasjonar, sosiale situasjonar, kognisjon og kommunikasjon (30).	Aktivitet og deltaking	Frode
TMT-A TMT-B	Kognitive screeningverktøy for å avdekke vanskar med visuelt søk, visuell fokusert merksemd og psykomotorisk tempo (31).	Kroppsfunksjonar	Martine

Tabell 4: Skildring av kartleggingsverktøy nemnt i intervju.

Forkortingar: COPM= Canadian Occupational Performance Measure, EVA= Ergoterapi analyse og vurdering av aktivitet, ICF=Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse, MoCA= Montreal Cognitive Assessment, 9-HPT=Nine-hole peg test, PDQ-39= Parkinson's Disease Questionnaire, PSFS= Pasientspesifikk funksjonsskala, TMT-A= Trailmaking test A, TMT-B= Trailmaking test B.

skulle utførast, samt at materiale vart anonymisert.

Funn

Tre ergoterapeutar deltok i studien. Deltakarane er kort presentert i tabell 3 med fiktive namn, kjønn og arbeidserfaring ved noverande arbeidsstad.

Datamaterialet viser at ergoterapeutane gjennom individuelle rehabiliteringsforløp jobbar mot føremålet at pasientane skal kunne delta i meningsfull aktivitet. Ergoterapeutane erfarte at pasientane har svært ulike føresetnader for aktivitetsutføring, både i høve symptom, aktivitetsroller og aktivitetsvanar. Likskapar og

ulikskapar i ergoterapeutane sine erfaringar vart strukturert etter fire tema:

- 1 Variasjon i kartleggingsverktøy,
- 2 «Use it or lose it»,
- 3 Hjelp til sjølvhjelp, og
- 4 Å løfte kvarandre - tydinga av erfaringsutveksling

VARIASJON I KARTLEGGINGSVERKTØY

Funn i studien viser at ergoterapeutane nytta ulike kartleggingsverktøy retta mot ulike aspekt av pasienten sitt liv. Kartleggingsverktøy som vart nemnt av deltakarane er presentert i tabell 4.

Med utgangspunkt i ei tverrprofesjonell vurdering, utfø-

rer ergoterapeutane individuell kartlegging av pasientane sine meningsfulle aktivitetar. Pasientane sine meningsfulle aktivitetar vert kartlagt individuelt, og ergoterapeutane står fritt i høve val av kartleggingsverktøy. Ergoterapeutane har erfaring med ergoterapi-spesifikke kartleggingsverktøy, som til dømes COPM, PSFS, ADL-taxonomien og EVA-skjema (tabell 4). Frode nyttar også PDQ-39 (tabell 4), eit kartleggingsverktøy meir spesifikk for pasientgruppa. Ergoterapeutane kartlegg også gjennom observasjon av ADL. Heimesituasjon vert kartlagt gjennom ustrukturert samtale. Ergoterapeutane erfarer at akti-

vitetsutføring vert svært påverka av medisintaking og dagsform. Då mange pasientar har vanskar med å hugse alle medisinane som skal takast, fortel ergoterapeutane at det også er viktig å kartlegge rutinar for medisintaking. Ergoterapeutane opplever at pasientgruppa ofte har nedsett handfunksjon, og ergoterapeutane har erfaringar med ulike kartleggingsverktøy for handfunksjon. Både 9HPT og Grippit (tabell 4) vert nemnt spesifikt. Det er berre Martine (tabell 3) som angjev at ho kartlegg kognitiv funksjon. Då utfører ho observasjon av aktivitet med utgangspunkt i EVA, samt dei standardiserte kartleggingsverktøya MoCA, klokketesten og TMT A og TMT B (tabell 4).

Ergoterapeutane skildrar kjennskap til felles utfordringar pasientgruppa kan oppleve i høve aktivitet, men det er også ulike fokusområder med bakgrunn i individuell kartlegging. Kartlegging av meningsfull aktivitet er eit felles fokusområde for ergoterapeutane, samt fokus på rutinar i høve dagsform/symptom og medisintaking. Berre Frode nyttar kartleggingsverktøy utarbeida spesifikt for pasientgruppa. Dei tre ergoterapeutane fokuserer alle på handfunksjon, men nyttar ulike metodar for kartlegging. Kartlegging av kognitiv funksjon vert nemnt spesifikt av Martine, medan forfattarane i etterkant fann ut at kognitiv kartlegging også er ein del av PDQ-39-verktøyet som Frode nytta.

«USE IT OR LOSE IT»

Ergoterapeutane erfarer det som viktig at pasientane trenar på ferdigheiter for å vedlikehalde dei.

Nokon klarer å halde fram med treninga, men dette er også ei pasientgruppe som har utfor-

dringar med apati og tiltakslyst. Difor er det mange som strevar med å motivere seg til trening og utføre trening når dei er heime. [...] Mange er ute etter riktig trening, og då seier vi ofte at det ikkje finst ei riktig trening, men at det viktigaste er at ein er i rørsle (Trude, tabell 3).

Føremålet med rehabiliteringa ergoterapeutane utfører, skildrast som å unngå å la symptom manifestere seg i kroppen. Ergoterapeutane erfarer det som viktig at pasientane opplever meistring, samt at dei lærer korleis og kvifor aktivitet kan nyttast for å oppretthalde evner i høve ADL. Ergoterapeutane erfarer at stor positiv betring kan skje etter tre veker på rehabiliteringsopphald, noko pårørande også gjev tilbakemeldingar om. Martine (tabell 3) framhevar at pårørande ofte hjelper personen med Parkinsons sjukdom for mykje med ADL-utføring. For å hindre passivisering av pasienten, ynskjer Martine å fokusere meir på informasjon til pårørande.

Det er veldig mange pårørande som tykkjer dei sit med lite informasjon, og det trur eg er mykje fordi folk er så ulike. Det kan vere vanskeleg å finne informasjon om det akkurat di kone eller ektefelle slit med. Det er tydeleg eit kjempebehov for at pårørande får vite korleis dei hjelper best mogleg (Martine, tabell 3).

Ergoterapeutane fortel at det er synleg kva pasientar som ikkje har haldt fram å trene heime mellom rehabiliteringsopphalda. Trude (tabell 3) fortel: «mi erfaring er at det er utruleg mykje i ordtaket «use it or lose it» - at du vert god ved at du øver på noko og vedlikehald funksjon». Ho fortel vidare

om pasientar som har haldt fram med å synge i kor og nytte stemma, som då har behaldt ei fantastisk stemme.

Ergoterapeutane opplever at behandlingane vert lagt individuelt til rette med utgangspunkt i pasientane sine målsetjingar, som til dømes å gå betre, å kle på seg sjølvstendig, å betre balansen, å oppretthalde rørsle, å betre kroppshaldning og stabilitet. Trude (tabell 3) oppfordrar pasientane til å utføre balansetrening ved å gå i ulent terreng, sykle og padle kano. Ho opplever at dette gjev meistringskjensle og at nokre pasientar oppdagar nye utandørsaktivitetar.

Gruppetiltak erfarast som hensiktsmessig i høve ei pasientgruppe med mange felles aktivitetsutfordringar. Tiltaka kan til dømes vere lunsjgruppe med fokus på å meistre matlaging, Tai Chi-trening og Lee Silverman Voice Treatment-trening. Dei ulike treningsformene som er nemnt i intervjuet er nærare skildra i tabell 5. Ergoterapeutane framheva tydinga av å halde seg i aktivitet, samt å nytte store rørsler og rette opp kroppen. Trude (tabell 3) erfarer at store rørsler og stabilitet i kroppen kan betre finmotorikk. Ergoterapeutane har også erfaring med hand- og finmotorisk trening for pasientgruppa. Trude (tabell 3) opplever at gjærbakst kan bevare strekkmuskulatur, medan Martine (tabell 3) erfarer god nytte av Parkinson Wellness Recovery (PWR) (tabell 5) for betring av handfunksjon. Ergoterapeutane opplever at eksisterande forskning ikkje fastslår at det er éi spesifikk finmotorisk trening som er optimal for alle personar med Parkinsons sjukdom. Likevel har ergoterapeutane gode erfaringar med individuelle tilpassingar av øvingar.

Treningsform	Skildring	ICF-funksjon (32)	Nytta av deltakarar
LSVT-BIG	Trening som skal hjelpe personar med Parkinsons sjukdom å lære å nytte kroppen meir normalt. Effektiv trening på både fin- og grovmotorikk (33).	Kroppsfunksjonar	Trude
PWR	Trening spesifikt for personar med Parkinsons sjukdom, med mål om å bremse sjukdomsutviklinga, betre symptoma, trene opp att funksjon og auke levetid og livskvalitet (34).	Kroppsfunksjonar	Martine
Tai Chi	Gamal kinesisk kampsport. Vert nytta med hensikt å trene helsa. Handlar om å balansere kropp og sinn (35).	Kroppsfunksjonar	Trude

Tabell 5: Skildring av spesifikke treningsformer nemnt i intervju.

Forkortingar: LSVT-BIG = Lee Silverman Voice Treatment, PWR = Parkinson Wellness Recovery.

HJELP TIL SJØLVHJELP

I følgje ergoterapeutane i denne studien er hjelp til sjølvhjelp eit viktig mål med rehabiliteringa. Trude (tabell 3) skildrar føremålet med ergoterapeutisk rehabilitering som «[...] å hjelpe pasientgruppa med å meistre kvardagen sin best mogleg, og å førebygge funksjonsfall, for å kunne fortsette å leve kvardagen sin like godt som før». Frode (tabell 3) fortel vidare at «[...] når det kjem til Parkinsons, tykkjer eg det er viktig med pasientopplæring. Mange kjem til oss før dei har mange symptom, og då er det viktig å lære om kva utfordringar som kan førekome og korleis dei kan handterast.»

Ergoterapeutane fortel om gode erfaringar med kompenseringe strategiar for aktivitetsutføring. Alarm på mobilen vert til dømes nytta for å hugse å ta medisinar. Pasientane lærer også om korleis dei skal nytte aktivitetsregulering. Døme på dette er bruk av timeplan, samt å lære om sjukdommen og korleis nytte kroppen best mogleg i aktivitet. Eit anna døme er gradering av daglege aktivitetar ved bruk av småhjelpemiddel i til dømes påkledning og måltid. Fallførebyggande tiltak utførast også, til dømes ved å trene på balanse og å kome seg opp frå golvet etter ein tenkt fallsituasjon.

Det byggast vidare på strategiar dei allereie nyttar, slik at dei slepp å lære seg noko heilt nytt. Dette er ikkje nødvendigvis gjort på tre veker, og det er heime strategiane skal nyttast. Her på huset [rehabiliteringssenteret] nyttast timeplanar, noko mange fortsett med heime etter opphaldet. Difor tenker eg det er viktig å sjå dei tidleg i forløpet, for dess tidlegare ein begynner med slike strategiar, dess meir sit det til den dagen ein verkeleg treng det. (Martine, tabell 3).

Ergoterapeutane erfarer at slike kompenseringe strategiar handlar om hjelp til sjølvhjelp. Ergoterapeutane erfarer at det er viktig å byrje tidleg med å lære strategiar, samt at det er viktig for at pasientane kan vere sjølvstendige i eigne liv lengst mogleg.

Frode og Martine (tabell 3) fortel at dei har lite erfaring med utprøving av hjelpemiddel, men at dei hjelper pasientane å kartlegge kva hjelpemiddel som kan vere hensiktsmessige og nødvendige. Dei to ergoterapeutane formidla ikkje konkret kva hjelpemiddel dette inneber. Trude (tabell 3) har derimot erfaring med utprøving av ulike hjelpemiddel for opne/lukke, eting og forflytting, samt at hjelpemiddel dei eventuelt

manglar på rehabiliteringssenteret vert presentert for pasientgruppa. Trude (tabell 3) fortel også at aktivitetshjelpemiddel kan fremje deltaking og meistringsoppleving i fritidsaktivitetar. Pasientane kan prøve stødigare kajakkar med ryggene, samt kano og motorbåt slik at alle har moglegheit til å delta. Syklar med auka støtte og hjelpemotor kan også prøvast. Ergoterapeutane har ulike erfaringar i høve strategiar for å leve best mogleg med sjukdommen, men alle ergoterapeutane skildrar at ulike kompenseringe strategiar kan bidra til at pasientane kan meistre kvardagen på ein betre måte.

Å LØFTE KVARANDRE – TYDING AV ERFARINGSUTVEKSLING

Ergoterapeutane erfarer at både pasientar og pårørande skildrar erfaringsutveksling som ein viktig del av rehabiliteringa, då det gjev moglegheit for å lufte tankar og snakke med andre. Nye og kjende problemstillingar vert utveksla, og samtale kan handle om til dømes ulike hjelpemiddel, kroppsbruk, tips til å opne og lukke gjenstandar, strategiar for å ete trass i skjelving, eller aktivitetsregulering. Erfaringar i høve kognitive utfordringar vert også delt, som til dømes utfordringar med hukommelse, konsentrasjon og det å organisere eigen kvardag.



Forskning og erfaring viser at å opprettholde aktivitet held symptoma under kontroll.

Vi ser at for nokon nydiagnostiserte kan det vere tøft å sjå kva som kan bli deira framtid. Samtidig er det ei gruppe der vi ofte opplever eit positivt miljø, ein «drive», enorm galgenhumor, at dei løftar kvarandre og har ei likemanns-og erfaringsutveksling. Mange som tykkjer at førsteinntrykket kan vere tøft, kan likevel føle at dei vert inkludert i eit positivt miljø. (Trude, tabell 3).

Alle ergoterapeutane erfarer at

denne pasientgruppa generelt er ei gruppe som bidreg svært positivt for kvarandre.

Diskusjon

Hensikta med denne studien var å utforske kva arbeidsoppgåver ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta har, samt kva tankar dei har om tidleg rehabilitering ved Parkinsons sjukdom. Likskapar og ulikskapar i ergoterapeutane sine erfaringar vart strukturert i fire tema: Variasjon i kartlegging, «Use it or lose it», Hjelp til

sjølvhjelp, og Å løfte kvarandre - tydinga av erfaringsutveksling. Funna frå intervjuar vert vidare drøfta opp mot tidlegare forskning. Vidare vert val av metode diskutert.

VARIASJON I KARTLEGGINGSVERKTØY

Personar med Parkinsons sjukdom har svært varierte symptom (36), og medikament verkar individuelt. Rettleiande retningslinjer skildrar at ergoterapeuten skal «utnytte tiden når medikament-

virkingen er best» (12). At ergoterapeutane erfarer viktigheita av å vere bevisst dagsvariasjonar og verknad av medisin, tyder på at dagsvariasjonar kan vere viktig å ta omsyn til ved kartlegging. Alle ergoterapeutane i studien kartla aktivitet tidleg i rehabiliteringsforløpet, og ved bruk av anbefalte verktøy (12).

Eit meir overraskande funn var det at berre nokre av dei vi intervjuar kartla fingerferdigheiter, handfunksjon og kognitiv funksjon. Slike endringar er vanleg også tidleg i sjukdomsforløpet ved Parkinsons sjukdom (5;15) og kartlegging er anbefalt i gjeldande rettleiande retningslinjer (12). Ingen av terapeutane kartla livskvalitet, eit anna anbefalt fokusområde i tidleg rehabilitering ved Parkinsons sjukdom. I eit tverrprofesjonelt team kan det tenkast at livskvalitet likevel vart undersøkt av andre fagprofesjonar til dømes sjukepleiar. Ergoterapeutane i denne studien grunngjev ikkje val av kartleggingsverktøy ut frå gjeldande rettleiarar eller forskning. Ergoterapeutane uttrykte heller ikkje manglar i høve kartleggingsverktøy for pasientgruppa. Desse funna kan tyde på at ergoterapeutane i denne studien gjor val basert på eiga erfaring og kva kartleggingsverktøy som var vanleg og anerkjent på deira arbeidsplass. Ulike kunnskapskjelder må likevel nyttast for best mogleg kvalitet på ergoterapitilbodet til pasientgruppa (12). Kartleggingsverktøyet COPM er utforma for å kartlegge pasienten sine sjølvrapporterte aktivitetsutfordringar (23). Auka brukarmedverknad er etterlyst av pasientane sjølv, og pasientar som opplev å vere involvert i eiga behandling er også dei mest fornøgde (18). Bruk av verktøyet kan også ha

ført til betre individuelt tilpassa behandling (42), noko som i følge forskning kan auke sjansane for ein mogleg positiv effekt av ergoterapi (15). At ergoterapeutane arbeider så forskjellig og berre delvis etterlevde anbefalingane gitt i kunnskapsbaserte retningslinjer, kan mogleg skuldast at det tek tid å endre etablert praksis.

«USE IT OR LOSE IT»

Då Parkinsons sjukdom er ein kronisk progressiv sjukdom (37), snakkar ein om rehabilitering ved å fremje moglegheit for aktivitet og deltaking gjennom førebygging av funksjonsfall, samt utvikling eller vedlikehald av pasienten sine ferdigheiter (36). Sitatet «use it or lose it» viser seg å ha stor verdi i høve rehabilitering for denne pasientgruppa, noko som illustrerast godt gjennom dømet om pasientane som har fokusert på å vedlikehalde songstemma si. Same døme viser også at bevisstgjerjing av å halde fram med aktivitet, er ein viktig faktor for å oppretthalde evner gjennom rehabilitering. Forsking viser også at fordelane pasientgruppa får med aktivitet, vil vare så lenge aktivitet vert opprettheldt (38) – noko som samsvarar med ergoterapeutane si erfaring om at aktivitet held symptoma under kontroll. Funnet viser viktigheita av å bevare motivasjon for å vere i rørsle, trass i symptom som apati og nedsett tiltakslust. Forsking viser også at mange personar med Parkinsons sjukdom som følgjer eit treningsprogram føler seg meir sjølvsikre, og oppnår ei kjensle av kontroll over sjukdommen (38).

Det er sprikande funn om rørsle og aktivitet, og Parkinsons sjukdom kan ha ein direkte samanheng, men det er likevel fleire faktorar som tilseier at aktivitet

bør nyttast som eit verktøy for å handtere sjukdommen (39). Forsking viser at personar med Parkinsons sjukdom har positiv nytte av regelmessig trening i høve motoriske, (40) og ikkje-motoriske symptom (41). Ein anna studie viser at personar med Parkinsons sjukdom som utfører ADL-trening saman med ergoterapeut, sjølv opplevde at ADL-funksjonen vart betra (42). Dette kan vere viktige funn i høve oppleving av livskvalitet med ein kronisk progressiv sjukdom.

Ergoterapeutane jobbar med pasientane sine individuelle mål, men har også gode erfaringar med å nytte gruppetiltak dersom fleire pasientar har behov for same type trening. Tai Chi og Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) er dømer på gruppetrening som vart nemnt i intervjuar. Forsking støttar at LSVT er eit effektivt tiltak for å betre motorisk funksjon for pasientgruppa (44). Det kan dermed også tenkast at Tai Chi og andre treningsformer med fokus på store rørsler kan vere ei god tilnærming for å betre motorisk funksjon hos pasientgruppa.

HJELP TIL SJØLVHJELP

Ergoterapeutane jobbar med å hjelpe pasientgruppa å meistre dei individuelle utfordringane som ligg føre, eller som kan oppstå seinare i sjukdomsforløpet. Ergoterapeutane i denne studien legg stor vekt på at pasientane bør lære kompenserande strategiar, som til dømes alarm på telefonen eller teknikkar for påkledning, tidlegast mogleg slik at strategiar er automatisert til dei vert nødvendige. Dette funnet samsvarar med tidlegare forskning som viser at resultat av rehabilitering er best dersom ein byrjar tidleg i forløpet, samt i gode dagsperiodar (14;45).

Pasientar kan likevel oppleve det utfordrande å videreføre rutinar frå rehabiliteringsopphaldet til kvardagen heime. Bendixen og Madsen (23) hevdar at tid er ein avgjerande faktor for å skape nye vanar og rutinar. Spørsmålet er om eit opphald på tre veker er nok for å etablere nye vanar og rutinar?

Fallrisikoen hos personar med Parkinsons sjukdom aukar etter kvart som sjukdommen utviklar seg (37). Ergoterapeutane må då fokusere tidleg på fallførebygging, som til dømes ved å installere støttehandtak ved dusj og toalett, sikre lause tepper og auke belysning (38). Ergoterapeutar har verdifull kunnskap om korleis hjelpemiddel, som eit kompensierende tiltak, kan legge til rette omgjevnadane for auka delta-king i meningsfull aktivitet (46). I *Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom* (12) er også utreiing av behov, formidling og opplæring i bruk av hjelpemiddel nemnt som eit av ergoterapeuten sine ansvarsområde (12). Moglegheitene for å prøve ut hjelpemiddel under opphalda varierte hos ergoterapeutane vi intervjuar, men alle ergoterapeutane informerte om hjelpemiddel som kunne vere aktuelle for pasientgruppa.

Eit anna viktig funn i studien var pårørande si rolle både under og etter eit rehabiliteringsopphald, og at ergoterapeutane lærte pårørande korleis dei kunne hjelpe pasienten best mogleg. Forsking viser også viktigheita av at familie og venar får riktig informasjon om diagnosen, samt om korleis dei kan bidra til at personar med Parkinsons sjukdom kan delta i meningsfulle daglege aktivitetar (43). Involvering av pårørande kan også bidra til at

pasientane vert meir tilfreds med behandlingstilbodet (18).

Å LØFTE KVARANDRE – TYDING AV ERFARINGSUTVEKSLING

Ergoterapeutane erfarer at grupper med personar med Parkinsons sjukdom bidreg til eit unikt fellesskap med ei likemannsutveksling og støtte, samt stor motivasjon for endring. Erfaringsutveksling mellom pasientane opplevast som eit viktig tiltak for å førebu pasientane på kva dei kan vente seg når sjukdommen utviklar seg, samt korleis dei kan handtere utfordringar som kan kome. Å delta i ei gruppe kan dekke sosiale behov (47), og det kan truleg opplevast positivt å kunne hjelpe kvarandre med å møte felles utfordringar i høve sjukdommen. Dersom gruppa då er motivert, vil det vere ein stor ressurs, framfor at pasientane finn seg i at desse utfordringane ikkje kan handterast.

Forsking viser at det er viktig å snakke med andre med same diagnose, men det vert vektlagt at det for nydiagnostiserte kan vere betre å møte ein pasient eller ein liten familie, då det kan verke overveldande å møte ei stor gruppe (38). Ein ergoterapeut fortel at det kan opplevast som tøft for nydiagnostiserte å møte dei som har kome langt i sjukdomsforløpet. Dette vert støtta opp av forskning som viser at det er viktig at nydiagnostiserte personar med Parkinsons sjukdom får informasjon om sjukdommen, men for mykje informasjon for tidleg kan verke skremmande og mot si hensikt (43). Likevel kan det truleg vere av stor verdi for den psykiske helsa å få lufta tankar og kjensler med nokon som forstår kva ein går gjennom – på ein annan måte enn nære pårørande og helsepersonell.

Oppsummering

Denne studien, utført i spesialisthelsetenesta, omhandlar tre ergoterapeutar sine erfaringar med tidleg rehabilitering ved Parkinsons sjukdom. Erfaringane ergoterapeutane formidlar er i hovudsak retta mot viktigheita av at pasientgruppa er i aktivitet, samt lærer korleis dei kan nytte aktivitet for å bevare sjølvstende og livskvalitet. Vidare vert det formidla at føremålet med ergoterapi i høve Parkinsons sjukdom, er å hjelpe pasientgruppa å meistre kvardagen så godt som mogleg.

Vidare kan ergoterapeutane bidra til å styrke pårørande si rolle i rehabiliteringsforløpet og bidra til at pårørande tileignar seg kunnskap om korleis dei kan hjelpe pasienten best mogleg. Ergoterapeutane kan vidare legge til rette for erfaringsutveksling mellom pasientar, noko som har ein stor verdi i høve læring og likemannsutveksling. Det var eit overraskande funn at ergoterapeutane arbeider ulikt og at anbefalingar gitt i kunnskapsbaserte retningslinjer og forskning berre delvis vart etterlevd. Resultata er basert på erfaringar frå tre ergoterapeutar, og vidare forskning er nødvendig for å undersøke om retningslinjene vert følgde andre stadar, samt om retningslinjene er godt nok etablerte hos ergoterapeutar i det norske helsevesenet. Studien ønska å undersøke tidleg rehabilitering, men pasientar som lev med Parkinsons sjukdom treng livslang oppfølging.

KONSEKVENSA FOR PRAKSIS

Ut frå denne studien kjem det fram at mange får nye opphald på rehabiliteringssenter etter ei stund. Det kjem også fram at dei som opprettheld aktivitet i heimen har mindre symptom ved

opphald nummer to, samanlikna med dei som ikkje har oppretthaldt aktivitet. Dette tyder på at det er svært viktig for pasientane å halde fram med aktivitet for å oppretthalde best moglege funksjon.

Ut frå denne studien kan ein stille spørsmål om det er riktig at ergoterapeutar arbeidar så ulikt. Kva er årsaka til at ergoterapeutar arbeidar så ulikt, til tross for at det finnst rettleiande retningslinjer for rehabilitering?

Referansar

- Dirette, D. P. (2017). *Progressive Neurodegenerative Disorders*. I B. J. Atchinson & D. P. Dirette (Red.), *Conditions in Occupational Therapy: Effect on Occupational Performance* (5. utg., s. 403–422). Wolters Kluwer.
- Helse Stavanger - Stavanger Universitetssykehus (2018, 12. september). Parkinsons sykdom. <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-bevegelsesforstyrrelser/bevegelsesforstyrrelser/parkinsons-sykdom>
- Wettergreen, J., Ekornsrud, T. & Abrahamsen, D. (2019, 17. september). Eldrebølgen legger press på flere omsorgstjenester i kommunen. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/eldrebolgen-legger-press-pa-flere-omsorgstjenester-i-kommunen>
- Jankovic, J. (2019, 11. desember). Etiology and pathogenesis of Parkinson disease. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-pathogenesis-of-parkinson-disease?sectionName=EPIDEMOLOGY&topicRef=4903&anchor=H14&source=see-link#H14>
- Hou, J.-G. G. & Lai, E. C. (2008). Overview of Parkinson's Disease: Clinical Features, diagnosis, and Management. I M. Trail, E. J. Protas, & E. C. Lai (Red.), *Neurorehabilitation in Parkinson's Disease* (s. 1–39). SLACK Incorporated.
- Winge, K., Dehn, H. & Gerløv, A. (2015). Parkinsons sykdom. I E. E. Wæhrens, A. Winkel & H. S. Jørgensen (Red.), *Neurologi og neurorehabilitering* (2. utg., s. 172–178). Forfatterne og Munksgaard.
- Bjornestad, A., Forsaa, E. B., Pedersen, K. F., Tysnes, O.-B., Larsen, J. P. & Alves, G. (2015). Risk and course of motor complications in a population-based incident Parkinson's disease cohort. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2015.11.007>
- Hariz, G.-M. & Forsgren, L. (2011). Activities of daily living and quality of life in persons with newly diagnosed Parkinson's disease according to subtype of disease, and in comparison to healthy controls. *Acta Neurologica Scandinavica*, (123), 20–27. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0404.2010.01344.x>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. (Meld. St. 21 (1998–99). https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1998-99&paid=3&wid=a&psid=DIV-L1890&s=True&pgid=a_12530
- ParkinsonNet. (u.å.). About ParkinsonNet. <https://www.parkinsonnet.com/about-parkinsonnet/>
- Norges Parkinsonforbund. (u.å.). ParkinsonNet. <https://parkinson.no/behandling-og-rehabilitering/parkinsonnet?fbclid=IwAR12Jwz7G9OU-wUDEFo5hjFlwUSdC3bX1vDT-PZKRvQp08BWx8asqK4XZUiD4>
- Nasjonalt Kompetansesenter for Bevegelsesforstyrrelser. (2010). Veiledende retningslinjer for diagnostisering og behandling ved Parkinsons sykdom. Nasjonalt kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser. <https://helsestavanger.no/seksjon/NKB/Documents/Behandlingsplaner/PSK%20Retningslinjer%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20ved%20Parkinsons%20sykdom.pdf>
- Bloem, B. R., Okun, M. S. & Klein, C. (2021). Parkinson's disease. Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00218-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00218-X)
- Rafferty, M. R., Nettnin, E., Goldman, J. G. & MacDonald, J. (2021). Frameworks for Parkinson's Disease Rehabilitation Addressing When, What, and How. *Current Neurology and Neuroscience Report*. (2021)21:12. <https://doi.org/10.1007/s11910-021-01096-0>
- Welsby, E., Berrigan, S. & Laver, K. (2019). Effectiveness of occupational therapy intervention for people with Parkinson's disease: Systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*. (2019) 66, 731–738. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12615>
- Tofani, M., Ranieri, A., Fabbri, G., Berardi, A., Pelosin, E., Valenta, D., et al. Efficacy of Occupational Therapy Interventions on Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Movement Disorders Clinical Practice*. 2020; 7(8): 891–901. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13089>
- Foster, E. R., Carson, L. G., Archer, J. & Hunter, E. G. (2021). Occupational Therapy Interventions for Instrumental Activities of Daily Living for Adults With Parkinson's Disease: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*, 04 2021, Vol 75, 7503190030. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.046581>
- Schrag, A., Modi, S., Merritt, R., Khan, K. & Graham, L. (2018). Patient experiences of receiving a diagnosis of Parkinson's disease. *Journal of Neurology*. (2018) 265:1151–1157. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8817-8>
- Malterud, K. (2017). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Vik, K., Hovde, L. M. & Gausemel, V. S. (2018). ADL-Taxonomien i norsk oversettelse. *Ergoterapeuten*, 61. 5–2018, 34–44.
- Bendixen, H. J. & Madsen, A. J. (2013). Referencerammer og teori i

- ergoterapi. I Å. Brandt, A. J. Madsen, & H. Peoples (Red.), Basisbog i ergoterapi—Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (3.utg., s. 139–160). Forfatterne og Munksgaard.
- 24 Ellingsham, B., Clark, E. G. & Jespersen, L. F. (u.å.). Introduksjon. EVA-Aktivitetsanalyse. <https://blogg.hioa.no/evablogg/introduksjon-til-eva/>
- 25 Kjekken, I. (2003). GRIPPIT. Oslo Universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/Nasjonal-Kompetansetjeneste-for-Barne-og-Ungdomsrevmatologi/Documents/Kartleggingsverkt%C3%B8y/GRIPPIT-Instr.-kartleggingsverkt%C3%B8y.pdf>
- 26 Smedslund, G., Sigveland, J. & Leiknes, K. (2015). Måleegenskaper ved klokketesten. Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, 16, 1-23.
- 27 Nasreddine, Z. (2019). MoCA, Montreal Cognitive Assessment. <https://www.mocatest.org/about/>
- 28 Feys, P., Lamers, I., Francis, G., Benedict, R., Phillips, G., LaRocca, N., Hudson, L. D. & Rudick, R. (2016). The Nine-Hole Peg Test as a manual dexterity performance measure for multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 23 (5), 711–720. <https://doi.org/10.1177/1352458517690824>
- 29 Donnelly, C. & Carswell, A. (2002). Individualized outcome measures: A review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84–94.
- 30 Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Peto, V., Greenhall, R., & Hyman, N. (1997). The Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39): Development and validation of a Parkinson's disease summary index score. *Age and Ageing*, 26, 353–358.
- 31 Strobel, C., Johansen, H., Aga, O., Bekkhus-Wetterberg, P., Brierly, M., Egeland, J., Follesø, K., Rike, P.-O. & Schanke, A.-K. (2018). Manual norsk revidert trail making test (TMT-NR3). https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/TMT_NR3_AoH_Manual_2018_4UhfCRC.pdf
- 32 Helsedirektoratet. (2018, 25. juni). Bruk av kodeverk – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/bruk-av-kodeverk-internasjonal-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse-icf>
- 33 LSVT Global. (2020). LSVT BIG Treatment [LSVT Global]. <https://www.lsvtglobal.com/LSVTBIG>
- 34 Parkinson Wellness Recovery. (2020). Our Mission: PWR! Parkinson Wellness Recovery. <https://www.pwr4life.org/about/>
- 35 Kvam, M. (2019, januar 2). Tai chi (Taiji). Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/trening/aktivitet-og-helse/ulike-typer-trening/tai-chi-taiji/>
- 36 Dehn, H., Gerløv, A. & Winge, K. (2015). Rehabilitering af personer med Parkinsons sygdom. I E. E. Wæhrens, A. Winkel & H. S. Jørgensen (Red.), *Neurologi og neurorehabilitering* (2. utg., s. 261–268). Forfatterne og Munksgaard.
- 37 Boelen, P., M. (2009). *Health Professionals' Guide to Physical Management of Parkinson's Disease*. Human Kinetics.
- 38 Fleisher, J. & Tarsy, D. (2019, 25. januar). Patient education: Parkinson disease treatment options—Education, support, and therapy (Beyond the Basics). UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/parkinson-disease-treatment-options-education-support-and-therapy-beyond-the-basics?search=parkinson-disease-treatment-options-education-support-and-therapy-beyond-the-basics&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
- 39 Earhart, G. M., Ellis, T., Nieuwboer, A. & Leeland, D. E. (2012). Rehabilitation and Parkinson's Disease. <https://doi.org/10.1155/2012/371406>
- 40 Suchowersky, O., Gronseth, G., Perlmuter, J., Reich, S., Zesiewicz, W. & Weiner, W. J. (2006, 11.april). Practice Parameter: Neuroprotective strategies and alternative therapies for Parkinson disease (an evidence-based review). <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000206363.57955.1b>
- 41 Amara, A. W. & Memon, A. A. (2017). Effects of Exercise on Non-motor Symptoms in Parkinson's Disease. 40. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2017.11.004>
- 42 Sturkenboom, I. H. W. M., Graff, M. J. L., Hendriks, J. C. M., Veenhuizen, Y., Munneke, M. & Bloem, B. R. (2014). Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *The Lancet Neurology*, 13(6), 557–566. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70055-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70055-9)
- 43 Fleisher, J. & Tarsy, D. (2019, 18. november). Nonpharmacologic management of Parkinson disease. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-management-of-parkinson-disease?search=parkinsons%20disease%20adult&source=search_result&selectedTitle=9-150&usage_type=default&display_rank=9
- 44 Ebersbach, G., Ebersbach, A., Edler, D., Kaufhold, O., Kusch, M., Kupsch, A. & Wissel, J. (2010). Comparing Exercise in Parkinson's Disease—The Berlin LSVT BIG Study. *Movement Disorder Society*, 25(12), 1902–1908. <https://doi.org/10.1002/mds.23212>
- 45 Sturkenboom, I., Thijssen, M., Elsacker, J. G., Jansen, I., Maasdam, A., Schulten, M., . . . Munneke, M. (2011). Guidelines for Occupational Therapy in Parkinson's Disease Rehabilitation. *ParkinsonNet/NPF*. https://www.parkinsonnet.nl/app/uploads/sites/3/2019/11/ot_guidelines_final-npf3.pdf
- 46 Brandt, Å. & Jensen, L. (2013). At muliggøre aktivitet og deltagelse—Hjælpemidler og tilgængelighed. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi—Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. utg., s. 375–389). Forfatterne og Munksgaard.
- 47 Wilcock, A. A. & Townsend, E. A. (2014). Occupational Justice. I B. A. B. Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Red.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (12. utg., s. 541–552). Lippincott Williams & Wilkins.

Gir trygget & aktivitet

ANNONSE

For ergoterapeut Andreas Isaksen i Bygland er det viktig at hjelpemidler skaper trygghet og samtidig aktiviserer brukerne. Derfor synes han AssiStep var den beste og mest langsiktige løsningen for Svein Ove.

– AssiStep er et av de beste hjelpemidlene på markedet, sier Andreas Isaksen som er ergoterapeut i Bygland kommune i Agder.
– Jeg vil ha hjelpemidler som skaper trygghet og samtidig aktiviserer brukerne, for det bedrer helsa til folk. Her får man trygghet i trappa, og går dermed mer i trappa.

“

Tilbakemeldingene fra de som har fått AssiStep er utelukkende positive

Andreas Isaksen
Ergoterapeut i Bygland kommune

Svein Ove Vestøl har hatt fem prolaps-er og tre brudd i ryggen. Etter prolaps nummer to endte han i rullestol. Han klarte å trene seg opp igjen og ut av rullestolen, men fikk problemer med trappen hjemme. Han belastet armene enormt for å klare å komme seg opp og ned til andre etasje hvor dusjen er. Det var også risikofyllt og Svein Ove falt tre ganger i trappen på vei ned.
–Jeg ble litt forslått, men det gikk greit, sier han. – Problemet var at jeg ble redd for å gå i trappa.

Legen ba ham ta kontakt med ergoterapeuten i kommunen, Andreas Isaksen. Andreas så snart at Svein Ove ville ha stort utbytte av AssiStep, fordi den gir trygghet og økt aktivitet.

“

Nå føler jeg meg trygg og går mye mer i trappa, fordi jeg har støtte

Svein Ove Vestøl

– Svein Ove er en aktiv mann og hvis vi tenker langsiktig så spår jeg at han vil kunne være aktiv og friskere og kunne bo lengre hjemme med AssiStep enn en trappeheis som ville ha vært det eneste alternativet, sier Andreas.



Svein Ove får god støtte fra AssiStep til å gå trappen selv.

Andreas satte i gang søknadsprosessen på sensommeren i 2021, og etter NAV innvilget søknaden ble AssiStep montert på under tre uker.

– Nå er jeg ikke lengre redd for å gå i trappa, sier Svein Ove. – Jeg føler meg trygg og går mye mer i trappa, fordi jeg får støtte. Bøylen på AssiStep løser alt. Mister jeg grepet så er bøylen der. Den er solid og jeg kan ikke dette ned.

– Tilbakemeldingene fra de som har fått dette hjelpemiddelet er utelukkende positive, sier Andreas. – Det blir mye tryggere å gå i trappa, og aktivitetsnivået blir høyere.



Andreas Isaksen, ergoterapeut, Bygland kommune

AssiStep forhandles av:

HEPRO

www.assistep.no



Ring oss på:

46 74 55 55

Arbeidsrettet rehabilitering: Tilbake i arbeid etter arbeidsplassintervensjon og oppfølging ved Hernes Institutt?

Av Kristin Haugen, Camilla Ihlebæk & Giovanna Calogiuri

Kristin Haugen er ergoterapeutspesialist arbeidshelse og har M.Sc i folkehelsevitenskap. Hun er ansatt ved Hernes Institutt.

E-post: kristin@hernesinstitutt.no

Camilla Ihlebæk er professor i folkehelsevitenskap ved Institutt for folkehelsevitenskap, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet og professor II ved Avdeling for helse og velferd, Høgskolen i Østfold.

E-post: camilla.ihlebak@nmbu.no

Giovanna Calogiuri er professor i helsevitenskap ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Senter for helse og teknologi, Universitet i Sørøst Norge og professor II i helsevitenskap ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Institutt for folkehelse- og idrettvitenskap, Høgskolen i Innlandet.

E-post: giovanna.calogiuri@inn.no

Manuset ble mottatt 11.02.2020 og godkjent 01.09.2021.

Forfatterne har ingen interessekonflikter.

Abstract

Arbeidsrettet rehabilitering: Tilbake i arbeid etter arbeidsplassintervensjon og oppfølging ved Hernes Institutt?

Introduction: At Hernes Institutt workplace visit (WPV) facilitated by occupational therapists, has been introduced as a part of the interdisciplinary occupational rehabilitation program. The purpose of this prospective study was to investigate factors associated with return to work (RTW) in a group of patients who had participated in WPV. Furthermore, another aim was to compare RTW in an employees group that received WPV in addition to the regular rehabilitation program, with a group that did not receive such intervention.

Methods: 102 patients, of which 45 underwent WPV, reported sociodemographic characteristics and work-related psychological variables (fear avoidance beliefs, control, demand, social support, job satisfaction and belief in self-improvement). Work-status was measured after 12 months. In addition, assessments for the WPV group were performed at the first WPV and after three and six months. Chi-square tests were performed to compare the two groups' characteristics and their work-status after 12 months. For the WPV group, Generalized Estimating Equations and Ordinal Regression were performed to examine possible associations between age, work-related psychological variables and work-status after six and 12 months.

Results: The majority of participants had lower formal education and low income. Most were mid-aged and employed in manual work. Among those who received WPV, lower age, reduced fear avoidance beliefs and higher beliefs in self-improvement predicted return to work within six months after starting rehabilitation, while reduced fear avoidance beliefs and work-status at six months predicted return into work 12 months after occupational rehabilitation. There were no significant differences in work-status after 12 months between the WPV-group and those attending regular rehabilitation.

Conclusions: Belief in self-improvement and reducing work-related fear avoidance are important for a successful RTW following occupational rehabilitation. More research is needed to establish the effectiveness of WPV within occupational rehabilitation.

Stikkord: Arbeidsrettet rehabilitering, arbeidsplassbesøk, tilbakekomst i arbeid, bevegelsesfrykt, tro på egen bedring.

Introduksjon

Å kunne delta i arbeidslivet er viktig for å sikre en trygg økonomi og levestandard, for å oppleve seg som en del av samfunnet og det er positivt for helse og trivsel (Dahl et al., 2010; van Vilsteren et al., 2015; Waddell & Burton, 2006). Samtidig vil deltakelse i arbeidslivet for mange bidra til deltakelse og utførelse av meningsfull og nødvendig aktiviteter i hverdagslivet, hverdagsmestring (Ness, 2016). Til tross for flere store reformer og tiltak på nasjonalt nivå har Norge fortsatt en relativt høy andel langtidssykemeldte (Hanvold et al., 2020). Sykefraværet (egenmeldt og legemeldt) var på hele 6,7 prosent i første kvartal av 2021 (Statistisk Sentralbyrå, 2021a) og 10,5 prosent av befolkningen mellom 18 og 67 år var uføretrygdde i 2020 (Statistisk Sentralbyrå, 2021b). Det å stå utenfor arbeidslivet har negative konsekvenser for den enkelte og deres familier og fører til store samfunnsøkonomiske kostnader (Alexanderson & Hensing, 2004). Arbeidsrettet rehabilitering (ARR) har som formål å bidra til å avklare, øke arbeidsevne og mestring hos langtidssykemeldte, og slik bidra til at mennesker med helseproblemer kan delta i arbeidslivet (Escorpizo et al., 2011; Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, 2020). Ergoterapeuter spiller en viktig rolle innen ARR, med sitt fokus på aktivitet, hverdagsmestring og deltakelse i arbeidslivet (Norsk Ergoterapeutforbund, 2017; World Federation of Occupational Therapists, 2019).

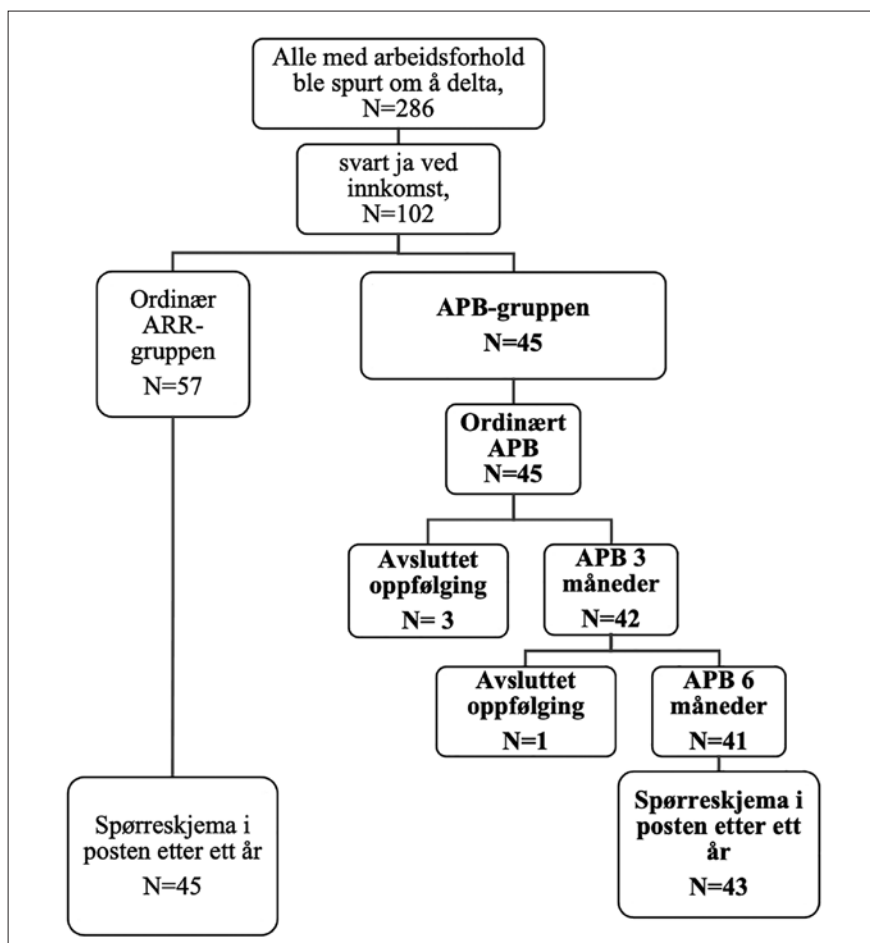
Muskel- og skjelettplager er en av de hyppigste årsakene til sykefravær, rehabilitering og uførepensjonering i Norge (Gjesdal et al., 2018; Ihlebaek et al., 2010).

Arbeidsforhold som oppleves som fysisk eller psykososialt belastende over tid, kan føre til sykdom og sykefravær (Mehlum, 2011). Det har vært et stadig større fokus på betydningen av de psykososiale faktorene i arbeidslivet, og en av de mest brukte modellene for å forklare forholdet mellom psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet, stress og helse er *krav-kontroll-støtte modellen* (Karasek & Theorell, 1990). I denne modellen vil høye krav, lav kontroll og lav sosial støtte i en arbeidssituasjon kunne føre til stressbelastning over tid, som igjen kan føre til sykdom og plager som for eksempel muskel- og skjelettplager (Christensen & Knardahl, 2012; Christensen et al., 2018; Karasek & Theorell, 1990).

Når en person først har utviklet muskel- og skjelettplager og blitt sykemeldt, kan frykt for å oppleve smerte ved bevegelse, eller ved å utføre arbeidet, være en viktig faktor for å ikke returnere til arbeid (Øyeflaten et al., 2008). *Bevegelsesfrykt-modellen* (Fear Avoidance Beliefs model) viser hvordan frykt for smerte, kan føre til unngåelsesadferd og inaktivitet, som igjen fører til at smerteopplevelsen og funksjonsnedsettelsen opprettholdes og også forsterkes (Vlaeyenab & Lintonc, 2000). Denne modellen er vist å være relevant for personer med muskel- og skjelettplager og de som jobber i yrker med høy belastning (Andersson, 2004). En annen faktor som er vist å påvirke prognose ved muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser og i hvilken grad en person kommer tilbake til arbeid etter sykefravær for slike lidelser, er tro på egen bedring (Anthony, 1993; Hallegraff et al., 2012; Ness et al., 2014; Opsahl et al., 2016; Schafft, 2008).

Stiftelsen Hernes Institutt er en av flere ARR-aktører som tilbyr rehabilitering med arbeid som mål. Dette er et døgntilbud for personer med langvarige, sammensatte muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Rehabiliteringsforløpet bygger på et tverrfaglig arbeid med den hensikt å gjøre ARR prosessen systematisk og målrettet, og målet er å bistå deltakeren med å komme tilbake i arbeid (Aas et al., 2011). Det gjennomføres ulike aktiviteter som bidrar til distraksjon fra fokuset på smerte, samt trygging i aktivitet for å redusere frykten for smerte.

Det er tidligere gjort studier innenfor ARR i Norge som viser at døgntilbud gir bedre effekt på framtidig sykefravær enn dagtilbud (Gismervik et al., 2020). Det er også gjort studier som beskriver hvordan individuelle faktorer som alder, kjønn, diagnose, bedring av subjektiv helse, egenopplevd funksjon, smerterelatert frykt og sykemeldingshistorikk er assosiert med å komme tilbake i arbeid (Strupstad, 2011; Øyeflaten et al., 2014; Øyeflaten et al., 2016). Flere studier har også vist at kontekstuelle faktorer som tett kontakt med andre relevante aktører er viktig i prosessen mot arbeidsdeltakelse (Anema et al., 2007; Beemster et al., 2020; Karjalainen et al., 2003). Spesielt har kontakt med arbeidsplassen vist å ha betydning for å hjelpe deltakere tilbake i arbeid (Braathen et al., 2015; Cullen et al., 2017; Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, 2020). Gjennom en kontakt med arbeidsplassen kan det identifiseres krav som arbeidet innebærer samt individets opplevelse av kontroll. Videre kan arbeidsplassen sørge for tilrettelegging som igjen kan bidra til



Figur 1: Flytskjema.

å forebygge eller redusere sykefravær (Bruusgaard & Claussen, 2010; Franche et al., 2005). Braathen et al. (2015) fant at samhandling med arbeidsplassen og støtte fra andre aktører hadde betydning for økt selvopplevd arbeidsevne under og etter et ARR tiltak. Det er også vist at ARR utvidet med arbeidsplassbesøk kan være kostnadseffektivt sammenlignet med et ordinært ARR-tilbud (Reneman et al., 2020).

På Hernes Institutt ble det i 2012 startet opp med arbeidsplassbesøk (APB) som en del av ARR, der målet var å få til en tilrettelegging av fysisk og psykososialt arbeidsmiljø ute på arbeidsplassen. APB gjennomføres som besøk og møter på arbeidsplassen der deltakeren

selv, arbeidsgiver, ergoterapeut fra Hernes Institutt og andre aktuelle aktører (for eksempel NAV og/eller bedriftshelsetjenesten) deltar for å finne løsninger for at deltakeren skulle komme tilbake til sin arbeidsplass. Målet er å kartlegge mulighetene for å kunne tilrettelegge en arbeidssituasjon, utvikle handlingsplaner for bytte av arbeidsoppgaver, tilpasse arbeidsplassen med hjelpemidler eller lignende (Haugen et al., 2012). Det er ergoterapeut som har hovedansvar for dette arbeidet i samarbeid med de andre faggruppene i teamet ved Hernes Institutt (Haugen, 2016). Ergoterapeuten vil i det tverrfaglige teamet bidra med kunnskap om relasjon mellom arbeidstaker, arbeidsoppgaver og omgivelser

med en ressursorientert tilnærming (Norsk Ergoterapeutforbund, 2017).

Siden det finnes lite forskning om APB som ergoterapeutisk intervensjon i det tverrfaglige ARR-tilbudet i Norge, var formålet med studien å undersøke betydningen av denne intervensjonen innenfor ARR. Nærmere bestemt var målet for denne studien å undersøke hvilke faktorer som var assosiert med tilbakegang til arbeid etter seks og 12 måneder hos gruppen som fikk APB. Videre ønsket vi å sammenligne arbeidsstatus et år etter oppholdet ved Hernes Institutt i denne gruppen og en gruppe som ikke deltok på APB, men som fikk ordinær ARR.

Materiale og metode

DESIGN

Studien var designet som en prospektiv longitudinell oppfølging, og det ble benyttet spørreskjema for å samle inn data. Alle deltakerne fylte ut et spørreskjema ved ankomst til Hernes Institutt (M0) og mottok også et spørreskjema om arbeidsstatus etter 12 måneder (M12). APB-gruppen fylte i tillegg ut et spørreskjema ved hvert APB: APB tre måneder (M3) og seks måneder (M6) etter avsluttet opphold. Spørreskjemaene og variablene som ble benyttet vil beskrives nærmere under.

REKRUTTERING AV DELTAKERE

Inneliggende pasienter (N=286) ved Hernes Institutt i perioden fra 11. mars 2009 til og med 20. oktober 2010 ble invitert til å delta i studien (Figur 1). Inklusjonskriteriene for deltakelse var pasienter med opphold lengre enn 13 dager, og som kunne kommunisere på norsk. Deltakerne ble muntlig informert i gruppe om invitasjon til å delta i prosjektet tredje dagen

etter ankomst til Hernes Institutt av førsteforfatter (ergoterapeut). Det ble delt ut skriftlig informasjon og samtykkeerklæring som deltakerne tok med seg, og de som var interessert i å delta kunne senere ta kontakt med førsteforfatter. Det var 102 deltakere som takket ja til å delta i studien. Av disse takket 45 deltakere også ja til å motta APB som intervensjon under ARR prosessen. Det var 45 deltakere fra den ordinære ARR-gruppen og 42 deltakere fra APB-gruppen som svarte på oppfølgingsskjema ett år etter oppholdet på Hernes Institutt. Se Figur 1.

SPØRRESKJEMA OG INSTRUMENTER

Spørreskjema ble distribuert til deltakerne av ergoterapeuten og var sammensatt av flere standardiserte skjema. *ARR-registrering* er et spørreskjema utviklet av Nasjonalt kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering for å kartlegge demografiske variabler og arbeidsrelaterte opplysninger. Dette skjemaet ble fylt ut ved M0 for både APB-gruppen og den ordinære ARR-gruppen.

Arbeidsstatus ble målt ved hjelp av spørsmålet «Er du fullt friskmeldt i dag?», med de følgende svaralternativer: «ja» eller «nei». En oppfølging med spørsmål «Hvis du ikke er friskmeldt i dag, hva er du da?», med de følgende svaralternativer:

- under medisinsk behandling
- under omskolering
- delvis friskmeldt,
- gradert trygd
- helt uføretrygdet».

Informasjon fra disse spørsmålene ble rekodet til:

- 1 = ikke i jobb (ikke friskmeldt, under medisinsk behandling, under omskolering, gradert trygd og helt uføretrygdet)

- 2 = delvis i jobb (inkluderer svaralternativ delvis friskmeldt)

- 3 = i jobb (fullt friskmeldt)

Arbeidsstatus ble målt på samme måte ved målepunktene M0, M3, M6 og M12 for APB-gruppen og målt ved M0 og M12 for ordinær ARR-gruppen.

Bevegelsesfrykt relatert til fysisk aktivitet og arbeid ble målt gjennom Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) (Waddell et al., 1993). Spørreskjemaet består av fem påstander om fysisk aktivitet og elleve påstander om arbeid som skal vurderes på en 7-punkts skala der 0 var «helt uenig», 3 var «usikker» og 6 var «helt enig». Skjemaet er oversatt og validert for norske forhold (Grotle et al., 2006). En sum-skår for fysisk aktivitet (0-24) og en for arbeid (0-42) beregnes, der høy skår indikerer høy grad av bevegelsesfrykt. I studien ble FABQ anvendt ved målepunktene M0, M3 og M6 for APB-gruppen.

Opplevd krav, kontroll, og sosial støtte på jobb ble målt gjennom Demand-Control Support Questionnaire (DCSQ) (Karasek & Theorell, 1990). DCSQ består av 17 spørsmål som skal besvares på en skala fra 1 («stemmer helt» eller «ja, ofte») til 4 («stemmer ikke» eller «nei, så godt som aldri»). Spørreskjemaet er oversatt og validert for norske forhold (Sanne et al., 2005).

En sumskår beregnes for hver av dimensjonene krav, kontroll og sosial støtte der høy skår angir høye krav, høy kontroll og høy grad av opplevd støtte (Karasek & Theorell, 1990). DCSQ ble benyttet ved målepunktene M0, M3 og M6 for APB-gruppen.

Tro på egen bedring ble målt gjennom en gruppe spørsmål hentet fra Spørreskjema om

Ryggplager og helse (Unifob Helse, Bergen Universitet). Tro på egen bedring bestod av 11 spørsmål som omhandlet i hvor stor grad du selv og omgivelsene dine (arbeidsgiver, familie, kollegaer, arbeidsleder og lege) har tro på egen bedring og mulighet til å komme tilbake til arbeid. Svar alternativene er:

- 1 = i liten grad

- 2 = i noen grad

- 3 = i stor grad

Et gjennomsnittsskår ble beregnet og deretter kategorisert til liten (skår < 3) eller sterk (skår = 3) tro på egen bedring. Tro på egen bedring ble målt ved målepunktene M0, M3 og M6 for APB-gruppen.

Jobbtrivsel ble målt ved et enkelt spørsmål hentet fra skjemaet EVA-ergonomi (Aas, 2007). Spørsmålet «Hvis du skulle gi en karakter på din jobbtrivsel den siste tiden på en 10 cm linje, hvor ville du sette streken?», som ble besvart på en numerisk-skala fra 0 («dårlig») til 10 («bra»). Jobbtrivsel ble målt ved målepunktene M0, M3 og M6 for APB-gruppen.

STATISTIKK

I analysen av innsamlet data ble SPSS versjon 23.0 benyttet. Signifikansnivå var satt til $p < 0.05$. Deskriptiv statistikk (antall og prosent) ble gjennomført og Kji-kvadrat for uavhengighet (χ^2) ble benyttet for å teste signifikante forskjeller mellom APB-gruppen og den ordinære ARR-gruppen. De kategoriske variablene som ble testet var kjønn, utdanning, inntekt, sivil status, sektor, yrkeskategori, ansettelses-tid, stillingsstørrelse, IA-avtale og avtale med bedriftshelsetjeneste/Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Målepunktene for samtlige variabler var ved M0 og tilbake i arbeid ett år etter ved M12.

	Variabler	Total n (%)	ordinær ARR-gruppen n (%)	APB-gruppen n (%)	P-verdi
Deltakere		102 (100)	57 (56)	45 (44)	
Kjønn	Kvinner Menn	56 (55) 46 (45)	28 (49) 29 (51)	28 (62) 17 (38)	0.187
Utdanning	Grunnskole Videregående skole/yrkesskole Høgskole/universitet (1-4 år)/ høyere universitets grad	27 (27) 67 (66) 8 (8)	15 (26) 36 (63) 6 (11)	12 (27) 31 (69) 2 (4)	0.519
Inntekt	100 000 - 199 999 200 000 - 299 999 300 000 - 399 999 >400 000	12 (12) 37 (36) 39 (38) 14 (14)	6 (11) 24 (42) 21 (37) 6 (11)	6 (13) 13 (29) 18 (40) 8 (18)	0.492
Sivil status	Enslig Gift/samboer Enke/enkemann Skilt/separert	15 (15) 81 (79) 1 (1) 5 (5)	11 (19) 42 (74) 1 (2) 3 (5)	4 (9) 39 (87) 0 (0) 2 (5)	0.360
Sektor	Privat Offentlig Selvstendig- næringsdrivende Annet	52 (51) 43 (42) 6 (6) 1 (1)	30 (53) 25 (44) 2 (4) 0 (0)	22 (49) 18 (40) 4 (9) 1 (2)	0.447
Yrkeskategorier	Håndverk, manuelt arbeid Kontorarbeid og administra- sjon Pedagogisk arbeid (skole/bar- nehage) Helse og sosial Servicearbeider	47 (46) 2 (2) 3 (3) 29 (28) 21 (20)	27 (47) 0 (0) 1 (2) 19 (33) 10 (18)	20 (44) 2 (4) 2 (4) 10 (22) 11 (24)	0.301
Ansettelsestid	Under 1 år 1-5 år Over 5 år	3 (3) 20 (20) 79 (77)	3 (5) 11 (19) 43 (75)	0 (0) 9 (20) 36 (80)	0.295
Stillingsstørrelse	1-25 % 26-50 % 51-75 % 76-99 % 100 %	2 (2) 7 (7) 17 (17) 8 (8) 68 (67)	1 (2) 4 (7) 10 (18) 4 (7) 38 (67)	1 (2) 3 (6) 7 (16) 4 (9) 30 (67)	0.995
Inkluderende Arbeidslivsavtale hos bedriften	Ja Nei Vet ikke	70 (69) 27 (27) 4 (4)	37 (66) 15 (27) 4 (7)	33 (73) 12 (27) 0 (0)	0.182
Avtale med bedriftshelse- tjenesten/helse, miljø og sikker- hetsarbeid	Ja Nei Vet ikke	75 (74) 21 (21) 5 (5)	44 (79) 8 (14) 4 (9)	31 (69) 13 (29) 1 (2)	0.129
Tilbake i jobb ett år etter	I jobb Ikke i jobb	38 (43) 51 (57)	16 (35) 30 (65)	22 (51) 21 (49)	0.118

Tabell 1. Deltakernes kjennetegn, totalt, for APB-gruppen og ordinær ARR-gruppe.

Generalised estimating equations analyse (GEE) med ordinal logistisk modelltype ble benyttet for å teste om demografiske, arbeidsrelaterte psykososiale faktorer, bevegelsesfrykt, tro på egen bedring og jobbtrivsel var assosiert med deltakernes arbeidsstatus gjennom de første seks måneder med oppfølging (M0, M3, og M6) (Garson, 2013). Først ble en univariat modell gjennomført for hver enkelt variabel. Variablene som viste signifikante univariate sammenhenger med arbeidsstatus ble deretter inkludert i en multivariat GEE analyse.

Ordinal regresjonsanalyse ble benyttet for å undersøke hvilke faktorer som predikerte arbeidsstatus (komme tilbake helt, delvis eller ikke tilbake i arbeid) ved M12 (Garson, 2014). Her ble deltakernes demografiske karakteristikk samt psykologiske variabler målt ved M6 testen som mulige prediktorer av arbeidsstatus ved M12. Målepunktet M6 ble valgt ut på grunn av at de foreløpige analysene viste at variablene ved M6 hadde større betydning enn ved M0 og M3. I tillegg er det gjennom klinisk arbeid erfart at deltakerne i studien ved dette målepunktet har kommet ordentlig i gang på jobb, for eksempel avvirket ferie, sammenlignet med M3. Først ble univariat ordinal regresjonsanalyse gjennomført for hver enkelt variabel. Variablene som viste signifikante univariate sammenhenger med arbeidsstatus ved M12 ble deretter inkludert i en multivariat modell.

Da ikke alle deltakere har svart på alle spørsmål i løpet av studien, har de multivariate modellene noe lavere utvalgsstørrelse.

ETIKK

Prosjektet ble gjennomført i tråd

med de etiske anbefalingene i Helsinkideklarasjonen (World Medical association, 2018). Deltakerne mottok muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, at det var frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg uten at dette ville få konsekvenser. Da en av forfatterne er ansatt ved Hernes Institutt og hadde en dobbeltrolle som forsker og behandler, ble det vektlagt at deltakelse var frivillig. Det ble også vektlagt at det å ikke ville delta eller å senere trekke seg fra studien ikke hadde noen konsekvens for behandlingstilbudet på Hernes Institutt. Alle deltakere undertegnet et informert samtykkeskjema for deltakelse i studien. Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2011/2348/Rek sør-øst).

Resultater

DELTAKERNE KJENNETEGN

Totalt hadde 67 prosent av deltakerne ryggglidelse som hoveddiagnose ved ankomst til Hernes Institutt. Deltakerne i studien hadde generelt lavt utdanningsnivå og relativt lav årsinntekt. De fleste deltakerne var ansatt i yrker med håndverk- eller manuelt arbeid, og 28 prosent arbeidet innenfor helse og sosialsektoren. Det var ingen signifikante sosiodemografiske eller arbeidsrelaterte forskjeller mellom APB-gruppen og gruppen som mottok ordinær ARR på M0. Se Tabell 1.

FAKTORER ASSOSIERT MED ARBEIDSSTATUS ETTER SEKS MÅNEDER

For gruppen som deltok i APB, viste resultatene fra den univariate GEE-analysen en signifikant lavere sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid etter seks måneder med:

- økende alder (OR = 0.932; 95 prosent KI = 0.886-0.979; $p < 0.005$)
- økende arbeidsrelatert bevegelsesfrykt (OR = 0.912; 95 prosent KI = 0.876-0.950; $p < 0.000$)
- økende opplevde krav i arbeid (OR = 0.799; 95 prosent KI = 0.712-0.897; $p < 0.000$)
- økende opplevd belastning i arbeid (OR = 0.139; 95 prosent KI = 0.035-0.542; $p < 0.005$)

Deltakerne hadde en signifikant høyere sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid ved:

- økende opplevd sosial støtte (OR = 1.153; 95 prosent KI = 1.024-1.299; $p < 0.019$)
- økende tro på egen bedring (OR = 3.012; 95 prosent KI = 1.579-5.746; $p < 0.001$).

For disse variablene ble ingen statistiske sammenhenger med arbeidsstatus funnet:

- jobbtrivsel (OR = 1.167; 95 prosent KI = 0.994-1.369; $p = 0.059$)
- kontroll (OR = 1.051; 95 prosent KI = 0.946-1,168; $p = 0.354$)
- frykt for smerte ved fysisk aktivitet (OR = 0.990; 95 prosent KI = 0.941-1.042; $p = 0.707$)
- kjønn (OR = 1.945-0.854; 95 prosent KI = 0.854-4.429; $p = 0.113$)

I den multivariate modellen var det kun alder, arbeidsrelatert bevegelsesfrykt og tro på egen bedring som beholdt en signifikant assosiasjon med arbeidsstatus ved M6. Med økende alder og arbeidsrelatert bevegelsesfrykt var det derfor lavere sannsynlighet for å være tilbake i arbeid etter seks måneder, mens økende tro på egen bedring over de seks månedene ga en dobbelt så høy

sannsynlighet for å være delvis eller helt tilbake i arbeid ved M6. Se tabell 2.

FAKTORER ASSOSIERT MED ARBEIDSSTATUS ETTER ETT ÅR

For gruppen som deltok på APB viste resultatene fra den univariate analysen signifikante sammenhenger med det å være tilbake i arbeid etter ett år med flere av variablene målt ved M6. Det ble funnet en sammenheng mellom det å være i jobb etter ett år og:

- lavere bevegelsesfrykt ($b = -0.133$; 95 prosent KI = $-0.213 - 0.053$; $p < 0.001$)
- høyere kontroll ($b = 0.275$; 95 prosent KI = $0.008 - 0.053$; $p < 0.044$)
- høyere tro på egen bedring ($b = 2.242$; 95 prosent KI = $0.606 - 3.879$; $p < 0.007$)
- det å være i arbeid ved seks måneder ($b = 3.480$; 95 prosent KI = $1.644 - 5.316$; $p < 0.001$)

Det var ingen signifikante sammenhenger med arbeidsstatus etter ett år for:

- alder ($b = -0.064$; 95 prosent KI = $-0.149 - 0.022$; $p = 0.143$)
- kjønn ($b = 0.508$; 95 prosent KI = $-0.800 - 1.816$; $p = 0.447$), krav ($b = -0.085$; 95 prosent KI = $-0.385 - 0.215$; $p = 0.0578$)
- belastning ($b = -2.213$; 95 prosent KI = $-4.814 - 0.389$; $p = 0.096$)
- sosial støtte ($b = 0.046$; 95 prosent KI = $-0.158 - 0.250$; $p = 0.656$),
- jobbtrivsel ($b = 0.202$; 95 prosent KI = $-0.031 - 0.435$; $p = 0.089$)
- bevegelsesfrykt for fysisk aktivitet ($b = -0.27$; 95 prosent KI = $-0.133 - 0.078$; $p = 0.609$)

I den multivariate ordinal regresjonsanalysen var det bare lavere

Variabler	Wald	OR	95% KI	
			nedre	øvre
Alder	3.83	0.95*	0.91	1.00
Arbeidsrelatert bevegelsesfrykt	13.30	0.93***	0.89	0.97
Krav	2.16	0.88	0.75	1.04
Belastning	0.00	0.98	0.14	6.64
Sosialstøtte	1.67	1.07	0.96	1.20
Tro på egen bedring	3.95	2.05*	1.01	4.16

Tabell 2: Sammenhenger mellom utvalgte arbeidsrelaterte psykologiske variabler samt alder og arbeidsstatus etter seks måneder, $n=41$.

* $p < 0.05$; *** $p < 0.001$, Konfidensintervall (KI), Odds ratio (OR), multivariate GEE ordinal analyser.

NB: Arbeidsstatus er operasjonalisert i tre nivåer: ikke i jobb, delvis/gradert i jobb, i full jobb.

arbeidsrelatert bevegelsesfrykt og det å være delvis eller helt tilbake i arbeid ved M6 som viste en signifikant sammenheng med det å være tilbake i arbeid etter 12 måneder. Se tabell 3.

ARBEIDSSTATUS ETTER ETT ÅR

Etter ett år var det 43 prosent av det totale utvalget som var tilbake i arbeid. Det var en noe høyere andel i gruppen som fikk APB (51 prosent) som var tilbake i arbeid ett år sammenlignet med gruppen som mottok ordinær ARR (35 prosent), men denne forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p = 0.118$).

Diskusjon

OPPSUMMERING AV RESULTATER

De fleste deltakerne hadde ryggglidelse som hoveddiagnose og generelt lav sosioøkonomisk status. I APB-gruppen var lavere alder, lavere arbeidsrelatert bevegelsesfrykt, og høyere tro på egen bedring assosiert med en økende sannsynlighet for å komme delvis eller fullt tilbake i arbeid i løpet av de første seks måneder med oppfølging. Lavere arbeidsrelatert bevegelsesfrykt og det å i økende grad være tilbake i arbeid

ved M6 var assosiert med økende arbeidsdeltakelse ett år etter oppstart. Det var ingen signifikant forskjell mellom APB-gruppen og de som fikk ordinær ARR i arbeidsstatus ett år etter ankomst til Hernes Institutt, men det var en noe høyere andel i APB-gruppen som var kommet tilbake i arbeid etter ett år (51 prosent) sammenlignet med dem som fikk ordinær ARR (35 prosent).

BETYDNINGEN AV ARBEIDSPASSBESØK SAMMENLIGNET MED ORDINÆR REHABILITERING

Innføringen av APB som en del av den ergoterapeutiske delen av ARR på Hernes Institutt ble gjort med mål om å øke deltakelse i arbeidslivet og hverdagsmestring for denne pasientgruppen. Å inkludere arbeidssted og arbeidsrelaterte faktorer når hensikten er å få til arbeidsdeltakelse er vist å være viktig for å komme raskere tilbake i arbeid (Cullen et al., 2017; van Vilsteren et al., 2015). En studie fra Nederland viste at APB økte sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid ved seks måneders oppfølging (Beemster et al., 2020). Designet på vår studie gjør at vi ikke kan konkludere med hvorvidt

	Estimate (b)	95% KI	
		nedre	øvre
Arbeidsrelatert bevegelsesfrykt	-0.17*	-0.31	-0.03
Kontroll	0.09	-0.34	0.52
Tro på egen bedring	2.40	-0.37	5.18
Arbeidsstatus ved 6 måneder	2.28*	0.10	4.47

Tabell 3. Sammenhenger mellom utvalgte arbeidsrelaterte psykologiske variabler og arbeidsstatus etter ett år (n= 32).

*p<0.05, Konfidensintervall (KI), Estimate (b), ordinal regresjon analyse.

NB: Arbeidsstatus er operasjonalisert i tre nivåer: ikke i jobb, delvis/gradert i jobb, i full jobb.

APB øker sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid, og det var heller ikke noen signifikante forskjeller i andelen som var tilbake i arbeid etter ett år i APB-gruppen sammenlignet med de som fikk ordinær ARR. Dette er i tråd med en nylig gjennomført studie fra Hysnes Helsefort hvor ARR med arbeidsplassintervensjon ikke viste effekt på tilbakekomst i arbeid (Skagseth et al., 2020).

Det er likevel grunn til å merke seg at kun en tredjedel i den ordinære ARR-gruppen i vår studie kom tilbake i arbeid, mens halvparten av dem som deltok i APB var tilbake i arbeid etter ett år. For deltakerne totalt, var det bare 43 prosent som var tilbake i arbeid etter ett år. I en studie av Øyeflatten et al. (2008) ble det funnet at hele 70 prosent var i jobb ett år etter endt ARR på Rehabiliteringssentret AIR. En av grunnene til den lave andelen ved Hernes Institutt som kommer tilbake i arbeid kan være den sosiodemografiske profilen på pasientene. Det er tidligere vist at pasienter på Hernes Institutt generelt har lavere utdannelse og inntekt, flere har tyngre og manuelle jobber, lavere arbeidsevne og mer langvarige muskel- og skjelettplager enn pasienter på andre ARR institusjoner (Strupstad, 2011). Disse faktorene er funnet å

gi dårlig prognose for å komme tilbake i arbeid (Bruusgaard et al., 2010; Falkstedt et al., 2014).

FAKTORER ASSOSIERT MED DET Å KOMME TILBAKE TIL JOBB

Hovedformålet med denne studien var å undersøke hvilke faktorer som var forbundet med det å komme tilbake til jobb hos deltakerne som fikk APB i tillegg til ordinær ARR etter seks og 12 måneder. Vi fant at lavere alder, redusert arbeidsrelatert bevegelsesfrykt, samt økende tro på egen bedring var assosiert med økende grad av arbeidsstatus ved 6M. Dette kan tyde på at deltakernes subjektive oppfatning av framtidig arbeidsevne er sentralt i rehabiliteringsprosessen. Det å ha en tett kontakt med arbeidsstedet og oppleve tilrettelegging for å komme tilbake til jobb, er tidligere vist å ha positiv påvirkning på vurderingen den enkelte har av sin egen arbeidsevne (Braathen et al. 2015). Tidligere studier har vist at spesielt høy arbeidsrelatert bevegelsesfrykt kan føre til at arbeidstakere er skeptiske til egen arbeidsevne eller har problemer med å komme tilbake i arbeid (Gatchel et al., 2016; Vowles & Gross, 2003). Særlig arbeidere med fysisk tunge jobber, slik som deltakerne i denne studien,

er i høyere grad engstelige for å skade seg på nytt og oppleve forverring av smerter (Shaw et al., 2013). Redusert arbeidsrelatert bevegelsesfrykt er også vist å gi bedre funksjon og bevegelse, gi økt aktivitetsmengde og kan være assosiert med økte muligheter for å bli stående i arbeid eller komme tilbake i arbeid (Escorpizo et al., 2011; Geisser et al., 2003), og funnene i denne studien både ved seks og 12 måneder stemmer overens med dette. Å redusere arbeidsrelatert bevegelsesfrykt er derfor viktig, og dette er noe APB ser ut til å kunne bidra til.

Tro på egen bedring var også viktig for arbeidsstatus etter seks måneder, og dette er også vist i andre studier (Hallegraeff et al., 2012; Ness et al., 2014; Opsahl et al., 2016). En viktig arena er arbeidsplassen og deltakelse i arbeidslivet kan bidra positivt i en bedringsprosess (Schafft, 2008). Funnene i vår studie indikerer at APB kan være med på å bidra til at arbeidsgiver og kolleger kommuniserer sin tro med en positiv innvirkning på resultatet om å vende tilbake i arbeid, og at dette igjen påvirker den sykemeldtes tro på bedring og muligheter for å returnere til arbeid.

Krav-kontroll modellen (Karasek & Theorell, 1990) har hatt en framtrekkende plass i forskningen på sykefravær. Ifølge denne modellen vil en arbeidssituasjon der man opplever høye krav og samtidig lav kontroll kunne føre til stressbelastning over tid, som igjen kan føre til sykdom og plager som for eksempel muskel- og skjelettplager og sykefravær (Christensen & Knardahl, 2012; Christensen et al., 2018; Karasek & Theorell, 1990). Det var derfor et noe uventet funn at disse variablene ikke var signifi-

kant assosiert med det å komme tilbake i arbeid verken ved seks eller 12 måneder i vår studie. Men flere studier har etter hvert vist at denne modellen blir noe for snever, og at det er andre psykososiale faktorer som kanskje påvirker muskel- og skjelettplager og sykefravær i større grad (Christensen et al., 2018; Aagestad et al., 2014). Denne studien underbygger dette. Det kan se ut som at faktorer som er knyttet til opplevelse av egen kropp og funksjon, slik som bevegelsesfrykt og tro på egen bedring, er viktige for å komme tilbake i arbeid.

STYRKER OG BEGRENSNINGER (SVAKHETER) VED STUDIEN

En styrke ved denne studien er at det ble benyttet et prospektivt design hvor deltakere i ARR fulgte opp over tid. Bruk av valider-te teoribaserte instrumenter er også en styrke. Denne studien har imidlertid flere svakheter som også må vurderes. Først og fremst var utvalget lite. Dette kan øke risikoen for type II feil, og at eventuelle statistiske sammenhenger ikke blir oppdaget. Det lave antall deltakere begrenser generaliserbarheten til andre ARR populasjoner. En annen svakhet er at designet ikke gir mulighet til å undersøke om APB hadde effekt på tilbakegang til arbeid, da det ikke ble gjennomført noen randomisering av deltakere til de to ulike gruppene. Det kan være grunn til å anta at deltakerne i APB-gruppen i utgangspunktet hadde høyere motivasjon eller forventning om å komme tilbake i arbeid, noe som kan ha påvirket resultatene (Beemster et al., 2020; Dekkers-Sánchez et al., 2013). Videre så fikk ikke gruppen med ordinær ARR noen oppfølging etter endt opphold, og det

er derfor ikke mulig å si hvorvidt det var innholdet i APB eller selve den forlengede oppfølgingen som gjorde at flere kom tilbake i arbeid i denne gruppen. Studien er basert på selvrapporing, noe som kan være en begrensende faktor blant annet fordi det kan oppstå unøyaktigheter når det stilles spørsmål tilbake i tid (Hasan, 2005). Muligheten for «re-call bias» kan dermed ikke utelukkes.

Førsteforfatteren i denne studien hadde en dobbeltrolle som forsker og behandler. De etiske sidene ved dette er gjort rede for tidligere i artikkelen. Førsteforfatterens kunnskap og tilknytning til Hernes Institutt var betydningsfull og nødvendig for å utforme og gjennomføre APB og studien som helhet. Dette utgjør samtidig en utfordring når det gjelder studiens validitet fordi forforståelse kan føre til at resultatene fortolkes i en bestemt retning. I denne studien deltok også to andre forskere som ikke har noen formell tilknytning til Hernes Institutt og det ble benyttet standardiserte spørreskjema for å redusere muligheten for fortolkning av informasjon.

PRAKTISKE IMPLIKASJONER AV STUDIEN

Denne studien vil kunne bidra til å øke ergoterapeuters kunnskap om APB som virkemiddel i ARR. Studien identifiserer viktige faktorer som kan bidra til å identifisere arbeidstakere som har større utfordringer med å komme tilbake til arbeidsdeltakelse, og den viser at å fremme tro på egen bedring samt å redusere arbeidsrelatert bevegelsesfrykt er viktige faktorer for en vellykket arbeidsrettet rehabilitering. Det er derfor viktig at ARR generelt og APB spesielt har et fokus på disse faktorene. For ergoterapeuter som jobber med

ARR vil det være vesentlig å kunne bidra til å tilrettelegge arbeidsomgivelser og oppgaver, samt veilede arbeidstakeren for igjen å kunne gjenoppta deltakelse i arbeidslivet og oppleve hverdagsmestring gjennom arbeidsdeltakelse i samarbeid med arbeidsgiver.

Etterord

Førsteforfatter har en stilling på Hernes Institutt, utover dette er det ingen interessekonflikter. Stor takk til alle deltakerne som har bidratt i studien.

Referanser

- Andersson, H. I. (2004). The course of non-malignant chronic pain: a 12-year follow-up of a cohort from the general population. *European Journal of Pain*, 8(1), 47-53. [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(03\)00064-8](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(03)00064-8)
- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P. M., de Vet, C. W., Knol, D. L., Loisel, P. & van Mechelen, W. (2007). Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine*, 32(3), 291-298. <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000253604.90039.ad>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Beemster, T. T., van Bennekom, C. A. M., van Velzen, J. M., Frings-Dresen, H. W. & Reneman, M. F. (2020). Vocational Rehabilitation with or without Work Module for Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Sick Leave from Work: Longitudinal Impact on Work Participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 72-83. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09893-z>
- Bruusgaard, D. & Claussen, B. (2010). Ulike typer sykefravær. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 130(18), 1834-1836. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0541>
- Bruusgaard, D., Smeby, L. & Clausen, B. (2010). Education and

- disability pension: a stronger association than previously found. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(7), 686-690. <https://doi.org/10.1177/1403494810378916>
- Braathen, T. N., Eftedal, M., Tellnes, G. & Haugli, L. (2015). Work inclusion: self-perceived change in work ability among persons in occupational rehabilitation. *Vulnerable Groups & Inclusion*, 6, 1-25. <https://doi.org/10.3402/vgi.v6.26624>
- Christensen, J. O. & Knardahl, S. (2012). Work and back pain: a prospective study of psychological, social and mechanical predictors of back pain severity. *European Journal of Pain*, 16(6), 921-933. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2011.00091.x>
- Christensen, J. O., Nielsen, M. B., Finne, L. B. & Knardahl, S. (2018). Comprehensive profiles of psychological and social work factors as predictors of site-specific and multi-site pain. *Scandinavian Journal of Work Environ & Health*, 44(3). <https://doi.org/10.5271/sjweh.3706>
- Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D. & Amick, B. C. (2017). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 1-15 <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>
- Dekkers-Sánchez, P., Wind, H., Sluiter, J. & Frings-Dresen, M. W. (2013). What factors are most relevant to the assessment of work ability of employees on long-term sick leave? The physicians' perspective. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86 (5), 509-518. <https://doi.org/10.1007/s00420-012-0783-3>
- Escorpizo, R., Reneman, M. F., Ekholm, J., Fritz, J., Krupa, T., Marnetoft, S.-U., Maroun, C. E., Guzman, J. R., Suzuki, Y. & Stucki, G. (2011). A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 126-133. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9292-6>
- Falkstedt, D., Backhans, M., Lundin, A. & Allebeck, P. (2014). Do working conditions explain the increased risks of disability pension among men and women with low education? A follow-up of Swedish cohorts. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 50(5), 483-492. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3441>
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S. & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 607-631. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8038-8>
- Garson, G. D. (2013). Generalized Linear Models & Generalized Estimating Equations 2013. I Statistical Associates Blue Book Series (s. 26). Statistical Associates Publishers. Kindle Edition.
- Garson, G. D. (2014). *Ordinal Regression*. Statistical Publishing Associate.
- Gatchel, R. J., Neblett, R., Kishino, N. & Ray, C. T. (2016). Fear-avoidance beliefs and chronic pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 46(2), 38-43.
- Geisser, M., Robinson, M., Miller, Q. & Bade, S. (2003). Psychosocial Factors and Functional Capacity Evaluation Among Persons with Chronic Pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(4), 259-276. <https://doi.org/10.1023/A:1026272721813>
- Gismervik, S., Aasdahl, L., Vasseljen, O., Fors, E., Rise, M., Johnsen, R., Hara, K. W., Jacobsen, H., Pape, K., Fleten, N., Jensen, C. & Fimland, M. (2020). Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scand Journal of Work, Environment & Health*, 46(4), 364-372. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3882>
- Gjesdal, S., Holmaas, T. H., Monstad, K. & Hetlevik, Ø. (2018). New episodes of musculoskeletal conditions among employed people in Norway, sickness certification and return to work: a multiregister-based cohort study from primary care. *BMJ Open*, 8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017543>
- Grotle, M., Brox, J. I. & Vøllestad, N. K. (2006). Reliability, validity and responsiveness of the fear-avoidance beliefs questionnaire: methodological aspects of the Norwegian version. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(6), 346-353. <https://doi.org/10.1080/16501970600722403>
- Hallegraeff, J. M., Krijnen, W. P., van der Schans, C. P. & de Greef, M. H. G. (2012). Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 58(3), 165-172. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70107-8](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70107-8)
- Hanvold, T. N., Kristensen, P., Corbett, K., Hasting, R. L. & Mehlum, I. S. (2020). Long-term sickness absence among young and middle-aged workers in Norway: the impact of a population-level intervention. *BMC Public Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09205-3>
- Hassan, E. (2005). Recall Bias can be a Threat to Retrospective and Prospective Research Designs. *The Internet Journal of Epidemiology*, 3, 1-7. <http://print.ispub.com/api/0/ispub-article/1360>
- Haugen, K. (2016). *Arbeidsrettet rehabilitering med arbeidsplassbesøk på Hernes Institutt: hva kjennetegner deltagerne og hvilke faktorer predikerer arbeidsdeltakelse etter et år* [Masteroppgave]. Høgskolen i Hedmark.
- Haugen, K., Strupstad, J. H., Kristoffersen, O. J., Teige, H. N., Lillefjell, M. & Ihlebaek, C. M. (2012). *Har oppfølging på arbeidsplass betydning for tilbakeføring i jobb? -En skreddersydd samtidighet i praksis* <https://hernes-institutt.no/wp-content/uploads/2013/11/Oppf%C3%B8lgning-p%C3%A5-arbeidsplass-tilbakefoering-i-jobb.pdf>
- Ihlebaek, C. M., Brage, S., Natvig, B. & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 130(23), 2365-2368. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0802>
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books. <https://doi.org/10.1002/npr.4040090411>
- Karjalainen, K., Malmivaara, A., van Tulder, M., Roine, R., Jauhiainen, M., Hurri, H. & Koes, B. (2003). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. *Cochrane*

- Database Systematic Review, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002193>
- Mehlum, I. S. (2011). Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskrift for den Norsk Legeforening*, 2(131), 122-125. <https://doi.org/10.4045/tids-skr.10.0665>
- Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. (2020). *Veileder i arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. arbeidoghelse.no. <https://arbeidoghelse.no/wp-content/uploads/2020/05/Veileder-ARR.pdf>
- Ness, O., Borg, M. & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: A literature review of first person perspectives. *Emerald Group Publishing Limited*, 7(3), 107-111. <https://doi.org/10.1108/ADD-02-2014-0007>
- Norsk Ergoterapeutforbund. (2017). *Arbeidsdeltakelse. Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om arbeidsdeltakelse*. <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/3-Ut%c3%b8velse%20av%20ergoterapi/31-Fagomr%c3%a5der/316-Arbeidshelse/Politisk%20dokument%20arbeidsdeltakelse.pdf?originalPath=aHR0cHM6Ly9lcm-dvdGVyYXBldXRlbnUuc2hhcmVw-b2ludC5jb20vOml6L2cvRVZHUGt-NczlxWFpDaG52UVJ0ODNpQVFCV-VltZFNVW0o4UjdPajBJdG9xZGxnQ-T9ydGltZT1Fb1N2Uk9NbDJBVZw>
- Opsahl, J., Eriksen, H. R. & Tveito, T. H. (2016). Do expectancies of return to work and Job satisfaction predict actual return to work in workers with long lasting LBP? *Musculoskeletal Disord*, Nov 17(1), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1314-2>
- Reneman, M. F., Beemster, T. T., Welling, S. J., J.O. M. & Dijk, H. H. (2020). Vocational Rehabilitation for Patients with Chronic Musculoskeletal Pain With or Without a Work Module: An Economic Evaluation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31, 84-91. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09921-y>
- Sanne, B., Torp, S., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2005). The Swedish Demand-Control-Support Questionnaire (DCSQ): factor structure, item analyses, and internal consistency in a large population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(3), 166-174. <https://doi.org/10.1080/14034940410019217>
- Schafft, A. (2008). *Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia: En kunnskapsstatus* (AFI rapport 4/2008). Arbeidsforskningsinstituttet. <https://www.napha.no/content/14300/psykiske-lidelser-og-arbeidsintegrering-i-skandinavia>
- Shaw, W. S., Kristman, V. L. & Vézina, N. (2013). Workplace issues. I P. Loisel & J. R. Anema (Red.), *Handbook of work disability: Preventing and Management* (s. 163-182). Springer. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-6214-9_11#page-1
- Skagseth, M., Fimland, M. S., Rise, M. B., Johnsen, R., Borchgrevink, P. C. & Aasdahl, L. (2020). Effectiveness of adding a workplace intervention to an inpatient multimodal occupational rehabilitation program: Arandomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 1-8. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3873>
- Statistisk Sentralbyrå. (2021a). *Sykefravær*. Hentet 04. Juni 2021 fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12439/tableViewLayout1/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2021b). *Uføretrygd*. Hentet 03. Juni 2021 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/uforeaar>
- Strupstad, J. H. (2011). Arbeidsrettet rehabilitering i Norge. *Utposten*, 3, 26-32. <https://www.utposten.no/asset/2011/2011-03-26-32.pdf>
- van Vilsteren, M., van Oostrom, S. H., de Vet, H. C. W., Franche, R.-L., Boot, C. R. L. & Anema, J. R. (2015). Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-77. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub3>
- Vlaeyenab, V. W. S. & Lintonc, J. L. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Vowles, K. E. & Gross, R. T. (2003). Work-related beliefs about injury and physical capability for work in individuals with chronic pain. *Pain*, 101(3), 291-298. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(02\)00337-8](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(02)00337-8)
- Waddell, G., Newton, M., Henderson, I., Somerville, D. & Main, C. J. (1993). A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52(2), 157-168. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90127-B](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90127-B)
- World Medical Association. (2018). *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. Hentet 02.06.21 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Øyeflaten, I., Hysing, M. & Eriksen, H. (2008). Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 548-554. <https://doi.org/10.2340/16501977-0202>
- Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M. & Eriksen, H. R. (2014). Prognostic factors for return to work, sickness benefits, and transitions between these states: a 4-year follow-up after work-related rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 199-212. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9466-5>
- Øyeflaten, I., Opsahl, J., Eriksen, H. R., Braathen, T. N., Lie, S. A., Brage, S. & C.M. I. (2016). Subjective health complaints, functional ability, fear avoidance beliefs, and days on sickness benefits after work rehabilitation – a mediation model. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12891-016-1084-x>
- Aagestad, C., Johannessen, H. A., Tynes, T., Gravseth, H. M. & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway *Journal of Occupational Environmental Medicine*, Aug;56 (8), 787-793. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000212>
- Aas, R. W. (2007). *EVA- Ergonomi v2: Et verktøy for ergonomisk arbeidsplassvurdering*. <https://www.yumpu.com/no/document/view/3509187/eva-ergonomi-v2rtf/5>
- Aas, R. W., Strupstad, J. H., Solberg, A., Kiær, E., Ellingsen, K. L. & Teige, H. N. (2011). *Beste praksis i oppfølgingen av sykemeldte med muskel- og skjelettplager (Rapport IRIS 2011/056)*. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2632069>

HJELPEMIDDEL S Ø R / Ø S T MESSEN

Vi har gleden av å invitere til
hjelpemiddelmesse i:

Sørlandshallen, Kristiansand

tirsdag 3. mai 2022, kl 10:00-15:00

Skien Fritidspark, Skien

onsdag 4. mai 2022, kl 10:00-15:00

Drammenshallen, Drammen

torsdag 5. mai 2022, kl 10:00-15:00

Valhall Arena, Oslo

mandag 9. mai 2022, kl 10:00-15:00

Kongstenhallen, Fredrikstad

tirsdag 10. mai 2022, kl 10:00-15:00

Her får du nyttig informasjon om et
stort utvalg av tekniske hjelpemidler

Enkel servering

Gratis adgang

Velkommen til en innholdsrik dag!

Hilsen
Hjelpemiddelleverandørene



NAVN:
Linda Stigen
STILLING:
Førsteamanuensis ved NTNU
Gjøvik og førsteamanuensis
II ved HVL

Av Else Merete Thyness

Forsker på kommuneergoterapeuters praksis

– Hvem er Linda Stigen?

– Jeg er stort sett en blid, men av og til litt irriterende, bergenser som forvillet meg over fjellet for 21 år siden. Da trodde jeg at jeg skulle skaffe meg erfaring og kompetanse nok til å få jobb på det som da het Nordåstunet når jeg skulle komme tilbake etter et par år. Sånn gikk det ikke...

Jeg jobbet i stedet i tolv år med rehabilitering av personer med ervervet hjerneskade innenfor spesialisthelsetjenesten her på Østlandet, men kjente meg dratt mot kommunehelsetjenesten i 2012 da Samhandlingsreformen ble initiert. Jeg ble ansatt i bydel Bjerke i Oslo kommune og fikk meg noen erfaringer der som gjorde at da jeg fikk muligheten til å starte i en stipendiatstilling ved Høgskolen i Gjøvik i 2013, var det naturlig at temaet ble kommuneergoterapeuters praksis. Tema for min doktorgradsavhandling ble derfor kommuneergoterapeuters praksis knyttet til kartlegging av personer med kognitiv svikt. Jeg startet der med å gjøre en spørreundersøkelse som tok

for seg metoder og redskaper de benyttet i kartleggingsprosessen og årsakene til hvorfor de benyttet det de gjorde. Jeg fortsatte deretter med en del intervjuer, både individuelle og i fokusgrupper, med ergoterapeuter som jobbet i kommunen. Utfordringer de beskrev, handlet mye om en opplevd mangel på kompetanse og mulighet til å kunne jobbe med aktivitet og deltakelse knyttet til mennesker med kognitive utfordringer.

Jeg disputerte i 2018 og jobber nå som Førsteamanuensis tilknyttet ergoterapiutdanningen ved NTNU i Gjøvik, men har også i vinter startet i en bistilling tilknyttet ergoterapiutdanningen ved Høgskolen Vestlandet. Nå gleder jeg meg til å få tilfredsstilt Bergen-savnet jeg har kjent på i mange år.

– Hva forsker du på?

– Jeg er involvert i ulike forskningsprosjekter, men hovedvekten er relatert til kommunehelsetjenester og til ergoterapifaget. Kommunehelsetjenestene står

foran noen utfordringer i årene som kommer. Vi vet at folk lever lenger både med og uten ulike funksjonsnedsettelse. Vi vet også at å fortsette å tilby de samme helsetjenestene som vi har gjort i mange år er lite bærekraftig. Det er derfor viktig at vi tenker nytt rundt sammensetningen av personalet i de kommunale tjenestene, og at vi klarer å utnytte kompetansen til de ulike faggruppene på en god måte. I mye av forskningen jeg har vært involvert i, har vi fått dokumentert fra ergoterapeuter selv at de opplever at de ikke blir brukt godt nok. I mange kommuner blir de kun brukt til å bestille hjelpemidler som andre faggrupper mener er nødvendig, for ulike brukerne. Ergoterapeutene selv etterlyser fokus på kompetanseutvikling og muligheten til å kunne jobbe på aktivitet- og deltakelsesnivå og ikke bare på omgivelsesnivå.

Vi har imidlertid også funnet mange gode eksempler fra ulike kommuner hvor ergoterapeuter beskriver at de får brukt kompetansen sin på en god måte og er

med på innovasjon og utviklingsprosjekter. Men hovedvekten av ergoterapeutene i kommunene opplever nok at de fremdeles jobber på en noe tradisjonell måte med implementering og tilpasning av hjelpemidler. Ikke misforstå, hjelpemidler og endring av omgivelser kan være viktig for veldig mange brukere, og vi skal definitivt fortsette med det. Samtidig må vi se det mer i sammenheng med aktivitet og deltakelse, enn slik det beskrives i mange studier. Jeg ønsker å bidra til å sette søkelyset på denne problemstillingen og kunne bidra til en kompetanseutvikling ute i praksisfeltet. Nå i vår skal vi blant annet gjennomføre en stor nasjonal spørreundersøkelse blant kommuneergoterapeuter hvor vi ønsker å få belyst dette og mange andre aspekter ved kommunal praksis. Jeg håper at så mange som mulig tar seg tid til å hjelpe oss med å generere mer kunnskap rundt praksis gjennom å delta i denne.

– Hvilken forskningsartikkel er den beste du har lest og hvorfor?

– Jeg synes det er veldig vanskelig å skulle trekke fram bare en forskningsartikkel som den beste jeg har lest fordi det er så mye bra og viktig som publiseres – hele tiden. Samtidig så må jeg jo si at jeg er veldig fascinert av litteratur som tør å ta et kritisk perspektiv på faget vårt. Jeg tiltrekkes av folk som stiller litt vanskelige spørsmål og utfordrer oss, spesielt knyttet til de teoretiske perspektivene som har dominert faget vårt i alle år. Jeg får litt klaustrofobi når ting skal settes i bås. Når jeg blir møtt med at «sånn er det bare», så kommer den litt irriterende siden min fram, og da får jeg lyst til å pirke litt

borti ting. På samme måte som praksisen vår utvikles, tenker jeg at de teoretiske fundamentene våre også må utvikles. Jeg er veldig inspirert av noen av disse stemmene som tør å kritisere hvordan teoriutviklingen vår, som har vært dominert av vestlige, middelaldrende anglofile, hvite kvinner, liksom skal være universale. Hovedvekten av verdens befolkning er jo slett ikke det, og bor heller ikke i vesten! Karen Hammel for eksempel, har vært veldig tydelig på dette i mange år. Jeg tenker også at Anne Fishers siste bok og hennes tidligere arbeider rundt det med autentisk ergoterapi, er veldig spennende å gå litt inn i. Det å stille litt spørsmål rundt mye av det som ergoterapeuter bruker tiden sin på synes jeg er interessant, og jeg skulle ønske vi kunne få til en faglig diskusjon rundt temaet «hva er egentlig ergoterapi?» i 2022 og framover. Er det automatikk i at alt som gjøres av ergoterapeuter er ergoterapi?

– Hva mener du vi trenger mer forskning om innen ergoterapi?

– Jeg tenker vi trenger mer forskning på nettopp dette med autentisk ergoterapi og dokumentasjon rundt hvorvidt intervensjonene vi igangsetter har en verdi og er effektive for våre brukere. Vi må bli litt tryggere på at aktivitetsperspektivet er kjernen i det vi ergoterapeuter engasjerer oss i. Jeg tenker at vi må bli flinke til å designe intervensjonsstudier som passer inn i praksisfeltene hvor ergoterapeutene jobber. En utfordring er ofte gapet mellom forskning og praksis, og at forskere sitter på sine kontorer og designer prosjekter litt langt fra praksis. Da blir det i mange

tilfeller vanskelig å få engasjert praksisfelt til både å delta i prosjekter, men også kanskje til å implementere forskningsresultatene i etterkant. Jeg tenker også at vi trenger mer forskning på brukeres erfaringer med å delta i intervensjonsstudier, slik at vi i neste runde igjen kan designe studier med utgangspunkt disse erfaringene.

Avslutningsvis så ønsker jeg meg mer forskning på ergoterapeutiske intervensjoner i ulike kulturelle kontekster, både i Norge, så vel som i andre deler av verden.

Så jeg har vel egentlig nok å gjøre i årene som kommer!

Referanser:

1. Fisher, A. G. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scand J Occup Ther.* 2013;20(3)
2. Hammel, K. W (2018) Considering the possibility of globally relevant occupational therapy. *Ergoterapeuten* 2018 (4)
3. Hammel, K. W. *Engagement i Living: Critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing.* Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2020



Hovedvekten av verdens befolkning er ikke hvite, middelaldrende kvinner som bor i Vesten.

Forsker på sykehusansattes arbeidsforhold og helse

Samfunnet er i endring, og helsevesenet må stadig fornye seg for å møte utfordringene med en varslet eldrebølge og større krav til digitale verktøy. Hvordan påvirker disse endringer de sykehusansattes egen helse og arbeidshverdag?

Av Hanne Strypet



Hanne Strypet er kommunikasjonsrådgiver ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.

Forskningsprosjektet STUNTH (St. Olavsundersøkelsen – ny teknologi og helse) inviterer alle St. Olavs-ansatte, deriblant alle ansatte ergoterapeuter, til stort forskningsprosjekt for å finne svar på dette.

Denne høsten har over 10 000 ansatte ved St. Olavs hospital HF fått invitasjon til å bli med i studien og et spørreskjema om eget arbeid og helse.

Utover vinteren og våren blir alle ansatte invitert til STUNTHs feltstasjon, som flytter seg rundt på sykehuset. Her får de ansatte blant annet påmontert to aktivitetssensorer, en på ryggen og en på låret, som skal brukes i én uke. De brukes til å måle personens daglige aktivitet i jobb og fritid, og hvor mye de sover. I tillegg blir det bedt om å registrere sin arbeidstid og opplevelse av arbeidsbelastning.



Ledelsen i prosjektet: Signe Lohmann-Lafrenz, Ellen Marie Bardal og Sigmund Østgård Gismervik. Foto: Geir Otto Johansen/St. Olav.

HELSEPLATTFORMEN OG ELDRBØLGE

I første omgang skal forskningsprosjektet se på hvordan innføringen av Helseplattformen påvirker ansatte, med målinger før og etter innføringen av den nye journalløsningen.

– Helseplattformen vil over kort tid endre veldig mange arbeidsprosesser og rutiner i sykehuset, og er derfor blitt kalt helse-Norges største innovasjonsprosjekt noensinne. Vi ønsker blant annet å se på hvordan en så stor digital omstilling vil påvirke ansattes helse og arbeidshverdag, sier prosjektleder Sigmund Østgård Gismervik.

Forskningsprosjektet dreier deretter over mot langtidsfølgene

av den varslede eldrebølgen med oppfølgingsstudier som går over de neste ti årene.

– I år 2030 vil Norge for første gang ha flere innbyggere over 65 år enn de under 20 år. I tillegg til økt belastning på spesialisthelsetjenesten på grunn av flere syke eldre, kan det bli knapphet på kompetent arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker å se på hvordan dette påvirker ansattes helse og arbeidshverdag, og hvordan vi best kan forebygge og ta vare på ansattes helse etter 2030, sier Gismervik.

FOREBYGGE SØVN- OG HELSEPLAGER

Svarene fra STUNTH-prosjektet vil gi ny og unik innsikt i arbeids-

hverdagen og helsen til sykehusansatte.

– Resultatene fra forskningen vil blant annet danne et grunnlag for å kunne jobbe kunnskapsbasert med å forebygge arbeidsrelaterte plager, sykefravær og frafall fra arbeidslivet for ansatte i sykehus i perioder med digital endring. Dette kan bidra til å bedre kvaliteten pasientbehandlingen ved å fremme helsen til ansatte, sier assisterende prosjektleder Signe Lohmann-Lafrenz.

Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom FoU-enheten for helse og arbeid i Midt-Norge, Arbeidsmedisinsk avdeling ved St. Olavs hospital og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU.



Forskningsassistent Stine Øverengen Trollebø fester en aktivitetsmåler på låret til assisterende prosjektleder Signe Lohmann-Lafrenz ved feltstasjonen. Foto: Hanne Strypet/NTNU.

Stortinget fikk fint besøk

I november i fjor ble Jane Helen Sveen og Veronica Karlsen Sagstuen fra Ergoterapeutene Innlandet invitert til Stortinget av stortingsrepresentantene Anna Molberg og Kari-Anne Jønnes fra Høyre. – Regionstyret sendte e-post til alle representantene i vårt fylke og gratulerte med valget. Det resulterte i en invitasjon, sier Sveen.

Av Else Merete Thyness



Veronica Karlsen Sagstuen, Kari-Anne Jønnes, Jane Helen Sveen og Anna Molberg.

1 8. november 2021 ble Jane Helen Sveen og Veronica Karlsen Sagstuen tatt imot på Stortinget av Anna Molberg og Kari-Anne Jønnes. Først ble de vist rundt, deretter gjennomførte de et møte. Her presenterte Sveen og Karlsen Sagstuen ergoterapeuters kjernekompetanse og hvordan de bidrar til en bærekraftig helsetjeneste. Begge er enige om at møtet utviklet seg godt, og at de hadde en fin dialog.

– Tiden fløy, og innen vi var ferdige hadde vi vært innom hvordan ergoterapeuter kan bidra innen rehabilitering, habilitering, rus og psykiatri, tidlig innsats for barn og unge, arbeidshelse, et inkluderende samfunn og palliasjon. Det eneste vi ikke snakket om var hjelpemidler, smiler Sveen.

– De virket veldig interesserte og ville gjerne fortsette dialogen senere om hvordan ergoterapeuter kan være en del av løsningen når det gjelder samfunnets helseutfordringer. De foreslo også at vi kunne dele den samme informasjonen som de hadde fått, med flere politikere, sier Karlsen Sagstuen.

NYE MØTER

Den gode ideen ble fulgt opp allerede 6. januar i år. Da inviterte Høyre Innlandet til Teams-møte. Cirka 20 medlemmer deltok, og denne gangen hadde Sveen og Karlsen Sagstuen forberedt en Powerpoint som la grunnlaget for interessante diskusjoner.

– Vi fikk flere gode spørsmål. Noen var aktive i kommunepolitikken, og de ville spesifikt vite hvordan ergoterapeuter kan benyttes i kommunene, forteller Karlsen Sagstuen.

I mellomtiden hadde også Arbeiderpartiet Innlandet respondert på gratulasjonsmailen fra Ergoterapeutene Innlandet. 13. januar inviterte stor-



Veronica Karlsen Sagstuen (til venstre) og Jane Helen Sveen utenfor Stortinget.

tingsrepresentantene til et Teams-møte. De ønsket en presentasjon av ergoterapeuters bidrag til en bærekraftig utvikling av helsetjenestene.

– Vi satte oss godt inn i Hurdalsplattformen og vinklet våre bidrag mot deres hjertesaker. Blant annet la vi vekt på tidlig innsats slik at flere unge skal komme seg inn i arbeidslivet, og vi snakket om kartlegging og tilrettelegging av arbeidsplassen som et praktisk tiltak, for å få dette til, sier Sveen.

De avsluttet møtene med å fremsnakke tverrfaglighet.

– Vi er avhengige av alle yrkesgruppene. Løsningen er ikke å flytte midler fra andre over til oss. Det må opprettes nye stillinger, sier Karlsen Sagstuen til slutt.

SVAR TIL DEBATTINNLEGG I ERGOTERAPEUTEN 4-2021

Vi trenger ergoterapeuter på systemnivå

Ergoterapeuter på systemnivå sikrer aktivitet og deltakelse i tjenestene og til befolkningen.

Av Hilde Ståhlbrand



Hilde Ståhlbrand er ergoterapeut og saksbehandler i Forvaltning og hjemmetjenester.

Dette er et svar til Tone Torgersens debattinnlegg i Ergoterapeuten nummer 4 2021. I innlegget beskriver hun blant annet sin egen stilling som er organisert på stabsnivå og forteller at den innebærer lite eller ingen pasientkontakt. En kjerneoppgave for hennes virke er pasient- og pårørendeopplæring. Her tilrettelegges det for at den kan foregå i klinikken, hun underviser ikke selv.

Torgersen spør blant annet om stillinger bør lyses ut med spesifikke ønsker og krav til kompetanse og utdanning framfor for eksempel den mer åpne miljøterapeut-betegnelsen. Hun åpner også opp en diskusjon om hvorvidt det kan forsvares å inneha en stilling i stabsfunksjon i lys av aktivitetsperspektivet.

For å ta det siste først. Vanner det ut faget når ergoterapeuter blir ansatt på systemnivå?

Jeg mener at det ikke gjør det, tvert imot. Jeg tenker at skal ergoterapeuter fremme mer aktivitet og deltakelse i samfunnet,

så må vi arbeide på alle nivåer innenfor helsesystemet og gjerne utenfor også. I hjemmesykepleien i Oslo har vi nå i et mestringsfokus. Det er viktig å se på hva brukere klarer selv og at ikke helsearbeiderne tar over det de selv kan klare. Dette fokuset kom etter at vi fikk en ergoterapeut som rådgiver for helsebyråden.

Som saksbehandler ved et bestillerkontor i Oslo, fremmer jeg aktivitet og deltakelse hos flere brukere nå, enn da jeg jobbet som bydelsergoterapeut. Nå jobber jeg for alle brukerne i hjemmetjenesten, selv om jeg ikke fysisk møter dem. Dette fordi jeg både deltar på tverrfaglige møter, og fordi jeg har direkte møter med enkeltansatte. I alle disse knutepunktene fremmer jeg aktivitet og deltakelse ute hos brukerne ved å fremme min kjernekompetanse.

Jeg mener videre det er viktig at vi har åpne stillingsannonser, som gir flere yrkesgrupper mulighet til å søke stillinger på systemnivå. Dette er en unik måte å fremme aktivitetsperspektivet oppover i systemet. Jeg er overbevist om at den kommunen som har en ergoterapeut som ordfører får et større fokus på aktivitet og

deltakelse, og at dette blir en av de underliggende verdiene i det politiske arbeidet, selv om det ikke nødvendigvis er synlig for alle og enhver. Det samme gjelder for ergoterapeuter som jobber i miljøterapeutstillinger. De fremmer aktivitet og deltakelse, uten dem ville det kanskje blitt mindre fokus på dette.

Jeg tenker at det å arbeide med innholdet i pasient- og pårørendeopplæring også er en unik måte å jobbe med mestring på. Og om jeg ikke tar helt feil så startet mestringskursen innen pasient- og pårørende opplæring på Aker sykehus. Her var ergoterapeut Liv Hopen en viktig banebryter.



Vanner det ut faget når ergoterapeuter blir ansatt på systemnivå? spurte Tone Torgersen i Ergoterapeuten nummer 4 2021.

Send debattinnlegg til:
emt@ergoterapeutene.org.
Merk mailen med **Debatt**.

SVAR TIL INNLEGG I ERGOTERAPEUTEN 3-2021

Motivasjon i «mørket»

Seberg og Thyness oppfordrer leserne av Ergoterapeuten til å si noe om aktivitetens «mørke side» (1). De tar utgangspunkt i artikkelen «The dark side of occupation: A concept for consideration» av Rebecca Twinley (2).

Av Vegard Horne og Even Elias Edvardsen



Vegard Horne er universitetslektor ved bachelorprogrammet i ergoterapi ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT, Norges arktiske universitet.



Even Elias Edvardsen er universitetslektor ved bachelorprogrammet i ergoterapi ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT, Norges arktiske universitet.

Fra vårt standpunkt berører diskusjonen om aktivitetens «mørke side» etiske dilemmaer som ergoterapeuter før eller siden vil oppleve i sin profesjonsutøvelse. Vi ønsker å belyse hvordan idealer om klientsentrering og yrkesetiske retningslinjer kan by på etiske dilemmaer for ergoterapeuten. Vi presenterer to konkrete eksempler fra praksis og ønsker å komme med noen betraktninger rundt temaet.

I Twinleys artikkel funderes det rundt spørsmål om hvordan ergoterapeuters syn på aktivitet er for lite nyansert og gir lite rom til «de mørke sidene.» «Mørke» som metafor assosieres ofte med noe som betegnes negativt; for eksempel noe som foregår i skyggen, noe uforståelig og gåtefullt eller kanskje til og med ondskapsfullt. Twinley viser selv til at aktiviteter betegnet som «mørke», kan bære preg av å være antisosiale, avvikende, forstyrrende, skadelige, uproduktive eller ekstreme, i ytterste fall kriminelle eller voldelige. Paradokset hun viser til er at slike aktiviteter likevel for den enkelte personen kan være meningsfulle, engasjerende og gi velvære.

TO EKSEMPLER

Men Twinley går ikke videre med å reflektere over etiske dilemmaer som kan oppstå når ergoterapeuten skal resonnerer i møte med det gåtefulle menneske. Vi tar for oss to reelle eksempler. Det første eksempelet er en eldre mann som ønsket å igjen kunne brygge kirsebærlikør hjemme i stuen. Han fortalte at han var blitt for dårlig til beins for å kunne gå til Vinmonopolet. Det var heller ingen som ville handle til han derfra. Han ytret sitt mål til ergoterapeuten om å lage velsmakende alkohol hjemme. Det andre eksempelet er fra en eldre kvinne som hadde målsetting om å kunne gå ut på trappen for å røyke. Hun ville ikke røyke innendørs, da hun bodde i huset til barnebarnet. Derfor ønsket hun å trene på det å gå ut på trappen, da kunne hun nemlig røyke så mye hun ville tross en fallerende utførelseskapasitet.

Begge eksemplene berører aktivitetens mange fasetter. Begge hadde det som kan beskrives som «aktivitetsbaserte og meningsfulle målsettinger». Begge ga uttrykk for at målene var svært motiverende og viktige i deres liv. Samtidig vet vi at målene kan



framstå som vanskelige. Hvordan kunne man som helsepersonell bidra til at en eldre, hjelpetren- gende mann fikk tilgang til, og kontroll over egenprodusert alkohol? Eller bidra til en kvinnes tobakksforbruk ville øke?

Vi har mange flere slike eksempler. Har vi Twinleys definisjon med oss, kan nettopp slike aktivitetsbaserte mål leses som både *skadelige* og *ikke-helsebringende* for individet. Men er det ikke skadelig å ikke bistå mennesker med deres subjektive målsettinger? Er det ikke meningen at ergoterapeuter skal fremme og respektere den enkeltes selvbestemmelse og muligheter til å bruke sine ressurser? Samtidig skal man «(...) fremme den enkeltes muligheter til å ta ansvar for eget liv og for konsekvensene av egne handlingsvalg.» Men det er kanskje enklere sagt enn gjort?

INTET MØRKE UTEN LYS

Det er forfatterens synspunkt at uansett hvordan vi vrir og vender på det – er det for mange menneskers vedkommende nettopp slike aktivitetsmål vi har trukket fram som kan utgjøre en kilde til mening i tilværelsen, tilfredshet, engasjement og motivasjon. Men er det kanskje akkurat det som kan medføre frustrasjon hos kolleger? I våre øyne viser det at vi tar enkeltindividet seriøst. Enkeltindivider som for de fleste betegnes som bruker eller pasient. Vår erfaring er at hvis disse personene opplever at vi som fagpersoner tar dem på alvor – øker motivasjonen ytterligere. Det kan også være virksomt i dannelsen av den terapeutiske alliansen. Den danske filosofen Løgstrup satte for mange tiår siden ord på våre tanker når han skrev:

«En skal ikke forsøke å bestem-



Er det riktig å hjelpe brukeren å brygge sin egen alkohol hjemme når dette er et viktig mål for han?

me hva den andre vil gjøre med ens ord og handlinger. Ingen grad av velmenthet gir noen rett til det. Viljen til å forstå hva som er best for den andre, og å uttale seg, tie og handle ut fra denne forståelsen, må være koblet til viljen til å la den andre være herre i sin egen verden» (s.48)(3).

Bør det ikke være opp til det kompetente enkeltindividet å avgjøre hva som er viktig for dens eget vedkommende? Hvis vi som ergoterapeuter begynner å bedømme hva som er riktig for den enkelte brukeren, risikerer vi ikke da å trå inn på paternalismens nesten usynlige sti? Da ender det med at «mørke» aktiviteter kles i gyldne bur. Vi ser og hører dem, men stenger dem inne med disiplinerende omsorg. Vår sufflør Løgstrup skrev videre:

«Det er imidlertid ingenting som gir den ene rett til å gjøre seg til herre over et annet menneskes individualitet eller vilje. Verken velmenthet eller ens egen innsikt

i hva som er det beste for den andre, heller ikke størrelsen på de ulykkene en dermed vil være i stand til å avverge for vedkommende». (s. 48-49.)

Hvis vedkommendes målsetting ikke skader noen andre – hvorfor skal det da i hele tatt være vårt problem? Livet før døden bør leves på enkeltmenneskets premisser. Et kompetent enkeltindivid har sin fulle rett til å determinere sitt eget liv uten å begrenses av helsefaglige regissører.

Det finnes intet lys uten mørke, og intet mørke uten lys.

Referanser

1. Thyness, Else M, Seberg, Merethe. Ergoterapeuten nr. 3. 2021.
2. Twinley, Rebecca. The dark side of occupation: A concept for consideration. Australian Occupational Therapy Journal (2013) 60, 301-303.
3. Løgstrup, K.E. Den etiske fordring. 1956/1999. J.W. Cappelens forlag AS



Vant Eurekaprisen ved NTNU i Gjøvik

Eurekaprisen deles ut hver høst til svært gode studentprosjekter. I fjor vant ergoterapistudentene Cathrine Hansen Akerhaugen (til høyre) og Katrine Wølstad-Knudsen.

Fjoråret var ikke bare korona. Ergoterapistudentene Cathrine Hansen Akerhaugen og Katrine Wølstad-Knudsen vant Eurekaprisen for sin oppgave «A qualitative study of Palestinian occupational therapy – in an area of conflict».

Av Else Merete Thyness

Prisen blir delt ut årlig ved NTNU i Gjøvik. Formålet er å fremme kvalitet i bacheloroppgavene. De nominerte oppgavene blir vurdert ut fra flere kriterier:

- vitenskapelig kvalitet
- grad av innovasjon, kreativitet og dristighet
- nytteverdi og betydningen av resultatene for forskningsfeltet, praksisfeltet og samfunnet ellers

Det kåres én vinner fra hvert av

de fem fakultetene. Ved fakultet for medisin og helsevitenskap vant Cathrine Hansen Akerhaugen og Katrine Wølstad-Knudsen med Linda Stigen som veileder. Oppgaven deres het «En kvalitativ studie av palestinske ergoterapeuter – i et konfliktområde»

– Jeg gikk tur med samboeren min da Linda ringte og fortalte at vi hadde vunnet. Det resulterte i noen ville gledesfylte øyeblikk, forteller Katrine.

– Det var veldig morsomt at vi gikk helt til topps, sier Cathrine.

At de vant Eurekaprisen inspirerte dem til å starte på Master i helsevitenskap ved Oslo Met. Her har Cathrine valgt spesialisering i empowerment og helsefremmende arbeid, mens Katrine har valgt å spesialisere seg i rehabilitering og habilitering.

– Prisen var en bekreftelse på at bacheloroppgaven om palestinske ergoterapeuter var interessant, og vi har lyst til å arbeide videre med dette temaet. Nå planlegger vi å reise til Palestina og gjennomføre en observasjons-

studie som en del av masteren, sier Cathrine.

Før det skal de presentere funnene fra bacheloroppgaven både på Den norske fagkongressen i ergoterapi i Stavanger og på Verdenskongressen i ergoterapi i Paris.

– Med prisen fulgte en økonomisk premie, som bidrar til deltakelse på begge disse to kongressene for å videreformidle funnene, forteller de.

INSPIRERT AV VERDENSKONGRESSEN 2018

Ideen til oppgaven springer ut fra Verdenskongressen i 2018 i Cape Town i Sør-Afrika.

– Dr. Karen Whalley Hammell holdt en presentasjon der hun pekte på at ergoterapeutiske teorier og modeller hovedsakelig er formulert av en privilegert, vestlig minoritet, som prioriterer uavhengighet og produktivitet, sier Katrine.

– Modeller som er utviklet i en vestlig kontekst er ikke umiddelbart overførbare til mennesker som bor i, eller kommer fra, andre deler av verden. 80 prosent av verdens innbyggere tilhører faktisk en annen kultur enn den vestlige, supplerer Cathrine.

ERGOTERAPI I KONFLIKTSONE

I studien benyttet de kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. De seks palestinske informantene, fire menn og to kvinner i alderen 30 til 54 år, ble intervjuet via Zoom og Teams. Forskningsspørsmålet var: Hvordan er ergoterapi praktisert og erfart av palestinske ergoterapeuter, og hvordan påvirker de geopolitiske og sosiokulturelle elementene deres praksis?

– For eksempel fant vi ut at folk i Palestina har et annet

forhold til selvstendighet enn det vi har i Norge. Det er ikke nødvendigvis et mål for dem å bli selvhjulpne. Det ligger i kulturen deres at dersom de trenger hjelp er det mange som vil gi dem det. En av de palestinske ergoterapeutene fortalte at en av hennes pasienter sa: «Du har hjulpet meg å spise, å kle på meg og å manøvrere rundt i rullestol. Det er veldig bra, men jeg vet ikke hvordan jeg skal be, eller hvordan jeg skal komme meg til moskeen» forteller Katrine.

De palestinske ergoterapeutenes jobbhverdag var preget av at de bodde i et konfliktområde. Mennesker i Palestina opplever begrenset bevegelsesfrihet og usikkerhet, i tillegg til at det også kan være mangel på mat, vann og elektrisitet. Det er også stor forskjell på levestandarden mellom de som bor på landsbygda og de som bor i byene. En ergoterapeut fortalte om en kollega som hadde foretatt toalett-trening med en mann inne på et rehabiliteringssenter.

– Så dro hun på hjemmebesøk, og oppdaget at han bodde i et telt, og at han ikke hadde toalett, forteller Cathrine.

OVERFØRBART TIL NORSKE FORHOLD

De mener studier som dette helt klart har overføringsverdi til norske forhold.

– Migrasjonen til Norge øker, og som ergoterapeuter vil vi stadig møte på folk med en annen kulturell bakgrunn enn den vi har selv. Funnene fra vår studie viser blant annet at som helsepersonell må vi være bevisste på våre egne holdninger slik at vi sammen med brukerne kan finne meningsfulle mål – for dem. Det handler mye om å møte folk med respekt, sier Katrine.



– Prisen var en bekreftelse på at dette var et interessant tema og motiverte oss til å studere videre, sier Cathrine Hansen Akerhaugen.



– Verdenskongressen i 2018 i Sør-Afrika ga oss ideen om å se nærmere på hvordan palestinske ergoterapeuter har det i sin arbeidshverdag, sier Katrine Wølsted-Knudsen.



Dr. Karen Whalley Hammells forelesing «Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity», ved Verdenskongressen i Ergoterapi i 2018, inspirerte de to ergoterapistudentene.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

Ergoterapeutenes nettbaserte kurs



Vi minner om at Ergoterapeutene har tre nettbaserte kurs. Alle de nettbaserte kursene er gratis for medlemmer.

Deltakelse og mestring for eldre har hovedfokus på ergoterapeuters bidrag til kvalitetsreformen Leve hele livet, det vil si kommunehelsetjenesten og eldre. Kurset har fem moduler.

Alle skal kunne delta – ergoterapeuters bidrag til bærekraftige helsetjenester er et kurs som tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse og er relevant for alle ergoterapeuter, uavhengig av fagområde og nivå i helsetjenesten. Kurset har fem moduler.

Ergoterapi til barn og unge har som formål å synliggjøre ergoterapeuters kjernekompetanse knyttet til barn og unge. Kurset har fire moduler.

Kursene består av moduler, hver meritterende med seks timer til ergoterapispesialist.

Hver modul består av videoforelesninger og litteratur som selvstudium og refleksjon i nettverksgrupper. Løpende påmelding, ingen påmeldingsfrist.

Mer informasjon: <https://ergoterapeutene.org/nettkurs/>



NYTT DIGITALT KURS I ERGOTERAPEUTER OG FØRERKORTVURDERING MODUL 2

Praktisk kjørevurdering og P-Drive



I Modul 2 får kursdeltakerne en innføring i praktisk kjørevurdering og opplæring i bruk av P-Drive.

P-Drive er en standardisert observasjonsprotokoll som brukes i praktisk kjøretest, for å analysere bilkjøring som aktivitet og personens utførelse av aktiviteten.

Faglig ansvarlig for kurset er utviklerne av instrumentet Ann-Helen Patomella, dosent og lektor i Arbetsterapi ved Karolinska Institutet og Helena Selander, senior forsker ved VTI, samt bidrag fra eksperter fra blant annet Sunnaas Sykehus.

Deltakerne må ha gjennomført modul 1 eller deltatt på det tidligere kurset i «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» – eller tilsvarende.

Påmeldingsfrist 28. februar 2022

Oppstart 15.mars 2022. Deltakerne får lenke og tilgang til kurset med litteratur og videoforelesninger.

4. april 2022 kl. 15.00-17.00: første «Livearrangement» på Teams: Introduksjon og praktiske oppgaver.

25. april 2022 kl. 15.00-17.00: andre «Livearrangement» på Teams: Eksempler på trafikksituasjoner og standardisering av kjøreruter og instruksjon – samt diskusjon.

9. mai 2022 kl. 15.00-17.00: tredje «Livearrangement» på Teams: Gjennomgang av P-Drive-instrumentet og spørsmål fra deltakerne.

23. mai 2022 kl. 15.00-17.00: siste «Live arrangement» på Teams: Veien videre, kalibrering, oppsummering og eventuelt svar på spørsmål.

Mellom Livearrangementene er det lagt opp til gruppearbeid.

Modulen er meritterende for spesialistordningen med 30 timer som ergoterapifaglig kurs.

Mer informasjon om kurset: <https://ergoterapeutene.org/digitalt-kurs-ergoterapeuter-og-forerkortvurdering/>

Pris for medlemmer kr. 3 000,-, tillitsvalgte kr. 1 500,- og ikkemedlemmer kr. 6 000,-.

P-Drive -manualen er inkludert i kursavgiften.

Vi ønsker norske, svenske og danske ergoterapeuter velkommen til å delta.

KALIBRERING

Etter det første året med vurderinger vil deltakerne har mulighet for kalibrering og kalibreringssertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialisertordningen.

Påmelding via kurskalenderen.



OSLOMET

Helsevitenskap

Masterprogram

Velg blant flere spesialiseringer:

- Empowerment og helsefremmende arbeid
- Ergoterapi
- Ernæringskompetanse for helsepersonell
- Rehabilitering og habilitering

Søknadsfrist 20. april

www.oslomet.no/master

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET



DIGITALT KURS I ADL-TAXONOMIEN

Velkommen til digitalt kurs i ADL-Taxonomien på Teams. Kurset er en kombinasjon av egenstudier, videoforelesninger og praktisk utprøving.

ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er oversatt til norsk, og deltakerne får tilsendt et eksemplar av manualen før kurset starter sammen med tilgang til litteratur til forberedelse og videoforelesninger på Teams.

Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist.

Les mer om kurset på <https://ergoterapeutene.org/digitalt-kurs-i-adl-taxonomien/>

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Nett og Teams

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, **innen 1. oktober 2022**

Tid: Oppstart 17. oktober 2022

Livearrangement på Teams 31. oktober 2022

Livearrangement på Teams 21. november 2022

Kursavgift: Medlemmer/tillitsvalgte/ikke medlemmer kr 2000,-/kr 1000,-/kr 4000,-.



1.BEHANDLING/TRENING

0330

HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

CYPROMED AS

Vikaveien 17,
2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34

wes@cypromed.no

www.cypromed.no

Elektriske varmhjelpemidler for alle.

MINITECH AS

Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51

mail@minitech.no

www.minitech.no

Elektriske varmhjelpemidler til barn og voksne

0333

ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/ TRYKKFOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

TOGEMO AS

Halsetsveia 18, 2320 Furnes

Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11

post@togemo.no

www.togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

0606/0612/0618 ORTOSER

OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56

info@ottobock.se

www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

0630

PROTESER

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 44 44, fax: 62 57 44 45

nto@ortonor.no

www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

0903

KLÆR OG SKO

ØYTEX AS

6917 Batalden

Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77

post@oytex.no

www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Arcona tørkler, Arcona smekker

0909

HJELPEMIDLER FOR

AV- OG PÅKLEDNING

0912

Hjelpemidler ved toalettbesøk

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

0912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED

TOALETTBESØK

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

0933

HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no

www.bardum.no

ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik

Tlf.: 92209399

aase.rokne@ergogrip.no

www.ergogrip.no

Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Corpoform badeputer

0933 B

HJELPEMIDLER FOR BARN

VED VASKING, BADING

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Corpoform badeputer

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

EASYWALK

Tlf 64808062

post@easywalk.no

www.easywalk.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 Ås

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

Her finner du leverandører til helsesektoren, sortert etter type produkt firmaet selger.

Kr. 1.210,- per år for fire linjer for første produktgruppe.

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

Rabatt kan avtales ved flere oppføringer. Beløpet faktureres md 50% 2 ganger i året.

Oppføringene inkluderer og oppføringer på internett, <http://www.ergoterapeuten.no/produktregister>

- PRODUKTREGISTER -

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Grorudveien 55
0976 Oslo
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com
www.permobil.com
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no
Ers Roltec BOA2

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
PERMOBIL AS

Grorudveien 55
0976 Oslo
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com,
www.permobil.com
PICOMED MOBILITY AS
Tvetenveien 164, 0671 Oslo
post@picomedmobility.no
www.picomedmobility.no

1224

TILLEGGSTUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no

PERMOBIL AS

Grorudveien 55
0976 Oslo
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com,
www.permobil.com
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no
Arcona benløfter og Arcona løftestropp

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no
www.bardum.no
HUMAN CARE NORGE AS
Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17
post@hcn.no
www.hcn.no
Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten
gjennomgående skinne
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no
Arcona benløfter

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT
armstøtte

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

1803

BORD

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
HELLAND MØBLER AS
6250 Stordal
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no
www.krabat.no
Krabat jockey, barnestol

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER

1818

STØTTEANORDNINGER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1821

DØR-, VINDUS- OG GARDIN- ÅPNERE/-STENGERE

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar
Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01
www.accesstrappeheiser.no
eva@accessvital.no
Heiser: Løfteplattformer,
Trappeheiser og Ramper

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra
individuelle behov

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

K 1

**KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER
BARDUM AS**

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no

**7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/
VARSLING**

(Se også 0342, og 10. Hjelpemidler for barn)

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109

**TILBEHØR TIL DATAMASKINER,
SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER**

ABILIA AS
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no
www.abilia.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no
www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no
www.bardum.no
COGNITA AS
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no
www.cognita.no
MYLIFEPRODUCTS AS
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

2136

**TELEFONER OG
TELEFONERINGSHJELPEMIDLER**

ABILIA AS
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no
www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no
www.gnresound.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no
www.gnresound.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2142

**SAMTALEHJELPEMIDLER VED
NÆRKOMMUNIKASJON**

ABILIA AS
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no
www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
COGNITA AS
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no
www.cognita.no
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no
www.gnresound.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2144

**GYNGETERAPI
PICOMED AS**

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
2145 Høreapparater

2146

HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2147

SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no
Kastanjedyngen, Arcona posisjoneringsputer,
Askle posisjoneringsputer

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no
www.cognita.no
ABILIA AS
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no
www.abilia.no
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no
www.gnresound.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.
Varsling

- PRODUKTREGISTER -

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2149

POSISJONERINGSPUTER

BARDUM AS

Tlf: +47 64 91 80 60
post@bardum.no
www.bardum.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no
Arcona posisjoneringsputer,
Asklø posisjoneringsputer

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no
www.abilia.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2221

BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf: 22121450
E-post: mona@cognita.no
www.cognita.no

8. TRANSPORTERING (FLYTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar
Tlf: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01
access@access-gruppen.no
www.accessgruppen.no
Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2418

GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no
www.abilia.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no

3003

LEKER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no
www.abilia.no
AS HANA & HOLMENS POTTERIER
Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no
Leire for modellering, formingsartikler.
BARDUM AS
Tlf: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no

3006

SPILL

BARDUM AS

Tlf: +47 64 91 80 60
post@bardum.no
www.bardum.no

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
BARDUM AS
Tlf: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

(For andre hjelpemidler for barn, (Se også
3. Personlig stell og Klær og 4. Forflytning.)

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i
hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no
www.krabat.no
Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,
Krabatskjerf, sikleskjerf

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no
www.abilia.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Posisjonering og trening for små og store
barn.
BARDUM AS
Tlf: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no

B.ROL

ROLLATORER

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf: 32 24 42 50,
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no
Arcona barneseng, Arcona reiseseng

– PRODUKTREGISTER –

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no

www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no

www.ronda.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedyner

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01

fb@krabat.no

www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykel

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no



★ Se bardum.no eller Hjelpemiddeldatabasen for flere prisforhandlede sykler.



AKT 26

Stønad til aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år.

Aktivitetshjelpemidler er hjelpemidler som er spesielt utviklet for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i aktivitet alene eller sammen med andre.

(Kilde: regjeringen.no)

Trehjulssykkelen som gir deg en aktiv hverdag

Scorpion er en serie tøffe fulldempede sittesykler med tre hjul og fantastisk komfort og fremkommelighet. Det tilbys mange ulike seter i forskjellige høyder og bredder til Scorpion-syklene for å sikre optimal sittestilling og komfort for brukere i alle størrelser.

Scorpion er et glimrende valg for brukere som skal ferdes på ulike veier og underlag. Med solide dekk og enestående uavhengig damping får du god fremkommelighet i svært variert terreng.

Med fs 20 har vi også en fulldempet juniormodell!!

☺ Vi har gode smittevernrutiner som sikrer trygge utprøvinger. Vi tilbyr også digitale visninger om ønskelig.

Bardum