

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Ergoterapi og kognitiv terapi gir mening! 6

Viktig for Ergoterapeutenes fagblad **12** Erfaringer med Perceive, Recall, Plan og Perform (PRPP)-systemet for kartlegging og intervensjon i kommunehelsetjenesten **20** Ergoterapeutens rolle for voksne kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten **40** Bærekraft – kan vi gjøre mer? **51**

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. 5 – 3. okt. / 31. okt.

Nr. 6 – 1. des. / 31. des.

Nr. 1 – 1. feb. / 28. feb.

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 Færestrand

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



6



10



40



52

REPORTASJE

6 Ergoterapi og kognitiv terapi gir mening

Av Jartrud Høstmælingen

NY ARENA

10 Underviser i sansenes betydning

Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

12 Viktig for Ergoterapeutenes fagblad

Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

14 Slik får du det litt tryggere hjemme

Av Roar Hagen

16 Forenklet innlogging på Min side

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

16 1. september er siste frist for kandidater til tillitsvalgtpreisen

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

18 Programmet for Norsk fagkongress i ergoterapi

FAGLIG

20 Erfaringer med Perceive, Recall, Plan og Perform (PRPP)-systemet for kartlegging og intervensjon i kommunehelsetjenesten

Av Linda Stigen og Kristin Jess-Bakken

30 Klientsentrert og aktivitetsbasert ergoterapi på intensivavdeling – en kvalitativ studie

Av Tina Gunnarsen Haugland, Ingrid Brandsdal, Tina Taule og Marcus Kessner

VITENSKAP

40 Ergoterapeutens rolle for voksne kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten

Av Synnøve Glesnes, Tone Revheim, Annbjørg Spilde Morland, Dagny Faksvåg Haugen og Tina Taule

48 Forsker i farten: Marte Baklund Størseth

Av Else Merete Thyness

AKTUELT

50 Historien om Hjelpemiddelsentralene og drivkreftene bak utviklingen

Av Else Merete Thyness

DEBATT

51 Bærekraft – kan vi gjøre mer?

Av Redaksjonskomiteen

PÅ DE SISTE SIDENE

52 Over 20 aktører krever ny rehabiliteringsreform

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

55 Kursannonser

Takknemlighet

Ferien er over og jeg er tilbake i jobb. Det er deilig å ha fri, samtidig slår det meg hvor glad jeg er i hverdagslivet.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Det er selvsagt nok å bekymre seg over. Miljøkrisen truer kloden, krigen raser i Ukraina, Trump henger som en skygge over USA, inflasjonen stiger, strømprisene er skyhøye og renta skal opp. Da blir det ekstra viktig at jobbhverdagen fungerer.

Jeg har mye å være takknemlig for.

Jeg setter pris på at vi har et forbund som står på for medlemmene sine; fagpolitisk, organisatorisk og i å sikre dem nødvendig kompetanse. Jeg sender også en takk til ergoterapiutdanningene, som har jobbet fram nye studieplaner for å heve kvaliteten og den faglige relevansen i utdanningene. Til studentene vil jeg si: Vi er så glade for at noen av dere velger å sende artikler til fagbladet. Det gjelder både bachelor- og masterstudenter. Og til de som veileder dere: Innsatsen deres betyr mye for bladet vårt.

Det samme gjelder ergoterapeuter som forsker på doktornivå. Konkurransen er stor fra utenlandske, internasjonale tidsskifter, men vi trenger forskning på norsk også.

Det fagbladet dere sitter med i hånden, gir meg all grunn til å være fornøyd. I reportasjen møter vi en ergoterapeut som jobber med *Rask psykisk helsehjelp*. Det er gledelig at ergoterapeuter er

involvert i denne typen tilbud.

Vi har to fagartikler. Den ene presenterer *Perceive, Recall, Plan og Perform (PRPP)-systemet for kartlegging og intervensjon* i kommunehelsetjenesten. Gode instrumenter og forskning på kommunehelsetjenesten er mangelvare. Vi har også artikkelen *Klientsentrert og aktivitetsbasert ergoterapi på intensivavdeling – en kvalitativ studie*, som ikke bare er et eksempel på en god studentartikkel, men som også gir kunnskap om ergoterapeuters arbeid på sykehus. Det gleder meg å presentere disse artiklene.

Den vitenskapelige artikkelen er også fra spesialisthelsetjenesten. Den handler om *ergoterapeutens rolle for voksne kreftpasienter*. Så flott at ergoterapeuters kompetanse innenfor kreftomsorgen blir synliggjort, og ekstra hyggelig når det skjer i vårt fagblad.

På De siste sidene får vi i et innblikk i en politisk prosess. Over 20 aktører, deriblant Ergoterapeutene, krever en ny rehabiliteringsreform. For første gang på lenge har jeg tro på bevegelse på rehabiliteringsfeltet.

Så da er det bare å ønske folk velkommen tilbake på jobb og ikke minst til både verdenskongress og nasjonal kongress. Fagbladet vil være til stede.

Alle barn og unge må få den støtten de trenger

I disse dager har svært mange barn og unge inntatt nye arenaer. Noen har begynt i barnehage, noen har begynt i første klasse, noen på ungdomsskole eller videregående. For enkelte er det spesielt utfordrende med slike overgangar. Jeg mener vi må bli bedre til å sikre at alle får den støtten de trenger.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

En av samfunnets største utfordringer er å forebygge utenforskap. Forebygge at unge havner utenfor utdanning og arbeidsliv. I et samfunnsperspektiv er det viktig fordi det blir en økende mangel på arbeidskraft, og fordi utenforskap er dyrt. Utrekninger og statistikk viser at ett utenforskap koster samfunnet 17 millioner kroner. For ergoterapeuter er det viktig fordi vi vet at alle har behov for å føle tilhørighet gjennom aktivitet og deltakelse. Det er helsefremmende.

Denne landsmøteperioden har vi ekstra fokus på tidlig innsats til barn og unge. Politisk er budskapet at det er et hull i tjenestene, uten våre kunnskapsbaserte metoder og kompetanse. Ergoterapeuters kjernekompetanse er helt nødvendig på det tverrfaglige laget som skal legge til rette for mestring og

forebygge utenforskap. Ved funksjonsvariasjoner kan ergoterapeuten bidra til kartlegging og forståelse for hvorfor barnet eller ungdommen strever, og til målrettede tiltak for å vende utfordringer til mestring. Det er imidlertid et viktig premiss at innsatsen settes inn til rett tid. Jo tidligere, jo bedre.

Det er store variasjoner i bruken av ergoterapeuters kompetanse i arbeidet med barn og unge. Noen steder er vi godt inne i både habiliterings-, helsefremmende og forebyggende tjenester. Andre steder er vi så å si fraværende; enten fordi ergoterapeutressursen ikke er der, eller fordi vi ikke slipper til. Uansett: Jeg vil utfordre oss alle til å heve stemmen og vise hvorfor ergoterapeuters kompetanse er viktig og nødvendig i den tidlige innsatsen for barn og unge. Dette

gjøres best lokalt, enten det er overfor innbyggere, samarbeidspartnere, ledere, politikere eller lokale medier.

Jeg har selv opplevd hvor avgjørende det er å synliggjøre hva vi kan bidra med. Når helsesykepleiere og lærere forstår at vi for eksempel kan kartlegge sensoriske utfordringer hos de «urolige» barna, har jeg erfart at henvisningene kommer. For å forstå hvilke tiltak som kan avhjelpe, må vi først forstå hvorfor barnet strever. Vi ergoterapeuter kan være helt avgjørende i en slik oppfølging, og det gjelder uansett hva slags utfordringer barnet eller ungdommen måtte ha, fysisk, psykisk eller sensorisk.

Ergoterapeuters bidrag trengs for å sikre elevene nødvendig støtte i skolehverdagen slik at de kan mestre og delta. Alle må få den støtten de trenger!

ERGOTERAPI OG KOGNITIV TERAPI GIR MENING!

Helga Brandt Kjelsen var blant de første ergoterapeutene som kombinerte ergoterapi med kognitiv terapi i tilbudet Rask psykisk helsehjelp (RPH). Ni år senere kan hun konkludere med at kombinasjonen er en suksess. For ansatte i RPH-kommuner er utdannelsen i kognitiv terapi gratis.

Av Jartrud Høstmælingen



Helga Brandt Kjelsen er ergoterapeut og arbeider i Rask psykisk helsehjelp i bydel Frogner i Oslo. Foto: Else Merete Thyness

Helga Brandt Kjelsen har travle arbeidsdager, men vil gjerne bidra til at ergoterapeuter spesielt, og andre med en treårig helsefaglig utdanning generelt, skal få informasjon om den muligheten som ligger i Rask psykisk helsehjelp.

– Det er helt ideelt for de som vil jobbe med lettere psykiske plager og individualterapi. Det kan anbefales hvis man liker å jobbe i denne enden av tiltakskjeden, og synes individuelle samtaler er spennende. Arbeidet i Rask psykisk helsehjelp er en meningsfull jobb med mange fornøyde pasienter, forteller hun.

GRÜNDER OG FAGPERSON

Helga Brandt Kjelsen startet som ergoterapeut i 1981 på Sunnaas Sykehus. Mens hun jobbet der, utviklet hun og en kollega en rullestolhanske for nedsatt håndfunksjon, og de fikk satt hansken i produksjon. Hun har siden drevet firmaet «Hånd i Hanske», som tilbyr dette nisjeproduktet. En del ergoterapeuter har nok vært i kontakt med henne i den sammenheng.

Etter åtte-ni år begynte hun som utøvende ergoterapeut i Bydel Bygdøy Frogner. Etter hvert tok hun et års heltidsstudium i organisasjon og ledelse. Hun jobbet

i mange år som seksjonsleder for ergo- og fysioterapi, og til slutt som leder for Seksjon for forebygging og rehabilitering. Etter omorganisering fortsatte hun som rehabiliteringskoordinator i bydelen. Der lagde hun blant annet rehabiliteringsplan for bydelen samt en håndbok for individuell plan. Hun deltok også i en faggruppe på nasjonalt nivå for Gerix, som er forløperen til journalsystemet Gerica.

– Jeg har alltid syntes at psykologi og ulike terapeutiske aktiviteter og metoder har vært spennende. Da bydelen etablerte et samarbeidsprosjekt med andrelinjetjenesten om koordinering av psykososialt arbeid, ble jeg engasjert som tilrettelegger. Etter dette jobbet jeg i en periode som spesialkonsulent innen psykisk helse for bydelen, som nå var blitt Bydel Frogner, deretter som psykisk helsearbeider. I 2012 ble jeg Ergoterapispesialist innen psykisk helse.

Året etter var hun med å etablere Rask psykisk helsehjelp i bydelen. Det startet som et nasjonalt pilotprosjekt, bygd opp etter en modell fra England, IAMP - Improving Access to Psychological Therapy.

– Vi var da to bydeler i Oslo sammen med åtte andre kommu-

ner spredt rundt i Norges land. Nå har de fleste bydelene i Oslo dette tilbudet, og mer enn 60 kommuner har etablert Rask psykisk helsehjelp, forteller hun.

RASK PSYKISK HELSEHJELP

Målgruppen til Rask psykisk helsehjelp er personer med lett til moderat depresjon, angst, begynnende rusproblemer eller søvnvansker. Tilbudet er gratis.

– Jeg opplever det som et veldig spennende og meningsfullt tilbud. Vi kommer tidlig inn med behandlingen hos en gruppe som er lite synlig, og som ofte får for lite behandling, slik at plagene eskalerer.

Ifølge en undersøkelse publisert av Folkehelseinstituttet i 2016, er behandlingen så virksom at hele seks av ti blir friske av angst og depresjon.

– Det er et lavterskeltilbud, og en kan selv ta kontakt. Det dreier ressurser til en gruppe som profiterer godt på terapi. Denne gruppen går ofte ubehandlet, noe som gir redusert livskvalitet og kan utvikle seg til mer alvorlige tilstander. Alternativet til behandling er ofte at man blir tilbudt medisiner, lang ventetid hos psykolog eller ingen behandling.

Hun forteller videre at normalisering og psykoedukasjon (systematisk, strukturert og didaktisk informasjon om psykiske lidelser og deres behandling) er sentralt for Rask psykisk helsehjelp.

– Cirka halvparten av Norges befolkning vil i løpet av livet rammes av en diagnostiserbar psykisk lidelse. Mange kommer etter endt behandling på rett spor igjen med jobb, studier, utdanning og familieliv samt andre grunnleggende deler av livet, sier hun. Pasientene får i gjennomsnitt seks-syv individuelle behandlingstimer før



– Rask psykisk helsehjelp er et lavterskeltilbud for personer med lett til moderat depresjon, angst, begynnende rusproblemer eller søvnvansker, forteller Helga Brandt Kjelsen. Foto: Else Merete Thyness

de er ferdige. Behandlingstiden kan variere fra noen uker til cirka et halvt år.

I Rask psykisk helsehjelp ønsker de å være tro mot målgruppen, de har ikke ventetid og de gir tidlig intervensjon.

– Vi bruker en del tid på å løse videre innringere som kan ha bedre nytte av andre tilbud. Vi tar imot folk fra 16 til 100, men hovedaldersgruppen er fra 25 til 40 år. Bydel Frogner har nesten 60 000 innbyggere, og på kontoret er vi tre faste stillinger og to i prosjektstillinger, forteller hun.

Brandt Kjelsen er den eneste ergoterapeuten i det tverrfaglige teamet. Teamet ellers består av fysioterapeut, sosionom, sykepleier og med psykolog som faglig

ansvarlig. Pasientene møter kun en av behandlerne, men teamet har gjensidig glede av hverandre og kan alltid spørre hverandre om råd.

FIRE NIVÅER

Behandlingen baserer seg på kognitiv terapi, som retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Et viktig mål er å bryte selvforsterkende sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer. Dette gjøres ved kartlegging av vanskelige situasjoner, utforming av aktiviteter som gir selvtillit og energi, utforsking og eventuelt endring av negative tankemønstre, stimulering til økt sosial kontakt og forebygging av tilbakefall.



*Rask psykisk helsehjelp består av fire trinn der det siste er én til én samtaleterapi.
Foto: Colourbox.*

– Pasienten hjelpes til å bli en aktiv problemløser og medarbeider i terapien, sier Brandt Kjelsen.

Kognitiv terapi er en godt dokumentert behandlingsmetode for psykiske lidelser, og den krever blant annet at pasienten selv deltar aktivt i form av hjemmeoppgaver eller øvelser. I Rask psykisk helsehjelp er behandlingen inndelt i fire trinn. Ofte går flere trinn parallelt, i en såkalt «mixed care».

- Første trinn tilbyr et introduksjonskurs som gir en innføring i verktøyene i kognitiv terapi. Man kan også få veiledning kombinert med selvhjelpsmateriell. Bydelen har kjøpt inn Assistert Selvhjelp, som er et nettbasert selvhjelpsprogram. Dette er bygd opp som en terapisesjon, og gir god psyko-educasjon og oppgaver en kan jobbe selvstendig med. Kognitiv.no har mye godt selvhjelpsmateriale som anbefales.
- Andre trinn er mestringskurs, blant annet kurs i mestring av

depresjon, angst, søvnvansker og stress.

- Tredje trinn er mer behandlingsrettede kurs. Her holdes det blant annet kurs for ungdom som har slitt med panikk.
- Fjerde trinn er én til én samtaleterapi.

Helga Brandt Kjelsen som kan titulere seg som fagkonsulent, kognitiv terapeut, ergoterapispesialist i psykisk helse og mindfulnessinstruktør, integrerer gjerne mindfulness i terapien.

– Mindfulness har et meta-kognitivt aspekt som blant annet kan hjelpe pasienten å utvikle nye måter å forholde seg til vanskelige tanker og følelser. Det har veldokumenterte helseeffekter for denne pasientgruppen.

KOGNITIV TERAPI OG ERGOTERAPI

Helga Brandt Kjelsen mener at kunnskapen fra ergoterapien om aktiviteter passer meget bra inn i denne behandlingsformen.

– Kognitiv terapi er, som ergoterapi, en veldig strukturert metode med klar målformulering. Jeg får brukt hele meg og min bakgrunn i denne jobben.

At pasienten kan se på seg selv med selvmedfølelse og et omsorgsfullt blikk, er et viktig verktøy og mål i behandlingen.

– Endringen skjer gjennom en bevissthet på hva man gjør og hvor man står i dag, sier hun, og trekker fram depresjon som et eksempel på hvordan både redskaper fra ergoterapi og kognitiv terapi benyttes:

– Selvkritiske tanker gjenspeiler seg i negative følelser. Man ender etter hvert opp med å kun gjøre det en må av oppgaver gjennom dagen, og alle lystbetonte aktiviteter forsvinner. Da jobber vi i terapirommet med hvordan bryte ut av den selvforsterkende væremåten, og forstå at tanker er bare tanker. Man trenes til å ha en omsorgsfull, kjærlig, støttende og god indre dialog. I tillegg fokuseres det på å møte vanskelige følelser og bli kjent med dem. Så ser man på aktivitetene man gjør: Hvilke aktiviteter kan jeg innføre nå for å hjelpe meg til å komme ut av depresjonen? Å jobbe med god dagstruktur er ett av flere virkemidler.

Hun presiserer at det handler om å våge og om å tåle – våge å se objektivt på hva man faktisk gjør og å foreta endringer, og tåle å stå i de vonde og vanskelige følelsene.

På samme måte settes søkelyset på den konkrete situasjonen pasienten står i ved stress, og også der er aktiviteter av sentral betydning:

– Hvilke aktiviteter tar energi? Hvilke gir? Ved angst handler det om eksponeringstrening, som også vil være aktivitetsrettet. Da

«Kognitiv terapi er, som ergoterapi, en veldig strukturert metode med klar målformulering»

Helga Brandt Kjelsen

lager vi en gradert plan for eksponeringen, forklarer hun.

GRATIS UTDANNING I KOGNITIV TERAPI

Kommune-Norge har økt behandlingsskapasiteten og tilgjengeligheten.

– Ansatte i kommuner med RPH-tilbud eller med vedtak om å opprette tilbudet, gis nå gratis videreutdanning i kognitiv terapi dersom de har treårig helsefagbakgrunn, opplyser Brandt Kjelsen.

Hun vet at det er flere RPH-team som har ergoterapeuter på laget.

– Minimumskravet for å komme inn på utdanningen er en bachelor i helse- eller sosialfag, alternativt embetsstudium i psykologi eller utdanning som lege. Den som tar utdanningen, deltar på 13 samlinger à tre dager i Oslo i løpet av litt over ett år. Noen av samlingene gjennomføres digitalt.

RPH ER EFFEKTIVT

NAPHA er et nasjonalt kompetansesenter, som jobber for å styrke lokale psykisk helse- og rustjenester for voksne. Senteret arbeider med å spre praksiserfaringer fra fagutøvere, brukere og pårørende samt forskningsbasert kunnskap. NAPHA bidrar også til å utvikle og implementere helsepolitiske satsinger, retningslinjer og veiledere.

Ved siden av sitt arbeid som sykepleier er Trond Asmussen

prosjektleder i NAPHA for Rask Psykisk helsehjelp.

– Vi vet fra forskning at behandling med RPH er effektivt. Blant annet viser norsk forskning utført av Folkehelseinstituttet at seks av ti blir friske med RPH. Dette bekreftes i internasjonale studier på IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) i England.

Han har flere argumenter som sannsynliggjør hvorfor behandlingene virker.

– Å gjøre behandling mer tilgjengelig der du bor, uten krav til henvisning tidlig i et sykdomsforløp og uten ventetid, er sannsynligvis viktig. Det gjør at flere i målgruppen kan få god behandling tidlig slik at de unngår en forverring av tilstanden og utvikling av de negative følgene som økt utenforskap, tap av arbeid, utdanning, sosiale relasjoner og uførhet. Dette er viktig både for den enkelte sin helse, men også positivt for folkehelsen i Norge. Angst og depresjon er i dag blant de viktigste årsakene til tapte leveår.

Han peker også på høy grad av brukermedvirkning som en bakgrunn for suksessen.

– Det er stor grad av brukermedvirkning i RPH. Behandlingen planlegges og tilpasses i dialog og samarbeid med pasienten. Da lærer pasienten i stor grad mestingsstrategier og tar selv en aktiv rolle i behandlingen. Dette forebygger tilbakefall.



Trond Asmussen er prosjektleder i NAPHA for Rask psykisk helsehjelp.

«Da jeg kom til RPH, ble jeg møtt og hørt som den jeg er og ikke satt i bås. De som jobbet med meg, gav meg optimisme og tro på behandlingen og egen aktivitet. Jeg ble involvert på en slik måte at jeg kunne være med å ta riktige beslutninger på riktig nivå, samt at jeg fikk verktøy og lærte hvordan jeg kunne hjelpe meg selv.»

(Sitat fra deltaker i RPH, hentet fra NAPHAS hefte RPH-håndboka)

MER INFORMASJON PÅ NETT

Om Rask Psykisk Helsehjelp:

www.napha.no

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

Om kognitiv terapi og gratis utdanning:

www.kognitiv.no

Norsk forening for kognitiv terapi


NAVN

Louise Nygård

STILLING

Gründer og underviser på Sanse Akademiet

HVOR

Kvæningen kommune

Underviser i sansenes betydning

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Sanse Akademiet er et helsepedagogisk kurssted jeg har etablert på en småbruk- og villmarkseiendom i Nord-Norge. Her tilbyr jeg praksisorientert læring om sanseintegrasjonsteori i en aktivitetsbasert ramme, med sansehage og arktisk natur rundt.

Ved siden av Sanse Akademiet er jeg universitetslektor i emnefaget *Naturbasert Reiseliv* ved Norges Arktiske Universitet.

– Hva jobber du som?

– Jeg er primært gründer og underviser. Jeg driver fram visjonen min om å spre kunnskap om sanser i teori og praksis. Kursstedet er som et sensorisk laboratorium, en lekeplass, der deltakere lærer mer om menneskers sanser

og hvilken betydning disse har for våre opplevelser av meningsfull aktivitet og deltakelse.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg etablerte Sanse Akademiet i 2016 og fikk stillingen som universitetslektor i vår.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Kjerneoppgaven som underviser på Sanse Akademiet, innebærer å formidle kunnskap om sanseintegrasjon til ulike kursdeltakere slik at de kan ta forståelsen med seg hjem og bruke den aktivt og dynamisk i arbeidet med de ulike målgruppene de jobber med. Deltakerne lærer å skjønne, utvelge og kontrollere stimuli i menneskers miljø med meningsfull aktivitetsutøvelse, deltakelse og helsefremming for øye.

Sanseintegrasjon er, i mine øyne, et felt innen nevrofysiologien og det ergoterapeutiske praksisfeltet som har fått alt for lite fokus, og som har mye potensial til å bidra til å gjøre aktivitet og deltakelse mer meningsfull og helsefremmende for enkeltindivider.

En viktig oppgave er å utvide bruksområdet for sanseintegrasjonsteori. Vi trenger ikke å avgrense det til eksempelvis autismespektrum- og demensområdet der det praktiseres konvensjonelt terapeutisk. Vi bør derimot bli bedre på å tenke og designe sanseintegrasjon i alle miljøer der mennesker utøver aktivitet, ikke bare innen helsetjenestene.

En annen viktig arbeidsoppgave er å tilby folk en utvidet forståelse av sansene våre. Flertallet i befolkningen tror at mennesker bare har fem sanser. Mennesket

har flere sanser enn det. I tillegg til de fem ytre sansesystemene (synssansen, hørselssansen, luktesansen, smakssansen og den taktile berøringssansen) kan vi også snakke om de tre indre sansesystemene, de som registrerer loddlinjeforskyvning, muskel-leddaktivitet og ikke minst det interoceptive sansesystemet som registrerer kroppens homeostase i ulike kroppslige funksjoner. Det er en viktig arbeidsoppgave å utvide bevisstheten om dette perspektivet på sansning av stimuli. Det åpner en helt ny verden, der vi kan jobbe mer helhetlig med å tilpasse ulike aktiviteter til ulike menneskers sensoriske behov og kapasitet.

Jeg tar oppdrag med foredrag og workshops hos bedrifter og organisasjoner i Danmark og Norge, primært første- og andrelinjetjenestene. Eksempler kan være kommuner eller helseforetak som ønsker å inspirere personalgrupper på skjermede omsorgsavdelinger eller i barnehager og skoler.

Jeg tilbyr også kurs til små grupper på maks seks til åtte deltakere her på kursstedet mitt. Da er det ofte private organisasjoner som ønsker å bestille et innholdsrikt, aktivitetsbasert og læringsintensivt tilbud, med opphold over to til fem dager på kursstedet i den arktiske villmark. Her får de en helt unik, eksotisk og eksklusiv opplevelse. På kursene mine får deltakerne kursdiplom, og de kan ta med metoder og arbeidsredskaper hjem til eget arbeidssted. Kursinnholdet kan rette seg mot mennesker som arbeider på arenaer som omsorg og helse, arbeidsmiljø, landskaps- og byplanlegging, markedsføring og reiselivsopplevelser. Det er forskjellig hvordan sanseintegra-

sjonsteorien kan og bør anvendes i ulike sammenhenger. Når man forstår bakgrunnen for sanseintegrasjon kan, den bidra til bedre individualisert tilpasning av ulike tjenestetilbud.

Kundene kan for eksempel være en kommunes tekniske avdeling som ønsker innspill på mer inkluderende møteplasser i uterommet eller bedre adkomst for syns- eller hørselshemmede, en IT-bedrift som ønsker å stimulere til mer lek og kreativitet eller en privat reiselivsbedrift som vil designe bedre opplevelsproduktter til spesifikke kundemålgrupper i ulike turistsegmenter.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Ergoterapifaget rår over en gullgrube av kunnskap om menneskelig aktivitetsutøvelse, herunder også sanseintegrasjonsteori. De referansepunkter jeg har fra ergoterapien har blitt en grunnleggende del av min menneske- og samfunnsforståelse. Som ergoterapeut ligger det også helt naturlig å tenke på bærekraftig utvikling, som rekke utover kroppsfunksjon og individ, til grupper, samfunn og naturen vi er en del av.

Med ergoterapifaget i bagasjen har jeg et helhetlig perspektiv som gjør at jeg naturlig klarer å tenke på tvers av sektorer, bransjer, fag og profesjoner. Jeg har lært å se krise som katalysator for både destruksjon og (re)konstruksjon. Som ergoterapeut jobber vi med aktivitetsrettet (re)habilitering, og vi er trent i å tenke på aktivitetsmoter og salutogenetiske mulighetsscenarier, enten det er med restorative eller kompensatoriske mål om meningsfull aktivitetsutøvelse og deltakelse i sikte.

På kursene mine lærer deltakerne å bruke kroppen og å erfare med sansene. Eksempelvis garver de fiskeskinnet til en vakker armlenke eller tover sitt eget sitteunderlag, samtidig som de lærer om taktile og proprioceptive stimuli og sansebearbeidningen som skjer i hjernen under ulike forhold. Vi går i sansehagen og lærer mer om lukter, smak og lyder. Med seg hjem får deltakerne både sitteunderlaget de selv har tovet og nyttige innsikter som kan brukes i forståelsen av seg selv og andre mennesker.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Dette arbeidet og denne bedriftsutviklingen hadde aldri vært lik om ikke jeg hadde vært ergoterapeut.

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

– Ja, det er meget meningsfullt for meg å fortsatt jobbe med perspektiver på hva som kan bringe trivsel og helse inn i menneskers liv. Det kjennes verdifullt å bidra til at ulike faggrupper kan utvide sin forståelse av hvordan sanser og stimuli påvirker oss alle. I en vekst- og informasjonsorientert verden blir menneskers samspill og adferd påvirket gjennom media, reklame og sosiale media. Den enorme, konstante eksponeringen til stimuli påvirker manges evne til meningsfull aktivitetsutøvelse og deltakelse.

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

– Ja, jeg vil anbefale ergoterapeuter å bruke den unike kunnskapen vi har om sanseintegrasjon bredere enn per i dag.



Sanse Akademiet ligger i Kvænangen kommune.



Sanse Akademiet tilbyr kurs til små grupper.



Sansehagen gir deltakerne opplevelser av lukter, smak og lyder.



Deltakerne får nyttige innsikter som kan brukes i forståelsen av seg selv og andre mennesker.

**NAVN**

Cathrine Hagby

VERVLeder av
Redaksjonskomiteen

Viktig for Ergoterapeutenes fagblad

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider ved NAV Hjelpemiddelsentral Vest-Viken som seniorrådgiver på boligområdet.

– Hvor er du tillitsvalgt?

– Jeg er leder av Redaksjonskomiteen til fagbladet vårt

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– Jeg ble foreslått av Unni Sveen som medlem i 2003. Senere ble jeg offisielt valgt inn på Landsmøte og har vært med i komiteen siden. På den tiden var jeg relativt nyutdannet og visste ikke helt hva jeg gikk til. Erfaringene i løpet av disse årene har vist seg både morsomme og spennende. Jeg har også vært heldig å bli kjent med kunnskapsrike og hyggelige mennesker som har vært med i komiteen gjennom mange år, og som jeg har lært og lærer mye av. Dette er en veldig fin måte å bli kjent med andre deler av faget enn de jeg møter i min egen arbeidshverdag.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har vært tillitsvalgt i cirka 18 år.

– Hva er oppgaven til Redaksjonskomiteen?

- I vedtektene står det blant annet at:
- Redaksjonskomiteen skal være rådgivende for forbundsstyret i alle spørsmål som gjelder fagtidsskriftet.
- Redaksjonskomiteen skal være rådgivende for redaktør i forhold til tidsskriftets form og innhold, blant annet ved å kvalitetssikre innsendte fagartikler.

- Fagbladet skal gjenspeile de politiske prioriteringene i forbundets politiske programmer.

– Hvor mange medlemmer er dere?

– Vi er seks medlemmer, og alle møter fast på alle møter. Det er vedtatt at alle komiteer skal ha en leder og to vara og vi inkluderer varaene som faste medlemmer. Vi opplever at det gir en fin kontinuitet, og at vi alle blir kjent og føler eierskap til komiteen og innholdet i fagbladet vårt

– Hvordan jobber dere?

– Vi har fire møter i året. Nå er to av dem på Teams og to fysiske. Da treffes vi i Oslo på forbundskontoret. Ellers har vi kontakt per e-post eller telefon når vi leser og vurderer de innsendte artiklene eller skal ta stilling til ting som dukker opp i mellomperiodene eller jobber med temanumre.

– Hva er de største utfordringene?

– Det kan ta tid å lese artikler innimellom alle andre oppgaver i hverdagen, og med så mange travle folk i komiteen strever vi noen ganger med å finne møtedatoer som passer alle. Men – dette er bagateller. Å være tillitsvalgt i Redaksjonskomiteen er stort sett bare en glede.

– Hva tenker du er en viktig kvalitet eller egen-skap for et medlem av Redaksjonskomiteen?

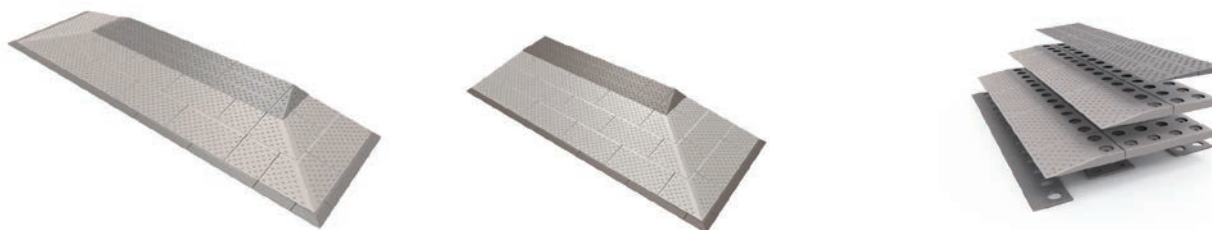
– Det er viktig å være positiv og nysgjerrig på faget og ikke bare ditt eget felt, og at komiteen er satt sammen av medlemmer med ulik erfaring. Det gir et godt spenn i gruppa og interessante synsvinkler og innspill fra faget vårt.

– Hva er ditt beste minne som medlem av Redaksjonskomiteen?

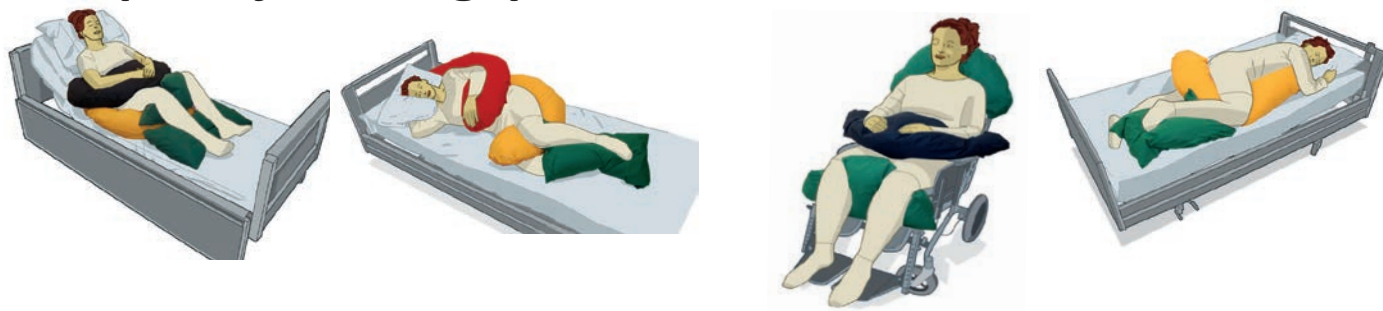
– Det har vært gøy å få være med på å utvikle bladet til å gå fra «kun» å inneholde faglige artikler til å bli et vitenskapelig tidsskrift. Vi har også lagt ned mye innsats i å få bladet universelt utformet. Et av de siste, beste minnene var da den nåværende komiteen møttes fysisk for første gang i koronaens tid. Det var så god stemning, og det føltes som om vi hadde kjent hverandre lenge, selv om flere av oss ikke hadde truffet hverandre før. Den gode stemningen er for meg noe som kjennetegner Redaksjonskomiteen i alle de årene jeg har vært med. Vi har en god tone, høy takhøyde for faglige og mindre faglige innspill, er positive og har et grunnleggende hjerte for faget vårt – iblandet en stor mengde godt humør.

SecuCare terskeleliminator

- påkjøring fra flere sider og mulighet for reposløsning



Lasal posisjoneringsputer - posisjonering - avlastning - stillingsforandring



Corpoform badeputer - støtter, stabiliserer og gir trygghet



Arcona posisjoneringsputer - posisjonering - avlastning - stillingsforandring



Roltec BOA2 - KUN 36 cm setehøyde - smal - alle setefunksjoner



www.ovrebo.no

Slik får du det litt tryggere hjemme

Mange av oss tilbringer fortsatt mye tid hjemme. Hva er da bedre enn å fylle tiden med noen små grep som gjør hjemmet ditt tryggere? Disse enkle rengjøringsgrepene kan forebygge skader i hjemmet ditt.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

RENS SLUK

Dette er en av de kjøpere jobbene, så hvorfor ikke få den gjort unna først? Det kan nemlig oppstå ganske store problemer når sluk ikke blir renset. For under ti år siden ble det oppdaget et fettberg på 15 tonn i kloakksystemet i London. Det som hadde skjedd var at oljer og fett hadde blitt samlet sammen av ting som for eksempel hår og dannet en mas-siv propp.

Selv om det er langt mindre dimensjoner hjemme hos den enkelte, så sier det noe om hva som skjer i et sluk og rørsystem som ikke blir renset.

Hår har den egenskapen at det tiltrekker seg fett og avleiringer. I et hus hvor en familie dusjer hver dag, kan derfor sluk gå tett ganske fort. Hvis vannet flyter utover gulvet eller flisene når dusjen brukes, er dette en indikasjon på at du bør gjøre noe.

RENGJØR FILTERET I VARMEPUMPEN

I de fleste varmepumper er det to filtre i innedelen av varmepumpen. Disse ligger som oftest rett innenfor lokket på innedelen, og kan løftes ut. Noen produsenter sier at man skal vaske filterene, men sjekk brukerhåndboken før du gjør det. Hvis du vasker dem,



Kjøkkenviften kan bli brannfarlig. Foto: Mostphotos

bør de tørke over natten før du setter dem i igjen, for det er ikke bra å få fuktighet inni varmepumpen.

Det enkleste og tryggeste er å støvsuge filterene skikkelig – på begge sider. Ikke bare sveip over, men støvsug grundig slik at du får med deg alt som ligger i filteret. Etterpå setter du filterene på plass igjen, slik som vist i din brukerhåndbok for varmepumpen. Vær nøye med å følge instruksene, slik at du ikke bøyer eller revner filterene.

Husk også å støvsuge eller

tørke støv av lamellene der luften kommer ut av varmepumpen din. Dette er et typisk sted hvor det samler seg mye støv som igjen blir blåst rundt i hjemmet ditt.

For service og rengjøring av den utvendige delen av varmepumpen oppfordrer vi deg til å ta kontakt med firmaet som solgte eller monterte varmepumpen.

KJØKKENVIFTEN KAN BLI BRANNFARLIG

– En kjøkkenventilator som er skitten, mister ikke bare sugeeffekten. Den kan i verste fall bli

brannfarlig. Hvis noe på komfyren din skulle ta fyr, vil fettet i viften din være lett antennelig og vanskelig å slukke, sier forebyggelsekspert i Tryg, Øyvind Setnes.

- Det er en jobb mange misliker å gjøre fordi det er mye fett som samler seg opp i ventilatoren. Men se heller på det som en mulighet til å få matlukt og os ut av huset når du lager mat. Ventilatoren din har mye større effekt når den er ren. I motsatt tilfelle, tenk så pinlig å ha eller vente middagsgjester, og så må man avlyse fordi det tar fyr i en skitten kjøkkenvifte, fortsetter han.

Det første du må gjøre er å løsne filteret. Hvis du ikke vet hvordan så kan du sjekke bruksanvisningen eller søke på nett. De

fleste filtre kan vaskes i oppvaskmaskinen, men hvis det er veldig tilsmusset, kan det være lurt å legge det i bløt først med oppvaskmiddel og gjerne litt salmiakk for å fjerne lukt. Skrubb og skyll filteret før du legger det i oppvaskmaskinen.

Filteret bør være helt tørt før du setter det tilbake i ventilatoren. Rist det godt i vasken, og sett det til tørk på kjøkkenbenken. Da unngår du å få fuktighet inn i viftemotoren.

Noen ventilatorer har to filtre. Hvis ventilatoren ikke sender luften direkte ut av boligen din, har du sannsynligvis et filter nummer to. Noen av disse kan være kullfiltre som skal skiftes ut jevnlig, mens andre kan vaskes og varer lengre. Her bør du sjekke bruks-

anvisningen og følge instruksene for hvordan du går frem.

Kilde: Tryg Forsikring



Øyvind Setnes er forebyggelsekspert i Tryg.





medemagruppen





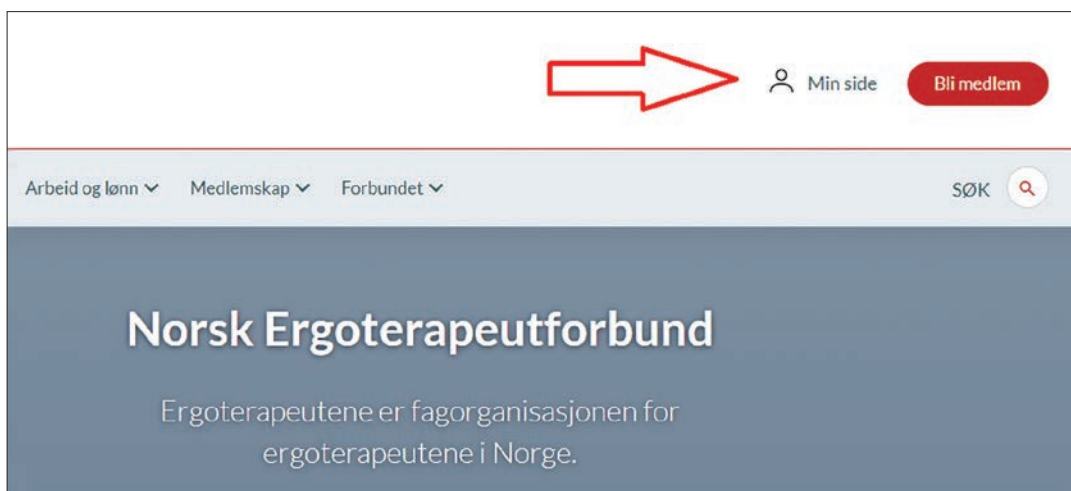
munevo DRIVE
- en ny type styring for elektriske rullestoler, som baserer seg på Smartglasses.
Brillene registrerer de lette hodebevegelesene og konverterer disse til styresignaler for å kjøre stolen og justere alle dens elektriske funksjoner. Forenkler utprøving og behov for spesialtilpasninger.
Bluetooth 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

Forenklet innlogging på Min side

Fra september trenger du ikke lenger personlig passord for å logge deg på Min side. Da får du tilsendt en kode på SMS når du skal logge deg på.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

8. september klokka 09.00 tar vi den nye løsningen i bruk. For at du skal kunne logge deg inn, er du avhengig av at riktig mobilnummer er registrert i medlemsregisteret. Vi oppfordrer deg til å jevnlig sjekke opplysningene dine på Min side.



1. september er siste frist for kandidater til Tillitsvalgtprisen

Kjenner du en tillitsvalgt som har gjort en vesentlig innsats? Nominer hen til Tillitsvalgtprisen 2022!

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Tillitsvalgtprisen deles ut til et medlem av Norsk Ergoterapeutforbund som har gjort vesentlig innsats som tillitsvalgt. Årets tillitsvalgte kan ha utmerket seg gjennom for eksempel:

- langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser

- å være en viktig rollemodell for kollegaer og andre tillitsvalgte
- svært god forståelse for sammenhengen mellom ergoterapi som fag og betingelser i arbeidslivet
- å ha stått i spesielt krevende prosesser på vegne av sine medlemmer
- å ha utvist mot og handlekraft

- i krevende saker eller prosesser på vegne av sine medlemmer
- å ha gjort en særlig innsats for å aktivere, rekruttere og beholde medlemmer

Mer informasjon finner du på nettsida vår. Husk at det er både en stor glede og inspirasjon i å bli nominert til prisen.



Det skjer ikke meg! Eller...?

Du eller din partner kan ikke erstattes - men, det kan inntektene. En forsikring ved dødsfall kan hjelpe deg eller dine etterlatte økonomisk hvis en av dere dør som følge av en ulykke eller sykdom.

60%

Vi har sammenlignet priser!

Som medlem i Ergoterapeutene kan du kjøpe alle dine viktigste forsikringer til fast lav medlemspris.

Resultatet fra prissammenligningen viser at du i gjennomsnitt sparer inntil 60 % ved å kjøpe livsforsikringen hos oss. Det er også lurt å sikre eget inntektstap hvis man skulle bli arbeidsufør, det gjør du ved å kjøpe uføreforsikring – til samme gode betingelser.

Kontakt Ergoterapeutenes forsikringskontor for en uforpliktende gjennomgang av ditt forsikringsbehov. Vi gir deg råd basert på dagens inntekt, gjeld og livssituasjon.

Telefon: 22 05 99 15 | post@ergoterapeuteneforsikring.org | www.ergoterapeuteneforsikring.org



Mangfold, muligheter og mestring i samfunn, fag og forskning

Norsk fagkongress i ergoterapi
Stavanger 19.-21. september 2022

Mandag 19. september

08:30-10:00	Registrering og kaffe
10:00-11:00	Åpning av kongressen Kulturinnslag Velkommen ved kongressleder Randi Skumsnes Hilsen fra ordfører i Stavanger kommune Kari Nessa Nordtun Hilsen fra helseminister Ingvild Kjerkol Åpningstale ved forbundsleder Tove Holst Skyer
11:00-11:45	Medborgerskap, menneskerettigheter og like muligheter Førstelektor Kjersti Helene Haarr
12:00-13:00	Enabling Social Inclusion and Belonging: A Decolonial Approach Professor Elelwani Ramugondo
13:00-14:00	Lunsj
14:00-15:30	PARALLELLESJON 1 A-L
15:30-16:00	Utstilling og kaffe
16:00-17:30	PARALLELLESJON 2 A-K
19:00	Posters and People

Tirsdag 20. september

08:45-09:10	Kulturinnslag
09:10-09:55	Aktivitetsvidenskap – en viktig videnskilde for aktivitetsfokus i ergoterapeutisk praksis Professor Hanne Kaae Kristensen
10:00-10:45	Visjoner om funksjonshemming, inkludering og barns deltakelse Førsteamanuensis Mona Asbjørnslett
10:45-11:45	Utstilling, postere og kaffe
11:45-12:00	Kulturinnslag
12:00-13:00	Helsefremming og forebygging. Muligheter og utfordringer i kommunal ergoterapi Førsteamanuensis Ruca Maass Meningsfulle aktiviteter på norske asylmottak Neststyrelser og daglig leder Tadalla Weriku Birmadji
13:00-14:00	Lunsj
14:00-15:30	PARALLELLESJON 3 A-K
15:30-16:00	Utstilling, postere og kaffe
16:00-17:30	PARALLELLESJON 4 A-L
19:45	Kongressmiddag

Onsdag 21. september

09:00-09:10	Kulturinnslag
09:15-10:00	Innspill fra to rundebordskonferanser om bærekraftig ergoterapi Generalsekretær og fagsjef Toril Laberg og Seksjonsleder, PhD Else Marit Holen Gravås Pasientens rolle i endring fra 1950-2020 Leder for Ergoterapeutenes seniorforum Liv Hopen
10:00-10:30	Utstilling, postere og kaffe
10:30-11:30	Æresforelesning: Hva er viktig for oss? Fremtidig fokus i ergoterapiforskning Seniorforsker og professor Ingvild Kjekken
11:30-12:00	Trådtrekking fra kongressen Programlederne Ingunn Myraune og Siv Iren Gjermstad
12:00-12:15	Presentasjon av neste kongressby
12:15-13:00	Avslutning
13:00-14:00	Lunsj og vel hjem



Les mer om alle foredragsholdere, samt hele programmet med oversikt over alle innleggene, workshoper og rundebordskonferanser i parallellsesjonene på www.ergoterapeutene.org/fagkongress. Her finner du også en oversikt over alle posterne som blir presentert.

På nettsiden finner du også påmeldingsinformasjon og priser, hvis du enda ikke har fått meldt deg på. Alle påmeldte vil i slutten av august få tilgang til vår kongressAPP med alt du trenger av informasjon! Vi tar forbehold om at det kan bli endringer i programmet.



Spesialtilpassede senger med høye grinder – tvang eller trygghet?



Les hele artikkelen på bardum.no

Riktig seng kan gi positiv virkning på aktiviteter i dagliglivet

Hjelpende tiltak

Mange foreldre opplever utfordringer med tilrettelegging av rutiner og aktiviteter for barn i hverdagen. Legger man til ulike diagnoser, både kognitive og fysiske, så kan det bli enda mer utfordrende. Uro og utagerende oppførsel kan ofte være et resultat av en dårlig natt. Barnet kan ha behov for mer søvn, bedre søvn og et lite avbrekk på dagtid i en spesialtilpasset seng med få forstyrrelser.



Lukas

Spesialtilpassede senger

Barn med nedsatt funksjonsevne trenger ofte pleie om natten eller har behov for en voksen som kan ligge inntil og gi trygghet. Andre har utagerende oppførsel eller kraftige spasmer/ufrivillige motoriske problemer og trenger derfor ekstra polstring i sengen. Noen trenger medisinsk stell og en spesial tilpasset seng med hev/senk funksjon vil imøtekomme dette.

Riktig valg av seng er viktig, hos oss vil en utprøving være naturlig og vi vil i samråd med terapeut bistå med å finne den beste sengen for bruker.

Bardum

Erfaringer med Perceive, Recall, Plan og Perform (PRPP)-systemet for kartlegging og intervensjon i kommunehelsetjenesten

Av Linda Stigen & Kristin Jess-Bakken



Linda Stigen er ergoterapispesialist og Førsteamanuensis ved NTNU Gjøvik.



Kristin Jess-Bakken er ergoterapeut i Østre-Toten kommune og masterstudent ved master i helsevitenskap med fordypning ergoterapi, ved Oslo-Met fra høsten 2022.

Sammendrag

Ergoterapeuters praksis i kommunehelsetjenesten er svært mangfoldig, og ergoterapeuter møter varierte brukergrupper med ulike utfordringer. En forutsetning for å igangsette relevante intervensjoner er at det er gjennomført en grundig kartlegging av personers behov og funksjonsnivå. Personer med kognitive vansker har ofte utfordringer med aktivitet utførelsen. Dersom man skal jobbe med aktivitetstrening er det derfor en forutsetning at kartleggingen som er gjennomført har et aktivitetsfokus. PRPP er et redskap som kan være egnet til dette, og vi vil i denne artikkelen reflektere rundt erfaringer med bruk av den i kommunehelsetjenesten. PRPP er et nyttig redskap for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. Ikke bare for å kartlegge personers aktivitetsnivå, men også som en metode for å sette i gang hensiktsmessige tiltak og for å evaluere effekten av disse tiltakene. PRPP kan bidra til å tydeliggjøre ergoterapeuters arbeid med personer som har utfordringer med å bearbeide og benytte informasjon i utførelsen av daglige aktiviteter.

Nøkkelord: PRPP, kommunehelsetjenesten, kognitive vansker, aktivitetsnivå, tiltak

Både Linda Stigen og Kristin Jess-Bakken er involvert i oversetting og utvikling av norske PRPP kurs.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til innsendt manuskript.

EN KOMPLEKS KOMMUNEHELSESTJENESTEPRAKSIS

Ergoterapeuters praksis i kommunal sektor kan være svært mangfoldig (Arntzen et al., 2019; Horghagen et al., 2020; Stigen, 2018). Ergoterapeuten møter en variert brukergruppe både i alder, med ulike funksjonsvariasjoner, og i mange tilfeller har personer man møter et komplekst sykdomsbilde (Stigen et al., 2018; Aas & Grotle, 2007). Samhandlingsreformen har gitt kommunene et større ansvar (Meld. St. 47 (2008-2009), 2008). Den har blant annet ført til at opphold i spesialisert rehabilitering er forbeholdt dem med størst rehabiliteringspotensial, og oppholdene blir stadig kortere og mer intensivert (Leknes et al., 2014), Meld. St. 47 (2008-2009), 2008). Dette medfører at kommunene blir utfordret på å prioritere, samt utvikle effektive og treffsikre tjenester. Effekten av intervensjoner som igangsettes av ergoterapeuter i en kommunal kontekst, er det imidlertid lite forsket på (Stigen et al., 2022). For å dokumentere effekten av det ergoterapeuter bidrar med, er det derfor et stort behov for å studere intervensjoner igangsatt av ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. Innføringen av hverdagsrehabilitering har bidratt med å måle effekt av intervensjoner utført i personers hjem (Førland & Skumsnes, 2016; Tuntland & Ness, 2014; Tuntland et al., 2015). Å bidra i hverdagsrehabilitering er imidlertid kun en liten del av ergoterapeuters praksis i kommunehelsetjenesten. Hverdagsrehabilitering har imidlertid muligens bidratt til at kommuneergoterapeuter jobber mer systematisk og målbart, i tillegg til at det også har ført til at ergoterapeuter har blitt en mer synlig faggruppe i mange kommuner (Førland & Skumsnes, 2016). I daglig praksis opplever likevel ergoterapeuter i kommunene at det er vanskelig å kartlegge, dokumentere, jobbe systematisk, evaluere og vise til effekten av sine tiltak (Stigen et al., 2019, 2020).

BEHOV FOR GODE OG SYSTEMATISKE METODER

«Det er noe kognitivt der», er en setning som ofte høres i samtaler og diskusjoner med kolleger. Dette blir som regel sagt på grunnlag av observasjoner noen har gjort i utførelse av en aktivitet. Med bakgrunn i dette, er det naturlig å tenke at aktiviteten må analyseres grundigere. Når mennesker utfører aktiviteter, foregår det kognitive prosesser, også kalt informasjonsbearbeiding, på ulikt nivå. Av forskjellige årsaker kan mennesker ha utfordringer med disse prosessene, og dette vil da kunne påvirke aktivitetsutførelsen. Ofte viser disse utfordringene

seg som vansker i et eller flere av områdene sansing, gjenkalling, planlegging eller utførelse (Chapparo & Ranka, 2018a). Når ergoterapeuter skal kartlegge kognisjon og kognitive ferdigheter, viser studier at det benyttes hovedsakelig standardiserte verktøy på kroppsfunksjons- og strukturnivå (Burns & Neville, 2016; Douglas et al., 2007; Stigen et al., 2018). Disse testene sier imidlertid lite om den daglige aktivitetsutførelsen; hva som mestres og ikke mestres, hva som må trenes på og om hvilke tiltak som er relevant å igangsette (Hocking, 2001; Hocking & Hammell, 2017).

Ergoterapeuters kjernekompetanse er aktivitet, aktivtetsanalyse og aktivitetsutførelse. Dette er ergoterapeuter gode på, men det sies ofte i dagligtalen at det kan være vanskelig å måle disse områdene med standardiserte metoder. Når man skal undersøke aktivitetsutførelsen, gjøres det som regel gjennom mer ustrukturerte metoder som samtale og uformelle observasjoner (Alotaibi et al., 2009; Burns & Neville, 2016; Holmqvist et al., 2014; Piernik-Yoder & Beck, 2012; Sansonetti & Hoffmann, 2013; Stigen et al., 2018). Det kan komme frem viktig informasjon gjennom ustrukturerte metoder, men det kan være vanskelig å strukturere en intervensjon basert på en uformell observasjon, og det er vanskelig å evaluere effekten av tiltakene vi igangsetter når disse er basert på ustrukturert kartlegging. Likeledes kan det være vanskelig å utarbeide gode og oversiktlige rapporter som brukes videre tverrfaglig eller til andre instanser og samarbeidspartnere, om det baseres på ustrukturerte metoder. Å kartlegge aktivitetsutførelsen med standardiserte metoder er imidlertid godt mulig. Det vesentlige blir å identifisere egnede metoder og redskaper for kartlegging og intervensjoner knyttet til nettopp dette aktivitetsnivået (Fawcett, 2007; Hocking & Hammell, 2017; Law et al., 2017).

Et annet aspekt som er viktig å tenke på i kartlegginger og intervensjoner ergoterapeuter igangsetter, er brukerperspektivet. Å benytte aktiviteter som personer er motiverte for å utføre, er ofte alfa og omega i kartleggingsprosessen for å oppnå gyltige resultater. Er det eksempelvis klientsentrert å kartlegge en person i evnen til å koke kaffe når man egentlig er mest opptatt av å bruke øksa i vedskjullet? Får man troverdige resultater av observasjonene når personen egentlig ikke har lyst til å utføre aktiviteten? Ergoterapifaget har behov for metoder og redskaper som er aktivitetsrettede, brukervennlige, økologisk valide og som kan bidra til å strukturere intervensjonene vi igangsetter. Et eksempel på et

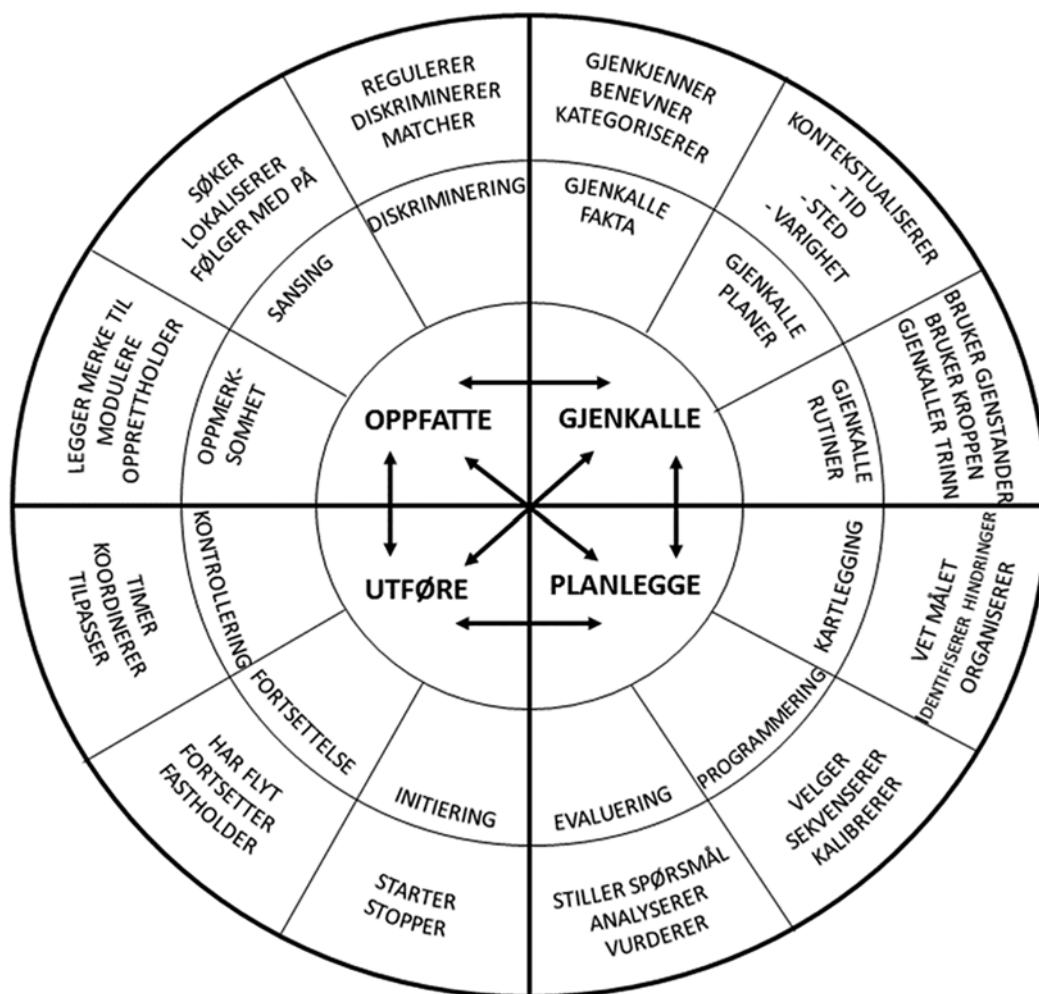


Fig 1: PRPP fase 2 modellen (Chapparo & Ranka, 2018. Til norsk av L. Stigen, 2018).

slikt redskap som er godt egnet for å kartlegge personer som har utfordringer med å benytte kognitive strategier på effektivt vis, er the Perceive, Recall, Plan and Perform System of assessment and intervention (PRPP) (Chapparo & Ranka, 2018a).

PRPP: EN METODE FOR KARTLEGGING OG INTERVENSJON

PRPP er et standardisert system som ble utviklet av og for ergoterapeuter, for å identifisere menneskers bruk av kognitive strategier, og for å igangsette relevante tiltak for å benytte disse mer effektivt i utførelse av hverdagsaktiviteter.

PRPP-KARTLEGGING

PRPP-kartleggingen undersøker hvor effektivt mennesker benytter sine strategier for å bearbeide informasjon i utførelsen av daglige aktiviteter (Chapparo & Ranka, 2018a). Strategier for informasjonsbearbeiding er internaliserte genererte tankeprosesser

som benyttes for å planlegge hva man skal gjøre for å tilpasse seg til eksterne krav i aktivitetsutførelsen (Levy, 2011). PRPP-kartleggingen er videre et standardisert kriteriebasert redskap som administreres i to trinn.

- Trinn én er en standardisert prosedural aktivitetsanalyse, hvor man bryter aktiviteten ned i trinn som skal gjennomføres og deretter måler hvor stor del av aktiviteten som gjennomføres feilfritt.
- Trinn to er en anvendt kognitiv oppgaveanalyse og måler hvor effektivt de kognitive strategiene benyttes for å møte kravene til aktivitetsutførelsen i kontekst.

Kartleggingen i trinn én gir en god oversikt over hvilket trinn som mestres og hvilket trinn som ikke mestres. Dette summeres opp til en mestringsscore, som gir et bilde av hvor mye av aktiviteten som mestres selvstendig. Kartleggingen i trinn to gir et bilde på hvor effektivt personen benytter de ulike

strategiene som er nødvendig for aktivitetsutførelsen. Informasjonen man får gjennom kartleggingen er viktig for ergoterapeuter knyttet til igangsetting av relevante tiltak, men også i et tverrfaglig perspektiv. Ofte arbeider ergoterapeuter i team med andre helseprofesjoner som også observerer og jobber med personen i samme aktiviteter. Det er da spesielt interessant å se om det eksempelvis er forskjell på hva personen mestrer eller ikke mestrer ut ifra hvem den er sammen med.

Det teoretiske rammeverket til PRPP trinn to kommer fra informasjonsbearbeidingsteori og består av fire hovedområder, som i PRPP-terminologien, kalles kvadranter:

- oppmerksomhet og sensorisk bearbeiding (oppfatte)
- hukommelse (gjenkalle)
- planlegging (planlegge)
- utførelses overvåking og tilbakemelding (utføre)

Oppfattelseskvadranten innebærer å ivareta informasjon som er kritisk for oppgaveutførelsen og opprettholde denne gjennom utførelse av aktiviteter. Oppfatte inkluderer også systematisk innsamling og syntese av detaljert sensorisk informasjon som kreves for oppgaven.

Gjenkallingskvadranten evaluerer hvordan personen er i stand til å bruke forkunnskaper, spesifikt ved å gjenkalle fakta, planer og prosedyrer i forhold til oppgaven.

Planleggingskvadranten omfatter kjennskap til målet for oppgaveutførelse og problemløsning rundt hindringer som kan oppstå. I planleggingskvadranten ser man også på programmering av responser knyttet til utvikling av aktivitetsutførelsen, og evaluering av om endringer i målet og utførelsen er nødvendige.

Utførelseskvadranten evaluerer hvor godt personen kan overvåke utførelsen ved å starte, stoppe, fortsette, respondere når det er tid for det, og holde tid og flyt i utførelsen (Chapparo & Ranka, 2011).

De fire kvadrantene er videre delt inn i 12 subkvadranter med totalt 35 kognitive strategier (Chapparo & Ranka, 2011). Se figur 1 for PRPP konseptuell modell som omfatter kvadranter (indre sirkel), subkvadranter (midterste sirkel) og kognitive strategiementer (deskriptorer) (ytterste sirkel).

Hver strategi i den ytre ringen (deskriptorene), beskriver en generisk kognitiv strategi, som er modifisert og benyttet for å passe til oppgaveutførelsen. PRPP baserer seg på antakelsen om at effektiv

bruk av kognitive strategier kan observeres (Singer & Chen, 1994). Hver strategi tildeles en poengsum (1–3) basert på hvor effektivt den kognitive strategien som observeres under aktivitetsutførelsen benyttes. En poengsum på 3 tildeles en strategi når det ikke er noen feil i utførelsen og ingen assistanse eller veiledning (prompt) er nødvendig for bruk av den kognitive strategien. En poengsum på 2 tildeles når det observeres at bearbeidingen går sakte og minimalt med veiledning er nødvendig, men feilfri utførelse fortsatt er demonstrert. En poengsum på 1 gis når det observeres en feil i strategiatferden, mye veiledning er nødvendig eller når manglende kompetanse i bruk av denne strategien har en innvirkning på vellykket utførelse generelt. Poengsummene på de kognitive strategiene telles opp for å danne en råscore for hver subkvadrant og for hver kvadrant. Denne summen konverteres deretter til prosentpoeng for hver subkvadrant og kvadrant og kan deretter settes inn i en excel fil for å illustrere mestringen i et diagram. Se eksempel på fremstilling av PRPP-score før og etter intervensjon i figur 2 og 3. Råscorene på subkvadrant og kvadrant nivå kan summeres og vil da gi en total sumscore for effektiv strategibruk. Summen kan igjen benyttes for å si noe om utvikling i effektiv strategibruk før og etter en intervensjon er gjennomført.

PRPP-INTERVENSJON

PRPP-intervensjonen er en standardisert metode for å igangsette tiltak basert på resultatene fra PRPP-kartleggingen. Det unike med denne intervensjonen er at det er en aktivitetsbasert intervensjon hvor hverdagsaktivitetene som er viktige for personen man jobber med, benyttes i treningen. PRPP-intervensjonen har som mål å øke mestring av aktivitetsutførelsen gjennom å adressere utfordringene med bruk av de spesifikke kognitive strategiene som ble identifisert gjennom PRPP-kartleggingen. Prinsipper fra informasjonsbearbeiding og etablerte teorier rundt hjernens plastisitet, systematisk instruksjon, feilfri læring og oppgaveorientert trening, er basisen for utvikling av PRPP-intervensjonen (Chapparo & Ranka, 2018b). Intervensjonen fokuserer både på oppgavetrening og kognitiv strategitrening i hverdagsaktiviteter og foregår i konteksten som er naturlig for personen og aktiviteten. Metodene som benyttes for å adressere de spesifikke strategiene inneholder cues (naturlige hint) og prompts (veiledning) innenfor de fire kvadrantene oppfatte, gjenkalle, planlegge og utføre. I PRPP-intervensjonen

benyttes en sekvens av prompts (veiledning) innenfor områdene «Stopp, følg med, sans, tenk, gjør».

«Stopp»-strategiinstruksjonen benyttes for å stanse en lite produktiv strategiadferd, før personen veiledes til å fokusere oppmerksomheten opp mot «Følg med, sans»-strategiinstruksjonen.

«Følg med, sans»-strategiinstruksjon adresserer utfordringene som handler om oppmerksomhet knyttet til sensoriske bilder og manglende fokus på oppgavene. Personer stimuleres til å motta og kode informasjon om aktiviteter til de er fullført.

«Tenk»-strategiinstruksjonen kan bidra til å hjelpe personer med å huske ferdigheter når de ikke kan gjenkjenne sansebilder, eller de gjør feil med gjenkjennelse, navngir ting feil, eller glemmer objekter og instruksjoner. Denne strategiinstruksjonen fokuserer på repetisjon og organisering, som er viktige strategier for å holde informasjon i arbeidsminnet. «Tenk»-strategiinstruksjonen adresserer også planleggingsutfordringer, gjennom å la intervensjonen fokusere på personers evne til å konstruere og evaluere sine egne målorienterte strategier for utførelse, spesielt når oppgaver er nye eller komplekse.

«Gjør»-strategiinstruksjonen hjelper personer med å starte og stoppe, i tillegg til å stimulere til å fortsette, fastholde og opprettholde flyt i oppgaver til de er gjennomført (Chapparo & Ranka, 2018b).

I en tverrfaglig kontekst kan trinnanalysen i trinn 1 brukes som et utgangspunkt for å samkjøre intervensjonen som gis til personer i eksempelvis ADL-trening. Ved å sette opp trinnene får det tverrfaglige teamet raskt oversikt over hva pasienten trenger hjelp til og ikke. Videre kan man beskrive hvordan intervensjonen skal gis på hvert enkelt trinn. Her kan prinsippene for informasjonsbearbeiding i strategiinstruksjonen beskrives slik at personen mottar mest mulig lik instruksjon i intervensjonen.

FORSKNING KNYTTET TIL PRPP-KARTLEGGINGEN

PRPP-systemet for kartlegging og intervensjon er utviklet med tanke på personer som har vansker med aktivitetsutførelsen på grunn av utfordringer med informasjonsbearbeiding. PRPP kan benyttes for mennesker uavhengig av alder og diagnose, og kulturell bakgrunn. Intervensjonen har en voksende forskningsbase og benyttes mer og mer i den norske konteksten. Undersøkelser tilsier at PRPP-kartleggingen er et godt redskap for å måle bruk av kognitive strategier hos ulike populasjoner som traumatisk hjerneskade (TBI) (Fry & O'Brien, 2002), HIV-relatert demens (Ranka & Chapparo, 2010),

demens (Steultjens et al., 2012), schizofreni (Aubin et al., 2009), Parkinsons (Sturkenboom et al., 2019), hjerneslag (White et al., 2020), arbeidsdeltagelse etter brystkreft (Lewis et al., 2016), studenter med autisme og utviklingshemming (Mills & Chapparo, 2017) og barn med redusert sosial kompetanse (Challita et al., 2019). PRPP-kartleggingen er også et godt redskap for å måle endring i aktivitetsutførelse for personer med endring i aktivitetsutførelse hos ulike grupper som TBI (Nott, 2008), barn med autisme (Juntorn et al., 2017; Mills & Chapparo, 2017), og personer med demens (Voigt-Radloff et al., 2011; Voigt-Radloff et al., 2009).

FORSKNING KNYTTET TIL PRPP-INTERVENSJONEN

PRPP-intervensjonen har vist god effekt for yngre personer med traumatisk hjerneskade (Nott, 2008), barn med lærevansker (Juntorn et al., 2017) og i kombinasjon med en sensorisk aktivitetsplan for barn med autisme (Mills & Chapparo, 2017). I den norske konteksten foregår det en studie på effekten av PRPP-intervensjonen for eldre med ervervet hjerneskade (Lindstad et al., 2022), og en studie knyttet til barn er på planleggingsstadiet. Begge studiene foregår i en kommunal kontekst.

ERFARINGER MED PRPP OG BETYDNING FOR PRAKSIS

Fra egen praksiserfaring er en styrke ved PRPP at den kan brukes til å analysere hvordan personer benytter sine kognitive strategier i en hvilken som helst aktivitet. PRPP er bygget opp som en systematisk og hierarkisk analyse, og gjennom kartleggingen får man en tydelig retning for å prioritere hvilke kognitive strategier som må jobbes med i intervensjonen, og i hvilken rekkefølge man bør jobbe med dem. PRPP kan altså brukes til å kartlegge hvilken som helst aktivitet, små til store og mer komplekse. Av egen erfaring er PRPP benyttet i et vedskjul, ute i skogen, ved bruk av maskiner og verktøy, i morgenstell, i hinderløype, i trappegang, i påkledning, ved kjøkkenobservasjon, i skoleaktiviteter og i observasjon av lek i ulike kontekster. PRPP har blitt benyttet for å kartlegge det som har vært personens aktivitetsproblem. Som kommuneergoterapeut blir man stadig utfordret på aktivitetens form og kontekst. Mange aktiviteter vet man gjerne ikke hvordan skal utføres, eksempelvis å felle trær, eller bruke ulike verktøy. Ved å bruke PRPP-metoden i kartlegging av aktivitet kan aktivitetsanalysen gjennomgås med personen i forkant, eller skrives ned i etterkant av



Trefelling inngikk hos Per ofte som ukentlig aktivitet, men den måtte ikke nødvendigvis jobbes med hver uke.

observasjonen uten at dette trenger å påvirke kartleggingen negativt. Gjennomgående er erfaringen at personer virker fornøyd både med å bli tatt på alvor i situasjoner som er viktige for dem, og med at disse aktivitetene benyttes i kartleggingen og videre i intervensjonen.

PRPP-kartleggingen gir et spesifikt bilde på hva, og hvilke kognitive strategier som må trenes på videre. Knyttet til PRPP fase 2 modellen, fokuserer den første kvadranten på sansing. En forutsetning for effektiv aktivitetsutførelse er at man evner å ta inn, følge med på, og skille mellom sensorisk informasjon som er nødvendig for utførelsen. Har personer vansker innenfor sanseområdet, må dette prioriteres tidlig i intervensjonen. Gjennom PRPP kan man se nærmere på de kognitive strategiene som inngår i for eksempel sanseområdet, for så å gi spesifikk intervensjon til disse ferdighetene. Dette kan gjøres direkte og indirekte. Ergoterapeuten kan gi intervensjon selv (direkte), eller veilede andre rundt personen i å gi instruksjoner på samme strategier som trenger forbedring (indirekte). Et eksempel kan være dersom personen har utfordringer med å stoppe opp. Da må ergoterapeuten instruere i det, for deretter å se seg om, legge merke til det som skjer rundt seg og planlegge neste skritt. Annet personell, som fysioterapeuter, pleiepersonell og til og med pårørende, kan også få informasjon om ferdigheten som trenger forbedring, og på hvilken

måte instruksjonen skal gis og utvikles ettersom personen forbedrer sine ferdigheter. Gjennom PRPP går man altså systematisk til verks med en aktivitetsbasert metode som er dokumentert både valid og reliabel for ulike brukergrupper. Erfaring etter bruk i kommunehelsetjenesten er at intervensjonene blir mer målrettet og spesifikke, og at personer har raskere forbedring enn med intervensjoner som ble igangsatt tidligere. Der tidligere intervensjon var mer uspesifikk, kan man komme raskere i gang med å se hva som må gjøres, og hva personen trenger gjennom bruk av PRPP. Ofte er utfallet av informasjonsbearbeiding ganske lik i ulike aktiviteter som er viktig for personen. Fordelen med PRPP-intervensjonen er da at informasjonsbearbeidingsstrategiene blir terpet på, slik at de kan anvendes i flere aktiviteter, og man raskt kan oppnå generalisering for økt mestring av aktiviteter i ulike kontekster.

ET PRAKSISEKSEMPEL

Da Per gikk til skogen for å felle trær i etterkant av et hjerneslag, viste PRPP-kartleggingen at han handlet ut ifra automatikk, men at mange av trinnene i aktiviteten som var nødvendige for å lykkes, var problematisk. For å gjennomføre denne aktiviteten, var det helt nødvendig å blant annet legge en plan, hvilket han ikke gjorde. Intervensjonen som ble igangsatt etter kartleggingen gikk da ut på å gjengå planer og rutiner, for så å planlegge hvordan

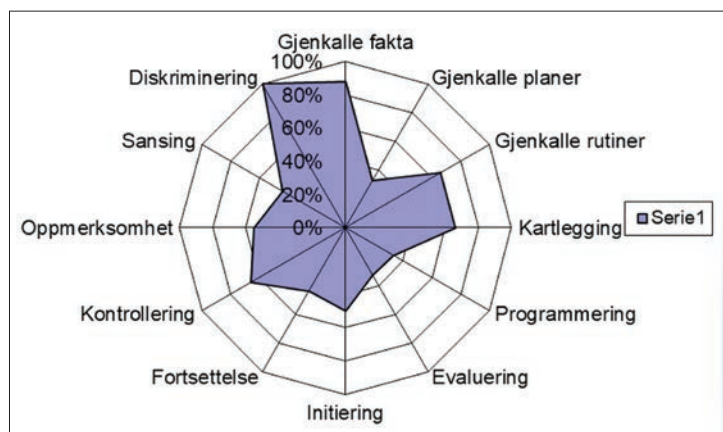


Fig 2: Per ved utførelse av trefelling før intervensjonen.

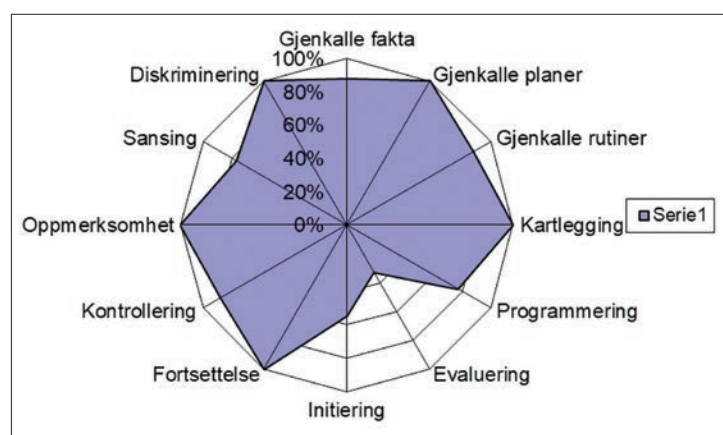


Fig 3: Per ved utførelse av trefelling etter intervensjonen.

treet skulle felles, og deretter å felle dette. I dette eksempelet var det ikke nødvendigvis bare i aktiviteten trefelling at gjenkalling og planlegging var et stort problem, men dette var gjennomgående for de fleste aktiviteter. Derfor ble intervensjonen en ukentlig veiledning hvor man fokuserte på å gjenkalle trinn i aktiviteter som skulle gjøres og planla utførelsen av disse. Ofte tar man utgangspunkt i personers hverdag og uke, som igjen gir mengdetrening. Trefelling inngikk hos Per ofte som ukentlig aktivitet, men den måtte ikke nødvendigvis jobbes med hver uke. Andre aktiviteter som å ta buss, handle og hus- og hagearbeid er eksempler på aktiviteter hvor man også jobbet med strategier innenfor gjenkalling og planlegging. Samtidig fikk andre personer rundt Per beskjed om å etterspørre trinnene i aktiviteten, gjennomgå planen før aktiviteten startet og hjelpe ham med å evaluere utførelsen både underveis og i etterkant av aktiviteten. Etter hvert mestret Per gjenkalling og planlegging mer selvstendig, som igjen førte til at hele aktiviteten fløt bedre. I figur 2 og 3 sees PRPP trinn 2 kartleggingscore, før og etter igangsatt intervensjon i aktiviteten tre felling.

Det blå området indikerer hvor effektivt de kognitive strategiene ble benyttet før og etter intervensjonen. Denne figuren gir en oversikt over endring i effektiv strategibruk mellom første kartlegging i figur 2 og evaluering etter intervensjonen i figur 3. Den gir også en oversikt over hvilke områder som har hatt forbedring og hvilke områder som må jobbes mer med. Dette er nyttig å se for Per selv, pårørende og andre samarbeidsinstanser da det gir en visuell god oversikt over forbedring i bruk av de kognitive strategiene og således aktivitetsutførelsen, og videre forbedringspotensial.

Der ergoterapeuter gjerne vil gå på og jobbe med alle områdene som trenger forbedring samtidig, vil PRPP hjelpe å prioritere og gi intervensjon ut ifra den hierarkiske oppbyggingen av informasjonsbearbeiding. Forskjellene mellom figur 2 og 3 viser at det var stor bedring i de strategiene som ligger nederst til midten av hierarkiet, mens strategiene som ligger mot toppen, gjenstår å jobbes mer med. I noen tilfeller kan kanskje dette hjelpe med å vise til at det er grunnlag for å opprettholde ergoterapitjeneste og fortsette intervensjonen.

AVSLUTNING

Å arbeide i kommunehelsetjenesten er en givende, men utfordrende jobb. Kompleksiteten man møter, både knyttet til personers varierende utfordringer og konteksten hvor ergoterapeuter arbeider, er både en fordel og en ulempe. På den ene siden streves det med å jobbe systematisk og å evaluere og strukturere arbeidet slik at ergoterapeuter kan vise til effekten av tjenestene vi som faggruppe bidrar til. Det er essensielt å dokumentere effekt av tjenestene våre, slik at ergoterapistillinger prioriteres i kommunene og ikke rammes av budsjettkutt. På den andre siden er kompleksiteten noe som gir en mangfoldig og spennende arbeidshverdag. Spørsmålet er om det stilles store nok krav til oss ergoterapeuter, eller om vi er gode nok på å evaluere og vise til effekt av tjenestene våre. Det skal sies at det gjenstår å forske på om bruk av PRPP er mer effektivt enn andre ergoterapitjenester i en kommunal kontekst, men dette arbeidet er i gang. I egen praksis har det hjulpet å systematisere, prioritere og evaluere arbeidet, i tillegg til at det virker positivt og strukturerende i en kompleks arbeidshverdag.

Endring av praksis er vanskelig, komplekst og krever mye. Vi er klar over at ikke alt løses av at alle ergoterapeuter bruker PRPP, men dette kan være et bidrag til å jobbe mer strukturert, målrettet og

spesifikt med personer som har utfordringer med effektiv bruk av kognitive strategier i aktivitetsutførelsen, i en kompleks arbeidshverdag. Dette kan igjen bidra til å øke kvaliteten på tjenestene slik at personer og pårørende kan oppleve økt mestring av aktivitetsutførelsen raskere.

For de som deler vår entusiasme for aktivitetsanalyse, anvendt kognitive strategier i aktivitet, brukervedvirkning og systematisk arbeid, håper vi denne artikkelen kan inspirere til enda mer refleksjon rundt arbeidet som gjøres for personer som strever med utfordringer knyttet til informasjonsbearbeiding. PRPP er utviklet i Australia, og til nå har PRPP-kursene vært holdt av Dr. Judy Ranka og Dr. Chris Chapparo, på engelsk. I mange år har det foregått et omfattende arbeid for å oversette dette til norsk, og vi kan med glede meddele at det første norske kurset vil bli gjennomført i Norge, forhåpentligvis i løpet av 2023.

Vi gleder oss til å møte deg der!

Referanser

- Alotaibi, N. M., Reed, K., & Nadar, M. S. (2009). Assessments used in occupational therapy practice: an exploratory study. *Occup Ther Health Care*, 23(4), 302-318. <https://doi.org/10.3109/07380570903222583>
- Arntzen, C., Sveen, U., Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A.-S., & Høghagen, S. (2019). Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. *Scand J Occup Ther*, 1-11. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1548647>
- Aubin, G., Chapparo, C., Gélinas, I., Stip, E., & Rainville, C. (2009). Use of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis for persons with schizophrenia: a preliminary study. *Austr Occup Ther J*, 56(3), 189-199. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00725.x>
- Burns, S. C., & Neville, M. (2016). Cognitive Assessment Trends in Home Health Care for Adults With Mild Stroke. *Am J Occup Ther*, 70(2), 1-8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016543>
- Challita, J., Chapparo, C., Hinitt, J., & Heard, R. (2019). Patterns of cognitive strategy use common in children with reduced social competence derived from parent perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66(4), 500-510. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1440-1630.12574>
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2011). Occupation analysis: cognition and acquired brain injury. In L. Mackenzie & G. O'Toole (Eds.), *Occupation Analysis in Practice*. Wiley-Blackwell.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2018a). *The Perceive, Recall, Plan, & Perform System Assessment course manual*. (Available through courses from Occupational Performance Network, jranka@occupationalperformance.com).
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2018b). *The Perceive, Recall, Plan, & Perform System Intervention course manual*. (Available through courses from Occupational Performance Network, jranka@occupationalperformance.com).
- Douglas, A., Liu, L., Warren, S., & al, e. (2007). Cognitive assessments for older adults: which ones are used by Canadian therapists and why. *Can J Occup Ther*, 74(5), 370-381. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2009746184&site=ehost-live>
- Fawcett, A. L. (2007). The Importance of Accurate Assessment and Outcome Measurement. In A. L. Fawcett (Ed.), *Principles of Assessment and Outcome Measurement for occupational Therapists and Physiotherapists*. John Wiley & Sons Ltd.
- Fry, K., & O'Brien, L. (2002). Using the Perceive, Recall, Plan and Perform system to assess cognitive deficits in adults with traumatic brain injury: a case study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(4), 182-187. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2003064591&site=ehost-live>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2016). *Hverdagsrehabilitering- En oppsummering av kunnskap* (Oppsummering;nr 2, Issue. <http://hdl.handle.net/11250/2412233>
- Hocking, C. (2001). Implementing Occupation-Based Assessment. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(4), 463-469. <https://doi.org/10.5014/ajot.55.4.463>
- Hocking, C., & Hammell, K. W. (2017). Process of Assessment. In M. Curtin, M. Egan, & J. Adams (Eds.), *Occupational Therapy for People Experiencing Illness, Injury or Impairment* (7 ed.). ELSEVIER.
- Holmqvist, K., Ivarsson, A.-B., & Holmefur, M. (2014). Occupational therapist practice patterns in relation to clients with cognitive impairment following acquired brain injury. *Brain Injury*, 28(11), 1365-1373. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.919529>
- Høghagen, S., Bonsaksen, T., Sveen, U., Dolva, A.-S., & Arntzen, C. (2020). Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. *Irish J Occup Ther*, 48(2), 133-146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/IJOT-03-2020-0006>
- Juntorn, S., Sriphetcharawut, S., & Munkhetvit, P. (2017). Effectiveness of Information Processing Strategy Training on Academic Task Performance in Children with Learning Disabilities: A Pilot Study. *Occup Ther Int*, 2017, 6237689. <https://doi.org/10.1155/2017/6237689>
- Law, M., Baum, C., & Dunn, W. (2017). Applying an Occupational Performance Measure Approach. Challenges and strategies in implementation. In M. Law, C. Baum, & W. Dunn (Eds.), *Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy* (3 ed.). SLACK Incorporated.
- Leknes, R., Bysheim, U., Ness, N.-E., & Høghagen, S. (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen. *Ergoterapeuten (Oslo)*, 57(6), 32-37.
- Levy, L. L. (2011). Cognitive Information Processing. In N. Katz (Ed.) *Cognition, Occupation, and participation Across the*

- Life Span* (3 ed.). American Occupational Therapy Association Inc.
- Lewis, J., Chapparo, C., Mackenzie, L., & Ranka, J. (2016). Work after breast cancer: Identification of cognitive difficulties using the Perceive, Recall, Plan, and Perform (PRPP) System of Task Analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(5), 323-332. <https://doi.org/10.1177/0308022616639983>
- Lindstad, M. Ø., Obstfelder, A., Sveen, U., & Stigen, L. (2022). Effectiveness of the Perceive, Recall, Plan and Perform intervention for persons with brain injury in community-based rehabilitation: Protocol for a single-case experimental design with multiple baselines. Submitted. *BMJ Open*. Meld. St. 47 (2008-2009). (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. [Coordination Reform. The right treatment- at the right place- at the right time]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Mills, C., & Chapparo, C. (2017). Use of Perceive, Recall, Plan, Perform Stage Two Cognitive Task Analysis for students with autism and intellectual disability: The impact of a sensory activity schedule. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 10(3), 232-253. <https://doi.org/10.1080/19411243.2017.1335262>
- Nott, M., Chapparo, C. & Heard, R. (2008). (2008). Effective occupational therapy intervention with adults demonstrating agitation during post-traumatic amnesia. *Brain Injury*, 22(9), 669-683. , 22(9), 669-683.
- Piernik-Yoder, B., & Beck, A. (2012). The Use of Standardized Assessments in Occupational Therapy in the United States. *Occup Ther Health Care*, 26(2/3), 97-108. <https://doi.org/10.3109/07380577.2012.695103>
- Ranka, J. L., & Chapparo, C. J. (2010). Assessment of productivity performance in men with HIV Associated Neurocognitive Disorder (HAND). *Work*, 36(2), 193-206. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1020>
- Sansonetti, D., & Hoffmann, T. (2013). Cognitive assessment across the continuum of care: The importance of occupational performance-based assessment for individuals post-stroke and traumatic brain injury. *Austr Occup Ther J*, 60(5), 334-342. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12069>
- Singer, R. N., & Chen, D. (1994). A classification scheme for cognitive strategies: implications for learning and teaching psychomotor skills. *Research quarterly for exercise and sport*, 65(2), 143-151. DOI: 10.1080/02701367.1994.10607609
- Steultjens, E. M. J., Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., & Graff, M. J. L. (2012). Reliability of the Perceive, Recall, Plan, and Perform (PRPP) assessment in community-dwelling dementia patients: test consistency and inter-rater agreement. *Intern Psychogeriatrics*, 24(4), 659-665. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002249>
- Stigen, L. (2018). *A multifaceted practice? An investigation of methods used among occupational therapists in municipal services when assessing persons with cognitive impairments* [PhD Thesis, OsloMet Oslo Metropolitan University]. Oslo. <https://hdl.handle.net/10642/7114>
- Stigen, L., Bjørk, E., & Lund, A. (2019). The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(4), 261-272. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1445778>
- Stigen, L., Bjørk, E., & Lund, A. (2020). The power of observation. Occupational therapists' descriptions of doing observations of people with cognitive impairments in the context of community practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1839966>
- Stigen, L., Bjørk, E., & Lund, A. (2022). Occupational Therapy Interventions for Persons with Cognitive Impairments Living in the Community. *Occupational Therapy in Health Care*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/07380577.2022.2056777>
- Stigen, L., Bjørk, E., Lund, A., & Cvancarova Småstuen, M. (2018). Assessment of clients with cognitive impairments: A survey of Norwegian occupational therapists in municipal practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(2), 88-98. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=127095011&site=ehost-live>
- Sturkenboom, I., Nott, M. T., Bloem, B. R., Chapparo, C., & Steultjens, E. M. J. (2019). Applied cognitive strategy behaviours in people with parkinson's disease during daily activities: A cross-sectional study. *J Rehabil Med*, 52(1), jrm00010. <https://doi.org/10.2340/16501977-2635>
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering [Reablement services]*. Gyldendal Akademisk.
- Tuntland, H., Aaslund, M., Espehaug, B., Forland, O., & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15(1), 145. <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/15/145>
- Voigt-Radloff, S., Graff, M., Leonhart, R., Schornstein, K., Jessen, F., Bohlken, J., Metz, B., Fellgiebel, A., Dodel, R., Eschweiler, G., Vernooij-Dassen, M., Olde Rikkert, M., & Hüll, M. (2011). A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation. *BMJ Open*, 1(1), e000096. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000096>
- Voigt-Radloff, S., Graff, M., Leonhart, R., Schornstein, K., Vernooij-Dassen, M., Olde-Rikkert, M., & Huell, M. (2009). WHEDA study: Effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers - the design of a pragmatic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatrics*, 9(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-9-44>
- White, J., Nott, M. T., Barr, C., Chapparo, C. J., & George, S. (2020). Stroke survivors' occupational performance and cognitive strategy use: A pilot exploration of strengths and difficulties using the Perceive Recall Plan Perform System of Task Analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(11), 701-709. <https://doi.org/10.1177/0308022620951028>
- Aas, R. W., & Grotle, M. (2007). Clients using community occupational therapy services: Sociodemographic factors and the occurrence of diseases and disabilities [Article]. *Scand J Occup Ther*, 14(3), 150-159. <https://doi.org/10.1080/11038120600968811>

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 risikofylt 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 spør 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

Klientsentrert og aktivitetsbasert ergoterapi på intensivavdeling – en kvalitativ studie

Av Tina Gunnarsen Haugland, Ingrid Brandsdal, Tina Taule & Marcus Kessner



Tina Gunnarsen Haugland er ergoterapeut ved Omsorgsboliger Årstad i Bergen kommune. Hun var tidligere student ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen. E-post: tina.g.haugland@gmail.com



Ingrid Brandsdal er ergoterapeut ved Vurderingsteamet i Askøy kommune. Hun var tidligere student ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen.

Tina Taule er forsknings- og fagutviklingsleder i Ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus og førsteamanuensis ved Bachelorstudiet i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet.

Marcus Kessner er ergoterapispesialist i somatisk helse. Han har en mastergrad i neurorehabilitation og er ansatt ved Ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus, Bergen.

De to første forfatterne har bidratt like mye i arbeidet med fagartikkelen.

Vi bekrefter at det ikke er interessekonflikter knyttet til innsendt manuskript

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning viser at ergoterapi bør tilbys så tidlig som mulig til intensivpasienter, men at ergoterapeutens rolle på intensivavdelingen er uklar, både for ergoterapeutene selv og for samarbeidende profesjoner.

Hensikt: Å utforske ergoterapeuters erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming på en intensivavdeling.

Metode: Et kvalitativt studiedesign med semi-strukturerte intervjuer ble benyttet for å utforske tre ergoterapeuters erfaringer fra intensivavdelinger. Tematisk analyse ble gjennomført ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Funnene viser utfordringer ergoterapeuter på en intensivavdeling står overfor. Tre temaer ble identifisert:

- når samtale ikke er mulig
- å finne tilbake til hverdagen gjennom aktivitet
- kunnskap og gode relasjoner gir trygghet i egen rolle.

Konklusjon: Kommunikasjon med intensivpasienter kan være utfordrende, og ergoterapeutene må handle kreativt for å kunne jobbe klientsentrert. På intensivavdeling ble kjente basale aktiviteter brukt for å hjelpe pasienten tilbake til hverdagen. Ergoterapeutenes erfaring og trygghet i egen rolle påvirket hvordan de arbeidet på intensivavdelingen.

Nøkkelord: aktivitet, erfaringer, ergoterapi, intensivavdeling, klientsentrert

Innledning

Hvert år behandles nær 15.000 pasienter på intensivavdelinger i norske sykehus (1). Her gis behandling og pleie til kritisk syke pasienter. Dette gjelder for eksempel pasienter som har vært utsatt for alvorlige ulykker eller har vært gjennom omfattende operasjoner. På intensivavdelingen dominerer medisinske tiltak og overvåkning. Viktige kroppsfunksjoner, som respirasjon og blodomløp hos komatøse pasienter blir observert. Svikt i livsviktige organer blir kontinuerlig behandlet (1). Redusert bevissthetstilstand og annen alvorlig tilstand har vist seg å begrense pasientens deltaking i beslutninger om egen situasjon (2;3). Flere av pasientene trenger lange behandlingsopphold før de er klare for overføring til rehabiliteringsenheter eller kan utskrives til eget hjem (1).

I nasjonale retningslinjer for intensivvirksomhet er det anbefalt med tidlig intervensjon gitt av et tverrprofesjonelt team for et best mulig resultat av behandlingen (4). I Norge skal intensivsykepleier og lege utgjøre kjernen i teamet, mens ergoterapeut sammen med fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og farmasøyt inngår ved behov. Ergoterapeuten skal helst være daglig til stede på avdelingen eller som et minimum kunne kontaktes per telefon (4). For å ivareta en aktivitetsbasert og klientsentrert tilnærming ved intensivavdeling, fokuserer ergoterapeuter på pasientens ressurser og ferdigheter (5;6). Ergoterapeuten tilrettelegger for at pasienten kan engasjere seg i kjente og meningsfulle aktiviteter som blant annet morgenstell og forflytning, for slik å forbedre pasientens selvstendighet (5;6). Forskning viser også at pasienter som mottar ergoterapi daglig, kan få bedre funksjon i hverdagsaktiviteter (5;7), reduserer antall respirator døgn samt begrense forekomst og varighet av delirium (7).

Selv om ergoterapi er anbefalt i nasjonale og internasjonale retningslinjer (4;8), er det forskning som viser at ergoterapeuten enda ikke er en naturlig del av det tverrprofesjonelle temaet på intensivavdelinger (9;10). En forklaring som fremheves i forskningen er at det medisinske fokuset som preger arbeidet på en intensivavdeling, overskygger ergoterapeutens aktivitetsbaserte perspektiv (11). Annen forskning antyder at ergoterapeutens rolle i det tverrprofesjonelle teamet på intensivavdelingen er uklar både for ergoterapeuten selv og for deres samarbeidspartnere (10;12-14). I tillegg tyder forskning på at ergoterapeutene er usikre på hvordan de skal

utøve sin praksis på intensivavdelinger (4;7-10).

Formålet med denne studien er derfor å utforske ergoterapeuters erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming på en intensivavdeling.

Metode

En kvalitativ metode med systematisk tekstkondensering er egnet til å utforske erfaringer (15), for eksempel ergoterapeuters erfaring med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming på en intensivavdeling. Studien som artikkelen er basert på, ble utført som bacheloroppgave av forfatterne TGH og IB.

UTVALGET

Vi inkluderte ergoterapeuter som hadde erfaring med oppfølging av voksne pasienter innlagt på intensivavdeling. For å rekruttere deltakere ble avdelingsledere ved alle sykehus i Norge som hadde en intensivavdeling kontaktet per telefon (n=16). Ergoterapeutene som lederne informerte om, ble oppringt på telefon og spurt om de ønsket å delta i studien. Rekrutteringsprosessen ble avsluttet når tre deltakere fra tre ulike sykehus var rekruttert, grunnet bacheloroppgavens størrelse og tidsramme.

DATAINNSAMLING

Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervju. Som vist i Tabell 1 var intervjuguiden bygget opp med innledende spørsmål, syv hovedspørsmål og et avsluttende spørsmål (Se neste side).

Innledende spørsmål bidro til å skape en trygg atmosfære (16). Hovedspørsmålene etterspurte deltakernes forståelse og bruk av sentrale begreper, slik som klientsentrering og aktivitetsbasert tilnærming. Det avsluttende spørsmålet ble inkludert for å gi deltakerne muligheten til å trekke frem aspekter de følte var viktig, og som de ikke hadde fått snakket om tidligere i intervjuet. Spørsmålene i intervjuguiden var formulert som åpne spørsmål for å stimulere deltakerne til mest mulig fritt å fortelle om sine erfaringer (16).

Intervjuene ble gjennomført digitalt grunnet Covid-19-restriksjoner. Deltakerne valgte selv hvilken digital plattform de ønsket for intervjuet. En av deltakerne valgte å bruke FaceTime, mens de to andre deltakerne valgte å bruke Zoom. Intervjuene ble tatt opp med mobil satt i flymodus. Intervjuene hadde varighet på mellom 49 og 62 minutter og ble transkribert fortløpende.

Innledende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> ● Hva er din yrkesbakgrunn? ● Hvor stor stillingsprosent har du på intensivavdelingen, og jobber du i et tverrprofesjonelt team eller alene?
Hovedspørsmål	<ul style="list-style-type: none"> ● Kan du fortelle om en typisk arbeidsdag? ● Hvordan vil du beskrive din rolle på intensivavdelingen? ● Hvordan forstår du begrepet klientsentrering og hvordan arbeider du for å ivareta det? ● Hvordan forstår du begrepet aktivitetsbasert tilnærming og hvordan arbeider du for å ivareta en slik tilnærming til pasientene? ● Hvordan erfarer du at din kompetanse blir benyttet i intensivbehandling av pasientene? ● Har arbeidsoppgavene dine endret seg fra du begynte i stillingen og frem til nå, i så fall hvordan? ● Hva er etter din mening fremtiden for ergoterapi på intensivavdeling for voksne?
Avsluttende spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> ● Har du avslutningsvis noe mer du ønsker å tilføye som du ikke har fått sagt?

Tabell 1: Intervjuguide.

ANALYSEPROSESS

Under transkriberingen ble nonverbal kommunikasjon som nikking, tenke- og pustepauser notert. Hensikten med dette var å best mulig ivareta det opprinnelige materialet slik som det ble formidlet av deltakerne under intervjuene og gjøre det lettere for forskerne å gjenerindre intervjuene (15). For å analysere innsamlet data brukte vi Malteruds prinsipper for systematisk tekstkondensering (STK) (15). STK er en analytisk tilnærming som egner seg godt for tematisk innholdsanalyse på tvers av intervjudata (17). Den systematiske analysen i STK er delt inn i fire trinn, og ble gjennomført av første og andre forfatter.

I første trinn – *Fra kaos til temaer* – leste begge forfatterne transkripsjonene hver for seg for å danne seg sin egen mening om hva deltakerne formidlet under intervjuet og få et helhetsinntrykk av hva intervjuene handlet om. Forfatterne tilstrebet å forholde seg objektive til innholdet og sette bort sin egen forforståelse, slik at de kunne være åpne for nye inntrykk. Forforståelsen var preget av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, som omhandler menneskets behov for deltakelse i aktivitet og hva som påvirker dette samspillet. I tillegg var forforståelsen påvirket av forskningsartiklene vi hadde lest om tema. Disse artiklene viste til manglende kunnskap om hvordan ergoterapeuter utøvde sin praksis på intensivavdelingen. Begge forfatterne noterte seg foreløpige temaer etter gjennomlesningen, før forfatterne sammen diskuterte aktuelle funn. På bakgrunn av diskusjon ble vi enige om noen foreløpige tema, blant annet *samhandling, rolle, kompetanse og aktivitet*. Temaene dannet utgangspunkt for kodingen i trinn 2.

I trinn 2 – *Fra temaer til koder* – ble transkriptene gjentakende analysert av begge forfatterne i samarbeid. Hensikten var nå å identifisere relevante meningsenheter som kunne belyse studiens problemstilling. Meningsenheter ble deretter sortert i ulike koder. Kodene ble videreutviklet fra de foreløpige temaene og justert etter hvert som vi fikk en dypere og bedre forståelse av kodegruppene. Beslektede enheter ble gruppert under samme kodeoverskrift. For eksempel ble *kartlegging, aktivitetsanalyse og gradering av aktivitet* samlet under kodeoverskriften *Å finne tilbake til hverdagen gjennom aktivitet*.

I trinn 3 – *Fra kode til mening* – evaluerte forfatterne sammen innholdet i hver av kodegruppene. Forfatterne kondenserte og abstraherte innholdet i hver kodegruppe til kunstige sitater presentert i jeg-form. Formålet var å sammenfatte og gjenfortelle innholdet i de forskjellige kodegruppene. Forfatterne fant også passende gullsitater fra deltakerne som beskrev de kunstige sitatene på en god måte. Under dette trinnet av analysen ble det også identifisert hvilke ergoterapeutiske modeller som var best egnet til å belyse og diskutere samspillet mellom funn og studiens formål. Den *transaksjonelle modellen for aktivitet* synes egnet fordi den trekker frem hvordan en person og dens aktivitetsutførelse, aktivitetsopplevelse og deltakelse er påvirket av den situasjonelle konteksten (18). Det holistiske perspektivet i modellen illustrerer og påminner ergoterapeuten om at det ikke er mulig å skille personen fra dens situasjonelle elementer, eller fra fortids-, nåtids- og fremtidige erfaringer med aktivitet (18). Den tilhørende arbeidsmodellen Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) er også relevant fordi den vi-

ser hvordan ergoterapeuten systematisk kan arbeide aktivitetssentrert gjennom en aktivitetsbasert og/eller aktivitetsfokustert tilnærming (19).

STKs fjerde trinn er – *Fra kondensering til beskrivelser og resultat*. Her samlet forfatterne de kunstige sitatene fra hver kodegruppe og forvandlet de til en analytisk tekst med illustrative gullsitater. Den endelige teksten ble sammenlignet mot de originale transkriptene for å validere funnene. Etter å ha validert funnene ble det definert endelige og mer beskrivende overskrifter for hver av kodegruppene (15).

Etiske vurderinger

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (ref. nr. 415729) før aktuelle deltakere ble kontaktet og intervjuene ble gjennomført. Deltakerne fikk i forkant tilsendt informasjon om studiens formål, studiedesign og samtykkeskjema. Det ble tydelig beskrevet at deltakelse i studien var frivillig, og at deltakerne kunne trekke seg uten at det ville få konsekvenser for dem. Opptakene av intervjuene ble oppbevart kryptert på en av forfatterne sin pc og slettet da opptakene var transkribert. For å unngå gjenkjennelse av deltakerne, er funn anonymisert.

Funn

Deltakerne var tre ergoterapeuter fra ulike sykehus i Norge. Ergoterapeutene hadde mellom tre og ni års erfaring med intensivpasienter. Ingen av dem var ansatt på intensivavdelingen, men var den ergoterapeuten som ble tilkalt ved behov. Ergoterapeutenes erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til intensivpasienter ble inndelt etter tre hovedtemaer:

- når samtale ikke er mulig
- å finne tilbake til hverdagen gjennom aktivitet
- kunnskap og gode relasjoner gir trygghet i egen rolle

NÅR SAMTALE IKKE ER MULIG

Deltakerne trakk frem at samhandling med intensivpasienter skiller seg fra samhandling med andre pasientgrupper de møter i sykehuset. Intensivpasienter har ofte redusert bevissthet eller mangler språk grunnet for eksempel medikamentell behandling og/eller trakeostomi. For å kunne ivareta en klientsentrert tilnærming måtte ergoterapeutene derfor tenke kreativt både i kartleggings- og intervensjonsfasen. Dette innebar blant annet å innhente informasjon

fra pårørende og observere pasientens mimikk og kroppsspråk.

Deltakerne trakk frem pårørende som en kilde til verdifull kunnskap om pasienten. Selv om pårørende står i en ukjent situasjon med mye uvisshet så ønsker de å gjøre alt de kan for sine kjære. En av deltakerne beskrev hvilken informasjon hun etter spurte slik:

«det inkluderer blant annet om du [pasienten] har noen kallenavn, hva er du interessert i, hvilken utdanning har du, hvilken mat liker du, bruker du briller? (Deltaker 1)».

Videre forklarte deltakerne hvordan de brukte informasjonen til å tilpasse terapien, for eksempel ved å starte munnstimulering og svelgtrening med en drikke pasienten liker godt. I tillegg beskrev deltakerne også betydningen av samhandling med pasienten gjennom nonverbal kommunikasjon. Deltaker 2 trakk frem at intensivpasienter som regel finner alternative måter å uttrykke sine behov på, for eksempel gjennom ansiktsgrimaser. Deltakerne var derfor opptatt av å observere hvordan pasienten responderte med mimikk eller annet kroppsspråk underveis i samhandling, da det kan gi uttrykk for viktige tilbakemeldinger som ubehag eller smerte. Deltakerne forsøkte alltid å ivareta pasientens eventuelle ønsker og behov på best mulig måte. I intervjuene ble det fremhevet at ved å benytte nonverbal kommunikasjon finnes det et samarbeid mellom ergoterapeuten og pasienten til tross for pasientens mangel på språk. Gjennom samhandlingen fant deltakerne også frem til ulike aktiviteter som kunne være aktuelle å gjennomføre sammen med pasienten i terapien.

Å FINNE TILBAKE TIL HVERDAGEN GJENNOM AKTIVITET

Å bruke aktivitet i samarbeid med pasienten både under kartlegging og i intervensjonsfasen opptok deltakerne. Da pasienter innlagt på en intensivavdeling ofte varierer i dagsform, var det viktig å tilpasse aktivitetens vanskelighetsgrad til pasientens funksjonsnivå. Deltakerne var opptatt av å bruke aktiviteter som var meningsfulle for pasienten og at pasienten skulle oppleve mestring. Samtidig tok de hensyn til faktorer i omgivelsene som bidro til å fremme eller hemme aktivitet. For å vite hvilke aktiviteter som var aktuelle å gjøre sammen med pasienten, var det viktig å kartlegge pasientens tilstand kontinuerlig under oppholdet. Bevissthetsnivå, funksjonsnivå og hvilke sanser pasienten respo-

rer og tar instruksjoner på, var noe av det ergoterapeutene trakk frem som spesielt viktig informasjon. Deltaker 3 forklarte hva hun så etter slik:

«På hvilken av sansene tar pasienten instruksjoner, er det gjennom berøring, syn eller hørsel, dette må jeg [ergoterapeuten] se etter når jeg hilser på pasienten».

Deltaker 3 brukte informasjonen til å kartlegge pasientens funksjonsnivå. I tillegg vurderte hun ut fra informasjonen hvilke type aktivitet som best bidro til å stimulere pasienten og slik øke pasientens våkenhetsgrad. En av deltakerne nevnte hvordan hun brukte aktivitetsanalyse for å få kunnskap om hvor mye eller lite ferdigheter som kreves for å kunne gjennomføre en spesifikk aktivitet. Analysen bidro videre til at ergoterapeutene kunne gradere aktivitetene i samsvar med pasientens funksjonsnivå. Slik opplevde terapeuten at pasienten kunne ta større del i aktivitetene som foregikk og ikke bare være en passiv mottaker av terapi. Deltakerne formidlet imidlertid at det handlet om å prøve seg frem og reflekterte forskjellig rundt hvilke aktiviteter de mente var egnet til pasienter med svært begrenset funksjonsnivå.

Terapeutene i denne studien valgte ofte basale aktiviteter i dagliglivet (ADL) som tannpuss og munnstell. En deltaker pekte på at enkle ADL-aktiviteter kunne gjennomføres også av pasienter med svært redusert funksjonsnivå, mens en annen deltaker fortalte at hun bevisst valgte ADL-aktiviteter fordi de er kjent for de fleste. Dette bidro til å skape trygghet for pasienten i et ellers ukjent sykehusmiljø, og tilførte terapien noe meningsfullt som kunne hjelpe pasienten å finne tilbake til hverdagen. Deltaker 2 fortalte at pasientene selv ofte formidler at de er lite aktive under intensivoppholdet. Hun la derfor vekt på å motivere pasienten til å begynne med «den lille» aktiviteten som for eksempel å trykke på telefonen eller å regulere på sengen med fjernkontrollen, slik at pasienten kunne oppleve fremgang. En annen deltaker reflekterte rundt når en aktivitet egentlig starter, hvor enkelt terapeuten kan starte en aktivitet og hvor lite som skal til før pasienten deltar aktivt i en aktivitet. Deltakeren belyste sine refleksjoner med et eksempel:

«Vi [ergoterapeuten] jobber ut ifra, og bruker veldig mye persepsjon. For eksempel det at en aktivitet kan være å lukte sin egen parfyme, altså at det kan starte en aktivitet selv om du [pasienten] ikke fysisk er med i den, selv om det ikke er du som tar på deg parfymen.» (Deltaker 1)

Eksempelet viser hvordan ergoterapeuten startet en aktivitet allerede før pasienten er ved full bevissthet. Et annet eksempel som kom frem i intervjuene var hvordan pasientens egne toalettsaker med kjente gjenstander ble brukt for å blant annet stimulere til å igangsette automatiserte bevegelser. Dette kunne være at pasienten fikk sin egen deodorant i hånden og intuitivt forsøkte å skru av korken.

En av deltakerne påpekte også at tidspunkt for terapiens gjennomføring er viktig og bidrar til å finne tilbake til hverdagen:

«Jeg [ergoterapeuten] tror det er den aktivitets-tilnærmingen, at du [pasienten] gjør en aktivitet mer eller mindre til et riktig tidspunkt. Altså det er aktiviteter som gjør at du har rutiner, at du har en hverdag, og som gjør at du forstår hvordan hverdagen din er.» (Deltaker 3)

Skal pasienten og ergoterapeuten gjennomføre en aktivitet sammen som vanligvis forbindes med et spesielt tidspunkt på dagen, etterstreber ergoterapeutene å få gjort dette på et naturlig tidspunkt. Et eksempel var å gjennomføre aktiviteter som inngår i morgenstell tidlig på dag, for på den måten å bidra til at det blir enklere for pasienten å komme tilbake til kjente rutiner. Terapien bør også tilbys når pasienten er mottakelig for det. Deltakerne nevner at dette er essensielt for pasienter som er på vei ut av koma eller pasienter som bruker sterke medisiner. Deltakerne nevnte også at de tok hensyn til miljøfaktorer som kunne påvirke pasientens deltagelse i aktivitet. Et eksempel var at det skjedde for mye i rommet og at det var behov for å skjerme pasienten fra omgivelsene, for eksempel ved bruk av romdeler eller ved å begrense antall ansatte rundt pasienten. Videre var ergoterapeutene opptatt av hvordan deres rolle på intensivavdelingen ble påvirket av egne erfaringer og de andre profesjonene sin kjennskap til ergoterapi.

KUNNSKAP OG GODE RELASJONER GIR TRYGGHET I EGEN ROLLE

Gjennom intervjuene reflekterte deltakerne over hvordan de ofte måtte tenke på nye måter. Deltakerne trakk frem tidligere arbeidserfaring, erfaring fra intensivavdeling og i hvor stor grad de opplevde å være en del av et tverrprofesjonelt samarbeid som viktig for deres arbeidsutførelse. Deltakerne opplevde i ulik grad å være trygg på egen rolle og at deres kompetanse var kjent og etterspurt på intensivavdelingen. En av deltakerne tenkte tilba-

ke på sin første tid på intensivavdelingen og sa følgende:

«Så det å få litt mer kontinuitet har gjort at jeg [ergoterapeuten] har blitt mer trygg på å være der [på intensivavdelingen], for det er ganske utrygt i begynnelsen å skulle gå inn der [til pasienten] (Deltaker 2)».

Flere av ergoterapeutene beskrev hvordan mangel på kunnskap og erfaring fra intensivavdeling kunne gjøre arbeidssituasjonen deres utrygg i starten. Å bli kjent med pasientgruppen og å få en innføring i nødvendig medisinsk kunnskap ble trukket frem som viktig for egen utvikling. Deltaker 2 fortalte at når kollegaer på intensivavdelingen tok seg tid til å gi god opplæring, påvirket det til en positiv utvikling av yrkesrollen. I tillegg trakk deltaker 3 frem evnen til å tenke utenfor boksen og til å tørre å gå ut av sin egen komfortsone som nærmest avgjørende for å kunne gå inn i en ukjent og kanskje skremmende situasjon. Den ansvarlige ergoterapeuten må først og fremst være trygg på at han/hun har noe å bidra med, så kommer tryggheten på egen rolle på intensivavdelingen etter hvert. En av ergoterapeutene trakk også paralleller mellom egen rolle og bruk av aktivitet:

«Jeg [ergoterapeuten] er bevisst på det. Det er aktivitet vi skal bruke, det er vårt verktøy. (Deltaker 3)».

Videre formidlet deltakerne hvordan det å være trygg på egen rolle også gjorde det enklere å formidle egen fagkompetanse til andre profesjoner og sette ord på hva ergoterapeuten kunne bidra med i det tverrprofesjonelle samarbeidet. For å tydeliggjøre ergoterapeuters rolle på intensivavdelingen mente deltakerne at det er viktig å reflektere over hvordan de selv kunne presentere og dokumentere egen kompetanse på en måte som andre profesjoner forstår og ser nytten av.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å utforske ergoterapeuters erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming på en intensivavdeling. Deltakerne formidlet hvordan de var opptatt av kommunikasjon og samhandling med pasient og pårørende, og de forklarte hvordan de brukte aktivitet sammen med pasientene. I tillegg delte de sine erfaringer rundt egen rolle som ergoterapeut på intensivavdeling. Funnene blir drøftet på bak-

grunn av tidligere forskning, aktuell litteratur og metodiske valg.

NÅR SAMTALE IKKE ER MULIG

Funnene i vår studie og tidligere forskning viser at intensivpasienter ofte er for syke til å kommunisere hensiktsmessig og ta del i beslutninger som gjelder dem selv (2;3). Ergoterapeutene vi snakket med, arbeidet derfor tett sammen med pårørende for å få informasjon om pasienten. Litteraturen fremhever imidlertid at for mye pårørendesamarbeid kan gjøre terapien for pårørende- eller terapeutrettet (20). Likevel påpekes det at dersom pasienten ikke kan uttrykke seg verbalt, så er kanskje informasjon fra pårørende terapeutens beste eller eneste mulighet til å bli kjent med pasienten (20). Det kan derfor tenkes at samtalen med pårørende var viktig for at ergoterapeuten kunne ivareta en klientsentrert tilnærming.

I tillegg til informasjon fra pårørende er det ifølge deltakerne i vår studie også viktig å observere om pasienten responderer med mimikk eller annet kroppsspråk underveis i terapien. Fremgangsmåten ergoterapeutene rapporterte for samhandling med pasienten, samsvarer med forslagene til *Kommunikasjon med pasienter som ikke har tale*, slik det er beskrevet i OTIPM (21). OTIPM anbefaler blant annet at terapeuten systematisk benytter aktivitet for å skaffe seg viktig informasjon om pasientens preferanser og verdier. Dette kan være å tilby pasienten ulike alternativer av aktiviteter som ergoterapeuten tror kan være aktuelle og meningsfulle for pasienten. Underveis mens de ulike aktivitetene gjennomføres, observerer ergoterapeuten hvordan pasienten responderer. For eksempel vil et smil hos pasienten kunne bidra til at terapeuten tolker aktiviteten som meningsfull, og aktiviteten tas med videre i intervensjonen. Ifølge ergoterapeuten Tso bidrar denne fremgangsmåten til å fremme en klientsentrert tilnærming (21). Betydningen av observasjon støttes også av studien til Meriläinen et al. som beskriver intensivpasienten som *stille tilstede* (2). Forfatterne viser hvordan pasienter som ikke kan uttrykke seg verbalt, står i fare for å bli ekskludert fra kommunikasjon med helsepersonell på avdelingen. Pasientene ga i etterkant også uttrykk for at de kunne føle seg oversett (2). Det er derfor viktig at personalet på en intensivavdeling er bevisst på hvordan minimal eller ingen kommunikasjon med pasienten kan bidra til at pasientens behov blir usynlig for dem. Ved aktiv observasjon av pasientens respons på



Funnene i studien og tidligere forskning viser at intensivpasienter ofte er for syke til å kommunisere hensiktsmessig og ta del i beslutninger som gjelder dem selv. Da kan samarbeid med pårørende gi informasjon om pasienten.

tiltak får altså ergoterapeuten samhandlet med pasienten også når samtale ikke er mulig (2;21;22).

Å FINNE TILBAKE TIL HVERDAGEN GJENNOM AKTIVITET

Funnene i studien viste tydelig at kartleggingsfasen og intervensjonsfasen er tett knyttet sammen på en intensivavdeling. Ergoterapeutene beskriver at pasientens tilstand kan variere fra dag til dag, og at de derfor ofte må gjøre en «ny» kartlegging både før og underveis i intervensjonene. Å kartlegge er viktig for å kunne bruke aktivitet i samarbeid med intensivpasientene. Ergoterapeutene trekker frem pasientens bevissthetsnivå og ferdighetsnivå som noe av

det de kartlegger først. I tråd med den *Transaksjonelle modellen for aktivitet* beskriver ergoterapeutene vi intervjuet at de kartlegger pasientens klientmessige elementer (18). Dette inkluderer blant annet kroppsfunksjoner, personlige faktorer og vaner (18). Målet med kartleggingen er å danne seg et best mulig helhetsbilde av pasientens situasjon (13;18). I OTIPM påpekes det at ergoterapeuten ikke skal spekulere i årsaker til pasientens aktivitetsutfordringer, før etter at pasienten er observert i en relevant aktivitet i en naturlig setting (23). Aktivitetsobservasjoner kan imidlertid være vanskelig å gjennomføre ved en intensivavdeling hvor ergoterapeuten med stor sannsynlighet møter en pasient på respirator. Ved å

benytte et aktivitetsbasert resonnement i alle faser av ergoterapiprosessen, arbeider ergoterapeutene likevel så aktivitetsrettet som de kan, forholdene ved en intensivavdeling tatt i betraktning. Deltakerne vi snakket med var bevisst på at kartleggingen de utførte ledet til bruk av aktivitet, selv om de startet med å kartlegge pasientens helsetilstand.

Våre funn viser videre at gradering av aktivitet er viktig for at pasientene skal kunne ta del i aktiviteter, selv på et grunnleggende nivå. Å forenkle aktiviteten så mye som mulig, bidro ifølge terapeutene vi snakket med til at pasienten opplever en form for mestring og fremgang. Et annet viktig poeng ergoterapeutene i studien vår trakk frem, var at pasientens aktivitetsutførelse ble påvirket av for eksempel støy fra medisinske apparater og lyder fra medpasienter på samme rom. Også dette poenget belyses og støttes av *Den transaksjonelle modellen for aktivitet*, som fremhever det dynamiske og gjensidige forholdet mellom pasientens personlige faktorer, kroppsfunksjoner, de fysiske omgivelsene og aktivitetens kompleksitet (18). Flere studier trekker frem ergoterapeuters kunnskap om dette samspillet og ferdigheter i aktivitetsanalyse som en styrke når det skal tilrettelegges for aktivitet og deltakelse på en intensivavdeling (10;11;14). Ergoterapeutene kan dermed bidra til å fremme pasientenes mestring av en aktivitet ved å tilpasse elementer i omgivelsene, og i tillegg gradere aktiviteten i henhold til pasientens funksjonsnivå.

Ergoterapeutene i denne studien benyttet ofte kjente, basale ADL-aktiviteter i terapien og startet med dette tidlig i behandlingsoppholdet. Deltakerne trakk frem at valg av aktiviteter er begrenset når pasienten er kritisk syk, og intensivavdelingen har begrensede muligheter til aktivitet slik deltakerne beskriver det. Utformingen av en intensivavdeling kan for eksempel skape utfordringer i ADL-aktiviteter som stell, da flere av rommene gjerne har lite privatliv. Forskning viser imidlertid at trening i basale ADL-aktiviteter kan bidra til økt ADL-funksjon hos pasienten og slik fremme en selvstendig hverdag etter endt intensivopphold (5;7;14).

En annen avgjørende faktor som ergoterapeutene nevner er timing av terapien. Terapien bør utføres når pasienten er mottakelig, for det kan ha sammenheng med pasientens medisinske behov og våkenhetsgrad, men også naturlige vaner og rutiner (11;13;18). Aktivitetene som benyttes bør i tillegg utføres på et naturlig tidspunkt på dagen og slik legges til rette for en kjent struktur i en intensivpasientens

hverdag (5;13). Dette kan bidra til at aktiviteten oppleves mer forståelig for pasienten (5;10;13;18). At ergoterapeuten tar hensyn til timing, kan tenkes å fremme pasientens utbytte av terapien.

Ergoterapeutene vi snakket med brukte kjente aktiviteter for å hjelpe pasienten til å finne noe gjenkjennbart i et ukjent miljø og til å finne tilbake til basale hverdagsrutiner. Først og fremst kan det å ta del i kjente aktiviteter være betryggende for pasienten i en fremmed situasjon (5;10;14). I tillegg kan det å utføre selv basale aktiviteter bidra til en meningsfull hverdag på intensivavdelingen (13). Viktigheten av å utføre ADL-aktiviteter kommer også frem i forskning som omhandler utfordringer intensivpasienter opplever i hverdagen etter endt intensivopphold (5;24). Forskningen viser at komplekse ADL-aktiviteter kan oppleves som utfordrende for pasienten å gjennomføre, men likevel meningsfulle å mestre (5;24). Bruk av basale ADL-aktiviteter under intensivoppholdet kan bidra til at pasientene mestrer aktiviteter som er nødvendige for å fungere i hverdagen på et senere tidspunkt.

KUNNSKAP OG GODE RELASJONER GIR TRYGGHET I EGEN ROLLE

Ergoterapeutene vi snakket med, opplevde at de ble tryggere i rollen jo lengre de hadde jobbet på intensivavdelingen. Gjennom opparbeidede erfaringer på avdelingen tilegnet ergoterapeutene seg viktig teoretisk kunnskap som også bidro til trygghet i egen rolle. Samtidig påpeker en av deltakerne at det er viktig å være trygg på ergoterapeutens unike perspektiv på aktivitet og deltakelse, og at dette er nyttig for pasienter på en intensivavdeling. Våre funn støttes opp av forskning som viser at systematisk bruk av aktivitet kan bidra til økt trygghet på egen rolle også i ukjente arbeidsmiljøer (13). Samtidig viser forskning at i et medisinsk miljø på intensivavdelinger kan det være vanskelig for ergoterapeuten å ikke miste sitt særfaglige aktivitetsbaserte fokus (11).

Studiens funn tyder videre på at ergoterapeutens rolle på intensivavdelingen i varierende grad blir påvirket av andre profesjoner på avdelingen sin kunnskap om ergoterapi og deres forventninger til ergoterapeuten. Dette støttes av forskning som viser at etablering av ergoterapi på intensivavdeling i stor grad er avhengig av forholdet til samarbeidspartnere, og hvordan de ser nytten av å inkludere ergoterapi i det tverrfaglige tilbudet til pasientene

(10). Derfor er det viktig for ergoterapeuten å bygge en god relasjon til aktuelle samarbeidspartnere og å bruke et språk om ergoterapi som andre profesjoner kan forstå (13). På denne måten kan ergoterapeuten definere en tydelig rolle, både for seg selv og de andre faggruppene i teamet, noe som igjen kan bidra til en bedre forståelse og klarhet i hva ergoterapeuten kan tilby (9). Dersom ergoterapeuten er trygg på egen rolle tror vi at det også blir enklere å fremme aktivitet og å jobbe klientsentrert og aktivitetsbasert.

Styrker og svakheter ved studien

Studiens kvalitet vil diskuteres i lys av refleksivitet, gyldighet og relevans (25).

Refleksivitet er anerkjennelsen av at forskerne er med på å forme forskningsprosessen, gjennom sin forståelse preget av personlige preferanser, begreper og teori (15). Forfatterne av denne studien er ergoterapeuter, og kun en har erfaring fra intensivavdeling, noe som kan ha påvirket vår tolkning av hva som kom frem i intervjuene. På den annen side har både deltakerne og forfatterne samme profesjonsbakgrunn. Det kan ha hatt positiv innvirkning på formidlingen av deltakernes perspektiver da deltakerne kunne bruke sitt naturlige fagspråk og forvente at meningsinnholdet ble forstått.

En viktig begrensning med studien er at det innsamlede empiriske materialet er lite og består av få deltakere. Selv om flere inkluderte deltakere sannsynligvis ville gitt større bredde i empirien, er det enda få ergoterapeuter som jobber jevnlig på intensivavdelinger i Norge.

Semistrukturert intervju med åpne spørsmål ble valgt for å bidra til at deltakerne mest mulig fritt kunne dele sine erfaringer (15). Under utformingen av studiens intervjuguide vektla forskerne å formulere spørsmålene som åpne og be deltakerne utrede hvordan de forstod aktuelle profesjonsbegrep som «klientsentrering» og «aktivitetsbasert tilnærming». Ved å etterspørre deltakernes forståelse, har forskerne aktivt prøvd å ikke la sin forforståelse av begrepene farge intervjuene og den videre bearbeidningen av empirien (15). Grunnet Covid-19 restriksjoner og studiens tidsbegrensninger ble intervjuene gjennomført digitalt. Digital gjennomføring av intervjuene muliggjorde geografisk spredning på deltakerne. Deltakerne uttrykte også at de følte det var lettere å si ja til et digitalt intervju i en ellers hektisk arbeidshverdag. Samtidig kan kroppsspråk være vanskeligere å oppfatte og naturlig flyt i samtalen

kan ha blitt påvirket ved digital gjennomføring av intervjuene.

Å lete etter forskjellige forklaringer på de empiriske dataene og se etter tilfeller som ikke passer til mønsteret er teknikker for å forbedre troverdighet. STK-metoden sikrer at forskerne søker iterativt etter emner med mening (15). Videre bidrar bruk av STK til en systematisk tilnærming som muliggjør gjennomsiktighet, intersubjektivitet og refleksivitet gjennom hele prosessen (25). Forfatterne har tilstrebet å redegjøre for egen forforståelse og gi en detaljert beskrivelse av hvordan dataene ble samlet inn og analysert, og slik øke påliteligheten av våre funn. Dette gjøre det også mulig for andre å vurdere anvendeligheten av funnene inn mot sin arbeidsplass.

Konklusjon

Gjennom kvalitative intervjuer med tre deltakere har ergoterapeuters erfaringer med å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming til intensivpasienter blitt utforsket. Studiens funn tyder på at samhandling med intensivpasienter skiller seg fra samhandling med andre pasientgrupper. Ergoterapeutene innhenter viktig informasjon om pasienten ved bruk av samtaler med pårørende og observasjon av pasientens mimikk og kroppsspråk. Gjennom kartlegging av pasientens tilstand, finner ergoterapeuten basale ADL-aktiviteter som er aktuelle å bruke i terapien. Gradering av aktivitet er et nyttig tiltak som kan bidra til å øke pasientens mestringsmuligheter. I tillegg er kunnskap om timing viktig både for at terapien skal skje når pasienten er motakelig og for at pasienten skal ha utbytte av terapien. Ergoterapeutens erfaring innenfor intensivavdelingen bidrar til en større trygghet i egen rolle. Å være tro mot egen profesjon – «at det er aktivitet vi skal bruke» – kan også øke trygghet i egen rolle. Å ha samarbeidspartnere på intensivavdelingen som forstår hva ergoterapeuten kan bidra med, er også viktig for å ivareta en klientsentrert og aktivitetsbasert tilnærming.

Implikasjoner for praksis

- Ergoterapeuter som skal etablere seg eller arbeider på en intensivavdeling, kan ha nytte av å presentere egen kjernekompetanse til samarbeidende helseprofesjoner på en enkel og forståelig måte.
- For å ivareta en klientsentrert tilnærming på intensivavdelingen bør ergoterapeutene observere

pasientens mimikk og kroppsspråk, i tillegg til å ha tett samarbeid med pårørende.

- Meningsfull aktivitet ved bruk av basale og kjente aktiviteter er et viktig middel og mål for ergoterapeuter som arbeider med intensivpasienter.

Referanser

1. Buanes EA, Kvåle R, Barratt-Due A. Norsk intensivregister; Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak. Bergen: Norsk intensivregister; 2020. Tilgjengelig fra: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/37_arsrapport2019_norsk_intensivregister.pdf
2. Meriläinen M, Kyngäs H, Ala-Kokko T. Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2013;29(2):78-87. doi:10.1016/j.iccn.2012.05.003
3. Kynock K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBI Database System Reviews and Implementation Reports*. 2016;14(3):181-234. doi:10.11124/JBISRI-2016-2477
4. Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Norge: Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere; 2014 [Oppdatert; 23. oktober 2014. Hentet 27. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/2860635-Retningslinjer-for-intensivvirksomhet-inorge.html>
5. Álvarez EA, Garrido MA, Tobar EA, Prieto SA, Vergara SO, Briceño CD, González FJ. Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*. 2017;37:85-90. doi:10.1016/j.jcrc.2016.09.002.
6. Kielhofner G. Ergoterapi i praksis: det begrepsmæssige grundlag 3. Utg. København: Munksgaard; 2010.
7. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister KE, Hall JB, Kress JP. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2009;373(9678):1874-1882. doi:10.1016/S0140-6736(09)60658-9
8. The Faculty of Intensive Care Medicine. Guidelines for the Provision of Intensive Care Services. London: The Faculty of Intensive Care Medicine; 2019 [Oppdatert: June, 2019. Hentet 27. februar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.ficm.ac.uk/standardssafetyguidelinesstandards/guidelines-for-the-provision-of-intensive-care-services>
9. Algeo N, Aitken LM. The evolving role of occupational therapists in adult critical care in England: A mixed methods design using role theory. *Irish Journal of Occupational Therapy*. 2019;47(2):74-94. doi:10.1108/IJOT-04-2019-0005
10. Costigan FA, Duffett M, Harris JE, Baptiste S, Kho ME. Occupational Therapy in the ICU: A Scoping Review of 221 Documents. *Critical Care Medicine*. 2019;47(12):1014-1021. doi:10.1097/CCM.0000000000003999
11. Woodard MM. The Occupational Therapy Intensive Care Unit Guide: A Practical Guide for Implementing Occupational Therapy Services with People Who Are Critically Ill [Doctoral Project]. Boston: Boston University; 2020.
12. Kingston G, Pain T, Murphy K, Bennett M, Watson M. Perceptions of acute hospital occupational therapy services: developing a new model of care for occupational therapy on acute medical wards. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*. 2019;26(12):1-9. doi:10.12968/ijtr.2017.0047
13. Spang L, Holmqvist K. Occupational therapy practice in emergency care: Occupational therapists' perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2015;22(5):345-354. doi:10.3109/11038128.2015.1033455
14. Weinreich M, Herman J, Dickason S, Mayo H. Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Occupational Therapy In Health Care*. 2017;31(3):205-213. doi:10.1080/07380577.2017.1340690
15. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
16. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju 3. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
17. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(8):795-805. doi:10.1177/1403494812465030
18. Yamane S. Transactional Model of Occupation. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 15-32.
19. Hume V. Introduction. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 1-14.
20. Olofsson I. Four Continua for Critiquing Occupational Therapy Services. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 63-92.
21. Tso C. Evaluation and Goal-Setting Phase: Gather Initial Information. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 131-153.
22. Karlsen M-MW, Ølnes MA, Heyn LG. Communication with patients in intensive care units: a scoping review. *Nurses in Critical Care*. 2019;24(3):115-131. doi:10.1111/nicc.12377
23. Hessenauer M. Evaluation and Goal-Setting Phase: Implement Performance Analyses. I: Fisher AG, Marterella A, red. *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019. s. 155-195.
24. Hopkins RO, Suchyta MR, Kamdar BB, Darowski E, Jackson JC, Needham DM. Instrumental Activities of Daily Living after Critical Illness: A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*. 2017;14(8):1332-1343. doi:10.1513/AnnalsATS.201701-059SR
25. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*. 2001;358(9280):483-488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6

Ergoterapeutens rolle for voksne kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten

Av Synnøve Glesnes, Tone Revheim, Annbjørg Spilde Morland, Dagny Faksvåg Haugen & Tina Taule

Synnøve Glesnes er ergoterapispesialist og arbeider ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen og Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest, HUS, Bergen. E-post: synnove.glesnes@helse-bergen.no

Tone Revheim er ergoterapispesialist og arbeider ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen.

Annbjørg Spilde Morland er ergoterapispesialist og arbeider ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen.

Dagny Faksvåg Haugen er spesialist i onkologi med godkjenning i kompetanseområde palliativ medisin, seksjonsoverlege og professor ved Kompetansesenter i lindrande behandling Helseregion Vest, HUS, Bergen og Klinisk institutt, Universitetet i Bergen.

Tina Taule er ergoterapispesialist og forsknings- og fagutviklingsleder ved Ergoterapiavdelinga, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen.

Ergoterapeutens rolle for voksne kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten

Abstract

Introduction: The number of people diagnosed with cancer is increasing. About half of those affected have difficulties performing meaningful activities, which is the core focus of occupational therapy (OT). Internationally, OT is recommended for cancer patients. However, the role of OT is scarcely described in national documents on cancer care.

Purpose: To investigate the adult patient population admitted to an inpatient cancer ward and referred to OT, reasons for referral and interventions implemented by the Occupational Therapist.

Method: All referrals from a cancer ward to an OT department between August 2019 and April 2020 were registered. Referrals were excluded when follow-up was impossible due to discharge or death. Demographic variables, referral reasons and OT-interventions were categorized and analyzed descriptively.

Results: Of 2761 patients admitted to the cancer ward, 3 percent were referred to OT. Among these, most were above 50 years of age and diagnosed with bowel or breast cancer. Main reasons for referral were assistive equipment and home assessment. OT-interventions were targeted towards occupational performance.

Conclusion: Few cancer patients were referred for OT. Collaborating healthcare professionals seem familiar with some aspects of OT, but not the entire breadth of OT professional practice. The Occupational Therapist implemented more interventions than requested.

Key Words: Occupational Therapy, cancer, oncology, activities, inpatient care

Manuset ble mottatt 18.10.2021 og godkjent 19.05.2022.

Forfatterne garanterer at det ikke er interessekonflikter knyttet til manuskriptet. Alle forfatterne har lest og godkjent manuskriptet.

Innledning

I 2019 fikk cirka 35.000 nordmenn en kreftdiagnose (1). Kreftforekomsten er noe høyere blant menn enn kvinner, og to tredjedeler av pasientene er over 65 år. De vanligste kreftformene er prostata-, bryst-, lunge- og tykktarmskreft. Kreftforekomsten er ventet å øke noe i årene fremover grunnet generell befolkningsvekst og en økning i antall eldre. Hyppigste kreftformer vil sannsynligvis øke mest (1).

En systematisk oversiktsartikkel viser at kreftpasienter har utfordringer med å utføre daglige aktiviteter (ADL) (2). Spesielt gjelder dette komplekse, instrumentelle, daglige aktiviteter (IADL) som matlaging, husarbeid og handling, men også primære daglige aktiviteter (PADL) som spising og kroppshygiene (2). Aktivitetsmønsteret endrer seg imidlertid gjennom sykdomsforløpet. Kreftpasienter med langtkommen sykdom utfører generelt færre og mindre energikrevende aktiviteter, sammenliknet med før sykdommen (3). Kreftpasienter beskriver at dagsformen varierer gjennom dagen, men også fra dag til dag (3).

Forskning viser videre at redusert evne til å utføre hverdagsaktiviteter kan forsterke opplevelsen av tap og sorg i forbindelse med sykdommen (4). Å opprettholde daglige rutiner beskrives som en mestringsstrategi og viktig for å bevare stabilitet og kontroll i hverdagen, og det er assosiert med god livskvalitet (5). Forskning viser også at kreftpasienter ønsker å kunne delta i aktiviteter de selv opplever som viktige (3, 6, 7).

Ergoterapeuters kompetanse gjør dem godt egnet for å møte aktivitetsutfordringer kreftpasienter opplever (8). Spesielt kunnskap om samspillet mellom mennesket, omgivelser og aktivitet, og hvordan de ulike elementene kan hemme eller fremme aktivitetsutførelse, livskvalitet og mestring, synes aktuelt (9). Ved bruk av aktivitetsanalyse, trening i aktiviteter pasienten opplever som meningsfulle, trening av spesifikke funksjoner og/eller tilrettelegging av omgivelser, kan ergoterapeuten bidra til at kreftpasienter opprettholder eller vedlikeholder evnen til å utføre hverdagsaktiviteter (8).

Internasjonalt er ergoterapi anbefalt for kreftpasienter, og forskning viser at ergoterapi kan bidra til økt livskvalitet hos pasientgruppen (4, 8). I nasjonale dokumenter fra Sverige og Danmark er det anbefalt at ergoterapeut inngår i det palliative teamet, og ergoterapeutens rolle i kreftrehabilitering er tydelig beskrevet (10, 11). I Norge er ergoterapi anbefalt som en del av den tverrfaglige tilnærmingen i lindrende

behandling (12). Utover dette har vi ikke funnet at ergoterapirollen ved kreft er beskrevet, verken i litteraturen eller nasjonale dokumenter. I Norge er det fortsatt få ergoterapeuter tilknyttet kreftomsorgen, og det er ikke kartlagt hvilke kreftpasienter som får tilbud om ergoterapi, eller hvilke ergoterapitilbud kreftpasientene får.

Ergoterapiavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus opprettet i 2017 en 50 prosent stilling knyttet til kreftavdelingen ved samme sykehus. Hensikt med denne studien er å kartlegge hvilke pasienter innlagt i en kreftavdeling i spesialisthelsetjenesten som henvises til ergoterapi, hva de henvises for og hva ergoterapeuten gjør.

Metode

DESIGN

For å kartlegge pasientgrunnlaget og beskrive ergoterapeutens arbeidsoppgaver i en kreftavdeling i sykehuset ble journaldata kategorisert og deretter analysert deskriptivt.

KONTEKST

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet ble gjennomført i en ergoterapiavdeling i spesialisthelsetjenesten. Henvisningen kom fra to sengeposter ved en samarbeidende kreftavdeling ved samme sykehus. Inneliggende pasienter ble henvist til ergoterapi via journalsystemet Distribuert Informasjons og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS). Henvisningene kom enten uoppfordret på initiativ fra sykepleier/lege ansatt på sengepostene, eller på oppfordring fra ergoterapeut i møte med avdelingen. Kreftavdelingen har 57 senger og ansvar for storparten av avansert, ikke-kirurgisk kreftbehandling for voksne i regionen. For pasienter med blant annet brystkreft og lymfom har kreftavdelingen lokalsykehusfunksjon og følger pasientene gjennom hele sykdomsforløpet fra utredning til behandling og eventuell palliativ fase. Noen kreftpasienter med andre diagnoser, som for eksempel prostatakreft og hjernekreft, er tilknyttet kreftavdelingen kun under utredning eller kreftrettet behandling. Ved endt behandling overføres de tilbake til henholdsvis urologisk avdeling og nevrologisk avdeling. Tre av forfatterne har vært tilknyttet den aktuelle kreftavdelingen. Alle forfatterne er erfarne helsearbeidere, og noen har også erfaring med forskning.

UTVALG

Inkluderte henvisninger gjaldt voksne pasienter

innlagt på kreftavdelingens sengeposter i perioden august 2019 til april 2020. Pasienter ble inkludert i studien uavhengig av kreftdiagnose og uavhengig av hvilke fase av sykdomsforløpet de var i. Vi ekskluderte henvisninger hvor ergoterapioppfølging ikke var mulig å gjennomføre før pasienten ble utskrevet eller døde.

DATAINNSAMLING

Data ble hentet fra sykehusets elektroniske journal-system DIPS i form av rapporter av personer med rettigheter til dette. Henvisningstekst, samt opplysninger om kjønn, alder, kreftdiagnose og utførte ergoterapitiltak ble registrert. Det ble ikke gjort styrkeberegning for prosjektet, men antatt at 50-100 pasienter skulle bli henvist i prosjektperioden.

DATAANALYSE

Henvisningstekst og utførte ergoterapitiltak ble analysert hver for seg.

Først ble henvisningsteksten lest for å kategorisere hva henvisende instans mente at pasienten trengte ergoterapi til. Henvisningsteksten ble sortert i forhåndsdefinerte kategorier: Kartleggingsamtale, ADL-funksjon, kognitiv funksjon, arm/håndfunksjon, sanser (syn, sensibilitet), posisjonering/trykkavlastning, omgivelser/boligtilrettelegging, hjelpemidler, ortoser, informasjon/veiledning og henvisning til videre oppfølging etter utskrivning fra sykehus. I tillegg ble kategorien åpen eller uklar henvisning brukt når henvisningsgrunnen ikke fremkom tydelig. Eksempler på innholdet i de ulike kategoriene er presentert i Tabell 1.

Kategoriene ble videre sortert etter domenenene i Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) (13). ICF er et system utarbeidet av Verdens Helseorganisasjon, og klassifiserer funksjon og aktivitet, og hvordan omgivelsene påvirker helse (13). To ergoterapeuter (første- og andreforfatter) vurderte henvisningene uavhengig av hverandre. Ved uenighet ble teksten diskutert med en tredje ergoterapeut (sisteforfatter) for å komme til enighet.

I analysen av ergoterapeutens tiltak brukte vi de samme kategoriene som vi anvendte for å kategorisere henvisningsteksten. Ved å bruke de samme kategoriene for henvisningstekst og ergoterapitiltak kunne vi enkelt sammenligne hva kreftavdelingen ønsket av ergoterapitiltak i sine henvisninger, og hva ergoterapeuten faktisk gjorde.

Deretter ble demografiske variabler, de katego-

riserte henvisningene og de kategoriserte ergoterapitiltakene analysert med deskriptiv statistikk ved bruk av SPSS (IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp).

Etikk

Prosjektet *Kreftpasienten og ergoterapeutens* rolle faller utenfor helseforskningsloven og er vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vest som ikke fremleggingspliktig (461372/ 2022). Personvernombudet i Helse Bergen (prosjekt ID: 2019/1123) anser studien som kvalitetssikring av tjenesten. Informert samtykke er ikke innhentet da deltakerne mottok ordinær behandling. Aidentifiserte data ble hentet fra journal og lagret på helseforetaket sin Kvalitetsserver. Alle publiserte data er anonymisert.

Resultat

HVILKE KREFTPASIENTER HENVISES TIL ERGOTERAPI?

Av totalt 2761 pasienter innlagt ved kreftavdelingen i perioden august 2019 til april 2020, ble 74 pasienter (3 prosent) henvist til ergoterapi. Henvisningene gjaldt i hovedsak pasienter over 50 år (89 prosent), med en liten overvekt av menn. Flest henvisninger gjaldt pasienter med tarmkreft, etterfulgt av brystkreft, prostatakreft og lymfom. Seks måneder etter avsluttet inklusjon var 74 prosent av pasientene døde.

Uvalgte karakteristika for henviste pasienter er vist i Tabell 2 (Se side 44).

HVA HENVISES PASIENTENE FOR?

Av totalt 74 henvisninger var 21 åpne henvisninger med spørsmål om ergoterapivurdering uten å konkretisere hva som var ønsket av ergoterapeuten. I de resterende henvisningene var det konkretisert hva en ønsket at ergoterapeuten skulle gjøre. Tabell 3 (se side 45) gir en oversikt over konkrete henvisningskategorier sortert etter domene i ICF (13).

Tabellen viser at pasienter ved kreftavdelingen i hovedsak ble henvist til ergoterapeut for utfordringer knyttet til omgivelser/boligtilrettelegging og hjelpemidler, etterfulgt av ADL-funksjon. Posisjonering/trykkavlastning og sanser ble ikke nevnt i henvisningstekstene.

HVA GJORDE ERGOTERAPEUTEN?

For de 53 henvisningene med konkret ønske eller

Kategorier	Beskrivelse av kategori	Eksempel hentet fra henvisningstekst	Eksempel på ergoterapitiltak
Kroppsfunksjon og struktur			
Arm-/håndfunksjon	Kartlegging og tiltak for redusert funksjon i overekstremiteter.	Ønskelig med tilsyn fra ergo for vurdering av skinne venstre overekstremitet.	Aktivitetsanalyse, trening av funksjoner, hjelpemidler, ortoser.
Kognitiv funksjon	Kartlegging og tiltak for reduserte kognitive funksjoner.	Ønsker <i>Mini mental status</i> i forbindelse med utredning av kognitiv svikt.	Kartlegging med standardiserte kognitive tester, aktivitetsanalyse.
Posisjonering trykkavlastning	Kartlegging av ligge- eller sittestilling eller risiko for utvikling av trykksår. Utprøving av hjelpemidler.		Hjelpemidler, endring av ligge-/sittestilling, veiledning av pasient.
Sanser	Kartlegging av pasientens utfordringer med redusert hørsel, syn eller sensibilitet i aktivitetsutførelse.		Aktivitetsanalyse, trening på synsfunksjoner i aktiviteter, tilrettelegging av omgivelser.
Aktivitet og deltakelse			
ADL-funksjon	Kartlegging av evne til aktivitetsutførelse.	Ønsker å få gjennomført ADL test mandag.	Observasjon og aktivitetsanalyse av ønsket aktivitet, tilrettelegging for aktivitet ved trening av funksjoner, hjelpemidler, gradering av aktivitet.
Omgivelser			
Omgivelser/boligtilrettelegging	Kartlegging av fysiske og sosiale omgivelser.	Henvises etter avtale for hjelp til tilrettelegging i hjemmet.	Tilrettelegging av bolig for bedre utførelse av aktiviteter.
Hjelpemidler	Kartlegging av behov for hjelpemidler.	Henvises for vurdering av hjelpemidler.	Kartlegging, utprøving og formidling av hjelpemidler.
Ortoser	Kartlegging av behov for ortose.	Ønskelig med tilsyn fra ergo, for vurdering av skinne venstre overekstremitet.	Kartlegging, utprøving og formidling av ortose.
Åpen eller uklar henvisning		Tilsyn anbefalt på legevisitt.	
Kartleggings-samtale	Samtale for å kartlegge pasientens status og behov for ergoterapi.	Ønsker samtale med ergoterapeut.	Kartlegging av pasientens ressurser og utfordringer i aktivitetsutførelse, samt pasientens ønsker.
Informasjon/veiledning	Informasjon eller veiledning til pasienten.		Informasjon om tilbud og rettigheter, veiledning på alternativ utførelse av aktivitet.
Henvisning til videre oppfølging	Henvisning til andre instanser ved behov.	Pasienten har behov for tilsyn av ergoterapeut i kommunen og det er ønskelig at dere også følger opp dette.	Henvisning til kommunale tjenester som ergoterapi, fysioterapi eller kreftkoordinator.

Tabell 1. Beskrivelse av kategorier brukt i dataanalyse, med eksempler fra henvisningstekst og ergoterapitiltak beskrevet i journal.
Forkortelser: ADL, daglige aktiviteter; ergo, ergoterapeut

	n (%)
Kjønn, kvinner	34 (46)
Alder	
18-30 år	2 (3)
31-50 år	6 (8)
51-70 år	34 (46)
Over 70 år	32 (43)
Krefttype beskrevet i legejournal	
Bryst	9 (12)
Tarm	13 (18)
Spiserør-/mage	6 (8)
Hjerne	7 (10)
Lunge	4 (5)
Lymfom	8 (11)
Føflekk	3 (4)
Nyre	3 (4)
Prostata	8 (11)
Sarkom	5 (7)
Skjoldbruskkjertel	3 (4)
Øvrige lokalisasjoner	5 (7)

Tabell 2. Kjønn, alder og krefttype for kreftpasienter henvist til ergoterapi (n=74).

bestilling, var det ingen signifikant assosiasjon mellom henvisningsønske og hva ergoterapeuten faktisk iverksatte ($p=0.363$). Av disse 53 henvisningene ble de fleste ($n=46$) etterfulgt av flere tiltakskategorier (87 prosent), uavhengig av om et konkret tiltak ble etterspurt eller ikke. Ergoterapeutens tiltak var i hovedsak rettet mot ADL-funksjon ($n=46$), etterfulgt av omgivelser/boligtilrettelegging ($n=42$). Kartleggingssamtale ble utført i 72 av henvisningene. Tiltak var i 218 tilfeller rettet mot kategorier som ikke var beskrevet i henvisningen. Fire henvisninger knyttet til hjelpemidler ($n=28$) ble ikke etterfulgt av tiltak knyttet til hjelpemidler. 37 pasienter ble henvist videre til ergoterapeut i førstelinjetjenesten.

Diskusjon

Hensikten med studien var å kartlegge hvilke pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten som henvises til ergoterapi, hva de henvises for og hva ergoterapeuten gjør. Resultatene fra denne studien viser at en svært liten andel kreftpasienter ble henvist til ergoterapi. De som ble henvist, ble i hovedsak henvist for hjelpemidler og omgivelser/boligtilrettelegging. Ergoterapeuten gjorde mer enn det ble bedt om i henvisningen.

HVILKE PASIENTER HENVISES TIL ERGOTERAPI?

Svært få pasienter innlagt i perioden ble henvist til ergoterapi. Flere studier rapporterer om få henviste kreftpasienter tross utfordringer med aktivitetsut-

førelse (14-16). Dette kan skyldes at samarbeidende faggrupper har begrenset kunnskap om bredden av hva ergoterapeuten kan bidra med (14, 17-19). Ergoterapeuter rapporterer imidlertid også utfordringer med å kommunisere sin kompetanse til samarbeidende faggrupper (18). Dette erfares også i spesialisthelsetjenesten, spesielt på sykehusavdelinger med liten erfaring med ergoterapi. På avdelinger med et etablert ergoterapitilbud bruker ergoterapeutene derimot mer av bredden i kompetansen sin og får flere henvisninger. Det er dermed sannsynligvis behov for bedre markedsføring av ergoterapeuters kompetanse og bidrag til pasientgruppen.

Ergoterapitilbudet på kreftavdelingen var fortsatt forholdsvis nytt for personalet under datainnsamlingen. Dette kan ha påvirket antall henvisninger. Resultatene våre sier ikke noe om hvilke utfordringer pasientene som ikke ble henvist, hadde. Forskning viser imidlertid at kreftpasienter har utfordringer med aktivitetsutførelse, og derfor kan ha nytte av ergoterapi (2).

De fleste henviste pasientene var over 50 år, med omtrent like mange i aldersgruppen 50-70 som over 70 år. Da medianalder for kreft i Norge er 69 år, kan våre tall tyde på at for få av de eldste pasientene henvises til ergoterapi (1). En forklarende faktor kan være at sykehjemsbeboere erfaringsmessig sjelden blir henvist. Eldre mennesker har imidlertid oftere utfordringer med ADL, uansett kreftdiagnose eller ikke, og utfordringene er høyest i pasientgruppen over 85 år (17, 20, 21). At en stor andel av pasientene i denne studien var død seks måneder etter at inklusjonsperioden var over, kan tyde på at pasienter med langtkommen kreft henvises oftere enn andre kreftpasienter til ergoterapi. Forskning viser også at kreftpasienter med langtkommen sykdom har redusert funksjonsnivå og økende utfordringer med hverdagsaktiviteter (22).

Andelen henvisninger for pasienter med de vanligste krefttypene (1) var forholdsvis lav i vår studie. Samtidig vet vi at dette er pasientgrupper som alle opplever utfordringer med utførelse av ADL-aktiviteter i sykdomsforløpet (20, 22). Kvinner med brystkreft rapporterer ulike utfordringer med hverdagsaktiviteter i ulike stadier av sykdommen og behandlingsforløpet, og de som overlever, beskriver at de ikke kommer tilbake til samme aktivitetsnivå som før diagnosen (23, 24). Dette indikerer at pasienter som sjelden ble henvist til ergoterapi, også kan ha nytte av tilbudet.

Andelen henviste pasienter med hjernekreft var

ICF-domene og kategorier	Henvisning n (%)	Ergoterapeutisk intervensjon n (%)
Kroppsfunksjon og struktur		
Arm-/håndfunksjon	1 (1)	13 (18)
Kognitiv funksjon	4 (5)	19 (25)
Posisjonering/trykkavlastning	0 (0)	5 (7)
Sanser	0 (0)	5 (7)
Aktivitet og deltakelse		
ADL-funksjon	12 (16)	46 (62)
Omgivelser		
Omgivelser/boligtilrettelegging	22 (30)	42 (57)
Hjelpemidler	28 (38)	24 (32)
Ortoser	1 (1)	3 (4)
Åpen eller uklar henvisning	21 (28)	
Kartleggingssamtale	4 (5)	72 (97)
Informasjon/veiledning	0 (0)	47 (63)
Henvisning til videre oppfølging	1 (1)	37 (50)

Tabell 3. Kategorier spesifisert i 74 henvisninger, sortert etter domener i ICF*

*Hver henvisning kan inneholde flere kategorier. Forkortelser: ICF= Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse (1).

1. World health organization. ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse Tronhjem: Sosial- og helse-direktoratet; 2006

høyere enn forventet utfra nasjonale insidenstall. En mulig forklaring kan være at hjernekreftpasientene vanligvis følges opp av ergoterapeut på nevrologisk avdeling før overflytting til kreftavdelingen. Ergoterapitilbudet på nevrologisk avdeling har eksistert i flere tiår. Ergoterapeutens arbeidsoppgaver med denne pasientgruppen er derfor etablert og godt kjent blant våre samarbeidspartnere.

HVA HENVISES PASIENTENE FOR, OG HVA GJØR ERGOTERAPEUTEN?

Hjelpemidler og omgivelser/boligtilrettelegging var de vanligste henvisningsårsakene. Begge deler er områder ergoterapeuter har god kompetanse på. Internasjonal forskning innen palliasjon og kreftomsorg bekrefter at ergoterapi ofte er forbundet med hjelpemidler (25). Norske ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten rapporterer også at de oftest assosieres med hjelpemidler (18). Forskning på ergoterapi i kreftomsorgen viser imidlertid at bredden i ergoterapi kan dekke flere arbeidsoppgaver, som oppfølging av kognitive utfordringer, arm- og håndfunksjon og aktivitetsregulering (8).

Ergoterapeutene i vår studie fikk få henvisnin-

ger på pasientens kognitive funksjoner, arm/håndfunksjon og ADL-funksjon, til tross for at dette er vanlige utfordringer for mange kreftpasienter (26). Forskning viser også at kreftpasienter ønsker å være i aktivitet, og at aktivitet har positiv effekt på livskvalitet og mestring (27).

Ergoterapeutens arbeidsprosess inkluderer kartlegging, målsetning, tiltak og evaluering, og er en dynamisk, kontinuerlig prosess som gjentar seg til pasienten når sine mål eller blir utskrevet (28). Kartleggingssamtalen er sentral i den ergoterapeutiske arbeidsprosessen og ble i vår studie gjennomført for de fleste henviste pasientene. Denne samtalen danner grunnlaget for ergoterapeutens videre arbeid (28). Her undersøkes pasientens ressurser og utfordringer, hvilke aktiviteter som er meningsfulle for pasienten, og aspekter i omgivelsene som hemmer eller fremmer aktivitetsutførelse (28). En slik systematisk tilnærming bidrar til at ergoterapeuten kartlegger pasientene bredt, uavhengig av hva de er henvist for, og kan forklare hvorfor ergoterapeutene i vår studie gjorde mer enn de ble bedt om i henvisningen. På bakgrunn av dette vurderer vi det som viktigere at den som henviser

kan se pasientens behov for å være i aktivitet og har kjennskap til ergoterapeutens spesialkompetanse på området, enn å ha kunnskap om spesifikke ergoterapitiltak.

Metodediskusjon

Oss bekjent er dette den første norske studien som beskriver ergoterapeutens rolle overfor kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten. Utvalget i vår studie er imidlertid ikke representativt, sammenliknet med nasjonale tall. Likevel kan utvalget være i samsvar med hvilke pasienter som innlegges på en kreftavdeling i sykehus. Utvalget i studien er også lite, og det er derfor utfordrende å trekke konklusjoner. Underveis i datainnsamlingen deltok ergoterapeutene på previsitter og andre møter hvor lege og sykepleier diskuterte pasienter. Basert på diskusjon rundt pasientens behov kunne ergoterapeuten foreslå at pasienten ble henvist til ergoterapi. En kan anta at uten disse anbefalte henvisningene, ville utvalget vært enda mindre. Årsaken til det lave antall henvisninger er interessant, men ikke undersøkt i denne deskriptive studien.

Konklusjon

På bakgrunn av få inkluderte deltakere er det vanskelig å trekke generelle konklusjoner fra studien. Resultatene gir likevel grunn til å tro at få kreftpasienter blir henvist til ergoterapi. En stor andel av de henviste pasientene hadde langtkommen kreftsykdom. Samarbeidende faggrupper syntes å være kjent med ergoterapeutens kompetanse på hjelpemidler og boligtilrettelegging, men ikke bredden i ergoterapifaget. Ergoterapeuten utførte imidlertid flere tiltak enn det ble bedt om i henvisningen. En studie som undersøker barrierer for henvisning, vil kunne gi bedre svar på årsakssammenhenger. Det kan også være interessant å undersøke om pasienter som ikke henvises til ergoterapi, kunne hatt nytte av et ergoterapitilbud.

Implikasjoner for praksis

- Ergoterapeutens kompetanse på meningsfulle daglige aktiviteter må synliggjøres for samarbeidende helseprofesjoner, ledere og beslutningstakere i kreftomsorgen.
- Ergoterapi bør inngå i det tverrfaglige tilbudet til kreftpasienten.
- En tydelig beskrivelse av ergoterapeutens rolle i kreftbehandling må inn i aktuelle handlingsprogram og retningslinjer.

Takk til

Forfatterne vil takke Norsk Ergoterapeutforbund - Ergoterapeutene for tildelte FoU-midler.

Referanser

1. Kreftregisteret. Nøkkeltall om kreft Oslo: Insitutt for populasjonsbasert kreftforskning; 2020 [updated 18.03.2021] Available from: <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>.
2. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson I, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2017;61:94-106.
3. Peoples H, laCour K, Brandt Å, Waehrens E. Managing occupations in everyday life at home for people with advanced cancer. *Scand J Occ Ther*. 2016;24(1):57-64.
4. Pergolotti M, Williams GR, Campbell C, Munoz LA, Muss HB. Occupational Therapy for adults with cancer: Why It matters. *Oncologist*. 2016;21(3):314-9.
5. Palmadottir G. The role of occupational participation and environment among Icelandic women with breast cancer: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2010;17(4):299-307.
6. Maersk JL, Johannessen H, la Cour K. Occupation as marker of self: Occupation in relation to self among people with advanced cancer. *Scand J Occup Ther*. 2019;26(1):9-18.
7. Jakobsen K, Magnus E, Lundgren S, Reidunsdatter RJ. Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2018;25(4):298-307.
8. Wallis A, Meredith P, Stanley M. Cancer care and occupational therapy: A scoping review. 2020;67(2):172-94.
9. Kielhofner G. Ergoterapi i praksis: Munksgaard Danmark; 2013.
10. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. In: Sundhedsstyrelsen, editor. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
11. Regionala Cancercentrum i samverkan. Palliativ vård-nationellt vårdprogram Stockholm: Sosialstyrelsen; 2021
12. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [updated 14.10.2019]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>.
13. World health organization. ICF, Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse Tronhjem: Sosial- og helsedirektoratet; 2006
14. Pergolotti M, Deal AM, Lavery J, Reeve BB, Muss HB. The prevalence of potentially modifiable functional deficits and the subsequent use of occupational and physical therapy by older adults with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*. 2015;6(3):194-201.
15. Jeyasingam L, Agar M, Soares M, Plummer J, Currow D. A prospective study of unmet activity of daily living needs in palliative care inpatients. *Aust Occup Ther J*.

- 2008;55(4):266-72.
16. Taylor K, Currow D. A prospective study of patient identified unmet activity of daily living needs among cancer patients at a comprehensive cancer care centre. 2003;50(2):79-85.
 17. Pergolotti M, Cutchin MP, Weinberger M, Meyer AM. Occupational therapy use by older adults with cancer. Am J Occup Ther. 2014;68(5):597-607.
 18. Gramstad A, Nilsen R. Vi blir ikke brukt godt nok-kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. Ergoterapeuten. 2016;4:30-9.
 19. Mackenzie L. Defining the role of occupational therapy with people living with and beyond cancer: Perspectives of British and Irish occupational therapists. British Journal of Occupational Therapy. 2021;84(10):647-57.
 20. Blackwood J, Karczewski H, Huang MH, Pfalzer L. "Katz activities of daily living disability in older cancer survivors by age, stage, and cancer type". Journal of Cancer Survivorship. 2020;14(6):769-78.
 21. Fettes L, Bone AE, Etkind SN, Ashford S, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in basic activities of daily living is associated with symptom burden in older people with advanced cancer or chronic obstructive pulmonary disease: a secondary data analysis. Journal of pain and symptom management. 2021;61(6):1205-14.
 22. Fettes L, Neo J, Ashford S, Higginson IJ, Maddocks M. Trajectories of disability in activities of daily living in advanced cancer or respiratory disease: a systematic review. Disability and Rehabilitation. 2020:1-12.
 23. Fleischer A, Howell D. The experience of breast cancer survivors' participation in important activities during and after treatments. 2017;80(8):470-8.
 24. Cheville AL, Troxel AB, Basford JR, Kornblith AB. Prevalence and treatment patterns of physical impairments in patients with metastatic breast cancer. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2008;26(16):2621-9.
 25. Eva G, Morgan D. Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. Palliat Med. 2018;32(5):960-8.
 26. Lisy K, Campbell JM, Tufanaru C, Moola S, Lockwood C. The prevalence of disability among people with cancer, cardiovascular disease, chronic respiratory disease and/or diabetes: a systematic review. International journal of evidence-based healthcare. 2018;16(3):154-66.
 27. Brekke MF, la Cour K, Brandt Å, Peoples H, Wæhrens EE. The association between ADL ability and quality of life among people with advanced cancer. Occup Ther Int. 2019;2019:2629673.
 28. Fisher AG. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2014;21(sup1):96-107.



Kvinner med brystkreft rapporterer ulike utfordringer med hverdagsaktiviteter i ulike stadier av sykdommen og behandlingsforløpet, og de som overlever, beskriver at de ikke kommer tilbake til samme aktivitetsnivå som før diagnosen.



NAVN:
Marte Baklund Størseth
STILLING:
**Spesialergoterapeut ved seksjon
for ortopedisk rehabilitering,
Oslo universitetssykehus**

Av Else Merete Thyness

Undersøker gjennomførbarheten av en aktivitetsbasert og aktivitetsfokusert intervensjon i håndterapi

– Hvem er Marte Baklund Størseth?

– Jeg er utdannet ergoterapeut i Oslo, og under bachelorutdanningen fikk jeg muligheten til å ha to praksisperioder på steder der rehabilitering av håndfunksjon var i fokus. Begge praksissteder inspirerte meg til å ønske å jobbe med dette. Da studiene var ferdig var jeg så heldig å få et vikariat på Ortopedisk avdeling på Rikshospitalet, der det er lands- og regionale behandlingsfunksjoner for pasienter med skader og lidelser i hånd/arm. Her har jeg blitt siden. For tiden er jeg også deltidsstudent på OsloMet der jeg tar en master i ergoterapi.

– Hva forsker du på?

– Bakgrunnen for at jeg satte i gang med masterstudiet er at jeg personlig motiveres og drives av å være i utvikling og ønsker å bruke engasjementet mitt til faglig utvikling. Spesielt er jeg opptatt av aktivitetsperspektivet i spesialisthelsetjenesten. Før jeg startet på masterutdanningen utførte vi en tverrsnittstudie der vi kartla hvilke utfordringer våre pasienter hadde med å utføre aktiviteter. Svarene vi fikk der inspirerte videre til å gjøre noen endringer i praksis, hovedsakelig knyttet til omgivelsene. Vi skaffet gjenstander og utstyr for å tilrettelegge for å observere utførelse av de aktivitetene som delta-kerne oftest rapporterte som vanskelige. Videre som masterprosjekt, er planen å gjøre en liten forstudie

der vi undersøker gjennomførbarheten av en aktivitetsbasert og aktivitetsfokusert intervensjon i praksis. Da er det ønskelig å utforske perspektivet til både ergoterapeutene som skal tilby intervensjonen og pasientene som mottar intervensjonen. Noe av det vi lurte på er blant annet hva som fremmer bruk av aktivitet som metode og mål, hva som hemmer, og hvordan opplever ergoterapeutene og pasientene å utføre intervensjonen?

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

– Jeg klarer nok ikke svare på én forskningsartikkel som var den beste, men det er flere artikler jeg vil trekke frem fordi de inspirerte meg da jeg leste dem og fordi de har hatt betydning for meg av ulike grunner.

Disse to første artiklene er knyttet til et stort forskningsprosjekt ved et sykehus i Danmark med relativt likt pasientgrunnlag som jeg jobber med, og de har hatt direkte nytteverdi og inspirasjon til mitt arbeidsområde og masterprosjekt:

- *Occupational performance problems identified by 507 patients: An insight that can guide occupation-based hand therapy* av Helle Poulsen og Alice Ørts Hansen
- *An occupation-based intervention in patients with hand-related disorders grouped using the Sense of*

Coherence scale – a randomized controlled trial av Alice Ørts Hansen, Hanne Kaae Kristensen, Ragnhild Cederlund, Søren Möller og Hans Tromborg.

Så kan jeg nevne en artikkel som inspirerte meg med tanke på metode, spesielt knyttet til komplekse intervensjoner i helse og implementering/prosessevaluering.

- *Implementation fidelity in a complex intervention promoting psychosocial well-being following stroke: An explanatory sequential mixed methods study* av Line Kildal Bragstad, Berit Arnesveen Bronken, Unni Sveen, Ellen Gabrielsen Hjelle, Gabriele Kitzmüller, Randi Martinsen, Kari Johanne Kvigne, Margrete Mangset og Marit Kirkevold.

Denne artikkelen hadde også publisert studieprotokollen for prosjektet sitt i forkant, noe jeg synes er utrolig nyttig og lærerikt å lese.

- Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial.

Det samme hadde artikkelen av Hansen, Kristensen, Cederlund, Möller og Tromborg:

- The effect of an occupation-based intervention in patients with hand-related disorders grouped using the sense of coherence scale: Study protocol.

– Hva mener du vi har behov for mer forskning om i ergoterapi?

– Jeg synes vi trenger mer forskning som tydeliggjør hva vi gjør, ergoterapiintervensjoner og hvilken nytte det har for tjenestemottakerne våre. Forskningen bør ha et tydelig aktivitetsperspektiv med aktivitet som metode og utfallsmål, og være nært knyttet til klinikken slik at den praktiske nytteverdien av forskningen øker og gapet mellom teori og praksis blir mindre. Vi har behov for forskning som beskriver intervensjonene godt: Hva er det vi gjør? Det er også viktig at forskningen bruker gode metoder på å utforske hvilken nytteverdi ergoterapi har for tjenestemottakerene, som igjen får en betydning for hva vi gjør og ikke gjør.

Referanser

Poulsen, H. S. & Hansen, A. Ø. (2018). Occupational performance problems identified by 507 patients: An insight that

can guide occupation-based hand therapy. *Hand Therapy*, 23(4), 121-129. <https://doi.org/10.1177/1758998318784316>

Hansen, A. Ø., Kristensen, H. K., Cederlund, R., Möller, S. & Tromborg, H. B., 1. okt. 2020, I: An occupation-based intervention in patients with hand-related disorders grouped using the Sense of Coherence scale – a randomized controlled trial. *Journal of Hand Therapy*. 33, 4, s. 455-469

Bragstad, Line Kildal; Bronken, Berit Arnesveen; Sveen, Unni; Hjelle, Ellen Gabrielsen; Kitzmüller, Gabriele; Martinsen, Randi; Kvigne, Kari Johanne; Mangset, Margrete; Kirkevold, Marit (2019). Implementation fidelity in a complex intervention promoting psychosocial well-being following stroke: An explanatory sequential mixed methods study. 18 s. *BMC Medical Research Methodology*. Vol. 19. <http://hdl.handle.net/11250/2590358>

Hansen, A. Ø., Cederlund, R., Kristensen, H. K. & Tromborg, H. B., 2016. The effect of an occupation-based intervention in patients with hand-related disorders grouped using the sense of coherence scale: Study protocol. *Hand Therapy*. 21, 3, s. 90–99

Kirkevold, Marit; Bragstad, Line Kildal; Bronken, Berit Arnesveen; Kvigne, Kari Johanne; Martinsen, Randi; Hjelle, Ellen Gabrielsen; Kitzmüller, Gabriele; Mangset, Margrete; Angel, Sanne; Aadal, Lena; Eriksen, Siren; Wyller, Torgeir Bruun; Sveen, Unni (2018). Promoting psychosocial well-being following stroke: study protocol for a randomized, controlled trial. 12 s. *BMC Psychology*. Vol. 6. <http://hdl.handle.net/10037/14061>

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.

BOKOMTALE

Historien om Hjelpemiddelsentralene og drivkreftene bak utviklingen

I 2019 fylte Hjelpemiddelsentralen i Telemark 40 år. Her er historien bak etableringen av denne og de andre hjelpemiddelsentralene i Norge. Det er en historie om engasjerte fagfolk som gjorde et banebrytende arbeid og skapte likeverdige arenaer for personer med ulike funksjonshemninger. Forfatter er Øivind Lorentsen.

Av Else Merete Thyness

Det er 40 år siden landets første hjelpemiddelsentral sto klar. Det var resultatet av et bredt tverrfaglig og administrativt samarbeid, inkludert samarbeid med funksjonshemmedes organisasjoner. Målet var økt deltakelse og likeverdige arenaer for personer med funksjonsnedsettelser gjennom systematisk utnyttelse av teknologi og ergonomi. Det konkrete utviklingsarbeidet startet på initiativ fra Rådet for tekniske tiltak for funksjonshemmede, som ble etablert i desember 1975 med sekretariat lagt til Senter for industriforskning (SI).

I dag der det rundt 450 000 personer som har hjelpemidler fra landets hjelpemiddelsentraler, finansiert av folketrygden. NAV sentralt leder i dag det nasjonale formidlingssystemet med hjelpemiddelsentraler.

TREKKER LINJER

Boken trekker linjene fra spredte initiativ på siste halvdel av 1960-tallet, via konkrete prosjekter på begynnelsen av

1970-tallet, til etableringen av et landsdekkende system for formidling av tekniske hjelpemidler og ergonomiske løsninger på 1990-tallet.

I boken kan du lese om den grunnleggende ideologiske tenkingen bak utviklingsarbeidet, verdigrunnlaget på «brukernes premisser», om den tidkrevende prosessen fram til full utbygging i alle landets fylker i 1995 samt det kontinuerlige utviklingsarbeidet underveis. Du kan også lese om den målrettede satsningen på kunnskapsbygging som ble ansett som en forutsetning for hele den nasjonale prosessen.

ANBEFALES

Boken er skrevet av pioneren Øyvind Lorentsen, som har vært forsker blant annet ved Sintef og som har sittet i Rådet for tekniske tiltak. Den anbefales alle som er interessert i historien bak hjelpemiddelsentralene. På det meste sto det 35 personer sentralt og 13 fagorganisasjoner bak satsingen på offentlig formidling av tekniske hjelpemidler.



Historien om Hjelpemiddelsentralene og drivkreftene bak utviklingen.

Forfatter: Lorentsen, Øivind

Antall sider: 230

Publisert: 2022.

Format Innbundet

Pris: 280 kroner

Forlag: Solilia

ISBN: 987-82-93911-02-9

Boken kan kjøpes gjennom nettbokhandlere som Akademia for 350 kroner eller direkte av forfatteren for 280: oivindlorentsen@gmail.com.

Bærekraft – kan vi gjøre mer?

Ergoterapeuter bidrar til bærekraftige tjenester. Aktivitet og deltakelse gir et bedre liv for den det gjelder – og det lønner seg for samfunnet. Kan vi likevel, som profesjon, gå ett skritt lengre?

Av Redaksjonskomiteen

ER VI «FERDIG SNAKKA»?

Brundtland-kommisjonen sammenlignet i sin tid bærekraft med en stol som sto på tre ben:

- økonomisk bærekraft
- miljømessig bærekraft
- sosial bærekraft

Ergoterapeuter bidrar innenfor alle disse tre områdene. Vi arbeider med forebygging, helsefremming, rehabilitering, mestring, deltakelse, universell utforming og digitalisering, for å nevne noe. Dersom bærekraftsmålene skal nås, må helse- og velferdstjenestene dreies mot tjenester som utløser ressurser. Ergoterapeuters kjernekompetanse handler om akkurat dette. Er det nok?

FLERE VALG

Flere av Sveriges ergoterapeuter argumenterer for at ergoterapeuter kan være en positiv kraft for miljøvern. Petra Wagman, svensk ergoterapeut og forsker, foreslår at ergoterapeuter kan støtte bærekraftig utvikling gjennom for eksempel boligtilpasning som gjør det mulig for en person i rullestol å kildesortere, og ved å argumentere for økt bruk av offentlig transport. Man kan også være en pådriver for at arbeidsstedet skal ha så lite økologisk fotavtrykk som mulig. Magnus Zingmark peker på at ergoterapeuter ofte foretrekker individbaserte intervensjoner, mens gruppeinterven-

sjoner kan vise seg mer bærekraftige, blant annet fordi det er billigere (1).

ERGOTERAPI OG KLIMAENDRINGER

Diane Smith, Kayley Fleming og tre andre forfattere gjennomførte et litteratursøk på ergoterapi og bærekraft og publiserte i 2020 artikkelen: *Occupational Therapy and Environmental Sustainability: A scoping review*. (2) I artikkelen tar de utgangspunkt i at klimændringene skyldes menneskelig aktivitet og undersøker hvordan ergoterapeuter kan fremme bærekraftige aktiviteter og miljøvennlige omgivelser.

- Én artikkel pekte på at Modellen for menneskelig aktivitet, utviklet av Gary Kielhofner, kan brukes som referanseramme for å undersøke om personen er positiv eller negativ til å ta hensyn til miljøet (vilje), hvorvidt personenes vaner er bærekraftige og om miljøet rundt hemmer eller fremmer bærekraftige aktiviteter. (3)
- Hocking og Kroksmark (4) foreslo flere måter ergoterapeuter kan fremme bærekraftige aktiviteter som hagebruk, samkjøring og økt bruk av sykkel som transportmiddel.
- Gower foreslår at ergoterapeuter kan øke bruken av videosamtaler med brukere for å redusere reising.

Med andre ord: Ergoterapi har et potensial til å fremme menneskelige aktiviteter som bidrar til forbedret individuell og global helse.

HVA ER VIKTIG FOR MEG?

Norsk Ergoterapeutforbund har vært med på å innføre spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i norsk helsevesen. Dette begrepet har sikret brukermedvirkning. Kan vi utvide til også å spørre: Hva er viktig for miljøet?

Kilder

1. Thyness, E.M. 2020. Hvordan arbeide bærekraftig. Ergoterapeuten 2 2020.
2. Smith, D, Fleming, K, Brown, L, Allen, A, Baker, J, Gallagher, M. 2020. Occupational Therapy and Environmental Sustainability: A scoping review. <https://doi.org/10.3928/24761222-20200116-02>
3. Wagman P. (2014a). How to contribute occupationally to ecological sustainability: A literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(3), 161-165. 10.3109/1038128.2013.877068PMID:24524695
4. Hocking C., & Kroksmark U. (2013). Sustainable occupational responses to climate change through lifestyle choices. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(2), 111-117. 10.3109/11038128.2012.725183PMID:23004010

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



OVER 20 AKTØRER KREVER NY REHABILITERINGSREFORM

Tommy Skar er en av talspersonene for de over 20 aktørene som krever rehabiliteringsreform.

Tommy Skar, generalsekretær i LHL Hjerneslag, har ledet en delegasjon som blant annet har hatt møte med helse- og omsorgsministeren. – Dagens helseminister kan bli Norges første rehabiliteringsminister, sier han.

Av Else Merete Thyness

De over 20 aktørene, blant annet Ergoterapeutene, er en rekke institusjoner og bruker- og fagorganisasjoner med kobling til rehabilitering. Nå har de gått sammen om å beskrive behov og utfordringer og samtidig peke på veien videre for rehabilitering.

– Noe av bakgrunnen for dette arbeidet er evalueringen av *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019*. Den viste blant annet at det er en rekke mangler på rehabiliteringsområdet, sier Tommy Skar.

Riksrevisjonens rapport, som kom allerede i 2012, beskrev allerede da de samme utfordringene.

– Nå har riksrevisjonen varslet en forvaltningsrevisjon på reha-

bilitering. Denne vil sannsynligvis overleveres Stortinget høsten 2023. Jeg er sikker på at denne rapporten kommer til å gjenta mye av den tidligere kritikken, og dette blir politikerne nødt til å ta konsekvensene av, sier han.

UTFORDRINGER OG MANGLER

Verdens helseorganisasjon foreslår rehabilitering som et satsingsområde for vårt århundre, og i 2017 gjorde WHO rehabilitering til en hovedstrategi fram mot 2030.

– Blant annet framhevet de behovet for å samordne tiltak fra alle aktører for å kunne tilby god rehabilitering til rett tid. Norge har ikke fulgt opp med en tilsvarende nasjonal strategi, sier Skar.

Av andre utfordringer på rehabiliteringsfeltet nevner han: De store geografiske forskjellene i tilbudet som blir gitt, mangel på ressurser og kompetanse og økende behov for rehabilitering i framtiden.

– Det vil kreve penger og ressurser å gjennomføre en reform, men samfunnsøkonomisk vil det bli dyrere å ikke gi folk det tilbudet de har behov for.

UTARBEIDET DOKUMENT FOR FELLES PLATTFORM

Rehabiliteringsnettverket har, med Sunnaas sykehus HF som koordinator og viktig bidragsyter, utarbeidet et felles dokument: *Norge trenger en rehabiliteringsreform*.

– Dette dokumentet fungerer

«Verdens helseorganisasjon har rehabilitering som en hovedstrategi fram mot år 2030»

Tommy Skar

både som en felles plattform for aktørene, og som et grunnlag for politisk diskusjon og prioritering.

Dokumentet har allerede vært flittig i bruk. Blant annet presenterte de det for helse- og omsorgsministeren Ingvild Kjerkol.

– Hun sa at hun vil lytte til de som har kunnskap på området, og blant disse aktørene er det mange som har kompetanse. Dagens helse- og omsorgsminister har nå en gyllen mulighet for å bli den første ministeren som prioriterer rehabilitering.

Nettverket har også hatt møter med de fleste partiene på Stortinget og Helsedirektoratet. Flere av aktørene har hatt møter med Riksrevisjonen. Det siste var for å gi innspill til deres forvaltningsrevisjon på rehabilitering.

– Politikerne har mange gode enkeltforslag, men de forslagene som er fremmet og til dels vedtatte, er ikke tilstrekkelige. Det positive er at når vi ser på de politiske programmene til de forskjellige partiene, er det langt på vei flertall for denne reformen, både i regjeringen og på Stortinget.

EKSPERTGRUPPE

Ett av forslagene som er spilt inn til statsråden og de politiske partiene, er å sette ned en tverrsektoriell ekspertgruppe med deltakere fra bruker- og fagmiljøer for å utrede behovet for rehabilitering og modeller for hvordan behovet kan dekkes.

– En ekspertgruppe kan gå sammen og bli enige om en virkelighetsbeskrivelse og peke på helhetlige løsninger. Stikkord

for en kommende reform vil være kompetanse, organisering, registrering, finansiering, samhandling og forskning på effekt av rehabilitering, samt bruker- og pårørendemedvirkning, sier Skar.

GODT SAMARBEID

Skar peker på Ergoterapeutene som en viktig aktør både i utformingen av dokumentet og i samarbeidet framover.

– Dette er et samarbeid mellom mange aktører, hvor alle er viktige for kraften bak. Det er helt unikt at så mange går sammen for å finne de gode løsningene.

Ergoterapeutenes forbundsleder Tove Holst Skyer er enig i behovet for en ny nasjonal reform og peker på mangelen på ressurser på dette feltet.

– Ved årsskiftet var det 43 kommuner som var uten ergoterapeut. Det er helt uholdbart. Ergoterapeuter har avgjørende kjernekompetanse, sier hun.

Ergoterapeutene vil spille en aktiv rolle i arbeidet for en ny rehabiliteringsreform.

– Vi er en selvskreven bidragsyter når temaet er rehabilitering. Vi vil fortsette samarbeidet med de over 20 andre aktørene i rehabiliteringsnettverket, og vi skal fortsette det politiske påvirkningsarbeidet. Ikke minst, skal hele organisasjonen vår fortsette synliggjøringen av hvorfor ergoterapeuter bidrar til mer bærekraftige helsetjenester. Flest mulig må få hjelp til å leve og mestre eget hverdagsliv. Da må alle sikres tilgang på ergoterapeut og rehabilitering, til rett tid.



Tommy Skar og representanter fra de over 20 aktørene hadde møte med helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol.

Norge trenger en rehabiliteringsreform



Rehabiliteringsnettverket har utarbeidet et felles dokument.



– Ergoterapeutene er en selvskreven bidragsyter når temaet er rehabilitering, sier Tove Holst Skyer.

Sett verden innen rekkevidde

Active Reach vipper sete fremover, opptil 45°. Det kan bedre din funksjonelle rekkevidde, bidra til en enklere forflytning og være til hjelp for dine daglige aktiviteter. Virkelig sette din verden innen rekkevidde.

Active Reach er tilgjengelig på Permobil's M3 Corpus®, M5 Corpus®, F3 Corpus®, F5 Corpus® og F5 Corpus® VS.

	5°	10°	20°	30°	45°
M3 Corpus	●	●	●		
M5 Corpus	●	●	●		
F3 Corpus	●	●	●	●	
F5 Corpus	●	●	●	●	●
F5 Corpus VS	●	●	●	●	●

Vil du vite mer?

Finn mer informasjon her:
eller kontakt oss på tlf. 67070400



Møt oss
på messe
i Bergen
6. september

permobil

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

Kurs i aktivitetskalkulatoren



Aktivitetskalkulatoren er en metode som gjør det mulig for pasienter med kronisk fatigue og/eller smerter å planlegge sin hverdag ut fra energinivå.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Sandnes kommune og Ergoterapeutene Vest

Tid: 24. og 25. oktober 2022.

Sted: Sandnes Rådhus, møterom C og D, 1 etg., Rådhusgata 1, 4306 Sandnes.

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 19. september 2022.

Pris: ikke medlem 4 400,-, medlem 2 200,-, og TV 1 100,-. Inkludert lunsj.

Bindende påmelding - Medlemmer prioriteres.

Kurset er godkjent med 13 timer som ergoterapispesifikt kurs meritterende til spesialistordningen.



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,-



Nytt Grunnkurs 3 for tillitsvalgte – Hvorfor er ergoterapi viktig?



Skulle du ønske at noe var annerledes på din arbeidsplass? Synes du kompetansen vår brukes for dårlig? Synes du at innbyggerne ikke får ergoterapi til rett tid? Antakelig svarer du ja på ett eller flere av disse spørsmålene. Kom på Grunnkurs 3, og øv deg på å forklare hvorfor ergoterapi er viktig?

Grunnkurs tre er en konsekvens av Ergoterapeutenes nye opplærings- og utviklingsprogram for tillitsvalgte, og vi anbefaler både nye og gamle tillitsvalgte om å gjennomføre kurset. Vi vil prioritere tillitsvalgte som har gjennomført nettkurset «Tillitsvalgte og ergoterapeuters kjernekompetanse».

Kurset gjennomføres som et tredagers fysisk kurs med digitale forberedelser. Kurset vil by på en rekke muligheter for praktiske øvelser og opparbeiding av dine ferdigheter som tillitsvalgt.

Følgende temaer inngår i kurset:

- Samfunnets utfordringer og mulighetsrommet for bruk av ergoterapeuters bærekraftige kompetanse
- Ergoterapeutenes kommunikasjon og profesjonsidentitet
- Praktisk kunnskap og ferdigheter til bruk i forhandlinger, drøftinger og andre sammenhenger
- Utforskning av ditt mulighetsrom som tillitsvalgt
- Nettverksbygging på tvers av tariffområder for å skape bærekraft

HVOR OG NÅR

Kurset gjennomføres 22.-24. november på Radisson Blu Hotel, Trondheim Airport.

Påmeldingsfristen er 14 oktober, 2022.

Forbundet dekker som vanlig, på tillitsvalgtkurs, kostnader til reise og opphold. Etter påmeldingsfristen vil du motta nærmere informasjon om praktiske forhold.

Forbundet forsterker innsatsen for å gi tillitsvalgte ressurser, kompetanse og verktøy, som skal gi trygghet og motivasjon i vervet.



Ergoterapeutenes nettbaserte kurs



UTFASING AV TO KURS

Ergoterapeutene startet med nettbaserte kurs i 2019 med kurset *Deltakelse og mestring for eldre* for å motivere ergoterapeuter til å engasjere seg i kvalitetsreformen *Leve hele livet*. Under pandemiåret 2020 introduserte vi et nettbasert kurs til, *Alle skal kunne delta*, som tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse, og hvordan vi kan bidra til mer bærekraftige helsetjenester.

Det kommer fremdeles en og annen påmelding til kursene, men få. Det tar derfor tid fra en melder seg på, til det er nok påmeldte til å danne en nettverksgruppe. Et annet poeng er at innholdet i kursene kan bli utdatert. Disse to kursene vil derfor fjernes i løpet

av 2022, så meld deg på i dag dersom du ønsker å ta ett av dem, eller begge.

ERGOTERAPI TIL BARN OG UNGE

Dette er et nettbasert kurs med formål å synliggjøre ergoterapeuters kjernekompetanse knyttet til barn og unge. Kurset består av fire moduler og er gratis. Hver modul består av videoforelesninger, litteratur som selvstudium og refleksjon i nettverksgrupper.

Dette kurset er nytt, siste modul ble lagt ut 15.mai 2022. Det er fremdeles mulig å melde seg på. Mer informasjon og lenke til påmelding for alle kursene: <https://ergoterapeutene.org/nettkurs/>.

Velkommen til kurs i CO-OP



Medlemmer har etterspurt kurs i Cognitive Orientation of daily Occupational Performance (CO-OP) Approach. Dette er en klientsentrert metode som baserer seg på at personen setter mål for sin aktivitetsutførelse og finner egne kognitive problemløsnings-strategier som å prosessere en aktivitet fra start til mål.

Målgruppen metoden egner seg til er personer med nevrologiske sykdommer/skader, som CP, hodeskade, slag, rykkmargsbrokk og nevropsykiatriske diagnoser.

Kurset holdes av de svenske ergoterapeutene Marie Penny-Dahlstrand, dosent ved Gøteborgs Universitet, Ann-Marie Öhrvall, dr med, Karolinska Institutet og Lena Bergkvist, dr med, Gøteborgs universitet. Kurset har noe forberedelse på forhånd, fysiske dager i Oslo 8. og 9. november 2022 og en digital oppfølgingsdag 14.mars 2023, hvor egne erfaringer presenteres.

Før kurset må deltakerne kjøpe boken: Polatajko, H.J. & Mandich, A. (2004): «Enabling occupation in children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach» fra nettstedet CAOT website. Den koster cirka 500 kroner.

Norsk Ergoterapeutforbund godkjenner CO-OP-kurset som ergoterapispesifikt kurs meritterende med 40 timer til ergoterapispesialist.

- Målgruppe:** Ergoterapeuter
Arrangør: Ergoterapeutene
Tid: 8. og 9. november 2022 fysisk, digital oppfølgingsdag 14. mars 2023
Sted: Felix konferansesenter, Oslo
Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org innen 1.oktober 2022
Kursavgift: Medlemmer 5000 kroner, tillitsvalgte 2500 kroner, ikke-medlemmer 10.000 kroner



Digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering



Ergoterapeuter og førerkortvurdering er utviklet av Ergoterapeutene i samarbeid med ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus og utviklere av P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability) i Sverige. Kurset består av to moduler.

Alt undervisnings materiell vil bli tilgjengelig på egen lukket hjemmeside; videoforelesninger, litteratur til forberedelse, øvingsoppgaver individuelt og i grupper. I tillegg vil det bli arrangert livearrangement med utgangspunkt i øvingsoppgaver.

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

MODUL 1. ERGOTERAPEUTER OG FØRERKORTVURDERING.

Modul gir en innføring i krav til ergoterapeuters kompetanse og rolle ved vurdering av helsekrav for førerkort. Det gir også en innføring i aktuelt regelverk, metoder og prosedyrer som kreves som grunnlag for ergoterapeuters bidrag ved slike vurderinger.

Kurset er meritterende for spesialistordningen med 21 timer som ergoterapifaglig kurs. Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

Oppstart 6.mars 2023 – da vil deltakerne få lenke og tilgang til kurs-siden med litteratur og videoforelesninger.

I løpet av denne modulen vil det bli arrangert tre «Livearrangement», der forelesere og kursdeltakerne møtes på Teams. Dato for disse arrangementene kommer senere.

Pris for medlemmer kr. 2 500,-, tillitsvalgte kr. 1 250,-, ikkemedlemmer kr. 5 000,-

MODUL 2. PRAKTISK KJØREVURDERING OG P-DRIVE

Denne modulen gir kursdeltakerne en innføring i praktisk kjørevurdering og opplæring i bruk av P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability). P-Drive er en standardisert observasjonsprotokoll som brukes i praktisk kjøretest for å analysere bilkjøring som aktivitet, og personens utførelse

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

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

Oppstart 18.september 2023 – da vil deltakerne få lenke og tilgang til kurs-siden med litteratur og videoforelesninger.

Det vil bli arrangert fire «Live arrangement», der forelesere og kursdeltakerne møtes på Team. Dato for disse arrangementene kommer senere

Pris for medlemmer kr. 3 500,-, tillitsvalgte kr. 1 750,- og ikkemedlemmer kr. 7 000,-.

P-Drive manualen (Svensk eller Norsk versjon) er inkludert i kursavgiften.

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

KALIBRERING

Etter det første året med vurderinger, vil deltakerne har mulighet for kalibrering og kalibrerings-sertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialistordningen. Pris: 1 000,- NOK. Frist for innlevering av kalibrering juni 2023. Kartlegginger sendes til Ann-Helen Patomella ann-helen.patomella@ki.se

Følg med i kurskalenderen.



Ergoterapeutens produktregister – nå kun på nett

Produktoversikten for hjelpemidler og aktivitetshjelpemidler er nå mer oversiktlig. I oversikten under finner du de ulike hjelpemiddelgruppene. Se: www.ergoterapeuten.no/produktregister.

[Aktivitetshjelpemidler](#) [Datahjelpemidler](#) [Forflytningshjelpemidler](#) [Vinterhjelpemidler](#)
[Kommunikasjonshjelpemidler](#) [Hørselshjelpemidler](#) [Ortopediske hjelpemidler](#) [Spisehjelpemidler](#)

Under finner du en totaloversikt over hvilke grupper den enkelte bedrift kan legge seg inn under, også med link til sin hjemmeside. Prisen er 1410 kroner per år for første oppføring, og deretter koster det 925 kroner per oppføring. Ved flere enn tre oppføringer avtales rabatter. Beløpet faktureres med 50 prosent to ganger i året.

Ring eventuelt Erik Sigurdsson tlf. 900 30 943 eller send en mail til erik@addmedia.no.

Behandling/trening

- 0330 - Hjelpemidler for varme eller kuldebehandling
- 0333 - Antitrykksårhjelpemidler/trykkforebyggende hjelpemidler
- 0348 - Bevegelse-, styrke- og balansetreningsutstyr
- 0608 - Ortoser
- 0630 - Protoser

Personlig stell og klær

- 0903 - Klær og sko
- 0909 - Hjelpemidler for av- og påkledning
- 0912 - Hjelpemidler ved toalettbesøk
- 0912B - Hjelpemidler for barn ved toalettbesøk
- 0933 - Hjelpemidler ved vasking, bading og dusjing
- 0933B - Hjelpemidler for barn ved vasking, bading
- Y1 - Yrkesklær/sko

Forflytning

- 1203 - Ganghjelpemidler
- 1212 - Biltilpasninger
- 1218 - Sykler
- 1221 - Rullestoler – manuelle og elektriske
- 1221B - Rullestoler for barn
- 1224 - Tilleggsutstyr for rullestoler
- 1227 - Øvrige kjøretøyer
- 1227A - Øvrige kjøretøyer. skilator/rullator m/ski
- 1230 - Overflyttingshjelpemidler
- 1233 - Vende- og løftehjelpemidler
- 1236 - Løftehjelpemidler
- 1503 - Hjelpemidler til matlagingen
- 1509 - Spise- og drikkeshjelpemidler
- 1512 - Rengjøringshjelpemidler
- 1803 - Bord
- 1809 - Sittemøbler
- 1812 - Senger
- 1815 - Høydeinnstillbare/regulerbare tilsatser til møbler
- 1818 - Støtteanordninger
- 1821 - Dør-, vindus- og gardinåpnere/-stengere
- 1830 - Heiser, løfteplattformer, trappeheiser og ramper
- S 1 - Utvikling og spesialtilpasning av tekn. hj.midler
- 1833 - Sikkerhetsutstyr til boliger og andre lokaler

- 1836 - Oppbevaringsmøbler

- K 1 - Kontor-/institusjonsmøbler

Kommunikasjon/informasjon/varsling

- 2103 - Optiske hjelpemidler
- 2109 - Tilbehør til datamaskiner, skrivemaskiner og kalkulatorer
- 2110 - Kognitive hjelpemidler
- 2127 - Ikke-optiske lesehjelpemidler
- 2136 - Telefoner og telefoneringshjelpemidler
- 2139 - Lydoverføringssystemer
- 2142 - Samtalehjelpemidler ved nærkommunikasjon
- 2144 - Gyngeterapi
- 2145 - Høreapparater
- 2146 - Hørseltekniske hjelpemidler
- 2147 - Sovehjelpemidler
- 2148 - Varslingshjelpemidler
- 2149 - Posisjoneringsputer
- 2151 - Alarmsystemer
- 2221 - Betjeningshjelpemidler IKT

Transportering (flytting, løfting)

- 2412 - Hjelpemidler for omgivelseskontroll
- 2418 - Greptilpasninger og hjelpemidler som støtter og/eller erstatter hånd- og/eller fingergrep
- 2436 - Transporthjelpemidler
- 3003 - Leker
- 3006 - Spill
- 3009 - Mosjons- og idrettsutstyr

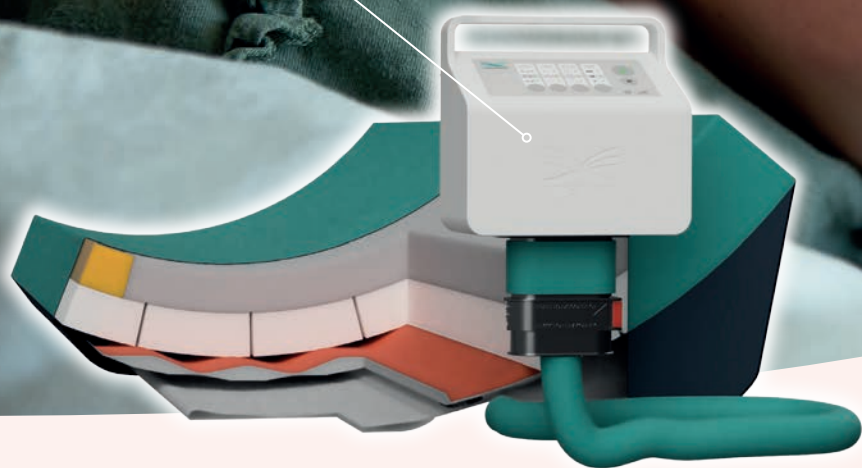
Hjelpemidler for barn

- B.ADL - Adl- hjelpemidler
- B.ERG - Ergonomi for barnehageansatte
- B-LØF - Løftehjelpemidler for barn
- B-KOM - Kommunikasjons-hjelpemidler for barn
- B.MOS - Mosjons- og idrettsutstyr
- B.ROL - Rullatorer
- B.SEN - Senger for barn
- B.SPO - Sport- og fritidsprodukter
- B.STI/SAN - Stimulering/ sansemotorikk
- B.SYK - Sykler
- SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER



Nyhet

Stillegående pumpeenhet
– oppleves som lydløs



Tidewave - Norges første og eneste vendemadrass for barn

Riktig posisjonering fra tidlig alder er et avgjørende forebyggende tiltak, og som regel med mest fokus på dagtid i rullestol. Ved komplekst sykdomsbilde trenger mange barn stillingsendring i løpet av natten. Pårørende eller helsepersonell må utføre manuelle vendinger opptil flere ganger.

Manuell vending kan medføre svært mye ubehag, da dette resulterer i tonusøkning, spasmer og påfølgende smerter. Noen får til og med anfall, og faren for trykksår øker.

Med Tidewave vendemadrass er det slutt på de manuelle vendingene. Madrassen krummer seg rundt barnet og gir kontinuerlig bevegelse og økt bevegelsesstimuli.



Det som er spesielt positivt med Tidewave-madrassen er at den gir barnet bevegelsesstimuli om natten, når kroppen er avslappet.

Anja Aakre, Sykepleier og miljøterapeut

Resultater etter bruk av madrassen:

- Ingen behov for manuell stillingsendring
- Mindre spasmer og smerter
- Mindre stivhet i ledd
- Forebygger trykksår
- Bedre sammenhengende søvn
- Stor innvirkning i allmenntilstand

Bardum