

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund  
[www.ergoterapeuten.no](http://www.ergoterapeuten.no)



## **PICASSO-studien skal bedre behandlingen av tommelartrose 6**

Rådgiver innen læring og mestring **10** Mellomoppgjøret 2025 **16** Endometriose og deltaking i daglige aktiviteter **20** EVA – Analyse av fysiske omgivelers påvirkning på aktivitetsutførelse: Inter-rater reliabilitet ved et generisk vurderingsverktøy **32**



# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

[emt@ergoterapeutene.org](mailto:emt@ergoterapeutene.org)

**Fagredaktører** Unni Sveen,

Ruca Maass og Sissel Horghagen

Vitenskapelige artikler sendes til:

[vitenkap@ergoterapeutene.org](mailto:vitenkap@ergoterapeutene.org)

## Annonser

Erik Sigurdsson

**Mobil** 90 03 09 43

[erik@addmedia.no](mailto:erik@addmedia.no)

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

## Annonsefrister / utgivelse

Nr. 4 – 1. aug. / 29. aug.

Nr. 5 – 1. okt. / 31. okt.

Nr. 6 – 1. des. / 19. des.

**Trykkeri** Aksell

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

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29

Merethe Hustoft / 48 03 78 40



## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

[post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org)

[www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)

## Generalsekretær

Anne Kathrine Devik

## Forhandlingssjef

Hege Munthe

## Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

## Fagsjef

Kristin Jess-Bakken

## Rådgiver

Kamilla Lemb Herbjørnsen

## Controller

Tove Olsen

## Controller

Snorre A. Nergaard

## Administrasjonskonsulent

Anne Sigurdsen Norum

## Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færeststrand

Nina Røstad

Tina Brustuen Uri

Monica Skadsem

Petter Mansverk Dahle

Bjargey Halla Sigurdardottir

1. vararepresentant May Solveig Svendsen

2. vararepresentant Siv Iren Gjermstad

June Rondestvedt, varamedlem

Malin Andrea Midjo, varamedlem

Birte Sandal Rikstad, varamedlem

Maria Haven, varamedlem

Lene Kalvik, varamedlem

Guro Aakerholt, varamedlem

Caroline Mostue, varamedlem



6



14



44



48

---

#### REPORTASJE

##### **6 PICASSO-studien skal bedre behandlingen av tommelartrose**

Av Else Merete Thyness

---

#### MIN ARBEIDSHVERDAG

##### **10 Rådgiver innen læring og mestring**

Av Else Merete Thyness

---

#### VÅRE TILLITSVALGTE

##### **11 Hovedtillitsvalgt på Høgskulen på Vestlandet**

Av Else Merete Thyness

---

#### FORBUNDET

##### **12 Vet du hvor hovedstoppekranen er?**

Av Roar Hagen

##### **13 Har du foreslått en kandidat til tillitsvalgtprisen?**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

##### **14 Ny hovedtillitsvalgt for Unio-medlemmene i NAV**

Av Karl-Erik Tande Bjerkass

##### **15 Ergoterapeutene er forbundet for ergoterapeuter – også miljøterapeuter**

Av Karl-Erik Tande Bjerkass

---

##### **16 Mellomoppgjøret 2025**

Av Hege Munthe

##### **18 Husk å søke om Ergoterapeutenes FoU-midler**

Av Kristin Jess-Bakken

##### **18 Husk å søke spesialistgodkjenning før 15. september**

Av Kristin Jess-Bakken

---

#### FAGLIG

##### **20 Endometriose og deltaking i daglege aktiviteter**

Av Caroline Langhelle, Beate Nyhammer Hansen og Tina Taule

---

#### VITENSKAP

##### **32 EVA – Analyse av fysiske omgivers påvirkning på aktivitetsutførelse: Inter-rater reliabilitet ved et generisk vurderingsverktøy**

Av Mikkell M. Thørrisen, Lene Fogtman Jespersen, Brian Ellingham og Ellen Gjertsen Clark

##### **42 Forsker i farten: Anne Therese Kjellevoid Hatle**

Av Sissel Horghagen

---

#### AKTUELT

##### **44 Stolpejakten – supert også for de med nedsatt funksjonsevne**

Av Liv Hopen og Lars Fremstad

##### **46 Dagsenter for hjemmeboende personer med Huntington sykdom i Oslo-området**

Av Jesper Dahl Eriksen og Marianne Gjengedal

##### **47 Presseklipp**

Av Else Merete Thyness

---

#### PÅ DE SISTE SIDENE

##### **48 Godt forberedt på vold**

Av Øyvind Røsøvåg Hagen/  
Diakonhjemmet sykehus

---

#### ANNONSER

##### **50 Annonser**

##### **51 Produktregister**

# Verdien av forskning

**Kunnskapsbasert praksis handler om å ta beslutninger basert på en kombinasjon av flere kunnskapskilder: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert klinisk kunnskap og brukerens ønsker og behov.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

I denne utgaven av fagbladet har vi besøkt Diakonhjemmet sykehus og snakket med ergoterapeut Ingvild Kjekken, studieergoterapeut Merete Hermann-Eriksen og revmatolog Ida Bos-Haugen. Alle er involvert i PICASSO-studien som sammenligner effekten og sikkerheten av kortisoninjeksjoner, saltvannsinjeksjoner (narremedisin) og ergoterapi-intervensjoner med trening og støtteskiner. Det spesielle med denne studien er at den ikke bare undersøker effekten av en medisin, men også sammenligner dette med ikke-medikamentell behandling.

Den vitenskapelige artikkelen i denne utgaven undersøker inter-rater reliabilitet av instrumentet EVA – Analyse av fysiske omgivelser påvirkning på aktivitetsutførelse, et nylig utviklet verktøy. Inter-rater reliabilitet er relatert til i hvilken grad det er enighet mellom observatører som har gjort en vurdering av samme person eller situasjon ved hjelp av samme måleverktøy.

I 2004 disputerte den første, norske ergoterapeuten. Siden den

gang har 61 ergoterapeuter tatt en doktorgrad. Alle har bidratt til at ergoterapeuter kan basere praksis på dokumentert kunnskap, ikke bare erfaring eller tradisjon.

Det er mange fordeler ved forskning, blant annet:

- Et solid forskningsgrunnlag gjør det lettere å argumentere for ergoterapiens rolle i helsevesenet og samfunnet.
- Forskning bidrar til innovasjon og forbedring i praksis.
- Gjennom forskning kan ergoterapeuter tydeliggjøre sitt bidrag i team med andre helseprofesjoner.
- Forskning er en viktig del av utdanningen av nye ergoterapeuter. Den sørger også for at fagpersoner kan holde seg oppdatert gjennom faglig etterutdanning.

Når dette bladet når dere, har mange gått i ferie. Jeg ønsker dere alle noen fine uker og håper at noe av stoffet kan friste også i (forhåpentligvis) late og varme sommerdager.

**God sommer!**

# Den akademiske friheten må forsvares

**Akademisk frihet er grunnleggende viktig og må være en base for all forskning og høyere utdanning. Den akademiske friheten angripes nå også i vestlige demokratier, ikke minst i USA. Det kan vi ikke akseptere.**



**TOVE HOLST  
SKYER**  
Forbundsleder

**Det norske samfunnet** er tuftet på demokrati og tillit. Ytringsfriheten står sterkt, og vi har fortsatt høy grad av tillit til beslutningsprosesser og myndigheter. Vi forventer at samfunnet baseres på kunnskap, og at styrende myndigheter snakker sant. Akademisk frihet angår ikke kun forskere, men beskytter hele samfunnet.

Det som har utfoldet seg i USA det siste halvåret er nesten ikke til å begripe. Trump-administrasjonen søker å styre politikk, forvaltning, forskning og utdanning på måter som utfordrer lovverk og demokrati. Den akademiske friheten og ytringsfriheten er under regelrett angrep, likestillingen likeså. Forskere er nå redde for å publisere artikler under eget navn, av frykt for represalier, og man kan ikke lenger bruke ord som diskriminering, mangfold, likeverd, funksjonshemning, minoritet og rasisme i forskningsprosjekter,

i alle fall ikke om man vil ha offentlig finansiering.

20. mai var den internasjonale dagen for akademisk frihet. Det er viktigere enn på lenge å hegne om den institusjonelle autonomien i akademiet. Demokratiske samfunn baserer seg på ytringsfrihet, og ytringsfrihet og akademisk frihet henger tett sammen.

Velferdstjenestene våre er under press fordi etterspørselen øker samtidig som mangelen på arbeidskraft øker. Dermed øker også viktigheten av kunnskapsbaserte tjenester, som sikrer at vi bruker ressursene på det som virker og slutter å gjøre det som viser seg ikke å virke. For å vite hva som virker, er vi avhengige av innovative ideer og kunnskapsutvikling. Kunnskapsutvikling som ikke er politisk styrt på bakgrunn av ideologier og agendaer.

Vi trenger kritiske blikk og utvikling av kunnskap som utfordrer det etablerte i helse- og velferdstjenestene, også i ergote-

rapifaget. Uten akademisk frihet risikerer vi stagnasjon.

Det som foregår i USA, er sterkt bekymringsfullt. Den nye politiske administrasjonen forsøker å begrense og styre universitetenes frihet. Gjennom en lederartikkel i *Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SJOT)* som jeg har publisert sammen med redaktørene og resten av styret i SJOT, oppfordrer vi til forsvar av verdensomspennende akademisk frihet og til solidaritet med forskere og universitetsansatte i USA.

For hva ville forskning og høyere utdanning vært uten prinsipielle, etiske spilleregler som sikrer uavhengighet og frie, kritiske tanker? Objektivitet og pålitelighet er en forutsetning for kunnskapsutvikling som kan danne grunnlag for beslutninger, tjenester og et opplyst samfunn – og det er avgjørende for troverdighet og kvalitet. Den akademiske friheten må forsvares!

# PICASSO-STUDIEN SKAL BEDRE BEHANDLINGEN AV TOMMELARTROSE

**Studien sammenligner effekten og sikkerheten av kortisoninjeksjoner, saltvannsinjeksjoner og ergoterapi for pasienter med artrose i tommelens rotledd. – Denne studien er viktig fordi den ikke bare undersøker effekten av en medisin, men også sammenligner dette med ikke-medikamentell behandling, sier Ingvild Kjekken.**

Av Else Merete Thyness



*Ida Bos-Haugen (til venstre) er prosjektleder og Ingvild Kjekken er prosjektmedarbeider og ansvarlig for ergoterapidelen i PICASSO-studien. Begge er ansatt på Diakonhjemmet sykehus.*

**E**rgoterapeuten har besøkt Diakonhjemmet sykehus og snakket med seniorforsker Ingvild Kjekken, studieergoterapeut Merete Hermann-Eriksen og Ida Bos-Haugen, som er revmatolog og prosjektleder for studien. PICASSO-studien startet opp i 2023, er finansiert av Program for Klinisk behandlingsforskning og involverer alle helseregioner i Norge.

– Studien utføres ved seks sykehus: Diakonhjemmet sykehus, Martina Hansens Hospital, Hauge-sund Revmatismesykehus, St. Olavs hospital og Nordlandssykehuset i Bodø. Ved alle sykehusene er det ergoterapeuter som har hovedansvaret for å undersøke og følge opp pasientene, forteller Kjekken.

For å kunne delta i studien må deltakerne ha smerter og betennelse i tommelens rotledd. De deltar først i en randomisert kontrollert studie i seks måneder, hvor de tilfeldig blir fordelt i én av tre behandlinger: kortisoninjeksjon, saltvannsinjeksjon (placebo) eller ergoterapi. Etter denne perioden kan alle deltakerne motta kortisoninjeksjoner ved behov, uavhengig av den opprinnelige behandlingen. Pasientene blir fulgt i to år.

– Først gjennomgår deltakerne en screening, hvor vi undersøker om de er egnet til å delta eller

ikke. Deretter samler vi inn de dataene som skal fungere som utgangspunkt for studien, sier Kjekken.

For eksempel skårer deltakerne hvor mye smerte de har i leddet, helserelatert livskvalitet og hvordan de mestrer daglige aktiviteter. Ergoterapeuten undersøker grad av betennelse i rotleddet ved bruk av ultralyd og måler håndkraft. Deretter får deltakeren sin første injeksjon eller ergoterapibehandling.

– Dette er baseline, som vi sammenligner med når de etter en periode med behandling igjen foretar lignende skåringer. Etter hvert rapporterer deltakerne også hva de bruker av helsetjenester. Ved å sammenholde dette med effekt av behandlingen kan vi vurdere kostnadseffektivitet. Kanskje har de lik effekt av ergoterapi og kortisoninjeksjoner, men kortison er billigere enn ergoterapi, eller omvendt, forklarer hun.

## BAKGRUNN FOR STUDIEN

I alt 354 pasienter skal delta i studien. Til nå har 206 av deltakerne blitt inkludert, og de rekrutterer ennå.

– Mange av pasientene forespørres fordi de blir henvist til sykehuset for håndartrose, men det er fullt mulig å ta direkte kontakt med oss hvis man vil delta, sier Ida Bos-Haugen.





*Deler av prosjektgruppen i PICASSO-studien. Bak fra venstre: Heidi Sletten (studiekoordinator), Thalita Blanck (brukerrepresentant), Marthe Gløersen (postdoktor), Ida Bos-Haugen (prosjektleder) og Ingvild Kjekken (prosjektmedarbeider). Foran fra venstre: Trine Amalie Sjøvold (brukerrepresentant) og Merete Hermann-Eriksen (studieergoterapeut). Foto: Kathrine Daniloff.*

Hun forteller at om lag en tredjedel av alle mennesker i løpet av livet vil få plager med håndartrose, og at tommelens rotledd er det enkeltleddet som hyppigst er affisert. Videre sier hun at tidligere studier har vist at artrose utvikler seg raskere og er mer smertefullt i et ledd som er betent.

– Derfor har vi tenkt at å dempe betennelsen vil være gunstig for pasienten, sier hun.

Tidligere studier som har sammenlignet effekt av kortison og placebo-injeksjoner i tommelens rotledd har vist at placebo har like god virkning, og at smertene som regel kommer tilbake etter en periode, også for de pasientene som har fått kortisoninjeksjoner.

– Disse studiene har imidlertid en del svakheter. For eksempel var det ikke alle pasientene som hadde betennelse i leddet. Hvis

pasienten ikke har betennelse og likevel får betennelsesdempende medisin, er det ikke så overraskende at det ikke hjelper, sier hun.

I PICASSO-studien er det et krav at det er påvist betennelse i rotleddet. På den måten håper de å finne ut om pasientene profiterer på kortisonbehandling, og om ergoterapi kan ha like god effekt.

### **INTERESSANT STUDIE FOR ERGOTERAPEUTER**

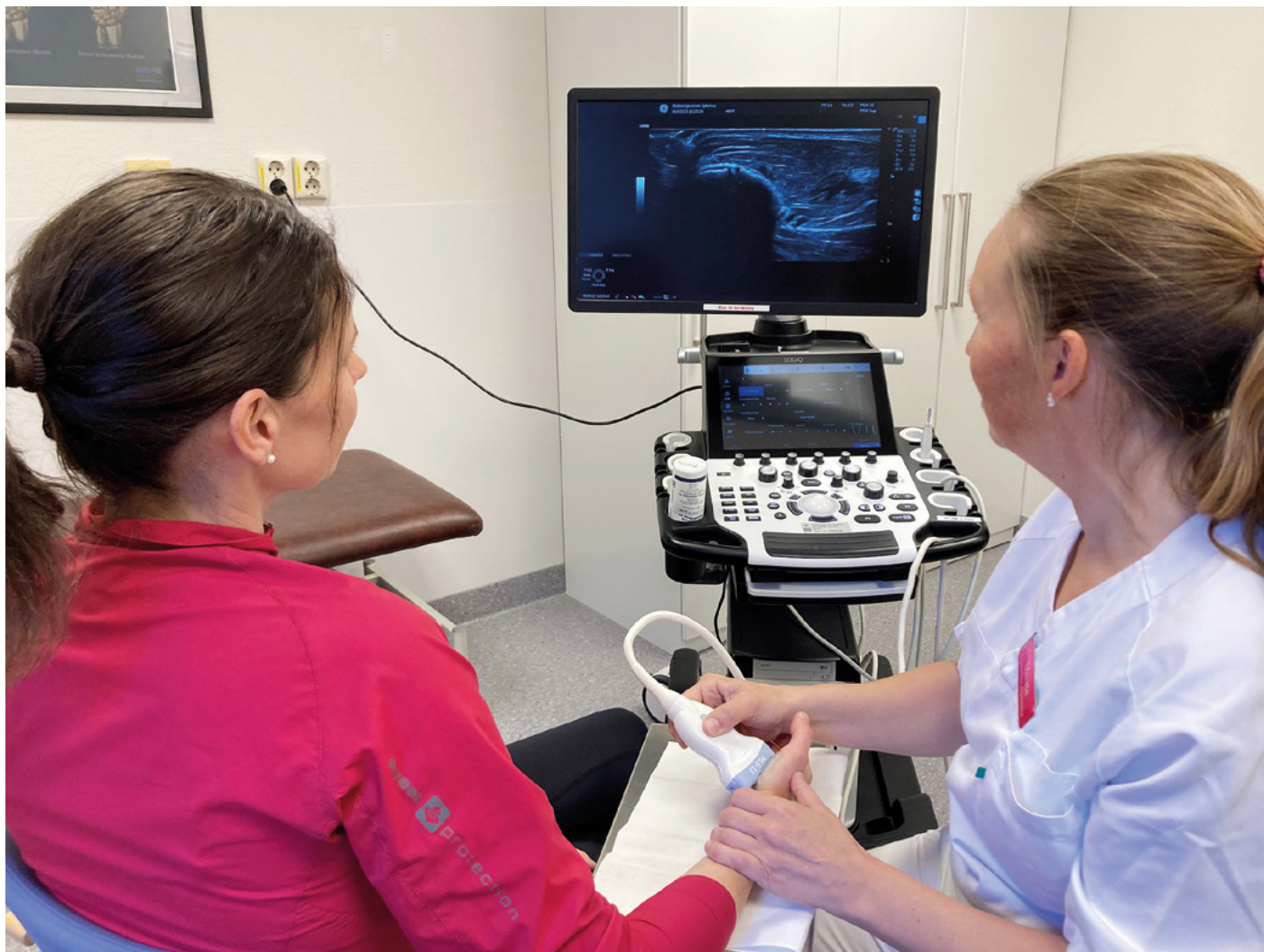
Dersom pasientene oppfyller inklusjonskriteriene, iverksettes en av de tre intervensjonene. Deretter kommer de til kontroll etter fire, tolv og 24 uker og så til slutt etter to år.

Ingvild Kjekken mener det er særlig to aspekter som gjør PICASSO-studien interessant for ergoterapeuter.

– Det ene er den rollen ergoterapeuter har i studien. Det er



*Pasientene blir fulgt opp på jevnlige kontroller av ergoterapeut. Foto: Per Sveinung Larsen.*



Merete Hermann-Eriksen undersøker med ultralyd. Foto: Ingvild Kjekken.

ansatt ergoterapeut i halv stilling på hver av de seks sykehusene der studien utføres, og ergoterapeutene har ansvaret for både screening og oppfølging av aktuelle pasienter.

Det andre er at studien sammenligner effekt av ergoterapi med effekt av medikamenter.

– Det er sjelden at studier sammenligner effekten av medisin med ikke-medikamentell behandling, sier hun.

– Hvis det viser seg at trening og en enkel tommelortose har like god effekt som en kortison-innsprøytning, vil vi anbefale ikke-medikamentell behandling først, sier Ida Bos-Haugen.

### ERGOTERAPIINTERVENSJON

Internasjonale retningslinjer for artrosepasienter dekker alt fra diagnostikk og symptomer til forebygging og behandling av artrose. Retningslinjene fastslår at informasjon, håndtrening, gode arbeidsmetoder og bruk av ortoser og enkle hjelpemidler er effektive tiltak for å redusere smerter og bedre funksjon, og skal tilbys alle med håndartrose.

Ergoterapiintervensjonen i PI-CASSO-studien omfatter Happy Hands-appen som er utviklet på Diakonhjemmet sykehus i samarbeid mellom forskere og brukere. Appen lastes ned på mobilen og inneholder 25 korte

informasjonsfilmer om håndartrose, håndtrening, hjelpemidler og støtteskiner, medikamenter og kirurgisk behandling og egenmestring, samt et håndtreningssprogram. Tre ganger i uka i 12 uker blir deltakerne varslet om trening og nye informasjonsfilmer.

– Happy Hands-appen er hoveddelen i ergoterapiintervensjonen. I tillegg kan mange ha nytte av en enkel tommelortose, forklarer Kjekken.

### FORSKNING ER LÆRERIKT PÅ MANGE PLAN

Studiekoordinator Merete Hermann-Eriksen forteller at det er



## «Jeg oppfordrer ergoterapeuter til å takke ja om de får mulighet til å delta i et forskningsprosjekt»

Ingvild Kjekken

spennende å delta i studien, og spesielt å lære bruk av ultralyd.

– Da kan vi se hva som foregår inni leddet. Det gjør det også lettere å forstå pasientenes symptomer og plager. I vanlig klinikk får vi pasienter henvist direkte fra fastlege, så dette vil jeg nok fortsette med etter at studien er over også. Det gjør oss tryggere på å avgjøre hvilke pasienter som for eksempel bør undersøkes videre av en revmatolog eller vurderes av kirurg.

Hun synes også det har vært lærerikt å følge pasientene så tett som de gjør i denne studien.

– Nå har jeg mer kunnskap om hvor lang tid det tar før pasienten opplever effekt av de ulike tiltakene, og mulighet til å justere for eksempel ortoser etter at pasienten har brukt dem og erfart hvordan de fungerer i ulike aktiviteter. Jeg er overrasket over hvor mange som har aktive betennelser som gir store begrensninger i hverdagsaktiviteter, og som har gått lenge uten å få hjelp. Det oppleves som veldig meningsfullt å tilby pasientene behandling som gjør en forskjell, sier hun.

På spørsmål om hun vil råde andre ergoterapeuter til å delta i forskningsprosjekter svarer hun et klart ja.

– Jeg har lært mye om hvor krevende det er å gjennomføre en god studie, det er mange detaljer og mye koordinering for å sørge for at alt gjort på riktig måte. Og så er det moro å jobbe så tett med

revmatologer. Jeg tror det synliggjør vår kompetanse og er god markedsføring av faget vårt. Vi krediteres også formelt ved å delta som medforfattere på artikler, som vi så kan bruke til å fornye spesialistgodkjenningen vår.

Resultatene av studien vil bli kjent siste halvdel av 2026.

– Siste pasient må ha vært på sin siste visitt før vi starter å analysere dataene, sier Ida Bos-Haugen.

Det er knyttet to postdoktor-stillinger til prosjektet. Marthe Gløersen, som er lege, skal analysere og skrive om hovedresultatene. Fysioterapeut Elisabeth Mulrooney skal undersøke hvor stor behandlingseffekten må være for at pasienter skal kjenne at det er en reell forskjell, og hvor grensen går for at artrosesmerte skal oppleves som «til å leve med», det vil si hvor mye smerten må reduseres for å være utholdelig.

Uavhengig av hva som blir resultatet av studien presiserer Ingvild Kjekken at det er kompetansebyggende å være aktivt involvert i en studie.

– Du lærer mye om forskning og om å undersøke pasienter på en systematisk måte. Når man deltar i en studie som dette, er det også mulig å ta en mastergrad fordi det samles inn så mye data at man lett kan belyse ulike problemstillinger, sier hun, og oppfordrer ergoterapeuter til å takke ja om de får mulighet til å delta i et forskningsprosjekt.



Ergoterapiintervensjonen tar utgangspunkt i Happy Hands-appen.

Illustrasjon: Anne Therese Tveter.

### ÅPEN FOR REKRUTTERING

PICASSO-studien er fremdeles åpen for rekruttering. Dersom du har smerter og tegn til artrose i tommelens rotledd og ønsker å delta, kjenner noen som har det eller har pasienter som kan være aktuelle, send gjerne en e-post til [Picasso@diakonsyk.no](mailto:Picasso@diakonsyk.no).

**NAVN**

Marthe Bucht

**STILLING**Rådgiver/  
spesialergoterapeut**HVOR**Lærings- og mestrings-  
senteret ved UNN

## Rådgiver innen læring og mestring

Av Else Merete Thyness

**– Hva jobber du som?**

– Jeg jobber som rådgiver innen læring og mestring.

**– Hvor arbeider du?**

– Jeg jobber på Lærings- og mestringsentret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

**– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?**

– Pasient- og pårørendeopplæring er en av fire lovpålagte oppgaver i spesialisthelsetjenesten. En form for pasient- og pårørendeopplæring er gruppebaserte lærings- og mestringskurs. Lærings- og mestringskurs er et samarbeid mellom kliniske avdelinger som har det medisinfaglige ansvaret, brukerrepresentant og lærings- og mestringsenteret.

Hensikten med lærings- og mestringskurs er å øke helsekompetanse og trygghet hos den enkelte pasient og dens pårørende, for at de bedre skal kunne håndtere sine helseutfordringer og leve godt til tross for sykdom. Kursene har fokus på mestring og skal hjelpe deltakerne til å se nye muligheter og ta bevisste valg og endringsprosesser på vegne av egen helse.

Som rådgiver bistår jeg de kliniske avdelingene med planlegging, gjennomføring og evaluering av kursene. Jeg holder foredrag med tema mestring; om å leve med og leve godt til tross for langvarig sykdom.

Brugerrepresentantene er viktige bidrag i kursene. De deltar både i planlegging, evaluering og gjennomføring av kurset og/eller bidrar på kursene med sine brukerhistorier. Jeg bistår de kliniske avdelingene med å finne egnede brukerrepresentanter og gir dem opplæring og jevnlig oppfølging. Å være brukerrepresentant på lærings- og mestringskurs kan være både emosjonelt og mentalt krevende, så en viktig oppgave er å være tilgjengelig for brukerrepresentantene ved behov.

Lærings- og mestringsenteret er også et helsepedagogisk ressursenter og tilbyr helsepedagogiske kurs og veiledning til

helsepersonell ansatt ved UNN og kommunene i regionen.

**– Hvordan holder du deg faglig oppdatert?**

– Jeg deltar på relevante kurs og konferanser og etterstreber å sette av tid til faglig oppdatering av litteratur innenfor fagfeltet.

**– Hvem er dine nærmeste samarbeidspartnere?**

– Mine nærmeste samarbeidspartnere er helsepersonell i de kliniske avdelingene som jobber med lærings- og mestringskursene, og brukerrepresentantene som er tilknyttet kursene. Vi samarbeider mye innad i sentret på UNN og med rådgivere som jobber ved de andre lærings- og mestringsentrene i regionen.

**– Hvordan forklarer du for andre ditt arbeid som ergoterapeut?**

– Jeg starter alltid mine mestringsforedrag med å presentere meg som ergoterapeut, og hvordan ergoterapeuter jobber med tilrettelegging for mestring, aktivitet og deltakelse gjennom ulike tiltak og strategier. Ergoterapeutens fokus på ressurser fremfor begrensninger og vår kreative problemløsning kommer godt med i jobben som rådgiver innen læring- og mestring.



Universitetssykehuset Nord-Norge har sykehus i Tromsø, Harstad og Narvik. Lærings- og mestringsenteret UNN er tilknyttet alle sykehusene.





**NAVN:**  
Merethe Hustoft

**VERV**  
Hovedtillitsvalgt for  
ergoterapeutene på  
Høgskulen på  
Vestlandet

**TARIFFOMRÅDE**  
Staten

## Hovedtillitsvalgt på Høgskulen på Vestlandet

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg jobber på Ergoterapi-  
utdanningen på Høgskulen på  
Vestlandet (HVL), Institutt for  
helse og Funksjon.

### – Hvilket verv har du som tillitsvalgt?

– Her er jeg hovedtillitsvalgt  
for ergoterapeutene på HVL.

### – Hva motiverte deg til å ta dette vervet?

– Omtrent siden jeg ble utdan-  
net som ergoterapeut i 1997, har  
jeg vært opptatt av å ha mulighet  
til å påvirke slik at arbeidsforhol-  
dene for ergoterapeuter er bra.

Dette har alltid vært min motiva-  
sjon for å være tillitsvalgt.

### – Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har vært tillitsvalgt  
helt siden jeg begynte å jobbe i  
Bergen kommune i 1999. Her var  
jeg først plasstillitsvalgt i Landås  
bydel, frem til jeg ble hovedtil-  
litsvalgt for alle ergoterapeuter i  
Bergen kommune i 2003. Jeg var  
hovedtillitsvalgt til jeg fikk stilling  
som prosjektleder i Stavanger  
kommune. Jeg fikk hovedtil-  
litsvalgtrollen på Høgskulen på  
Vestlandet i 2019 og har vært  
tillitsvalgt der siden da.

### – Hva er de viktigste opp- gavene dine som tillitsvalgt?

– Det er å ha mulighet til å  
påvirke beslutningsprosesser  
på arbeidsplassen og påse at  
ergoterapeuter får sikre og gode  
arbeidsforhold og god lønns-  
utvikling.

### – Hva er den største utfordrin- gen som tillitsvalgt?

– Vi er et lite forbund. Som  
tillitsvalgt får vi sjeldent frikjøpt  
tid til å påta oss denne rollen. Mye  
av arbeidet gjøres derfor på friti-  
den. Fordelen er allikevel at man  
får svært god innsikt i hva som

prioriteres på arbeidsplassen, og  
at man får et langt bedre over-  
blikk over egen organisasjon, noe  
som gjør at man står bedre rustet  
i mange situasjoner på arbeids-  
plassen og i arbeidslivet ellers.

### – Hva tenker du er en viktig kvalitet eller egenskap hos en tillitsvalgt?

– For å være tillitsvalgt er det  
viktig at du har motivasjon og  
lyst til å sette deg inn i politikken  
på arbeidsplassen, slik at du på  
en god måte oppnår mulighet  
til påvirkning. Det er viktig med  
gode kommunikasjonsegenskaper  
og være et godt teammedlem. I  
tillegg er det viktig å være lojal  
og kunne tåle å stå i en potensi-  
ell konflikt med arbeidsgiver når  
dette trengs under for eksempel  
lønnsforhandlinger.

### – Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Mitt aller beste minne var  
et tillitsvalgtkurs som vi hadde  
på Kiel-fergen. Vi lærte ekstremt  
mye! Jeg har heller aldri ledd så  
mye sammen med mange kjekke  
ergoterapikolleger fra vårt lang-  
strakte land. Så er det jo selvføl-  
gelig veldig gøy når vi, som del  
av Unio, får gjennomslag for våre  
synspunkter.



*Høgskulen på Vestlandet har blant annet studietilbud i Bergen.*

# Vet du hvor hovedstoppekranen er?

Det beste tiltaket du kan gjøre for å begrense en vannskade i hjemmet ditt er å vite hvor hovedstoppekranen er. Men vet du forskjellen på en stoppekran og hovedstoppekran?

Av Roar Hagen



*Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.*

## HVA ER EN HOVEDSTOPPEKRAN?

En hovedstoppekran er en viktig sikkerhetsinstallasjon i boligen din som lar deg stenge av vanntilførselen til hele huset. Dette er spesielt nyttig i tilfelle vannlekkasjer, reparasjoner eller andre akutte situasjoner. Å vite hvor hovedstoppekranen er plassert og hvordan den fungerer kan forhindre omfattende vannskader og spare deg for betydelige kostnader.

## HVOR FINNER DU HOVEDSTOPPEKRANEN?

Hovedstoppekranen er vanligvis plassert i nærheten av det punktet hvor vannet kommer inn i boligen. Dette kan være i kjelleren, et teknisk rom, på kjøkkenet eller i et vaskerom. I eldre hus kan den ofte være et rødt, rundt hjul, mens den i nyere boliger gjerne er en hendel.

## HVORFOR MÅ DU VITE HVOR HOVEDSTOPPEKRANEN ER?

Hvis du vet hvor hovedstoppekranen er og hvordan du stenger den, kan du begrense omfanget av en vannskade dersom uhellet er ute. Ved en vannlekkasje bør du først og fremst stenge hovedstoppekranen for å unngå at lekkasjen blir verre. En vannlekkasje kan ha mange mulige kilder, så



det er ikke alltid like lett å identifisere hvor vannet kommer fra.

### VIKTIG MED RASK HANDLING

Visste du at det oppstår en vannskade hvert sjette minutt i Norge? Mange av disse skadene oppstår i innvendige vannledninger, utstyr med vanntilkobling og varmtvannsberedere. Det er derfor viktig å handle raskt ved en vannlekkasje for å begrense skadeomfanget. Å installere sensorer som oppdager og varsler om lekkasje kan også være en god investering.

### FORSKJELLEN PÅ STOPPEKRAN OG EN HOVEDSTOPPEKRAN?

Alle boliger har en hovedstoppekran som stopper all vanntilførsel

dersom den stenges. I tillegg har vanntilkoblede maskiner som oppvaskmaskin og vaskemaskin egne stoppekraner eller stengeventiler.

### ANDRE GODE RÅD

- Sørg alltid for at det er lett å komme til hovedstoppekranen. Ikke bruk området som lagringsplass for gjenstander som kan hindre deg å komme hurtig til for å stenge av vannet.
- Skal du på ferie eller være borte fra boligen din i mer enn noen dager? Da bør du stenge hovedstoppekranen. Hvis du skal være borte om vinteren bør du i tillegg åpne kraner til det ikke kommer vann. Da

unngår du risiko for frostskaider hvis strømmen skulle gå.

- Maskiner som bruker vann – som vaskemaskin eller oppvaskmaskin – bør aldri gå når du er borte fra hjemmet eller mens du sover. Da vil en vannlekkasje kunne gjøre stor skade før den blir oppdaget.
- Vis alle som bor i hjemmet ditt hvor hovedstoppekranen er – og hvordan man slår den av. Det er ikke sikkert at det er du som hjemme når en lekkasje oppstår. Det kan renne ut hundrevis av liter med vann på få minutter, så alle bør vite hva de skal gjøre og hvordan.

*Kilde: Tryg Forsikring.*

## Har du foreslått en kandidat til tillitsvalgtprisen?

**I Ergoterapeutene har vi mange dyktige tillitsvalgte, og hvert år feirer vi en av dem ved å tildele hen årets tillitsvalgtpris. Første september er fristen du som medlem har for å melde din kandidat til tillitsvalgtprisen.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**T**illitsvalgtes aktivitet, engasjement og kompetanse er fundamentet i forbundet.

Tillitsvalgtprisen tildeles en tillitsvalgt som har utmerket seg gjennom for eksempel:

- langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser
- å være en viktig rollemodell for kollegaer og andre tillitsvalgte
- å ha svært god forståelse for sammenhengen mellom ergo-

terapi 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

*Kandidater til tillitsvalgtprisen nominerer du på Ergoterapeutenes hjemmeside.*



*Guri Einbu fikk tillitsvalgtprisen i 2024.*

# Ny hovedtillitsvalgt for Unio-medlemmene i NAV

**Ergoterapeut Fariba Hossein Panahi fra Ergoterapeutene er valgt som ny hovedtillitsvalgt for Unio i NAV. – Jeg stiller fordi jeg ønsker å være en tydelig og samlende stemme for medlemmene og bidra til godt samarbeid og medbestemmelse i NAV, sier hun.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**P**anahi brenner for rettferdighet, medbestemmelse og å sikre gode arbeidsvilkår for medlemmene. Til daglig jobber den nye Unio-tillitsvalgte som seniorrådgiver i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging.

## TIDLIGERE REGIONLEDER

Fariba har tidligere vært leder av Ergoterapeutene Oslo. I det nye vervet skal hun ivareta våre 142 medlemmer i NAV, og i tillegg

sørge for medlemmer fra de andre Unio-forbundene, blant annet Akademikerforbundet, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Sykepleierforbund og Utdanningsforbundet.

– Jeg har god kjennskap til organisasjonen og de utfordringene ansatte møter i hverdagen. I tillegg har jeg bred organisasjonserfaring – både som tidligere regionleder for Ergoterapeutene i Oslo og i tariffpolitisk utvalg i

fylkesavdeling Oslo, sier Panahi.

Panahi er ergoterapeut med mastergrad i helsevitenskap, og videreutdanning i veiledning, allmennhelse i ergoterapi og ledelse for arbeid- og velferdsforvaltningen.

Hun har også vært hovedtillitsvalgt for ergoterapeutene i NAV hjelpemiddelsentral Oslo.

## BRENNER FOR KVALITET I SAMARBEID

– Et tema jeg brenner for er samarbeid mellom ulike aktører i NAV og primærhelsetjenesten for å yte sømløst tjenestetilbud til brukergrupper med sammensatt behov. Fordypning i emnet har gitt meg verdifull innsikt i NAVs kompleksitet, sier Unios nye topptillitsvalgte i NAV.

Her får hun bruk for kombinasjonen av faglig forankring og organisasjonserfaring for å representere Unio-medlemmene på en tydelig og trygg måte

## EN AV TO UNIO-TILLITSVALGTE

Unio har to hovedtillitsvalgte i NAV som samarbeider tett for Unios medlemmer.

Hege Wikestad fra Akademikerforbundet fortsetter i vervet, sammen med Panahi.



Karl-Erik Tande Bjerkaas er Ergoterapeutenes organisasjonssjef.



Fariba Hossein Panahi fra Ergoterapeutene er ny hovedtillitsvalgt for Unio i NAV.



# Ergoterapeutene er forbundet for ergoterapeuter – også miljøterapeuter

**Før påske innledet Anette Eidesen fra Yrkesetisk utvalg et kurs for tillitsvalgte fra ASSS-kommunene (Landets 12 største kommuner). Hun synliggjorde hvordan ergoterapikompetansen er viktig og riktig i miljøterapeutstillinger og beskrev hvorfor det er viktig å ha med seg denne gruppen i forbundet.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**A**nette Eidesen, som er ergoterapeut og avdelingsleder i en bolig for psykisk utviklingshemmede i Sandnes kommune, innledet med å peke på alle de arenaene der ergoterapeuter kan arbeide som miljøterapeuter. Hun nevnte blant annet demensomsorg, skole, barnehage, rus og psykiske lidelser, barnevern, bofelleskap, sykehjem, timebaserte tjenester for personer med utviklingshemming og Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT).

## **ERGOTERAPI ER MILJØTERAPI OG OMVENDT**

– Min påstand er at studentene ikke lærer nok om styrken og mulighetene med miljøterapi. I praksis må vi derfor «kode om» betydningen av ergoterapeutens bidrag. I realiteten ligger alt dette klart i praksismodeller som for eksempel OTIPM og MOHO, la Anette til grunn.

## **TVERRFAGLIGHET KREVER ET STØDIG FAGLIG STÅSTED**

– Blir det for krevende eller er det trygt å være miljøterapeut i et tverrfaglig miljø, spurte Anette? Hun mente at det burde være trygt med våre ressurser og oppfordret ergoterapeuter i miljøtera-

peutstillinger til å være ressurser på sine arbeidsplasser.

## **VI MÅ ENDRE FOKUS**

– Vi må endre fokus, oppfordret Anette. Hun mente at utdanningene må anerkjenne miljøterapi som en viktig arena for ergoterapi, og stilte spørsmål om hvorfor Recovery er mer anerkjent enn Positiv adferdstøtte blant studiestedene.

Hun pekte også på at ergoterapeuter i miljøterapeutstillinger må få et felleskap.

– Det tar tid og krever ledere som anerkjenner at tverrfaglighet styrkes gjennom en trygg faglig identitet og aktive tillitsvalgte.

## **FAGLIGE NETTVERK OG ARRANGEMENTER I REGIONENE**

Utfordringen fra Anette Eidesen imøtekommes av flere av våre regioner dette året. Flere av dem utvikler nettverk mellom regionenes miljøterapeuter og legger opp til faglige aktiviteter for denne gruppen.



*Anette Eidesen (til høyre) foreleste sammen med nestleder Tonje Hansen Guldhav på tillitsvalgtkurset på Gardermoen i april.*

# Mellomoppgjøret 2025

**Forhandlingene i KS-området, Staten og Oslo kommune kom i havn natt til første mai. Denne gangen slapp vi altså å gå veien om Riksmekleren.**

Av Hege Munthe



*Hege Munthe er Ergoterapeutenes forhandlingsjef.*

Det er vanlig at konkurranseutsatt industri, LO/NHO, i privat sektor forhandler først. Konkurransutsatt industri er definert som frontfaget. Systemet skal sikre at lønnsveksten i konkurranseutsatte næringer ikke blir for høy, slik at disse næringene kan beholde sin konkurransekraft på det internasjonale markedet.

Den økonomiske rammen fra frontfaget endte på 4,4 prosent og danner et utgangspunkt for lønnsveksten i de øvrige tariffområdene. Årets lønnsoppgjør er et mellomoppgjør, som vil si at det kun forhandles om lønn.

## KS – KOMMUNESEKTOREN

Etter krevende forhandlinger kom Unio og KS til enighet i lønnsoppgjøret. Virkningsdato er første mai 2025. Unios ambisjon var å få mer enn frontfagsrammen. Det viste seg ikke å være mulig, noe KS tidlig signaliserte. Unio fikk et akseptabelt resultat i lys av en stram kommuneøkonomi.

Unios medlemmer vil få en reallønnsvekst, med en ramme på 4,4 prosent, som er på lik linje med frontfaget. Det tekniske beregningsutvalget for inntekts-

oppgjørene (TBU) har estimert en prisvekst på 2,7 prosent. For Unios grupper er det avtalt sentrale tillegg på mellom 15 200 og 21 200 kroner, med virkning fra første mai 2025.

## STATEN

Etter reelle og konstruktive forhandlinger kom Unio og Staten til enighet i årets lønnsoppgjør. Enigheten innebærer en årslønnsvekst på 4,4 prosent, som gir en disponibel ramme på cirka 3,3 prosent. Rammen er på samme nivå som frontfaget. Hele potten skal fordeles lokalt, etter lønnsforhandlinger ved den enkelte virksomhet. Det innebærer en balanse mellom generelle og individuelle tillegg, med virkning fra første mai 2025.

Unios prioriteringer har hele tiden vært å ivareta interessene til statsansatte med høyere utdanning.

## OSLO KOMMUNE

Til sist kom partene i Oslo kommune til enighet i årets mellomoppgjør. Unio fikk gjennomslag for sitt hovedkrav om en solid reallønnsvekst for alle Unios grupper. Den økonomiske rammen i

Oslo kommune endte på 4,4 prosent. Unios grupper er sikret minimum 20 100 kroner. De som er tilsatt i lønnstrinn 31 eller høyere er sikret 3,62 prosent lønnsøkning fra første mai 2025.

## SPEKTER

12. mai ble det gjennomført forhandlinger mellom Norsk Ergoterapeutforbund og Spekter område 10 og 13, Helseforetakene, med et resultat i tråd med frontfaget på 4,4 prosent. Dette gir en reallønnsvekst for våre medlemmer. Det ble avtalt et generelt tillegg mellom 16 000 og 19 000 kroner med virkning fra første juni 2025.

For ledere med personal- og/eller økonomiansvar gis det et generelt tillegg på 3,5 prosent fra første mai 2025, dog ikke mindre enn 20 000 kroner. Til øvrige medlemmer i stillinger som ikke omfattes av ansiennitetsstigen, gis et generelt tillegg på 3,1 prosent, dog ikke mindre enn 18 000 kroner.

## VIRKE

Disse forhandlingene gjennomføres først etter at dette bladet har gått i trykken.

*Se informasjon på [ergoterapeutene.org/kategori/tariff25/](https://ergoterapeutene.org/kategori/tariff25/).*



# RotoBed®Free

- hjelper deg til selvstendighet på vei inn og ut av sengen



# Arcona posisjoneringputer

På avtale med NAV



# iFLOAT NG armstøtte

- hjelp til svake armer



Nå også til små barn!



[www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Øvrebo rehab

## Husk å søke om Ergoterapeutenes FoU-midler

**Ergoterapeutenes støtte til forskning og fagutvikling (FoU) skal bidra til ergoterapifaglig fagutvikling og forskning som kommer befolkningen, brukerne og faggruppen til gode. Forbundsstyret vedtar årlige prioriteringer med utgangspunkt i fagpolitiske mål. Kun medlemmer av Norsk Ergoterapeutforbund kan søke.**

Av Kristin Jess-Bakken

**D**et utlyses 500 000 kroner. Søknadsfristen er 15. september 2025. Økonomisk støtte kan gis til frikjøp, arbeidsstipend, reisestipend og dekning av prosjektkostnader.

Forbundsstyret har vedtatt følgende prioriteringer for tildeling av FoU-midlene i 2025:

- Fagutvikling og forskning som omhandler synliggjøring og

utvikling av ergoterapeuters bidrag og kompetanse i folkehelsearbeidet.

- Fagutvikling og forskning som omhandler bruk av ergoterapikompetanse i barnehage og skole.

For mer informasjon sjekk QR-kode eller våre nettsider: <https://ergoterapeutene.org/ergote->

[rapi/fagogfaglig/fagutvikling/fou-midler/](https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagogfaglig/fagutvikling/fou-midler/)



Kristin Jess-Bakken er Ergoterapeutenes fagsjef.

## Husk å søke spesialistgodkjenning før 15. september!

**Vi har 159 godkjente ergoterapispesialister i forbundet, og skulle gjerne vært flere. Du finner informasjon om spesialistordningen og de andre godkjenningsordningene våre på hjemmesiden vår.**

Av Kristin Jess-Bakken

**E**rgoterapeutenes spesialistordning omfatter syv spesialistområder.

En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi og en styrking innen spesialistområdet.

Det kreves utdanning på masternivå, med ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng.

Godkjenning til ergoterapispesialist gjelder for syv år. Fornyet godkjenning bidrar til kvalitet i

helse og velferdstjenestene, og sikrer at ergoterapispesialister har nødvendig og oppdatert kompetanse.

Kandidaten må ha vært medlem i Norsk Ergoterapeutforbund siden forrige godkjenning.





Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

# 10 gode grunner til å bli medlem

1. Du blir del av et landsomfattende nettverk av ergoterapeuter
2. Du bidrar til å utvikle og styrke ergoterapi som fag
3. Du får halv pris på ergoterapifaglige kurs
4. Du får fagbladet Ergoterapeuten
5. Du kan bli ergoterapispesialist og få støtte til faglig utvikling
6. Du blir medlem i World Federation of Occupational Therapist (WFOT)
7. Du forbedrer dine lønns- og arbeidsvilkår
8. Du er sikret medbestemmelse på din arbeidsplass
9. Du får tilgang til materiell for å profilere fag, yrke og forbund
10. Du får tilbud om en lang rekke attraktive medlemsfordeler og rabatter

[www.ergoterapeutene.org/innmelding](http://www.ergoterapeutene.org/innmelding)

  
ergoterapeutene

# Endometriose og deltaking i daglege aktivitetar

## - EI LITTERATURSTUDIE OM KVINNER SINE OPPLEVINGAR

Av Caroline Langhelle, Beate Nyhammer Hansen & Tina Taule

### Samandrag

**Bakgrunn:** Endometriose er ein sjukdom som kan ha store konsekvensar for kvinnene som er råka. Vi identifiserte mangel på nyare oppsummert forskning kring endometriose sin påverknad på daglege aktivitetar.

**Føremål:** Føremålet var å identifisere, analysere og oppsummere nyare forskning om korleis kvinner med endometriose opplev deltaking i daglege aktivitetar.

**Metode:** Vi søkte i AMED, CINAHL, EMBASE, MEDLINE og PsycINFO. Kvalitative studiar som var tilgjengeleg i fulltekst, omhandla tema, vart publisert på engelsk etter 29. juni 2013 samt gjennomført i vestlege land vart inkludert. Data vart analysert ved bruk av tematisk analyse. Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative studiar vart nytta.

**Resultat:** Av 251 identifiserte studiar vart elleve inkludert. Tre hovudtema vart identifisert: eigenomsorg, produktivitet og fritid.

**Konklusjon:** Kvinnene med endometriose opplevde at deltaking i eigenomsorg, produktivitet og fritid vart avgrensa grunna smerter og fatigue, manglande tilrettelegging, samt støtte og forståing frå andre.

**Nøkkelord:** Daglege aktivitetar, endometriose, opplevingar, litteraturstudie, ergoterapi



Caroline Langhelle er ergoterapeut og tidlegare student ved Høgskulen på Vestlandet. E-post: carolinesl@hotmail.no.



Beate Nyhammer Hansen er ergoterapeut og tidlegare student ved Høgskulen på Vestlandet.



Tina Taule er ergoterapispesialist og førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet.

Det er ikkje er interessekonfliktar knytt til denne artikkelen.



## Introduksjon

Endometriose er ein sjukdom som råkar om lag ti prosent av alle kvinner i reproduktiv alder (1). Sjukdommen kan starte ved første menstruasjon og vare fram til overgangsalderen (2). Endometriose er ein kronisk sjukdom (3), som skuldast at vev som liknar slimhinna i livmora veks utanfor livmora (4). Vevet som veks utanfor livmora skapar betennelse, som kan medføre sterke smerter og fatigue (4). Årsaka til endometriose er ikkje kjend (4), og sjukdommen kan vere utfordrande å diagnostisere (5). Det tek i gjennomsnitt syv til åtte år frå kvinnene får symptom til ei diagnose vert stilt, noko som mellom anna skuldast mangel på kunnskap om sjukdommen (4). Behandlinga av sjukdommen inneber å redusere smertene med medikament, eller i nokre tilfelle, kirurgi (6). Trass kirurgisk behandling opplev mange kvinner at smertene kjem tilbake etter ei tid (6). Kvinnene med endometriose må difor i stor grad lære seg å leve med sjukdommen og smertene det medfører, noko som kan ha store konsekvensar for deira daglegliv (4). I tillegg til personlege konsekvensar for kvinnene, medfører endometriose betydelege samfunnskostnader mellom anna som følge av sjukefråvær frå utdanning og arbeid (4,7).

Verdas helseorganisasjon argumenterer for å innføre nasjonale retningslinjer og auke kunnskapen om endometriose (8). Fleire land som Sverige, Australia, samt England og Wales, har utvikla nasjonale retningslinjer for endometriose (9–11). I Noregs offentlege utgreiingar (NOU) 2023:5 (12) vert det argumentert for å utarbeide ei nasjonal retningslinje for endometriose i Noreg, slik at helsepersonell enklare skal kunne

ta faglege avgjersler i tråd med kunnskapsbasert praksis. Vidare vert det i NOU 2023:5 (12) argumentert for å auke helsepersonell sin kunnskap om endometriose. Melding til Stortinget Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (13) viser at regjeringa ønsker å sette i verk tiltak for å auke helsepersonell sin kunnskap om endometriose gjennom forskning. Vidare viser Melding til Stortinget Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 (13) at helsepersonell skal arbeide kunnskapsbasert og ta faglege avgjersler basert på kunnskap frå forskning, erfaring og klient. I regjeringa si kvinnehelsestrategi kjem det fram at det er eit behov for å prioritere helsetenester til kvinner med endometriose, kor det mellom anna vert utgreia behov for å opprette regionale tverrfaglege behandlingstenester for endometriose (14). Auka kunnskap og nasjonale retningslinjer er naudsynt for at helsepersonell, som ergoterapeuter, skal kunne arbeide kunnskapsbasert og bidra i tverrfagleg behandling for kvinner med endometriose.

Ei systematisk oversikt av Culley et al. (15) har samanfatta 42 kvalitative, kvantitative og fleirmetodiske studiar, som har undersøkt kva påverknad endometriose har på mellom anna daglege aktivitetar. I Culley et al. (15) kjem det fram at endometriose avgrensa kvinnene i daglege aktivitetar som eigenomsorg, utdanning og arbeid. Young et al. (16) har i elleve kvalitative studiar samanfatta korleis kvinnene opplev at endometriose påverkar livet deira, deriblant arbeid og sosialt. Young et al. (16) er den nyaste systematiske oversikta på temaet vi har identifisert. Etter som Young et al. (16) inkluderer

enkeltstudiar publisert til og med 29. juni 2013, er det sannsynleg at det er publisert fleire enkeltstudiar på temaet dei seinare åra. På bakgrunn av internasjonale og nasjonale satsingar på endometriose og mangel på nyare oppsummert forskning på temaet, er føremålet med denne studien å identifisere, analysere og oppsummere nyare forskning om korleis kvinner med endometriose opplev deltaking i daglege aktivitetar.

## Metode

### STUDIEDESIGN

Litteraturstudie er eit eigna studiedesign når føremålet er å identifisere, analysere og oppsummere nyare forskning (17). Ei litteraturstudie kan bidra til kunnskapsbasert praksis ved at helsepersonell kan ta faglege avgjersler basert på samanfatta forskning heller enn enkeltstudiar (17). Metoden i litteraturstudien er basert på tematisk analyse skildra av Aveyard (17).

### INKLUSJON OG EKSKLUSJON

For å identifisere relevant forskning, utvikla vi inklusjons- og eksklusjonskriterium. Vi inkluderte kvalitative studiar som utforska kvinner med endometriose sine opplevingar med deltaking i daglege aktivitetar. Den siste systematiske oversikta vi identifiserte på temaet (16) opplyser ikkje om når siste søk vart gjennomført, men har inkludert studiar publisert til og med 29. juni 2013. Vi har difor inkludert studiar publisert etter 29. juni 2013. For å sikre overføringsevne inkluderte vi studiar frå land kor helsesystemet kan samanliknast med Noreg. Vi nytta Statistisk sentralbyrå si gruppering av land (18), kor vi inkluderte land frå

Kategori	Inklusjon	Eksklusjon
Populasjon	Kvinner med endometriose	
Tema	Oppleveling med deltaking i daglege aktiviteter	
Studiedesign	Kvalitative studiar	Kvantitative studiar, fleirmetodiske studiar og systematiske oversikter
Publikasjonstidspunkt	Publisert etter 29. juni 2013	Publisert til og med 29.juni 2013
Språk	Engelsk	
Land og område	Norden, EU/EFTA, Storbritannia, USA, Canada, Australia og New Zealand	Europa utanom EU/EFTA og Storbritannia, Afrika, Asia, Amerika utenom USA og Canada, Oseania utanom Australia og New Zealand
Tilgjengelegheit	Fulltekst	
Kvalitet	Fagfellevurdert	
Etikk	Vurdert etiske forhold	

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterium.

P	I	Co
Populasjon	Interesse	Kontekst
Kvinner med endometriose	Oppleveling	Deltaking i daglege aktiviteter

Tabell 2: PICO.

Norden, EU/EFTA, Storbritannia, USA, Canada, Australia og New Zealand. Dessutan inkluderte vi studiar som var publisert på engelsk, tilgjengelege i fulltekst, fagfellevurderte og som hadde vurdert etiske forhold i medhald til Helsinki-deklarasjonen (19). Inklusjons- og eksklusjonskriteriuma er presentert i tabell 1.

## DATABASESØK

Etter utvikling av inklusjons- og eksklusjonskriterium gjennomførte vi søk i databasane AMED, CINAHL, EMBASE, MEDLINE og PsycINFO den 21. og 22. mars 2024. Nemnte databasar vart valt då dei inneheld helsefaglege kvalitative studiar. Ved å søke i fleire databasar oppnådde vi breidde i søket. Søka vart gjennomført i samarbeid med universitetsbibliotekar.

Søket vart strukturert etter Patient/Problem, Interest og Context (PICO-skjema). PICO-skjema er vist i tabell 2.

Orda i kvart element av PICO

vart omsett til engelsk, og synonym vart identifisert. Vi identifiserte både emneord og tekstord til søket. Trunkering vart nytta ved eitt høve. Ettersom emneorda kan variere i dei ulike databasane, identifiserte vi emneord i emneordregisteret til databasane vi søkte i.

Vidare utarbeidde vi søkestrategi ved å kombinere søkeorda frå PICO-skjemaet. Vi nytta boolske operatorar som «AND» for å kombinere «populasjon» og «kontekst», og «OR» for å kombinere søkeorda innan «kontekst». Vi avgrensa søket på studiedesign til kvalitative studiar, samt på dato for å inkludere studiar publisert etter 29. juni 2013.

## STUDIESELEKSJON

Etter søk selekterte vi studiar. Studiane vart lagt til i referansehandteringsverktøyet Zotero for å identifisere duplikat. Vi las først tittel og samandrag og vurderte studiane opp mot våre inklusjons-

og eksklusjonskriterium. Dei utvalde studiane vart så lest i fulltekst, og vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriuma. Vi vurderte studiane individuelt og uavhengig av kvarandre. Sidan vart vurderingane samanlikna og endeleg inklusjon vart avgjort gjennom diskusjon.

## DATAEKSTRAKSJON

For å få oversikt over studiane ekstraherte vi først generell informasjon som forfattar, årstal, tittel, land, design, føremål og deltakarar individuelt. Vi ekstraherte deretter hovudresultat kring daglege aktiviteter kvar for oss. Ekstraherte data frå studiane vart oppsummert i ein dataoppsummeringstabell.

## DATAANALYSE

Etter dataekstraksjon vart data frå studiane analysert gjennom Aveyard (17) sin forenkla versjon av tematisk analyse. Vi starta analyseprosessen med å identifisere tema som omhandla daglege aktiviteter frå resultatdelen i kvar studie. Temaene vart namngitt og ført inn i eit arbeidsdokument. Vidare i analysen identifiserte vi resultat i dei inkluderte studia-



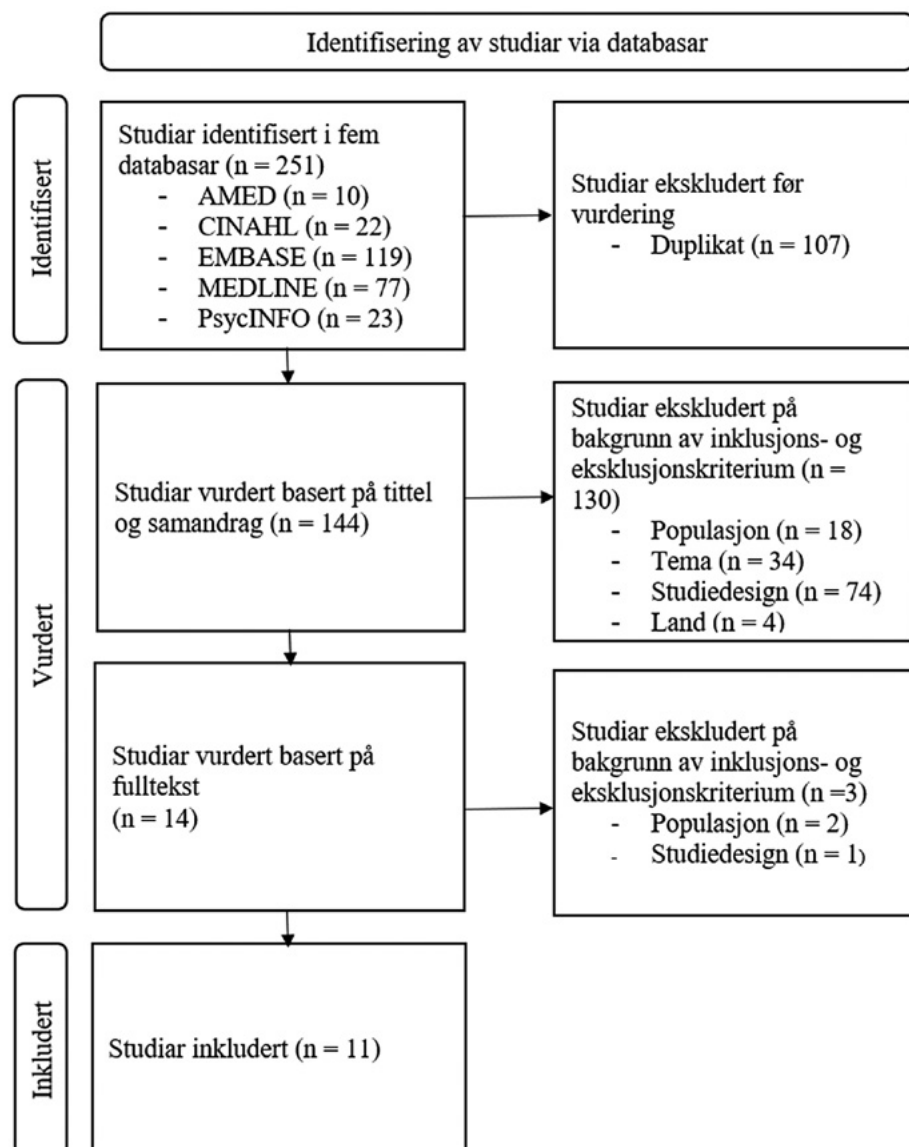
ne som passa til dei namngitte temaene, og førte resultat inn i arbeidsdokumentet. Deretter kritisk vurderte vi kvaliteten på inkluderte studiar, som var bestemmende for kor mykje vi valde å vektlegge resultat frå studiane. For å vurdere studiane etter same kriterium nytta vi sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative studiar utvikla av Helsebiblioteket (20). Vidare i analyseprosessen vurderte vi om dei namngitte temaene var passande til resultat våre, og omformulerte tema i tilfelle der det var naudsynt.

### ETISKE VURDERINGAR

I litteraturstudien har vi gjort etiske vurderingar. Vi har valt å inkludere studiar som har vurdert etiske forhold, i medhald til Helsinki-deklarasjonen (19). I tillegg har vi følgd fleire prinsipp for god vitskapleg praksis (21), der vi har hatt fokus på å oppgje referansar korrekt, gje att innhald frå referansar slik at det originale innhaldet vert vareteke, samt inkludere sider ved datamaterialet uavhengig av om det har stridd mot våre forventningar og ønsker, eller ikkje.

### Resultat

Databasesøka gav totalt 251 treff, kor 107 studiar var duplikat som vart ekskludert. Etter å ha lese tittel og samandrag av resterande 144 studiar vart 130 studiar ekskludert på bakgrunn av våre inklusjons- og eksklusjonskriterium. Dei resterande 14 studiane vart så lest i fulltekst, kor ytterlegare 3 studiar vart ekskludert på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriuma. Det endelige talet på inkluderte studiar vart 11. Flytdiagrammet, tilarbeidd frå Page et al. (22) vist i figur 1, illustrerer utveljinga av studiar.



Figur 1: Flytdiagram.

Flytdiagrammet er tilarbeidd frå «The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews» av M. J. Page et al., 2021, BMJ, 372, s. 5. Copyright 2021 ved BMJ Publishing Group Limited.

Inkluderte studiar er publisert i løpet av dei siste seks åra. Studiane vart gjennomført i landa Austerrike, Australia, Frankrike, Italia, Storbritannia, Sverige, Ungarn og USA. Deltakarane var i alderen 18-56 år. Som metode hadde åtte studiar individuelle intervju, ei studie fokusgruppeintervju og to studiar spørjeundersøking med fritekstspørsmål. Karakteristikkar ved studiane er presentert i tabell 3, neste side.

Gjennom kritisk vurdering vur-

derte vi kvaliteten på dei inkluderte studiane som god, trass enkelte svakheiter. Ei svakheit var at fleire av studiane (23-25, 28, 30) ikkje hadde diskusjon kring val av metode, samt at to studiar (27, 31) verken grunngav eller diskuterte val av metode. Det var vidare ei svakheit at fire studiar (25, 26, 29, 30) ikkje gjorde greie for utvalsstrategi. Ei studie (23) opplyste ikkje kva analysemetode som vart nytta, og ei anna studie (33) tok ikkje med motstridande data i

Forfattarar/ referanse	Årstal	Tittel	Land	Føremål	
DiBenedetti et al. (23)	2020	Patients' perspectives of endometriosis-related fatigue: qualitative interviews	USA	Å forstå korleis kvinner opplever fatigue som følge av endometriose	
Gremillet et al. (24)	2023	Endometriosis, infertility and occupational life: women's plea for recognition	Frankrike	Å utforske og skildre arbeidslivet til kvinner med endometriose som vert behandla for infertilitet	
Grogan et al. (25)	2018	«So many women suffer in silence»: a thematic analysis of women's written accounts of coping with endometriosis	Storbritannia	Å forstå korleis kvinner erfarer å meistre endometriose og kva påverknad sjukdommen har på deira liv	
Gstoettner et al. (26)	2023	«I think to myself 'why now?'» - a qualitative study about endometriosis and pain in Austria	Austerrike	Å forstå korleis kvinner i Austerrike med endometriose opplev og meistar å leve med smerter	
Hunsche et al. (27)	2023	Endometriosis Symptoms and Their Impacts on the Daily Lives of US Women: Results from an Interview Study	USA	Å undersøke kvinner si erfaring av korleis ulike symptom som følge av endometriose påverkar dagleglivet	
Hållstam et al. (28)	2018	Living with painful endometriosis – A struggle for coherence. A qualitative study	Sverige	Å utforske kvinner si oppleving av smertefull endometriose og konsekvensar sjukdommen har	
Jaeger et al. (29)	2022	«A little monster inside me that comes out now and again»: endometriosis and pain in Austria.	Austerrike	Å forstå korleis kvinner i Austerrike med endometriose opplev og meistar å leve med smerter	
Márki et al. (30)	2022	Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: a qualitative study.	Ungarn	Å få auka kunnskap om kva vanskar kvinner med endometriose har, samt kva moglegheiter og strategiar kvinnene kan nytte for å meistre sjukdommen	
Moore et al. (31)	2023	A qualitative investigation into the role of illness perceptions in endometriosis-related quality of life	Storbritannia	Å forstå korleis endometriose vert opplevd for diagnostiserte kvinner, samt korleis endometriose verkar inn på livskvalitet	
Peterson et al. (32)	2023	«It just stops me from living»: A qualitative study of losses experienced by women with self-reported endometriosis	Australia	Å forstå korleis australske kvinner med endometriose opplev avgrensingar i aktivitetar	
Rea et al. (33)	2020	Living with endometriosis: a phenomenological study	Italia	Å utforske og forstå erfaringane til kvinner som lev med endometriose	

Tabell 3: Dataoppsummering.

analysen. Det var òg ei svakheit ved fleire studiar (23, 24, 28, 30) at det var få eller ingen motargument til funna som vart diskutert. I tillegg var det ei svakheit at ei av studiane (27) ikkje avdekkja behov for ny forskning. Ei samanfating av den kritiske vurderinga av studiane er presentert i tabell 4, se side 26.

Gjennom tematisk analyse identifiserte vi dei tre temaene eigenomsorg, produktivitet og frid. Temaene vi har identifisert

i studiane er presentert i tabell 5, se side 27.

### EIGENOMSORG

Temaet eigenomsorg omhandlar både personlege aktivitetar i dagleglivet (PADL) og instrumentelle aktivitetar i dagleglivet (IADL). PADL er aktivitetar som dekkjer grunnleggande behov som til dømes å ete, dusje og kle på seg, medan IADL er aktivitetar som sikrar sjølvstende som til dømes matlaging og innkjøp (34). I tre

av studiane (23, 25, 32) kom det fram at kvinnene opplevde at endometriose hadde ein påverknad på PADL. I ei av studiane (23) rapporterte kvinnene at fatigue påverka PADL, kor ei av kvinnene skildra: «I won't even be able to take a shower and brush my teeth». I to studiar (25, 32) kom det fram at smerter hadde ein påverknad på PADL, som å ete, dusje eller kle på seg.

I fleire av studiane (23, 25, 27, 28, 32, 33) vart det skildra at en-

	Deltakarar	Metode	Hovudresultat
	22 kvinner, 27-48 år	Individuelle intervju	Kvinnene opplevde at fatigue som følge av endometriose påverka alle daglege aktivitetar, særleg eigenomsorg, sosiale aktivitetar, utdanning/ arbeid og fysiske aktivitetar
	12 kvinner, 29-40 år	Individuelle intervju	Kvinnene med endometriose som vart behandla for infertilitet opplevde avgrensa deltaking i arbeid
	34 kvinner, 22-56 år	Spørjeundersøking med opne spørsmål	Smerter og fatigue som følge av endometriose påverka kvinnene særleg i arbeid og sosialt
	10 kvinner, 22-51 år	Individuelle intervju	Kvinnene med endometriose opplevde at sjukdommen avgrensa dei særleg i arbeid, kor støtte frå arbeidsplassen var av tyding for at dei kunne stå i arbeid
	40 kvinner, 22-45 år	Individuelle intervju	Symptom som følge av endometriose medførte avgrensingar for kvinnene i fysiske aktivitetar, eigenomsorg, sosiale aktivitetar og arbeid/utdanning
	13 kvinner, 24-48 år	Individuelle intervju	Kvinnene med smerter som følge av endometriose opplevde redusert deltaking i fysiske aktivitetar, arbeid og sosiale aktivitetar
	10 kvinner, 22-51 år	Individuelle intervju	Kvinnene med endometriose opplevde ein reduksjon i sosiale aktivitetar
	21 kvinner, snittalder 31,57 år	Foksugruppeintervju	Kvinnene med endometriose opplevde at sjukdommen hadde ein særlig påverknad på deltaking i utdanning og arbeid
	30 kvinner, 20-55 år	Individuelle intervju	Endometriose, og særleg smertene sjukdommen medfører, hadde ein påverknad på utdanning, arbeid og sosiale aktivitetar
	532 kvinner, 18-50 år	Spørjeundersøking med opne spørsmål	Kvinnene med smerter som følge av endometriose opplevde at deltaking i alle daglege aktivitetar vart avgrensa
	25 kvinner, 18-54 år	Individuelle intervju	Endometriose hadde ein stor påverknad på kvinnene sine liv, mellom anna i arbeid og sosialt

dometriose hadde ein påverknad på IADL, kor husarbeid vart trekt fram av kvinnene i alle nemnde studiar. Ei kvinne uttrykte: «Pain prevents me from completing simple chores such as washing up, washing, and caring for my children» (32). I to av studiane (23, 25) opplevde kvinnene at fatigue avgrensa dei i IADL som klesvask, husvask, innkjøp og matlaging.

## PRODUKTIVITET

Produktivitet omhandlar både

utdanning og arbeid. I fleire av dei inkluderte studiane (23, 27, 28, 30-32) kom det fram at kvinnene med endometriose opplevde ulike utfordringar knytt til utdanning. Nokre av utfordringane var fråvær og utsett progresjon (30), samt utfordring med å fullføre utdanninga (32). Ei kvinne fortalde «I cannot work due to the pain some days. I was unable to finish school due to the pain.»(32).

I alle inkluderte studiar kom det fram at kvinnene opplevde

at endometriose medførte utfordringar kring deltaking i arbeid. Ei gjennomgåande utfordring var fråvær grunna smerter eller fatigue (23, 25-28, 30, 32). Det kom fram i fleire av studiane (23-25, 31) at påverknaden endometriose hadde på arbeid var avhengig av fleksibiliteten på arbeidsplassen. Fleire studiar (24,25,31) viste at fleksible arbeidstider gjorde at kvinnene kunne delta i arbeid, mellom anna fordi kvinnene kunne justere arbeidstida ut i frå grad av symp-



Kvalitet-skriterium	DiBe- nedetti et al. (23)	Gremil- let et al. (24)	Grogan et al. (25)	Gstoett- ner et al. (26)	Hunsche et al. (27)	Hållstam et al. (28)	Jaeger et al. (29)	Márki et al. (30)	Moore et al. (31)	Peter- son et al. (32)	Rea et al. (33)
Føremålet er klart formulert	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Kvalitativ metode er føremålstenleg	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Utforminga av studien er føremålstenleg	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Utvalsstrategien er føremålstenleg	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Datainnsamlinga er føremålstenleg	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Bakgrunnsforhold er gjort greie for	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Etiske forhold er vurdert	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Datanalyse er gjort greie for	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Resultata er til å stole på	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Funna er klart presentert	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Funna er nyttige	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Kvalitet	Middels	Middels	Middels	Høg	Middels	Middels	Høg	Middels	Høg	Høg	Høg

Tabell 4: Kritisk analyse. Ja ● Uklart ● Nei ●

tom. I tillegg vart fleksibilitet kring arbeidsstad trekt fram som positivt ettersom heimekontor bidrog til at kvinnene kunne handtere smertene og samstundes jobbe effektivt (24). Ei kvinne fortalde: «Some countries have adopted a day of rest per week when you have your period, this is a great progress. I don't understand why endometriosis is not recognized as an illness. I would like to have an adjustment of working hours, or remote working.» (24). I tillegg viste ei studie (23) at tilpassa arbeidsoppgåver var ein fordel for at kvinnene kunne delta i arbeid.

Ein annan faktor som påverka kvinnene si deltaking i arbeid var opplevd støtte og forståing frå kollegaer og leiarar (24-26, 28, 29,). Fleire studiar (24-26,29, 30) viste at eit fleirtal av kvinnene opplevde mangel på støtte og forståing frå kollegaer og leiarar, som mellom anna medførte at kvinnene ikkje prata om sjukdommen og skjulte symptom i frykt for å miste jobben. Ei kvinne uttrykte: «I even had to lie and say I had locked my back to stay home, I was in so much pain, but if I said it was my period I wouldn't be taken seriously.» (24). To av stu-

diane (24, 30) viste at kvinnene opplevde eit behov for anerkjening på arbeidsplassen gjennom at leiar og kollegaer vart meir opplyst kring sjukdommen. Eit par av kvinnene i ei av studiane (25) opplevde at endometriose ikkje hadde ein påverknad på arbeid, som mellom anna vart grunngeven med støtte frå leiar. Ei studie (28) trakk fram at støtte og forståing frå kollegaer var viktig for å sikre fleksibilitet i arbeidet.

### FRITID

Fritid inneber både sosiale aktivitetar og fritidsaktivitetar. Eit fleir-

Tema	Eigenomsorg	Produktivitet	Fritid
DiBenedetti et al. (23)	●	●	●
Gremillet et al. (24)	●	●	●
Grogan et al. (25)	●	●	●
Gstoettner et al. (26)	●	●	●
Hunsche et al. (27)	●	●	●
Hållstam et al. (28)	●	●	●
Jaeger et al. (29)	●	●	●
Márki et al. (30)	●	●	●
Moore et al. (31)	●	●	●
Peterson et al. (32)	●	●	●
Rea et al.(33)	●	●	●

Tabell 5: Tematisk analyse. Ja ● Nei ●

tal av studiane tok føre seg korleis endometriose påverka sosiale aktivitetar (23, 25-29, 31-33). I fleire av studiane (23, 25, 27, 33) kom det fram at kvinnene måtte endre og kansellere sosiale aktivitetar. Ei studie (27) viste at ei kvinne unngjekk å delta i sosiale aktivitetar grunna mangel på forståing frå andre, kor liknande resultat var å finne i fire andre studiar (25, 28, 32, 33). I fleire av studiane (23, 28, 32) kom det fram at kvinnene opplevde at det var utfordrande å vere sosial og delta i aktivitetar med vener og familie som følge av smerter og fatigue. Ei kvinne uttrykte: «It has also forced me to cancel plans with friends and family, couldn't attend my friend's wedding 2 yrs ago bc of a severe episode.» (32).

Nokre av dei inkluderte studiane tok òg føre seg korleis fritidsaktivitetar vart avgrensa som følge av endometriose (23, 26, 27, 32). I ei studie (27) skildra eit fleirtal av kvinnene at det var utfordrande å gjennomføre ønska fritidsaktivitetar som å springe, gå på konsert/kino eller reise. Ei anna studie (32) trakk òg fram at mange av kvinnene ikkje kunne delta i aktivitetar som gav dei

glede, kor ei kvinne uttrykte: «My hobbies are horse-riding, gardening, motorbike riding, dancing & gym activities. I can't do any of those anymore due to being left in pain.» I ei studie (23) rapporterte dessutan eit fleirtal av kvinnene at fatigue påverka fritidsaktivitetar, kor ei kvinne skildra at ho ikkje hadde overskot til å gjere ønska fritidsaktivitetar som fjelltur og sykling.

## Diskusjon

Føremålet med studien var å identifisere, analysere og oppsummere nyare forskning om korleis kvinner med endometriose opplev deltaking i daglege aktivitetar. Hovudfunna våre er at kvinner med endometriose opplev at smerter og fatigue påverkar deira deltaking i eigenomsorg, produktivitet og fritid. I tillegg til tidlegare forskning og retningslinjer vil den transaksjonelle modellen for aktivitet (TMA) (35) verte nytta for å diskutere våre funn. TMA kan bidra til at ergoterapeuten får eit meir heilskapleg perspektiv på situasjonelle element som påverkar deltaking i aktivitet (35). Dei situasjonelle elementa er sosio-kulturelle element, geopolitiske

element, klientmessige element, tidsmessige element, oppgaveelement, samt sosiale- og fysiske omgivnadsmessige element (35). Ergoterapeuten må vere bevisst på at endring i eitt situasjonelt element følgeleg kan påverke deltaking i aktivitet (35). TMA og tilhøyrande situasjonelle element vil verte nytta for å belyse kva element som kan påverke kvinner med endometriose si deltaking i aktivitetar innan eigenomsorg, produktivitet og fritid.

## DELTA I EIGENOMSORG

Kvinner med endometriose opplevde å verte avgrensa i deltaking innan eigenomsorg som PADL og IADL grunna smerter og fatigue (23, 25, 27, 28, 32, 33). Våre resultat samsvarer delvis med den tidlegare systematiske oversikta til Culley et al. (15) som viste at kvinnene opplevde avgrensingar i eigenomsorg som følge av smerter. I følge Culley et al. (15) erfarte kvinnene at smertene avgrensa dei i PADL som å sove, ete og bevege seg. I tillegg skriv Culley et al. (15) at smertene avgrensa kvinnene i å utføre IADL som husarbeid, matlaging, innkjøp, reinhald, hagearbeid og omsorg for barn. Resultata våre viser i tillegg at fatigue avgrensa eigenomsorg (23, 25), noko som ikkje er rapportert i tidlegare systematiske oversikter (15, 16).

Dei nasjonale retningslinjene for endometriose frå Sverige, Australia, samt England og Wales har ingen anbefalingar kring eigenomsorg (9-11). Derimot er ei anbefaling i retningslinja frå både Australia (11) og England og Wales (9) at helsepersonell bør vurdere individuelle behov og ta omsyn til den enkelte sin situasjon, prioriteringar og ulike aspekt ved dagleglivet. I følge Fisher og Marterella (35) er ergoterapeuten oppteken

av å arbeide klientsentrert og ta utgangspunkt i kva den enkelte ønsker å prioritere. I tillegg hevdar Peoples et al. (36) at ergoterapeuten har eit heilskapleg fokus på daglege aktivitetar kor målet er å mogleggjere deltaking. Vi kan difor tenke at ergoterapeuten bør ha eit heilskapleg fokus i møte med den enkelte kvinna med endometriose for å mogleggjere deltaking i ønska daglege aktivitetar.

Fisher og Marterella (35) viser til at klientmessige element kan vere kroppsfunksjonar. Ergoterapeuten kan nytte TMA for å få ei forståing for at kroppsfunksjonar, som smerter og fatigue, kan påverke kvinner med endometriose si deltaking i eigenomsorg. Samstundes hevdar Fisher og Marterella (35) at ergoterapeuten bør rette fokus på aktiviteten og andre situasjonelle element, som verkar inn på aktiviteten, framfor kroppsfunksjonar. Ergoterapeuten bør difor i møte med kvinnene med endometriose sjå på korleis aktiviteten eller andre situasjonelle element kan verte endra for å mogleggjere deltaking i eigenomsorg. I følge Dekkers (37) ser ergoterapeuten på moglegheita for å gradere og tilpasse aktiviteten eller omgivnadane til klienten sine ressursar. Eit klientmessig element i TMA som ergoterapeuten derimot bør ta omsyn til, er aktivitetsprioriteringar (35). Ergoterapeuten kan gjennom TMA verte bevisst på at kvinnene med endometriose kan ha ulike aktivitetar innan eigenomsorg dei ønsker å prioritere.

### DELTA I PRODUKTIVITET

Kvinner med endometriose opplev at deltaking i produktive aktivitetar som utdanning og arbeid vert påverka (23-28,30-33). Våre resultat støttar den syste-

matiske oversikta til Young et al. (16) kor det kom fram at kvinnene kunne oppleve at endometriose førte til store forstyringar i utdanninga. Liknande resultat kom fram i Culley et al. (15) si systematiske oversikt kor nokre av kvinnene opplevde utfordringar i utdanninga, samt utfordringar med å fullføre utdanninga. Den nasjonale retningslinja for endometriose frå Australia (11) og England og Wales (9) anbefalar at helsepersonell vurderer påverknaden endometriose har på kvinner i utdanning. I følge Svensk nasjonal retningslinje for endometriose (10) kan kvinner med endometriose oppleve utfordringar med utdanning mellom anna grunna manglande moglegheit til å verte sjukemeldt frå utdanninga på same måte som frå arbeid. I følge Fisher og Marterella (35) kan dei geopolitiske elementa i TMA minne ergoterapeuten på at politiske føringar kan avgrense moglegheiter for aktivitet. Kvinner med endometriose kan difor verte avgrensa i utdanning som følge av manglande moglegheiter til å verte sjukemeldt. Braveman (38) hevdar at ergoterapeuten har moglegheit til å advokere for ei endring innan politikk og utdanning. Det vert òg i den svenske retningslinja (10) argumentert for eit samarbeid mellom helsepersonell i og utanfor skulen for å kunne gje kvinner med endometriose fleire moglegheiter til å fullføre utdanninga. Gjennom å opprette regionale tverrfaglege behandlingstenester for endometriose (14) kan helsepersonell, som ergoterapeuten, samarbeide på tvers med helsepersonell for å mogleggjere at kvinner med endometriose kan fullføre utdanning. Dekkers (37) hevdar at ergoterapeuten skal identifisere

moglegheiter og tilpasse aktiviteten til klienten. Vi tenker difor at ergoterapeuten kan advokere for at kvinner med endometriose skal kunne fullføre utdanninga, samt inngå i samarbeidet og bidra med tilrettelegging i utdanninga.

Våre resultat viser at kvinner med endometriose si deltaking i arbeid var avhengig av fleksibilitet i arbeidstid, arbeidsstad og arbeidsoppgåver, noko som ikkje er rapportert i tidlegare systematiske oversikter (15,16). I følge nasjonal retningslinje for Australia (11) samt England og Wales (9) må helsepersonell vurdere endometriose sin påverknad på arbeid. Regjeringa ønsker å legge til rette for inkludering og deltaking i arbeidslivet for dei som har utfordringar med helsa, gjennom å styrke samarbeidet mellom helse- og arbeidssektoren (13). I følge Jacobsen og Petersen (39) har ergoterapeuten kompetanse i å tilrettelegge for å sikre inkludering og deltaking i arbeid. I tillegg hevdar Dekkers (37) at ergoterapeuten kan tilpasse arbeidsforhold ved å endre fysiske og sosiale omgivningar for at klienten skal kunne delta i arbeid. Fisher og Marterella (35) skriv at ergoterapeuten må vere bevisst på at endring i eit av dei situasjonelle elementa i TMA, som tidselement, oppgåveelement og fysiske omgivningar, vil kunne endre deltaking i aktivitet. Ergoterapeuten kan gjennom TMA få ei betre forståing for at arbeidstid, arbeidsoppgåver og arbeidsstad vil kunne endre deltaking i arbeid. Vi tenker difor at det er viktig å legge til rette for at kvinner med endometriose kan delta i arbeid, der ergoterapeuten kan bidra med å tilrettelegge omgivnadane.

Våre resultat viser i tillegg variasjon i kvinnene si oppleving



med støtte og forståing frå leiarar og kollegaer, noko som samsvarar med tidlegare systematiske oversikter (15,16). Culley et al. (15) og Young et al. (16) viser på ei side at nokre av kvinnene opplevde støtte og forståing, kor mellom anna leiarane var villig til å tilpasse arbeidet. Culley et al. (15) og Young et al. (16) viser på ei anna side at kvinnene opplevde mangel på støtte og forståing, som mellom anna medførte at kvinnene ikkje fekk tilrettelagt arbeidet og difor vart tvungne til å arbeide deltid eller slutte. Culley et al. (15) trekk fram at nokre kvinner valde å ikkje informere leiaren sin om sjukdommen, som følge av tidlegare oppleving av å ikkje verte trudd. I Young et al. (16) kjem det dessutan fram at kvinnene unngjekk å snakke om sjukdommen og valde å skjule sjukdommen for kollegaer. Svensk nasjonal retningslinje for endometriose (10) viser òg til at kvinner med endometriose ikkje ønsker å prate om sjukdommen på arbeidsplassen, i frykt for å ikkje verte teken på alvor eller å miste jobben. Likeså kjem det fram i den svenske retningslinja (10) at kvinner med endometriose kan oppleve utfordringar med å få tilpassa arbeidsoppgåver. Manglande forståing for sjukdommen hjå leiar vart trekt fram som ein årsak. I følge Jacobsen og Petersen (39) kan det vere aktuelt for ergoterapeuten, i samarbeid med klienten, å informere leiarar og kollegaer på arbeidsplassen om sjukdom. Vidare hevdar Jacobsen og Petersen (39) at informasjon om sjukdom vil vere særleg viktig ved usynlege vanskar som smerter. Fisher og Marterella (35) skriv at ergoterapeuten må vere klar over at klienten sine sosiale omgivnader, som andre personar sine meiningar og forventningar,

kan påverke deltaking i aktivitet. Vi tenker at sosiale omgivnader, som leiarar og kollegaer, kan påverke kvinner med endometriose sine moglegheiter til å delta i arbeid. Vidare kan vi tenke at ergoterapeuten kan bidra med å informere om endometriose til leiarar og kollegaer, som kan føre til betre støtte og forståing, samt betre tilpassing av arbeidet.

### DELTAING I FRITID

Smerter og fatigue som følge av endometriose påverka kvinnene si deltaking i aktivitetar på fritida som sosiale aktivitetar og fritidsaktivitetar (23, 25-29, 31-33).

Våre resultat stemmer overeins med den systematiske oversikta til Culley et al. (15) der det kjem fram at kvinnene med endometriose opplevde ein reduksjon i sosiale aktivitetar og fritidsaktivitetar som trening og sport. Resultata våre samsvarar delvis med den systematiske oversikta til Young et al. (16), som viser at kvinnene opplevde ein reduksjon i sosiale aktivitetar, der dei måtte endre planar, kjende seg utanfor og følte at dei ikkje hadde noko sosialt liv. I følge Verdas helseorganisasjon (8) har endometriose betydeleg påverknad på sosiale aktivitetar. I nasjonal retningslinje for endometriose frå Sverige (10), Australia (11) samt England og Wales (9) kjem det fram at kvinner med endometriose kan oppleve utfordringar med å delta i sosiale aktivitetar. Vidare står det i retningslinja frå Australia (11) at helsepersonell må vere merksam på endometriose sin påverknad på sosiale aktivitetar, kor helsepersonell bør arbeide klientsentrert og ta utgangspunkt i den enkelte sine behov. Helsepersonell, som ergoterapeuten, må difor vere bevisst på å ha klienten

og klienten sine behov kring sosiale aktivitetar i fokus. Resultata våre viser at nokre av kvinnene unngjekk å vere sosiale som følge av at dei opplevde manglande forståing frå vener (27, 33). At kvinnene unngjekk å vere sosiale grunna manglande forståing, er ikkje rapportert i tidlegare systematiske oversikter (15, 16). Fisher og Marterella (35) skriv at dei sosiale omgivnadane, som andre personar, kan ha ein påverknad på aktivitet. Vidare skriv Fisher og Marterella (35) at ergoterapeuten må vere bevisst på korleis andre personar sine meiningar og forventningar påverkar aktiviteten til klienten. Vi tenker at ergoterapeuten difor bør vere bevisst på at kvinner med endometriose sine sosiale omgivnader, som vener, kan avgrense deltaking i sosiale aktivitetar grunna mangel på forståing for sjukdommen.

Vidare viste våre resultat at endometriose påverka deltaking i ønska fritidsaktivitetar (23, 26, 27, 32), noko som ikkje er rapportert i tidlegare systematiske oversikter (15, 16). I følge Peoples et al. (36) er ergoterapeuten oppteken av å mogleggjere deltaking i klienten sine ønska aktivitetar.

### Metodediskusjon

Ei styrke ved vår litteraturstudie er at vi har følgd Aveyard (17) sin systematiske metode for gjennomføring av ei litteraturstudie. Dessutan er det ei styrke at databasesøka vart gjennomført i samarbeid med ein universitetsbibliotekar. Det er derimot ei svakheit at vi ikkje gjennomførte andre søk enn databasesøk, som til dømes referansesøk, ettersom databasesøk òg ikkje er tilstrekkeleg for å identifisere alle relevante studiar (17). Likevel opplevde vi å identifisere eit tilstrekkeleg tal

på studiar gjennom databasesøk som var relevante. Ei anna svakheit er at vi har valt å inkludere to studiar (25,32) der metoden var spørjeundersøking med fritekst-spørsmål. Kvaliteten på kvalitative data i studiar med spørjeundersøking som metode bør bli vurdert nøye, ettersom ein nødvendigvis ikkje får same djupne i data som ved eit intervju (17). Å inkludere studiar med spørjeundersøking som metode kan derfor ha svekka pålitelegskapen. Likevel opplevde vi at studiane med spørjeskjema som metode hadde kvalitative data som gjekk i djupna og kunne svare på føremålet med studien på same måte som studiane med intervju som metode. Vidare inkluderte vi ei studie kor kvinnene si oppleving av å leve med endometriose ikkje vart stadfesta av ein medisinsk diagnose (32). I tillegg inkluderte vi eit par studiar kor kvinnene hadde komorbiditetar som kunne gje symptom som utmattelse og smerter (23, 25). Å inkludere slike studiar kan svekke overføringsevna av resultata til kvinner som er diagnostisert med endometriose og som ikkje har komorbiditetar. Vi valde likevel å inkludere nemnde studiar på bakgrunn av at studiane tilførte perspektiv som var nyttige for å svare på føremålet. I ettertid ser vi at komorbiditet burde vore tatt med som eit eksklusjonskriterium, som vi vil ta hensyn til ved ei eventuell framtidig studie. Eit anna val som kan ha svekka pålitelegskapen var at vi inkluderte ei studie (25) kor ein av forskarane var diagnostisert med endometriose, og difor hadde personleg erfaring med sjukdommen. Forskarar sine egne erfaringar kan påverke forskingsprosessen (17). Vi valde likevel å inkludere studien ettersom forskarane gav uttrykk for at dei

var bevisst på å vere objektive. Vidare kan det vere ei svakheit at vi har tolka kvinnene sine sitat, ettersom vår tolking kan vere påverka av kulturelle faktorar. Samstundes har vi vore nøye på å lese resultata av studiane fleire gongar, samt diskutere resultata med kvarandre for å strebe etter rett tolking. I tillegg har vi henta ut fleire direkte sitat for å gjengje resultata utan å tolke, noko som kan styrke truverda.

## Konklusjon

Resultata i litteraturstudien viser at kvinner med endometriose opplevde at deltaking i daglege aktivitetar som eigenomsorg, produktivitet og fritid vart avgrensa. Kvinnene opplevde at deltaking i eigenomsorg som PADL og IADL vart avgrensa av smerter og fatigue. Vidare opplevde kvinnene at deltaking i produktive aktivitetar som utdanning og arbeid vart avgrensa som følge av mangel på tilrettelegging, samt manglande støtte og forståing frå leiarar eller kollegaer. Kvinnene opplevde òg redusert deltaking i sosiale aktivitetar og fritidsaktivitetar, som følge av smerter og fatigue, i tillegg til mangel på støtte og forståing frå vener.

## Implikasjon for praksis

Litteraturstudien kan bidra til auka forståing og kunnskap kring endometriose sin påverknad på deltaking i daglege aktivitetar som eigenomsorg, produktivitet og fritid. Ergoterapeuten bør engasjere seg for å mogleggjere deltaking i daglege aktivitetar for alle, inkludert kvinner med endometriose som ergoterapeuten tradisjonelt sett ikkje har arbeidd med.

Vidare ser vi behov for:

- auka kunnskap om endometrio-

se blant ergoterapeuter og anna helsepersonell, men òg befolkninga generelt.

- ei nasjonal retningslinje for oppfølging av endometriose i Noreg som tek føre seg ulike aspekt ved dagleglivet som eigenomsorg, produktivitet og fritid.
- regionale tverrfaglege behandlingstenester for endometriose kor ergoterapeuten er representert
- forskning som ytterlegare undersøker kvinner med endometriose sine opplevingar kring særleg eigenomsorg, samt forskning som undersøker effekt av ergoterapi for kvinner med endometriose.

## Referanseliste

1. Shafrir AL, Farland LV, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:1-15.
2. Nordengren J. Endometrios: symtom och behandling. *Gothia Kompetens AB;* 2021. 128.
3. Smolarz B, Szyłło K, Romanowicz H. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics. *Int J Mol Sci.* 2021;22(19):1-29.
4. Borgfeldt C, Sjöblom I, Streven H, Wangel AM. *Obstetrik och gynekologi: för sjuksköterskor.* 5.utg. Studentlitteratur AB; 2019. 256.
5. Parasar P, Ozcan P, Terry KL. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2017;6(1):34-41.
6. Kristoff A. Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I: Bach-Gansmo E, Ørn S, red. *Sykdom og behandling.* 3.utg. Oslo: Gyldendal; 2022. s. 401-17.
7. Grundström H, Hammar Spagnoli G, Löfqvist L, Olovsson M. Healthcare Consumption and Cost Estimates Concerning Swedish Women with Endometriosis. *Gynecol Obstet Invest.* 2020;85(3):237-44.
8. World Health Organization. Endometriosis [Internett]. World Health

- Organization: 2023 [oppdatert 24. mars 2023;7, hentet mars 2024]. Endometriosis. Tilgjengeleg frå: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
9. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management [Internett]. 2017. Tilgjengeleg frå: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/resources/endometriosis-diagnosis-and-management-pdf-1837632548293>
  10. Sosialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid endometrios [Internett]. Sosialstyrelsen; 2018. Tilgjengeleg frå: <https://www.sosialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/endometrios/>
  11. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Australian clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis [Internett]. RANZCOG; 2021 [13. april 2022; hentet 19. mars 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://ranzcoг.edu.au/news/australian-endometriosis-guideline/>
  12. NOU 2023: 5. Den store forskjellen - om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
  13. Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027— Vår felles helsetjeneste. Helse-og omsorgsdepartementet; 2024.
  14. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringens kvinnehelsestrategi - betydningen av kjønn for helse. 2024.
  15. Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M, et al. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. Hum Reprod Update. 2013;19(6):625–39.
  16. Young K, Fisher J, Kirkman M. Women's experiences of endometriosis: a systematic review and synthesis of qualitative research. J Fam Plann Reprod Health Care. 2015;41(3):225–234.
  17. Aveyard H. How to do a literature review in health and social care: a practical guide. 5.utg. Open University Press; 2023. 180.
  18. Statistisk sentralbyrå. Standard for gruppering av land [Internett]. [hentet 9. mai 2024]. Tilgjengeleg frå: [https://www.ssb.no/klassifikasjoner/546/version/1845](https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/546/version/1845)
  19. The World Medical Association. Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internett]. 2022 [hentet 12. mai 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
  20. Helsebiblioteket. 4.1 Sjekkliste [Internett]. 2021 [oppdatert 17. september 2021; hentet 1. september 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekkliste>
  21. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Nygaard Hansen TK. Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag. Bergen: Fagbokforlaget; 2021. 341.
  22. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372(71):1–9.
  23. DiBenedetti D, Soliman AM, Gupta C, Surrey ES. Patients' perspectives of endometriosis-related fatigue: qualitative interviews. J Patient-Rep Outcomes. 2020;4(33):1–8.
  24. Gremillet L, Netter A, Sari-Minodier I, Miquel L, Lacan A, Courbiere B. Endometriosis, infertility and occupational life: women's plea for recognition. BMC Womens Health. 2023;23(29):1–8.
  25. Grogan S, Turley E, Cole J. «So many women suffer in silence»: a thematic analysis of women's written accounts of coping with endometriosis: Psychology & Health. Psychol Health. 2018;33(11):1364–78.
  26. Gstoettner M, Wenzl R, Radler I, Jaeger M. «I think to myself 'why now?'» - a qualitative study about endometriosis and pain in Austria. BMC Womens Health. 2023;23(409):1–9.
  27. Hunsche E, Gauthier M, Witherspoon B, Rakov V, Agarwal SK. Endometriosis Symptoms and Their Impacts on the Daily Lives of US Women: Results from an Interview Study. Int J Womens Health. 2023;15:893–904.
  28. Hållstam A, Stålnacke BM, Svensén C, Löfgren M. Living with painful endometriosis – A struggle for coherence. A qualitative study. Sex Reprod Healthc. 2018;17:97–102.
  29. Jaeger M, Gstoettner M, Fleischanderl I. «A little monster inside me that comes out now and again»: endometriosis and pain in Austria. Cad Saude Publica. 2022;38(2):1–12.
  30. Marki G, Vasarhelyi D, Rigo A, Kalo Z, Acs N, Bokor A. Challenges of and possible solutions for living with endometriosis: a qualitative study. BMC Womens Health. 2022;22(1):1–11.
  31. Moore C, Cogan N, Williams L. A qualitative investigation into the role of illness perceptions in endometriosis-related quality of life. J Health Psychol. 2023;28(12):1157–71.
  32. Peterson B, Mikocka-Walus A, Evans S. 'It just stops me from living': A qualitative study of losses experienced by women with self-reported endometriosis. J Adv Nurs. 2023;79(10):3888–98.
  33. Rea T, Giampaolino P, Simeone S, Pucciarelli G, Alvaro R, Guillard A. Living with endometriosis: a phenomenological study. Int J Qual Stud Health Well-Being. 2020;15(1):1–9.
  34. Aagaard M, Langdal I. Centrale begreber inden for ergoterapi. I: Brandt Å, Peoples H, Pedersen U, red. Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 4.utg. København: Munksgaard; 2019. s. 111–27.
  35. Fisher AG, Marterella A. Powerful practice: a model for authentic occupational therapy. CIOTS; 2019. 384.
  36. Peoples H, Brandt Å, Pedersen U. Introduktion til ergoterapi. I: Brandt Å, Peoples H, Pedersen U, red. Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 4.utg. København: Munksgaard; 2019. s. 25–31.
  37. Dekkers M. Aktivitetsanalyse i ergoterapi. 1. utg. Aarhus: Via Systime; 2011. 46.
  38. Braveman B. Population Health and Occupational Therapy. Am J Occup Ther. 2015;70(1):1–6.
  39. Jacobsen A, Petersen KS. Ergoterapi inden for arbejdsrettet rehabilitering og inklusion på arbejdsmarkedet. I: Brandt Å, Peoples H, Pedersen U, red. Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. 4.utg. København: Munksgaard; 2019. s. 341–54.



# EVA – Analyse av fysiske omgivers påvirkning på aktivitetsutførelse: Inter-rater reliabilitet ved et generisk vurderingsverktøy

Av Mikkel M. Thørrisen, Lene Fogtmann Jespersen, Brian Ellingham & Ellen Gjertsen Clark

## Abstract

### EVA – Analysis of the impact of the physical environment on occupational performance: Inter-rater reliability for a generic assessment instrument

**Background:** Physical aspects of the environment influence occupational performance, and occupational therapists are key in identifying environmental factors that affect performance skills. This study aimed to explore the inter-rater reliability of EVA physical environment, a generic assessment instrument for analyzing the impact of the physical environment on occupational performance.

**Methods:** In this cross-sectional study, 23 occupational therapists analyzed two occupational performances using EVA physical environment. Inter-rater reliability was estimated using intraclass correlation coefficients from two-way mixed effects consistency models. Analyses were conducted at the instrument level, and separately for different sections and items, with subgroup analyses based on the therapists' clinical field, amount of preparation, and analytical competence.

**Results:** EVA physical environment demonstrated good to excellent inter-rater reliability across all levels (instrument, section, item). Reliability was highest among well-prepared and competent therapists, and therapists in specialized and somatic health care. Acceptable reliability was also found among less prepared and competent therapists and those in municipal and mental health care.

**Conclusions:** EVA physical environment demonstrated satisfactory inter-rater reliability for assessing the impact of the physical environment on occupational performance.

**Keywords:** Activity analysis; Physical environment; Psychometrics; Inter-rater reliability; Occupational performance



Mikkel M. Thørrisen er førsteamanuensis i helsevitenskap ved Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet. E-post: mithor@oslo-met.no.



Lene Fogtmann Jespersen er ergoterapistspesialist i somatisk helse ved Oslo Universitetssykehus HF.



Brian Ellingham er universitetslektor ved Fagsenter for seniorer, OsloMet – storbyuniversitetet.



Ellen Gjertsen Clark er spesialergoterapeut ved Diakonhjemmet sykehus.

Forfatterne bekrefter at det ikke er uenigheter med hensyn til rettigheter til artikkelen, og at ingen av forfatterne har interessekonflikter.

## Introduksjon

Deltakelse og utførelse av aktiviteter formes gjennom et dynamisk samspill mellom individets forutsetninger, aktivitetens krav og påvirkningen fra omgivelsene (Law et al., 1996). Dette samspillet påvirkes av individets motivasjon, kapasitet, sosiale deltakelse og aktivitetsmønstre, i tillegg til de mulighetene og begrensningene omgivelsene gir (Kielhofner, 2010). Omgivelsene omfatter en rekke aspekter som fysiske, sosiale, psykologiske, temporale, politiske, økonomiske og kulturelle faktorer (Fisher & Marterella, 2019). Særlig viktig er hvordan de fysiske omgivelsene, som romforhold, objekter og klimatiske forhold, påvirker personens ferdigheter som benyttes i aktivitetsutførelsen.

Ergoterapeuter har en nøkkelrolle i å identifisere de enkelte elementene eller faktorene i de umiddelbare omgivelsene hvor en aktivitet utføres som kan påvirke en eller flere utførelsesferdigheter. Ergoterapeuter kartlegger ressurser og utfordringer i samspillet mellom menneske, aktivitet og omgivelser (MAO) (Law et al., 1996) og bistår med tilpasning eller tilrettelegging av elementer og relasjoner innenfor MAO-systemet for å fremme aktivitetsutførelse og deltakelse (Bonsaksen & Ellingham, 2017). Grunnleggende kompetanse i aktivitetsanalyse er sentral for ergoterapeuter i dette arbeidet (Feldborg & Røhl, 2019; Hersch et al., 2005; Thomas, 2023).

Flere konseptuelle modeller fremhever omgivelsenes betydning for aktivitetsutførelse, herunder Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner, 2010; Taylor, 2017), Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Polatajko et al., 2007) og den transaksjonelle modellen for aktivitet (Fisher & Martella, 2019). Disse modellene omtaler gjerne omgivelsene i form av generelle kategorier uten spesifikk terminologi for konkrete aktivitetssituasjoner. Det er også utviklet kartleggingsverktøy for analyse og vurdering av omgivelsene, eksempelvis Housing Enabler (Iwarsson & Slaug, 2001, 2010), Residential Environment Impact Scale (REIS) (Fisher et al., 2014) og Work Environment Impact Scale (WEIS) (Corner et al., 1997; Ellingham & Jakobsen, 2003). Disse verktøyene er imidlertid domenespesifikke, i den forstand at de er knyttet til spesifikke aktivitetskontekster (for eksempel hjem, skole eller arbeid). Det har manglet et generisk kartleggingsverktøy for de fysiske omgivelsene, altså et verktøy som gjør det mulig å analysere og vurdere påvirkning av aktivitetsomgivelsene i aktivitetsutførelse ved hjelp av konkret terminologi, uavhengig av aktivitetskontekst.

EVA (Ergoterapianalyse og Vurdering av Aktivitet) benyttes av ergoterapeuter og ergoterapistudenter ved flere utdanninger i Norge. EVA er et system for systematisk vurdering og dokumentasjon av ulike faktorer i samspillet mellom menneske, aktivitet og omgivelser med hensyn til individets utførelse av aktiviteter (Clark et al., 2014; Jespersen et al., 2014). EVA-systemet består av verktøy (analyseskjemaer) for analyse av aktivitetsform og aktivitetsutførelse i vurdering av trinn og handlingssekvenser, utførelsesferdigheter og kroppsfunksjoner (Ellingham et al., 2023). EVA – Analyse av fysiske omgivelers påvirkning på aktivitetsutførelse (EVA fysiske omgivelser) er et nylig utviklet verktøy som kartlegger de fysiske omgivelsenes påvirkning på aktivitetsutførelse, og som kan benyttes i ulike aktivitetskontekster (Jespersen et al., 2025). I EVA fysiske omgivelser kartlegges til sammen 26 omgivelsesfaktorer innenfor tre omgivelseskategorier, hver faktor graderes på en linje fra hemmende til fremmende, det gjøres en samlet helhetsvurdering på tvers av faktorene og det er rom for kvalitative beskrivelser, som underbygger og eksemplifiserer vurderingene (Jespersen et al., 2025). En studie fra 2024 viste at 16 av 22 ergoterapeuter (73 prosent) opplevde EVA fysiske omgivelser som nyttig eller svært nyttig, og 21 av 22 (95 prosent) mente analyseskjemaet dekker aktuelle og relevante fysiske faktorer i omgivelsene i stor eller svært stor grad (Jespersen et al., 2025).

Selv om det er nødvendig at et kartleggingsverktøy oppleves som nyttig, er det alene ikke tilstrekkelig. Verktøyet må også kunne demonstrere tilfredsstillende måleegenskaper (Gagnier et al., 2021), og inter-rater reliabilitet er særlig viktig for kartleggingsverktøy som benyttes i forbindelse med observasjoner i naturlige kontekster (Mokkink et al., 2023). Reliabilitet handler om i hvilken grad et verktøy er fri for målefeil, mens inter-rater reliabilitet mer spesifikt er relatert til i hvilken grad det er enighet mellom observatører (ratere) som har gjort en vurdering av samme person eller situasjon ved hjelp av samme måleverktøy (Asunta et al., 2019; Gagnier et al., 2021). Et verktøy har høy inter-rater reliabilitet når to eller flere observatører vurderer samme person eller situasjon likt når de bruker verktøyet i observasjon. Motsatt vil verktøyet ha lav inter-rater reliabilitet dersom observatørene vurderer personen eller situasjonen ulikt. Tidligere forskning har undersøkt og funnet moderat til høy inter-rater reliabilitet ved verktøyene Housing Enabler (Helle et al., 2014; Iwarsson et al., 2005), REIS (Harrison et al., 2023)

og WEIS (Kielhofner et al., 1999). Måleegenskaper ved EVA fysiske omgivelser har ikke tidligere blitt undersøkt. Formålet med denne studien var derfor å undersøke inter-rater reliabilitet ved EVA fysiske omgivelser.

## Metode

### DESIGN

Studien ble gjennomført som en tverrsnittstudie der 23 ergoterapeuter vurderte påvirkning av fysiske omgivelser på to aktivitetsutførelser ved hjelp av verktøyet EVA – analyse av fysiske omgivelser påvirkning på aktivitetsutførelse (EVA fysiske omgivelser).

### DELTAKERE

Deltakerne ble rekruttert blant ergoterapeuter som har gjennomført EVA-kurs, blant deltakere på en EVA-workshop på fagkongress i ergoterapi i Stavanger 2022 samt via åpen påmelding distribuert gjennom sosiale medier og EVA-bloggen (Ellingham et al., u.å.). Til sammen 23 ergoterapeuter deltok i studien. Kjennetegn ved deltakerne er presentert i Tabell 1.

Ergoterapeutene i utvalget hadde betydelig klinisk erfaring (M = 14 år), og ergoterapeuter fra både spesialisthelsetjeneste (n = 14; 61 prosent) og kommunehelsetjeneste (n = 8; 35 prosent) var representert. De fleste ergoterapeutene jobbet innenfor somatisk helse (n = 18; 78 prosent).

### INSTRUMENT: EVA FYSISKE OMGIVELSER ANALYSESKJEMA

Kjernen i studien var at deltakerne, uavhengig av hverandre, skulle vurdere de fysiske omgivelsernes påvirkning på aktivitetsutførelse ved hjelp av analyseskjemaet EVA fysiske omgivelser. I analyseskjemaet skal 26 omgivelsesfaktorer graderes på en skala fra hemmende til fremmende, med kommentarfelt der eksempler og vurderinger som underbygger graderingen kan beskrives. Omgivelsesfaktorene er organisert i tre kategorier:

- 1 rom/spatiale forhold (bygde/naturlige forhold der aktiviteten utføres)
- 2 objekter, utstyr, materiale og møbler (gjenstander som anvendes i aktiviteten)
- 3 sensoriske, klimatiske og andre forhold

En oversikt over omgivelsesfaktorer og kategorier er presentert i Tabell 2.

Kjennetegn ved deltakerne (N = 23)	
Erfaring som ergoterapeut (år), M (SD)	14 (10)
<b>Arbeidssted</b>	
Spesialisthelsetjeneste, n (%)	14 (61)
Kommunehelsetjeneste, n (%)	8 (35)
<b>Fagfelt<sup>1</sup></b>	
Somatisk helse, n (%)	18 (78)
Psykisk helse, n (%)	4 (17)
Barns helse, n (%)	3 (13)
Annet, n (%)	2 (9)
<b>Analysekompetanse<sup>2</sup></b>	
Ingen, n (%)	0 (0)
Begrenset, n (%)	0 (0)
Moderat, n (%)	11 (48)
God, n (%)	11 (48)
Svært god, n (%)	1 (4)
<b>Grad av forberedelser<sup>3</sup></b>	
Ikke lest, n (%)	1 (4)
Bladd igjennom, n (%)	2 (9)
Lest noe av materialet, n (%)	3 (13)
Lest grundig, n (%)	14 (61)
Lest svært grundig, n (%)	3 (13)

Tabell 1. Kjennetegn ved deltakerne.

M = gjennomsnitt; SD = standardavvik; <sup>1</sup>Samlet % overstiger 100 som følge av at deltakerne kunne krysses av for flere alternativer; <sup>2</sup>Selvurdert kompetanse om analyse med bruk av EVA-systemet; <sup>3</sup>Hvor grundig deltakerne hadde forberedt seg i forkant av studien (i hvilken grad de hadde lest brukerveiledning og øvrig tilsendt informasjon om EVA fysiske omgivelser)

Hver omgivelsesfaktor graderes på en visuell linje fra -1 til +1, delt med en midtstreke. Desto lenger ut fra midtstreken faktoren graderes (i begge retninger), desto sterkere påvirkning vurderes faktoren å ha. Eksempelvis vil en gradering mot ytterpunkt -1 indikere at faktoren i betydelig grad hemmer aktivitetsutførelsen, mens en gradering rett til venstre for midtstreken indikerer at faktoren hemmer aktivitetsutførelsen i noen, men liten grad.

I forbindelse med denne studien ble det benyttet en digital versjon av analyseskjemaet der graderingene ble gjort på en skala fra -3 til +3, med et nøytralt nullpunkt. Dette muliggjorde kvantifisering av graderinger foretatt innenfor henholdsvis det hemmende (-3 til -1) og det fremmende (+3 til +1) domenet. Figur 1 viser graderingssystemet, både slik



Oversikt over kategorier og faktorer i EVA fysiske omgivelser	
Kategorier	Faktorer
1. Rom/spatiale forhold (bygde/naturlige) og arkitektoniske elementer	1.1 Adkomst 1.2 Dimensjoner – spatiale 1.3 Underlag 1.4 Overflater 1.5 Utforming/planløsning 1.6 Faste bevegelige elementer 1.7 Faste flyttbare elementer 1.8 Tekniske innredninger 1.9 Annet*
2. Objekter, utstyr, materiale og møbler	2.1 Tilgjengelighet 2.2 Dimensjoner – objekter 2.3 Tyngde 2.4 Overflater og teksturer 2.5 Form, fasong og design 2.6 Plassering 2.7 Kompleksitet 2.8 Automatisering 2.9 Annet*
3. Sensoriske, klimatiske og andre forhold	3.1 Lys 3.2 Farger/kontraster 3.3 Lyd 3.4 Luft 3.5 Temperatur 3.6 Lukt 3.7 Temporale faktorer 3.8 Annet*

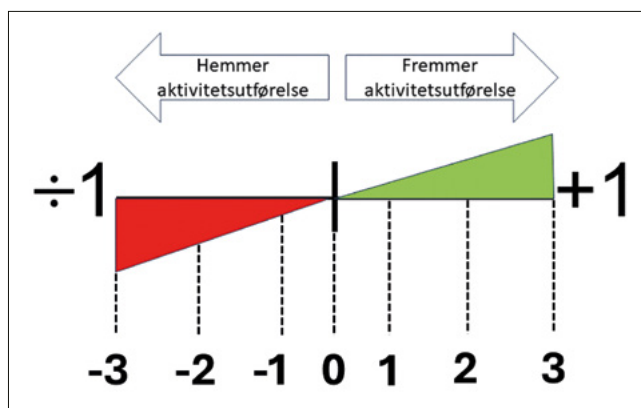
Tabell 2. Oversikt over kategorier og faktorer i EVA fysiske omgivelser.

\*Analyseskjemaet åpner for at observatøren kan vurdere relevante forhold utover de faktorene som er angitt. Slike forhold er ikke inkludert i denne studien ettersom graderinger av «andre forhold» ikke vil være sammenliknbare på tvers av observatørene; EVA = Ergoterapianalyse og Vurdering av Aktivitet.

det fremstår i papirskjemaet, og slik det ble benyttet i den digitale versjonen.

## DATAINNSAMLING OG PROSEDYRE

Datainnsamlingen ble gjennomført i form av et webinar med varighet på tre timer. Webinaret ble gjennomført på Microsoft Teams i juni 2024, og i forkant fikk deltakerne tilsendt en brukerveiledning for EVA fysiske omgivelser, et ikke-utfylt analyseskjema og et eksempel på et utfylt analyseskjema. Hver deltaker deltok individuelt i webinaret, slik at det ikke var mulighet for å samarbeide. I webinaret ble det vist to forhåndsinnspilte videoer. Videoene viste to ulike aktiviteter utført av forskjellige aktører i ulike omgivelser. Hver video hadde en varighet på



Figur 1. Graderingsskala for omgivelsesfaktorer i analyseskjemaet EVA fysiske omgivelser. Øverst i figuren illustreres den visuelle linjen slik den forekommer i papirversjonen. Nederste talllinje viser graderingsskalaen benyttet i denne studien (den digitale versjonen).

cirka ti minutter. Aktivitet 1 viste en kvinne som lager et glass sjokolademelk på kjøkkenet sitt. Aktivitet 2 viste en mann som tar på sengetøy og rer opp en seng i huset sitt.

Hver video ble vist to ganger. Ved første visning ble deltakerne bedt om å observere aktørens aktivitetsutførelse uten å fylle ut analyseskjemaet EVA fysiske omgivelser. Ved andre visning ble deltakerne bedt om å fylle ut analyseskjemaet på papir. I etterkant av andre visning ble deltakerne gitt tid til å fullføre analyseskjemaet. Det ble fylt ut ett analyseskjema for hver aktivitetsutførelse. Etter å ha fylt ut papirskjemaene for begge observasjonene ble deltakerne bedt om å overføre sine graderinger til et digitalt spørreskjema som var konstruert på samme måte som papirskjemaet. Graderingene i det digitale spørreskjemaet utgjorde studiens datamateriale.

Det digitale spørreskjemaet inneholdt også noen bakgrunnsspørsmål (se tabell 1) om erfaring som ergoterapeut (antall år), arbeidssted (spesialisthelsetjeneste; kommunehelsetjeneste; annet) og fagfelt (somatisk helse; psykisk helse; barns helse; annet). Deltakerne ble i spørreskjemaet også bedt om å indikere sin kompetanse om analyse av aktivitetsutførelse med bruk av EVA-systemet (ingen kompetanse; begrenset kompetanse; moderat kompetanse; god kompetanse; svært god kompetanse), samt hvor grundig de hadde forberedt seg ved å lese brukerveiledningen for EVA fysiske omgivelser og analyseskjema i forkant av studien (ikke lest; bladd igjennom; lest noe av materialet; lest grundig; lest svært grundig).

## ANALYSE

Inter-rater reliabilitet ble undersøkt ved hjelp av

Inter-rater reliabilitet på verktøynivå				
		95 % KI for ICC		
	ICC <sup>1</sup>	Nedre	Øvre	p
<b>Hovedanalyser:</b>				
Aktivitet 1 og 2 samlet (n = 46/23)	0,90	0,85	0,94	<0,001
Aktivitet 1 (n = 23/23)	0,88	0,79	0,94	<0,001
Aktivitet 2 (n = 23/23)	0,92	0,86	0,96	<0,001
<b>Subgruppeanalyser<sup>2</sup>:</b>				
Spesialisthelsetjeneste (n = 46/14)	0,83	0,75	0,89	<0,001
Kommunehelsetjeneste (n = 46/8)	0,75	0,63	0,85	<0,001
Somatisk helse (n = 46/18)	0,87	0,81	0,92	<0,001
Psykisk helse (n = 46/4)	0,63	0,42	0,77	<0,001
Barns helse (n = 46/3)	0,47	0,14	0,69	0,005
Moderat analysekompetanse (n = 46/11)	0,74	0,62	0,84	<0,001
God/svært god analysekompetanse (n = 46/12)	0,87	0,80	0,92	<0,001
Lite forberedt (n = 46/6)	0,69	0,53	0,81	<0,001
Godt forberedt (n = 46/17)	0,88	0,82	0,92	<0,001

Tabell 3. Inter-rater reliabilitet på verktøynivå.

<sup>1</sup>Intraklassekorrelasjonskoeffisient (ICC), estimert gjennom two-way mixed effects consistency modell; <sup>2</sup>Subgruppeanalyser utført for aktivitet 1 og 2 samlet; KI = konfidensintervall; n = antall observasjoner (faktorgraderinger)/antall observatører (ratere)

intraklassekorrelasjonsanalyser med estimering av intraklassekorrelasjonskoeffisienter (ICC). ICC er et standardisert mål på enighet mellom to eller flere observatører og varierer på en skala fra 0 til 1, der høyere verdi indikerer høyere grad av enighet (sterkere inter-rater reliabilitet). Følgende terskelverdier ble lagt til grunn i denne studien: <0,40 = svak (poor); 0,40 – 0,59 = akseptabel (fair); 0,60 – 0,74 = god (good); og 0,70 – 1,00 = utmerket (excellent) (Cicchetti, 1994). Det finnes flere varianter av ICC. I denne studien benyttet vi en two-way mixed effects consistency modell for flere observatører/målinger (multiple raters/measurements) (McGraw & Wong, 1996), også kjent som ICC (3,k) (Shrout & Fleiss, 1979). ICC estimeres da ved hjelp av formelen  $MS_R - MS_E$ :  $MS_R$  (MSR = mean square for rows, MSE = mean square for error). I en slik modell behandles observasjonene (faktorgraderingene) som konstante (fixed factors) mens observatørene behandles som tilfeldige (random factors). Videre fokuserte vi på grad av konsistens mellom observatørenes graderinger (consistency model) snarere enn absolutt graderingssamsvar (absolute agreement). Det ble beregnet 95 prosent konfidensintervaller for ICC, og signifikansnivå ble a priori fastsatt til  $p < .05$ . Alle analyser ble gjort i IBM SPSS versjon 28.

### Verktøynivå

Hovedanalysene ble gjort på verktøynivå, hvilket innebar at det ble estimert ICC for hele verktøyet, først for begge aktiviteter samlet og deretter separat for hver aktivitet. Videre ble det gjort subgruppeanalyser (for begge aktiviteter samlet) basert på kjennetegn ved utvalget (observatørene). Slike separate analyser ble gjort i henhold til arbeidssted (spesialisthelsetjeneste; kommunehelsetjeneste), fagfelt (somatisk helse; psykisk helse; barns helse), analysekompetanse (moderat; god/svært god), og grad av forberedelser (ikke lest/bladd igjennom/lest noe; lest grundig/svært grundig). Disse analysene ble gjort for å undersøke om det eksempelvis var ulik inter-rater reliabilitet blant ergoterapeuter som jobbet i spesialisthelsetjeneste sammenliknet med ergoterapeuter som jobbet i kommunehelsetjeneste.

### Kategorinivå

Omgivelsesfaktorene i EVA fysiske omgivelser er inndelt i tre kategorier (rom/spatiale forhold; objekter, utstyr, materiale og møbler; sensoriske, klimatiske og andre forhold). Det ble utført separate analyser for hver av kategoriene, basert på graderinger for begge aktiviteter samlet. Disse analysene ble

Inter-rater reliabilitet på kategorinivå				
		95 % KI for ICC		
Kategori <sup>1</sup>	ICC <sup>2</sup>	Nedre	Øvre	p
1. Rom/spatiale forhold (n = 23)	0,92	0,84	0,97	<0,001
2. Objekter, utstyr, materiale og møbler (n = 23)	0,84	0,69	0,93	<0,001
3. Sensoriske, klimatiske og andre forhold (n = 23)	0,95	0,90	0,98	<0,001

Tabell 4. Inter-rater reliabilitet på kategorinivå.

<sup>1</sup>Analysert utført for aktivitet 1 og 2 samlet;

<sup>2</sup>Intraklassekorrelasjonskoeffisient (ICC), estimert gjennom two-way mixed effects consistency modell; KI = konfidensintervall; n = antall observatører (ratere)

gjort for å undersøke om inter-rater reliabilitet var forskjellig for de ulike kategoriene i verktøyet.

### Faktornivå

Vi beregnet standardavvik (SD) for hver omgivelsesfaktor basert på graderinger for begge aktiviteter samlet. SD er et spredningsmål og størrelsen på SD indikerer hvor stor spredning det var i observatørenes graderinger av den aktuelle faktoren (høyere SD = større spredning/større uenighet). Disse analysene ble gjort for å identifisere hvilke fysiske omgivelsesfaktorer det var minst/mest enighet om.

### FORSKNINGSETIKK

Alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke til deltakelse. Studien ble gjennomført anonymt. Det ble altså ikke samlet inn opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner. Deltakerne fikk tilgang til det digitale spørreskjemaet gjennom en lenke distribuert av forskerne. Spørreskjemaet var utformet som en anonym løsning i Nettskjema, hvilket innebar at det ikke ble registrert informasjon om e-post eller IP-adresse. Studien var derfor ikke meldepliktig til Sikt. Informert samtykke ble innhentet ved at deltakerne måtte svare bekreftende på følgende innledende spørsmål i det digitale spørreskjemaet for å kunne komme videre: «Jeg bekrefter at jeg har fått informasjon om studien og at jeg samtykker til å delta». Samtykke ble således innhentet uten registrering av navn eller andre personidentifiserende opplysninger.

## Resultater

### INTER-RATER RELIABILITET PÅ VERKTØYNIVÅ

Tabell 3 viser inter-rater reliabilitet for EVA – Analyse av fysiske omgivelers påvirkning på aktivitetsutførelse (EVA fysiske omgivelser) på verktøynivå.

Hovedanalysene viste at EVA fysiske omgivelser

hadde utmerket inter-rater reliabilitet på verktøynivå, både når begge aktivitetene ble analysert samlet (ICC = 0,90,  $p < 0,001$ ), og når aktivitetene ble vurdert hver for seg (ICC<sub>Aktivitet1</sub> = 0,88,  $p < 0,001$ ; ICC<sub>Aktivitet2</sub> = 0,92,  $p < 0,001$ ). Subgruppeanalysene viste utmerket reliabilitet både blant ergoterapeuter som jobbet i spesialisthelsetjeneste (ICC = 0,83,  $p < 0,001$ ) og blant de som jobbet i kommunehelsetjeneste (ICC = 0,75,  $p < 0,001$ ). Når det gjaldt arbeidssted viste verktøyet utmerket reliabilitet blant de som jobbet innen somatisk helse (ICC = 0,87,  $p < 0,001$ ), god reliabilitet blant de som jobbet innen psykisk helse (ICC = 0,63,  $p < 0,001$ ) og akseptabel reliabilitet blant de som jobbet innen barns helse (ICC = 0,47,  $p = 0,005$ ). Reliabiliteten var noe sterkere blant de som oppga å ha god eller svært god analysekompetanse (ICC = 0,87,  $p < 0,001$ ), sammenliknet med de som mente å ha moderat analysekompetanse (ICC = 0,74,  $p < 0,001$ ). Reliabiliteten var også sterkere i gruppen som hadde forberedt seg grundig eller svært grundig i forkant (ICC = 0,88,  $p < 0,001$ ), sammenliknet med de som var mindre forberedt (ICC = 0,69,  $p < 0,001$ ).

### INTER-RATER RELIABILITET PÅ KATEGORINIVÅ

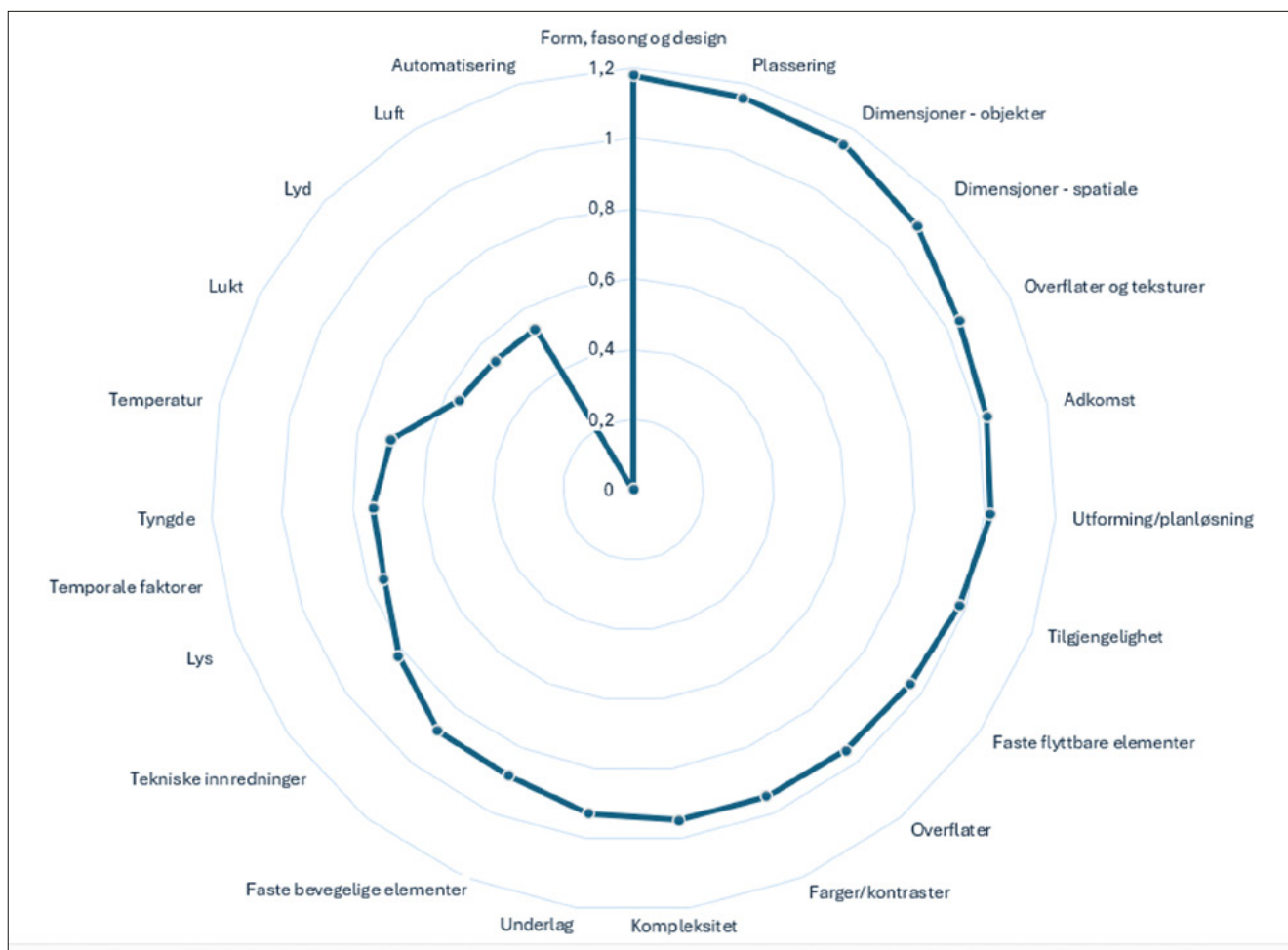
Tabell 4 viser inter-rater reliabilitet for EVA fysiske omgivelser på kategorinivå.

EVA fysiske omgivelser demonstrerte utmerket inter-rater reliabilitet innenfor alle de tre omgivelsekategoriene. Reliabiliteten var sterkest for kategorien sensoriske, klimatiske og andre forhold (ICC = 0,95,  $p < 0,001$ ), etterfulgt av rom/spatiale forhold (ICC = 0,92,  $p < 0,001$ ) og objekter, utstyr, materiale og møbler (ICC = 0,84,  $p < 0,001$ ).

### INTER-RATER RELIABILITET PÅ FAKTORNIVÅ

Analysen på faktornivå viste at det gjennomgående var betydelig enighet mellom observatørene om i hvilken grad omgivelsesfaktorene påvirket





Figur 2. Spredning i vurdering av omgivelsesfaktorer for aktivitet 1 og 2 samlet. Verdiene representerer standardavvik (SD) på en syvpunktsskala (-3 til +3, inkludert 0).

aktivitetsutførelse på tvers av de to aktivitetene. Hver faktor ble skåret på en syvpunktsskala (-3 til +3, inkludert 0), og 16 av de 23 faktorene hadde et SD på mindre enn 1,00. Det var størst enighet om faktoren automatisering (SD = 0,00), etterfulgt av sensoriske/klimatiske forhold som luft (SD = 0,54), lyd (SD = 0,54), lukt (SD = 0,56) og temperatur (SD = 0,70). Det var minst enighet om faktorene form, fasong og design (SD = 1,18), plassering (SD = 1,16) og dimensjoner - objekter (SD = 1,15), som alle sorterer i kategorien objekter, utstyr, materiale og møbler. Spredningen på samtlige omgivelsesfaktorer er illustrert i Figur 2.

## Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke inter-rater reliabilitet ved verktøyet EVA – Analyse av fysiske omgivelers påvirkning på aktivitetsutførelse (EVA fysiske omgivelser), et nylig utviklet generisk verktøy for analyse av de fysiske omgivel-

senes påvirkning på aktivitetsutførelse. En studie gjennomført i 2024 (Jespersen et al., 2025) antyder at ergoterapeuter opplever EVA fysiske omgivelser som nyttig og brukervennlig, men det har ikke tidligere blitt undersøkt hvorvidt verktøyet er i stand til å generere reliabel vurdering og dokumentasjon av fysiske aktivitetsomgivelser på tvers av ulike ergoterapeuter. I foreliggende studie ble det undersøkt om EVA fysiske omgivelser viste tilfredsstillende inter-rater reliabilitet når verktøyet ble benyttet av 23 ergoterapeuter til å vurdere to ulike aktivitetsutførelser. Det ble også undersøkt om ulike deler av verktøyet fungerte forskjellig, og derfor ble det utført separate analyser for hver av de tre delene (omgivelseskategoriene) i EVA fysiske omgivelser, så vel som for hver av omgivelsesfaktorene knyttet til de tre kategoriene. Det var også et poeng å undersøke om verktøyet fungerte ulikt avhengig av kjennetegn ved ergoterapeutene som gjennomførte kartleggingen. Derfor ble det utført subgrup-

peanalyser basert på ergoterapeutenes arbeidssted, fagfelt, analysekompetanse og grad av forberedelser i forkant av studien.

Resultatene viste at EVA fysiske omgivelser gjennomgående hadde god til utmerket inter-rater reliabilitet. Dette innebar at ulike observatører, uavhengig av hverandre, vurderte omgivelsene likt da de observerte de samme aktivitetene. Sagt på en annen måte: Verktøyet syntes å være godt i stand til å kartlegge de fysiske omgivelsenes påvirkning på aktivitetsutførelse. Det sterke samsvaret mellom graderinger foretatt av ulike observatører tyder på at kartleggingsresultatene reflekterer de faktiske faktorene i omgivelsene snarere enn individuelle variasjoner i hvordan ergoterapeuter vurderer omgivelser som påvirker aktivitetsutførelse. Tidligere forskning som har undersøkt inter-rater reliabilitet ved andre liknende kartleggingsverktøy har funnet moderat til høy reliabilitet, eksempelvis knyttet til verktøyene Housing Enabler (Helle et al., 2014; Iwarsson et al., 2005), REIS (Harrison et al., 2023) og WEIS (Kielhofner et al., 1999). Resultatene for EVA fysiske omgivelser er sammenliknbare og antyder gjennomgående noe sterkere inter-rater reliabilitet for dette verktøyet.

I motsetning til andre instrumenter benyttet for å kartlegge omgivelser er EVA fysiske omgivelser ment å være et generisk verktøy (Jespersen et al., 2025). Verktøy som Housing Enabler, REIS og WEIS er knyttet til spesifikke aktivitetskontekster (f.eks. hjem, skole eller arbeid) (Corner et al., 1997; Ellingham & Jakobsen, 2003; Fisher et al., 2014; Iwarsson & Slaug, 2001, 2010), mens EVA fysiske omgivelser tar sikte på å gjøre det mulig å analysere og vurdere omgivelsenes påvirkning på tvers av aktivitetskontekster. Verktøyet må derfor være reliabelt på tvers av aktivitetstyper, -kontekster, bruker-/pasientgrupper og ergoterapeutgrupper. Studiens resultater antyder at EVA fysiske omgivelser kan fungere tilfredsstillende som et generisk kartleggingsverktøy. Inter-rater reliabiliteten var utmerket for de to ulike aktivitetsutførelsene og de tre delene (kategoriene) i verktøyet fungerte tilnærmet like godt. Reliabiliteten var utmerket både blant ergoterapeuter som jobbet i spesialisthelsetjeneste og blant de som jobbet i kommunehelsetjeneste. EVA fysiske omgivelser fungerte også tilfredsstillende på tvers av ergoterapeutenes fagfelt, analysekompetanse og grad av forberedelse i forkant av studien.

EVA fysiske omgivelser var mest reliabelt blant ergoterapeuter som i utgangspunktet var godt

forberedt, som hadde god analysekompetanse og som jobbet i spesialisthelsetjenesten innenfor somatisk helse. Verktøyet viste likevel god reliabilitet blant ergoterapeuter i kommunehelsetjeneste og innen psykisk helse, og også blant terapeuter som hadde moderat analysekompetanse og som var lite forberedt i forkant av studien. Resultatene viste noe svakere reliabilitet blant ergoterapeuter som jobbet med barns helse. Dette kan skyldes at aktivitetsutførelsene som ble vist i liten grad samsvarer med aktiviteter og -kontekster som terapeuter i dette fagfeltet jobber med til daglig. Alternativt kan det skyldes metodiske utfordringer knyttet til at det i denne studien kun var tre ergoterapeuter i utvalget som oppga å jobbe med barns helse. Når inter-rater reliabilitet estimeres på grunnlag av få observasjoner er det risiko for at resultatet blir mindre nøyaktig og pålitelig som følge av større sannsynlighet for at tilfeldige variasjoner påvirker resultatene, hvilket kan føre til lavere reliabilitetsestimater (Mehta et al., 2018).

I separate analyser av de enkelte fysiske omgivelsesfaktorene var det gjennomgående stor enighet mellom ergoterapeutene med hensyn til hvordan faktorene skulle graderes. Det var imidlertid en svak tendens til at det var mest enighet om gradering av sensoriske og klimatiske faktorer, og noe mindre enighet om faktorer relatert til objekter og gjenstander som ble benyttet i aktivitetene. En mulig forklaring på denne tendensen kan være at forhold som objektform/-fasong, plassering og objektdimensjonering er mer komplekse enn faktorer som luft, lyd og lukt, hvilket kan ha ført til noe mer variasjon i vurdering av objektrelaterte faktorer. Tendensen kan også skyldes at den faktiske kompleksiteten ved sensoriske/klimatiske faktorer er vanskelig å få frem i videoformat, hvilket kan ha resultert i at disse faktorene ble vurdert som noe mer konstante enn dersom aktivitetsutførelsene hadde blitt observert fysisk.

## METODISKE BETRAKTNINGER

Dette er den første studien som undersøker måleegenskaper ved EVA fysiske omgivelser. Det er en styrke ved denne studien at den bygger på data fra mange observatører (N = 23) som har vurdert omgivelsenes påvirkning i to ulike aktivitetsutførelser i form av et betydelig antall uavhengige faktorgraderinger (N = 23-46). Den statistiske styrken i en studie som undersøker inter-rater reliabilitet bestemmes av forholdet mellom antall observatører og antall

observasjoner. Studien hadde tilfredsstillende styrke, gitt en styrkeberegning basert på  $\alpha = 0,05$  og  $\beta = 0,20$  (Walter et al., 1998). Det relativt store utvalget gjorde det mulig å gjennomføre subgruppeanalyser i tillegg til hovedanalysene. Subgruppeanalyser var helt nødvendig i og med at EVA fysiske omgivelser er utviklet som et generisk verktøy som skal kunne brukes på tvers av aktiviteter og kontekster av ergoterapeuter innen ulike fagfelt og med ulik erfaring og kompetanse.

Studien har imidlertid noen viktige begrensninger. Ergoterapeutene som deltok i studien var ikke tilfeldig utvalgt. Deltakerne ble rekruttert blant ergoterapeuter som hadde gjennomført EVA-kurs, blant deltakere på en EVA-workshop samt via åpen påmelding distribuert gjennom sosiale medier og EVA-bloggen (Ellingham et al., u.å.). Denne rekrutteringsstrategien kan ha medført at deltakerne var noe mer interesserte og kompetente i aktivitetsanalyse og EVA-systemet enn ergoterapeuter flest, hvilket kan ha gitt en seleksjonsskjevhet. Inter-rater reliabiliteten identifisert i denne studien kan dermed fremstå som noe sterkere enn dersom deltakerne hadde blitt tilfeldig rekruttert fra ergoterapeutpopulasjonen. På den annen side viste resultatene at EVA fysiske omgivelser var reliabel også blant ergoterapeuter som kun hadde moderat analysekompetanse og som var lite forberedt før studien.

Deltakerne observerte aktivitetsutførelsene i form av video og var ikke til stede i de faktiske fysiske omgivelsene. Deltakerne ble vist to ulike aktivitetsutførelser, men disse er ikke nødvendigvis dekkende for alle aktiviteter ergoterapeuter møter i sin kliniske praksis. Videre forskning kan med fordel fokusere på ekstern validitet ved å teste verktøyets reliabilitet i reelle omgivelser som er aktuelle i klinisk praksis.

Ved beregning av inter-rater reliabilitet benyttet vi en estimeringsmodell som fokuserte på konsistens mellom observatører snarere enn absolutt samsvar mellom observatører. Erfaringsmessig kan konsistensmodeller gi noe høyere reliabilitetsestimater enn modeller basert på absolutt samsvar (Koo & Li, 2016). Det ble vurdert som viktigere å få et bilde av konsistensen (graderingstendensen) mellom observatørene heller enn i hvilken utstrekning de landet på nøyaktig samme gradering. Dette dels fordi graderingene ble gjort på en syvpunktsskala, og dels fordi det i komplekse vurderinger av omgivelsenes påvirkning på aktivitetsutførelse nødvendigvis vil være noe innslag av subjektivitet. Å kreve at observatørene skulle lande på identiske graderinger ville vært urimelig strengt.

Det er viktig å merke seg at inter-rater reliabilitet er én av flere viktige måleegenskaper ved et kartleggingsverktøy (Gagnier et al., 2021). Videre forskning kan med fordel utforske flere egenskaper ved EVA fysiske omgivelser, eksempelvis intra-rater reliabilitet, altså hvor like graderingene blir når samme observatør vurderer samme aktør og aktivitetsutførelse flere ganger med relativt korte mellomrom. Det kan også være interessant å undersøke verktøyets konvergente validitet, altså i hvilken grad vurdering av aktivitetsutførelse gjort ved hjelp av EVA fysiske omgivelser samsvarer med vurdering av samme aktivitetsutførelse med andre relevante kartleggingsverktøy. Inter-rater reliabilitet er imidlertid en svært viktig måleegenskap for kartleggingsverktøy som benyttes ved observasjon i naturlige kontekster. Denne studien utgjør derfor et viktig bidrag.

EVA fysiske omgivelser er begrenset til de fysiske omgivelsene. Videre fagutviklingsarbeid kan med fordel fokusere på utvikling av et generisk verktøy for analyse av de psykososiale omgivelsenes påvirkning på aktivitetsutførelse.

## KONKLUSJON

Formålet med denne studien var å undersøke inter-rater reliabilitet ved verktøyet EVA – Analyse av fysiske omgivelers påvirkning på aktivitetsutførelse (EVA fysiske omgivelser). Resultatene viste gjennomgående at verktøyet hadde god til utmerket reliabilitet samt at verktøyet fungerte godt med hensyn til ulike aktiviteter og kontekster, både blant ergoterapeuter på ulike arbeidsteder, innen ulike fagfelt og med ulik analysekompetanse. Resultatene indikerer dermed at EVA fysiske omgivelser er et reliabelt generisk verktøy for analyse av fysiske omgivelers påvirkning på aktivitetsutførelse. Videre forskning bør teste verktøyets reliabilitet i flere situasjoner innen ulike praksisområder og for flere aktiviteter.

## Referanser

- Asunta, P., Viholainen, H., Ahonen, T., & Rintala, P. (2019). Psychometric properties of observational tools for identifying motor difficulties - a systematic review. *BMC Pediatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1657-6>
- Bonsaksen, T., & Ellingham, B. (2017). *Klinisk resonering i ergoterapi*. Mankoni media.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>



- Clark, E. G., Jespersen, L. F., Ellingham, B., & Brovold, T. (2014). Fra skolepulten til kjøkkenbenken. *Ergoterapeuten*, 57(1), 26-34.
- Corner, R. A., Kielhofner, G., & Lin, F.-L. (1997). Construct validity of a work environment impact scale. *Work*, 9(1), 21-34. <https://doi.org/10.3233/WOR-1997-9104>
- Ellingham, B., Clark, E. G., & Jespersen, L. F. (u.å.). *EVA-blogg. Ergoterapi analyse og vurdering av aktivitet (EVA)*. <https://eva933.wordpress.com/>
- Ellingham, B., & Jakobsen, K. (2003). *Work Environment Impact Scale. Brukermanual, norsk versjon* (HiO-rapport 2003 nr. 38). Høgskolen i Oslo.
- Ellingham, B., Jespersen, L. F., & Clark, E. G. (2023). *EVA 2023. Ergoterapi analyse og vurdering av aktivitet. Manual for analyse, vurdering og dokumentasjon av aktivitetsutførelse*. <https://eva933.wordpress.com/nedlasting-av-eva-dokumenter-og-skjemaer/>
- Feldborg, M. B., & Røhl, M. L. R. (2019). Aktivitetsanalyse i ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples, & U. Pedersen (red.), *Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltakelse i hverdagslivet* (4. utg., s. 181-196). Munksgaard.
- Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). *Powerful practice. A model for authentic occupational therapy*. Center for innovative OT solutions.
- Fisher, G., Forsyth, K., Harrison, M. B., Angarola, R., Kayhan, E., Noga, P. L., Johnson, C., & Irvine, L. (2014). *Residential Environment Impact Scale (REIS) version 4.0*. Model of Human Occupation Clearinghouse: University of Illinois at Chicago.
- Gagnier, J. J., Lai, J., Mokkink, L. B., & Terwee, C. B. (2021). COSMIN reporting guidelines for studies on measurement properties of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, 30, 2197-2218. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02822-4>
- Harrison, M., Forsyth, K., Murray, A. L., Angarola, R., HENDERSON, S., Irvine Fitzpatrick, L., & Fisher, G. (2023). Establishing the measurement properties of the Residential Environment Impact Scale (Version 4.0). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 30(6), 898-907. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2143891>
- Helle, T., Nygren, C., Slaug, B., Brandt, A., Pikkarainen, A., Hansen, A.-G., Petursdottir, E., & Iwarsson, S. (2014). The Nordic Housing enabler: inter-rater reliability in cross-Nordic occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 71-79. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952907>
- Hersch, G. I., Lamport, N. K., & Coffey, M. S. (2005). *Activity analysis: application to occupation*. Slack.
- Iwarsson, S., Nygren, C., & Slaug, B. (2005). Cross-national and multi-professional inter-rater reliability of the Housing Enabler. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12(1), 29-39. <https://doi.org/10.1080/11038120510027144>
- Iwarsson, S., & Slaug, B. (2001). *The housing enabler. An instrument for assessing and analysing accessibility problems in housing*. Vetén & Skapen HB & Slaug Data Management.
- Iwarsson, S., & Slaug, B. (2010). *Screeningverktøyet housing enabler - kortfattet manual*. Vetén & Skapen HB & Slaug Data Management.
- Jespersen, L. F., Clark, E. G., & Ellingham, B. (2014). Klinisk bruk av ferdighetsanalyse fra EVA-systemet i observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse. *Ergoterapeuten*, 57(4), 60-69.
- Jespersen, L. F., Clark, E. G., Thørrisen, M. M., & Ellingham, B. EVA - Analyse av fysiske omgivelers påvirkning på aktivitetsutførelse. Utvikling og nytteverdi av et kartleggingsverktøy. (2025) *Ergoterapeuten*, 68(2), 20-30.
- Kielhofner, G. (2010). *MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdanning og praksis* (2. utg.). Munksgaard.
- Kielhofner, G., Lai, J. S., Olson, L., Haglund, L., Ekbadh, E., & Hedlund, M. (1999). Psychometric properties of the work environment impact scale: a cross-cultural study. *Work*, 12(1), 71-77.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupational model: a transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1(1), 30. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.30>
- Mehta, S., Bastero-Caballero, R. F., Sun, Y., Zhu, R., Murphy, D. K., Hardas, B., & Koch, G. (2018). Performance of intraclass correlation coefficient (ICC) as a reliability index under various distributions in scale reliability studies. *Statistics in Medicine*, 37(18), 2734-2752. <https://doi.org/10.1002/sim.7679>
- Mokkink, L. B., Eekhout, I., Boers, M., van der Vleuten, C. P., & de Vet, H. C. (2023). Studies on reliability and measurement error of measurements in medicine – from design to statistics explained for medical researchers. *Patient Related Outcome Measures*, 14, 193-212. <https://doi.org/10.2147/PROM.S398886>
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A., & Craik, J. (2007). Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP-E). I E. A. Townsend & H. J. Polatajko (red.), *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision of health, well-being, & justice through occupation* (s. 22-36). CAOT publications.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>
- Taylor, R. (2017). Introduction to the model of human occupation. I R. R. Taylor (red.) *Kielhofner's model of human occupation: Theory and application* (s. 57-73). Lippincott Williams and Wilkins.
- Thomas, H. (2023). *Occupational and activity analysis* (3. utg.). Slack.
- Walter, S. D., Eliasziw, M., & Donner, A. (1998). Sample size and optimal designs for reliability studies. *Statistics in Medicine*, 17(1), 101-110. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0258\(19980115\)17:1%3C101::AID-SIM727%3E3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0258(19980115)17:1%3C101::AID-SIM727%3E3.0.CO;2-E)



Foto: Silje Robinson

**NAVN:**

Anne Therese Kjellekvold Hatle

**STILLING:**

Stipendiat på UiB, medisinsk fakultet, institutt for global helse og samfunnsmedisin, senter for alder- og sykehjemsmedisin. I permisjon fra stilling som høyskolelektor på HVL

# Bruk av digitale sensorer i kartlegging av atferdssymptomer og endringer hos sykehjemsbeboere med demens

Av Sissel Horghagen

**– Hvem er Anne Therese Hatle?**

– Jeg er (blant annet) ergoterapeut, lektor, forsker, ektefelle, mor, søster og datter. Jeg er utdannet ergoterapeut i Trondheim, og jeg har arbeidet klinisk som ergoterapeut i Bergen i 22 år siden det. Jeg har arbeidet i tjenester for utviklingshemmede, med hjemmeboende voksne og aller mest med kommunal rehabilitering for eldre.

Etter ferdigstilt Master i Kunnskapsbasert praksis i helsefag i 2021 startet jeg i 2022 som høyskolelektor på ergoterapiutdanningen i Bergen, en arbeidsplass hvor jeg trives svært godt. I dag har jeg permisjon fra stillingen på HVL i fire år for å gjennomføre en ph.d. på Universitetet i Bergen.

På «fritiden» er jeg gift og har tre barn i ung voksen alder, hvor to fortsatt bor hjemme. Jeg har hund og katt, liker å gå turer, reise, være sammen med familie og venner, se på (ikke utøve) håndball og strikke.

**– Hva forsker du på?**

– Jeg forsker på atferdssymptomer og atferd-

sendringer blant sykehjemsbeboere med kognitiv svikt og/eller demens. Jeg undersøker hvordan sensordata fra smartklokker og radarinstallasjoner kan fange opp agitasjon, og hvordan agitasjon endrer seg i livets siste fase.

Min forskning er en del av et større ERC-finansiert prosjekt med Bettina Husebø som prosjekteier. «Decoding Death and Dying in people with Dementia by Digital thanotyping» (5-D) er en observasjonsstudie hvor digitale sensorer benyttes for å undersøke hvorvidt disse kan fange opp ulike belastende symptomer som smerter og psykologiske og atferdsmessige symptomer hos personer med demens.

Dette er en sårbar gruppe som ofte kan ha vansker med å kommunisere egne behov, noe som gjør det ekstra utfordrende når mange belastende symptomer måles med kartlegging basert på egenrapportering. Målet for 5-D er å øke kunnskap om symptombelastning og livets slutt for å bedre kunne predikere når døden nærmer seg. Ved å måle symptomer kontinuerlig med digitale senso-

rer, vil dette potensielt kunne støtte de mer subjektive observasjonene og bidra til kunnskapsbaserte vurderinger for personbasert behandling, verdighet og forberedelse til livets siste fase.

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

– Det er et veldig vanskelig spørsmål. Nå for tiden leser jeg mye om teknologi og hvordan det kan brukes for å måle både aktivitet og atferd. Disse artiklene kan være svært tekniske, og da oppleves det nesten befriende å lese andre type artikler.

Nylig har jeg lest en artikkel av Smith et. al., hvor en biopsykososial forståelse av atferdssymptomer hos mennesker med demens undersøkes. Med et utgangspunkt i at dagens medisinske kartlegging av adferd ofte baserer seg på en antagelse om at symptomene er en manifestering av sykdom, undersøker Smith hvordan adferd også kan sees på som et resultat av eksterne triggere. Studien er kvalitativ, hvor beskrivelser av symptomer gjennomført med kartleggingsredskapet NPI-NH (Neuropsychiatric Inventory- Nursing Home edition) analyseres og tematiseres i ulike mulige årsaker til adferd.

Å forstå belastende atferd hos mennesker med demens som noe annet en psykiatiske symptomer, vil ha stor innflytelse på hvilke tiltak som igangsettes og hvorvidt medikamenter er en del av behandlingen. Eksempler er når det å «spørre etter sin avdøde ektefelle» tolkes som en vrangforestilling i stedet for et hukommelsesproblem, eller «setter seg imot hjelp fra enkelte pleiere» tolkes som agitasjon, men kan også være et uttrykk for nedsatt evne til forståelse og kommunikasjon. Med en biopsykososial forståelse vil behandlingen først være rettet mot tilpassing fra og av omgivelsene, som ligger mitt ergoterapi-hjerte nært.

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

– Jeg mener vi trenger mer forskning på effekt av konkrete tiltak rettet mot ulike brukergrupper. Som klinisk ergoterapeut søkte jeg stadig etter kunnskapsgrunnlaget bak spesifikke tiltak, men det var ikke lett å finne, annet enn effekt av ergoterapi generelt. Ergoterapi er så mye, og vi gjør en stor forskjell både for enkeltmennesker og for samfunnet. Mer spesifikk forskning vil kunne hjelpe ergoterapeuter til å ta gode og kunnskapsbaserte behandlingsvalg.

## Referanser

- Hatle, A. T., & Rørlien, K. (2021). Oppsummert forskning om effekt av gruppeintervensjon til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade–en systematisk oversikt (Master's thesis, Høgskulen på Vestlandet).
- Smith, S. J., Griffiths, A. W., Creese, B., Sass, C., & Surr, C. A. (2020). A biopsychosocial interpretation of the Neuropsychiatric Inventory–Nursing Home assessment: reconceptualising psychiatric symptom attributions. *BJPsych Open*, 6(6), e137.

## FYSIKALSKE HJELPEMIDLER FOR BARN, UNGDOM OG VOKSNE

Vi leverer til fysioterapeuter,  
klinikker, institusjoner og  
privatpersoner  
i hele landet!



Nå med  
instruksjonsvideoer  
på helt ny nettside!

[www.bamseprodukter.no](http://www.bamseprodukter.no)



# Stolpejakten – supert også for de med nedsatt funksjonsevne

**Stolpejakten er en turaktivitet der man leter etter stolper som hvert år blir satt ut på forskjellige steder i en by, tettsted eller i naturen. Stolpene kan du finne over nesten hele landet i sommerhalvåret.**

Av Liv Hopen & Lars Fremstad



*Liv Hopen er leder av Ergoterapeutenes seniorforum.*



*Lars Fremstad er kontaktperson i Foreningen for Stolpejakten.*

**S**tolpene kan registreres både manuelt, digitalt og ved å laste ned en app på mobilen, slik at man kan scanne QR-koden som hver stolpe er utstyrt med.

## HVORDAN STARTER JEG?

Det første du trenger for å være med på stolpejakten, er kartet hvor stolpene er tegnet inn.

Kartet eksisterer i to versjoner:

- 1 Stolpejakten-appen kan lastes ned gratis fra Google Play eller AppStore.
- 2 Fysisk kartbrosjyre er å finne gratis hos diverse utsalgssteder og institusjoner (dette varierer fra kommune til kommune). Kart i pdf-format, der det er laget, kan skrives ut ved å logge seg inn på [www.stolpejakten.no](http://www.stolpejakten.no).

Når kart er på plass, er det bare å komme seg ut og finne stolper. Når du finner en stolpe, kan du registrere deg i appen eller notere deg koden som er på stolpen.

## HVOR SPREK MÅ MAN VÆRE?

Stolpejakten er et gratis tilbud. Foreningen Stolpejakten har som mål å bidra til fysisk aktivitet blant folk flest i hele landet.

Folk i alle aldre kan delta. Det er ulike vanskelighetsgrader på stolpejakten! Noen stolper kan være lettere å finne, mens andre kan kreve mer tid og innsats. Det er en flott måte å tilpasse jakten etter eget nivå, erfaring og lyst. Stolpene har følgende vanskelighetsgrader:

- GRØNN – veldig enkel, kan nåes med sykkel og rullestol



*Stolpejakten går ut på å finne stolper sentralt plassert i ulike kommuner.*

- BLÅ – enkel
- RØD – medium
- SVART – vanskelig

Stolpejakten tar sikte på å legge til rette for å aktivisere unge og gamle, inaktive, skoleelever, syklistere, funksjonshemmede og rullestolbrukere – eller de som rett og slett ønsker å gjøre seg bedre kjent i byen og distriktet.

## HVORDAN FUNGERER STOLPEJAKTEN?

### 1. Finn et kart

Du kan bruke Stolpejakten app eller nettsiden [www.stolpejakten.no](http://www.stolpejakten.no) eller hente et fysisk kart på ulike steder i kommunene, hvis det tilbys. Kartet viser hvor stolpene er plassert.

### 2. Let etter stolper

Hver stolpe har en unik kode og/eller QR-kode. Du finner dem gjerne i parker, langs stier, i boligområder og av og til i mer urbane strøk.

### 3. Registrer funnene dine

Når du finner en stolpe, registrerer du koden i appen eller på nettsiden. Du kan samle poeng og se statistikk over hvilke stolper du har funnet.

### 4. Sesonger og premier

Stolpejakten følger ofte en sesong, som varer fra våren til høsten. Noen steder har premier eller trekninger blant deltakere. Sesongen varer fra mars og ut året, men det er lokale variasjoner på varighet innenfor denne tidsperioden.

## HVORDAN REGISTRERER DU STOLPENE?

Du velger selv hvor mange stolper du finner. Uansett er det artig å ha oversikten over hvordan man ligger an! Dette gjøres ved å registrere stolpene, enten elektronisk med app eller via vår nettportal, eller manuelt ved å fylle inn direkte på kartet. For å registre elektronisk kreves en konto. Dette er og vil alltid være gratis! Du kan opprette det på [www.stolpejakten.no](http://www.stolpejakten.no)

Hver stolpe er påtrykt en kode og en QR-kode. For manuell registrering noteres koden rett på kartet, som senere sendes inn. For elektronisk registrering brukes enten Stolpejakten-appen for å skanne stolpenes QR-koder, eller innplotting av koden i din konto på Stolpejakten nettside (for å gjøre dette, logg inn i menyen til høyre). Så enkelt er det!

## FINNES STOLPEJAKTEN DER JEG BOR?

På [www.stolpejakten.no](http://www.stolpejakten.no) finner du årets områdeo-

versikt, en tabell som viser hvem som arrangerer stolpejakt, og når det er kartslipp. Trykk på arrangøren i listen for å vise mer informasjon.

## HVORFOR ER STOLPEJAKTEN POPULÆR?

- Den kombinerer mosjon, friluftsliv og påfyll av kultur og historie.
- Den er gratis og lett tilgjengelig.
- Du kan gjøre det alene, med venner eller som familieaktivitet.
- Den gir en morsom grunn til å utforske nye områder i nærmiljøet ditt.

## STOLPEJAKTEN ANBEFALES

Ergoterapeutenes Seniorforum vil anbefale Stolpejakten til alle pensjonerte ergoterapeuter med familie og venner samt alle aktive ergoterapeuter og deres brukere.

**God tur!**



Hver stolpe er påtrykt en kode og en QR-kode.



# Dagsenter for hjemmeboende personer med Huntington sykdom i Oslo-området

**Dagsenteret gir mulighet til å møte andre med samme sjeldne diagnose i trygge omgivelser – et sosialt miljø som kan gi opplevelse av tilhørighet og stabilitet. Det gir også mulighet for tidlig kontakt med helsepersonell som har erfaring med Huntington sykdom. Dette kan være nyttig i forbindelse med en sykdom som utvikler seg over tid.**

Av Jesper Dahl Eriksen & Marianne Gjengedal

**P**å dagsenteret ved NKS Grefsenlia ønsker vi å skape gode, meningsfulle dager for personer med Huntington sykdom.

Vi tilbyr et strukturert dagsprogram med plass til både aktivitet og hvile:

- individuelt tilpasset trening i godt utstyrt treningsrom med fysioterapeut
- funksjonsvurdering og kartlegging
- kartlegging av problemer med

å svelge (dysfagi)

- miljøterapi og miljøterapeutiske tiltak
- fellesaktiviteter som kortspill, ønskekonsert, quiz, avislesing og kreativt verksted ved høytider
- fellesmåltider: frokost, middag og mellommåltider med fokus på god ernæring i rolige omgivelser
- gåturer i nærområdet
- ukentlige utflukter der brukerne selv bidrar med forslag. Aktiv-

tetsplan legges ut månedlig på vår nettside.

Ansatte ved dagsenteret deltar i ansvarsgruppemøter i samarbeid med kommuner og bydeler ved behov.

## VIL DU VITE MER?

Ta gjerne kontakt med oss – vi hjelper deg videre i prosessen.

Avdelingskoordinator kan nås på telefon 22091521 eller på mail: [firmapost@grefsenlia.no](mailto:firmapost@grefsenlia.no).

**Sted:** NKS Grefsenlia AS i Aschehougsvei 37, 0587 OSLO

**Åpent:** Tirsdager og torsdager fra 09.00-15:00

**For hvem:** Personer med Huntington sykdom som bor hjemme

**Innhold:** Miljøterapi, fellesmåltider, aktiviteter, individuell og gruppebasert trening, samt ukentlige utflukter (f.eks. tur til Frognerseteren, bowling, kino eller hageaktiviteter)

**Helsepersonell:** Sykepleiere, ergoterapeut, fysioterapeuter og helsefagarbeidere

**Hvordan få plass:** Vedtak fattes av bydel/kommune. Vi samarbeider tett med kommunale tjenester og deltar i ansvarsgruppemøter.



*Det er mulig å få individuell trening med fysioterapeut.*



*Dagsenteret drar på ukentlige utflukter.*



# Presseklipp

Av Else Merete Thyness

**Ergoterapeuter er stadig å se i media. Her er et lite utvalg fra den siste måneden.**

**ÅSANE TIDENDE 07.06.25**

## Speedball og boksekamp på Leikvang stadion

**For første gang arrangeres det årlige Fun Games-arrangementet for mennesker med utviklingshemming på Leikvang stadion. Også 24 ergoterapistudenter fra første studieår var med som en del av sin praksis.**

**F**un Games, det årlige idrettsarrangementet for mennesker med utviklingshemming, blir arrangert av dagsentertjenesten i Bergen kommune. Vanligvis holdes det på Fana stadion, men i år hadde arrangementet flyttet til Leikvang, til stor glede for mange.

De var 40 deltakere fra Eidsvåg dagsenter, kledd i rød t-skjorte og et stort smil. I alt byr Fun Games på 13 ulike aktiviteter, fra boccia og 60-meter til sanseseil og potetløp. Arrangementet er lagt opp slik at alle skal kunne delta og lykkes.

### ERGOTERAPISTUDENTER

Også 24 ergoterapistudenter fra første studieår var med som en del av sin praksis. De fulgte deltakerne, hjalp til og ble kjent med en målgruppe mange av dem skal jobbe med i fremtiden.

Andreårselever fra idrettslinjen på Stend videregående skole stilte som aktivitetsledere, mens Bergens



*Tore Kjell fra Morvik deltok på Fun Games.*

*Foto: Thomas Gangstøe*

Beste Band med musikere fra tre dagsentre, sørget for musikken.

**AGDER FLEKKEFJORD TIDENDE 07.06.25**

## Sier ja til VAR

**Jan Røgenes er utdannet ergoterapeut og jobber på Flekkefjord sykehus. Han har nå spilt tre sesonger for Flekkefjord fotballklubb (FFK).**

**V**ed siden av å være positiv til VAR, sier han i et intervju i Agder Flekkefjord tiden- de at han heier på Manchester United, at hans favorittspiller gjennom tidene er Lionel Messi og at det beste med Flekkefjord by er at den ikke er for stor, folk kjenner hverandre.



*Ergoterapeut Jan Røgenes spiller også fotball.*



*– Hyggelige og trygge omgivelser er viktig for å bygge gode relasjoner, og det er avgjørende for god behandling, sier Hans Rajinder Paul.*

## Godt forberedt på vold

**For ergoterapeut Hans Rajinder Paul handler det om å få til best mulig samspill med pasientene han møter i psykiatrien. Han har spesialisert seg på voldsrisiko og sikkerhet og ser hvordan god tilrettelegging hjelper.**

Av Øyvind Røsøvåg Hagen/  
Diakonhjemmet sykehus



*Hans Rajinder Paul og sykepleier Bård Jørgensen jobber sammen i Akuttpsykiatrisk døgnet ved Vindern.*

**H**ans Rajinder Paul jobber i Akuttpsykiatrisk døgnet ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vindern. Dit kommer mennesker med alvorlige psykoser, mani, depresjoner, vrangforestillinger, selvmordsplaner, selvmordsforsøk, rusutløste psykoser, delirium og betydelig endring i atferd. I snitt er det mellom 500-600 innleggelser i året. Voldelig atferd kan også være en utfordring.

Paul har alltid hatt hjerte for folk som faller litt utenfor normalen. Det var kanskje derfor han hoppet av pedagogikk på univer-

sitetet, og gikk over til ergoterapi.

– Det er mange som føler seg utenfor, og i en avdeling som vår, kan du lett miste enda mer av hvem du er. Å bygge fellesskapsfølelse og bidra til normalitet i en håpløs tilværelse er viktig. Som ergoterapeut kan jeg tilrettelegge for å finne tilbake til jeg-et.

### **FRA HÅPLØSHET TIL MESTRING**

Pasienter i akuttpsykiatrien kan håndtere følelser og tanker på en destruktiv og skadelig måte. Kjerneoppgaven som ergoterapeut er å tilrettelegge for andre alternativer å håndtere det på, for

## «Vi må møte folk med respekt og vennlighet.»

*Hans Rajinder Paul*

eksempel gjennom fysisk aktivitet eller kreativt arbeid. Det er ekstra viktig å tilby aktiviteter til pasienter på skjermet avsnitt. De har ofte høyere voldsrisiko og større behov for å få utløp for inne-stengt energi og fortvilelse.

– Jeg kan for eksempel ta med spill eller treningsutstyr på skjermet avsnitt. Hvis behandler-teamet vurderer det som faglig forsvarlig og trygt, kan det å gå ut være godt for pasienten. Musikk kan også gjøre en stor forskjell.

### DET FØRSTE MØTET ER VIKTIG

– Det er ikke slik at vi opplever vold og trusler hver eneste dag. Det varierer mye, og det er kan-skje den variasjonen i pasientmø-ter og problemstillinger som gjør at folk blir i jobben, sier Paul.

På akuttpsykiatrisk døgnerhet handler behandling også om å hjelpe til med basale behov som mat og drikke, og å vise at man vil hjelpe. Da er det viktig å vise interesse for hvem pasienten er, spørre pasienten om hva hen er interessert i og hva pasienten ønsker å få ut av oppholdet. Gjennomsnittlig liggetid er seks dager.

– Det første møtet er spesielt viktig. Vi må møte folk med respekt og vennlighet. Vi kommer ofte langt med å si unnskyld hvis pasienten opplever våre tiltak som feil eller utilstrekkelig. Vi kan ikke ta fra pasienten sin opplevelse av noe, og noen ganger kan vi selv ha en dårlig dag, eller møte en situasjon feil.

### LÆRER OPP KOLLEGER

I tillegg til jobben som spesialergoterapeut har Paul et engasjement som fagrådgiver voldsrisiko og sikkerhet på hele Diakon-hjemmet sykehus. Han driver med kurs og opplæring og har produsert flere filmer til VR-un-dervisning. Han er MAP-instruk-tør og -koordinator, og lærer sine kolleger å avverge vold. MAP står for Møte med aggresjons-problematikk. Det er et nasjonalt opplæringsprogram for forebyg-ging og håndtering av aggresjon og vold.

– Det skjer heldigvis få alvor-lige voldsepisoder, men det er viktig å være forberedt om det skjer, sier han.

### SE VÅRE BEGRENSNINGER

Oppstår det en hendelse med aggresjon eller vold på de psyki-atriske enhetene, har de ansatte voldsalarm. Når alarmen går kom-mer kolleger til, som er trent på å håndtere situasjonen.

– Det er viktig å huske på at vi skal løse krevende situasjoner som et team og ikke alene. Vi må se våre begrensninger, og noen ganger skal man trekke seg tilbake. Det hender vi går ut fordi pasienten roer seg bedre på egenhånd. Da kan personalet samle seg og planlegge situasjo-nen videre, sier Paul.

Andre ganger jobber han sammen med pasienten for å deeskalere situasjonen.

– Pasienten kan ha viktig kunn-skap om hva som kan være gode tiltak for å roe ned. Det beste er

hvis pasienten kan bidra til løsnin-gen. Andre ganger må personalet gripe inn for å hindre skade på pasient, medpasient eller perso-nal. Det er krevende vurderinger og situasjoner kan endre seg raskt, forteller Paul.

### FLEKSIBILITET ER VIKTIG

Sykepleier Bård Jørgensen jobber sammen med Paul på Akuttpsyki-atrisk døgnerhet ved Voksenpsy-kiatrisk avdeling Vinderen.

– En av de viktigste oppgavene er at pasienten skal føle seg trygg. Vi forsøker å etablere et forhold der pasienten har tillit til oss og ønsker behandling, sier han.

Jørgensen og Paul har for-skjellige roller, men har et godt samarbeid.

– Behandlerteamet bruker hverandre når vi trenger bistand, og sparrer mye sammen. Vi dis-kuterer og prøver å finne de beste løsningene. Vi er en liten avdeling, og vi prøver å tilpasse oss hver enkelt pasient. Vi forsøker å strek-ke oss og utnytte de mulighetene vi har. Det er en suksessfaktor for god behandling og for å unngå vold, forteller Jørgensen.

Sykepleieren har selv stått i mange vanskelige situasjoner, men det er ikke sånn at han gruer seg til å gå på jobb.

– Vi jobber godt sammen og det er en fin samarbeidskultur. Alle trår til, og vi er drilla i den problematikken vi står i. Vi legger vekt på at alle har en lik forståelse av hva aggresjon er, og hvordan man håndterer voldsproblema-tikk, sier Jørgensen.



Kontakt: Erik Sigurdssøn  
 ADDmedia AS  
 Sentralbord +47 40 10 05 01  
 Mobil: 90 03 09 43  
 Faks: 22 17 25 08  
 E-post: erik@addmedia.no

## Nettkurs - Ergoterapi og seksuell helse Modul 1



**Kurset Ergoterapi og seksuell helse styrker ergoterapeuters hverdagssexologiske kompetanse. Du får en biopsykososial forståelse av seksualitet, lærer om ergoterapiens bidrag til seksualitet og kjønns mangfold og får innsikt i sexologisk rådgivning.**

*Kurset er meritterende for spesialistordningen med 18 timer som ergoterapifaglig kurs.*

Kurset er under utvikling og i første omgang er modul 1 tilgjengelig fra juni måned i vår kurskalender.

- Målgruppe:** Medlemmer av Ergoterapeutene  
**Arrangører:** Ergoterapeutene  
**Sted:** Nettkurs med digitale/fysiske nettverksgrupper  
**Påmelding:** Kontinuerlig Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org),  
**Tid:** Kontinuerlig frem til 31. desember 2025  
**Pris modul 1:** Medlemmer også nordiske forbund: kroner 300, tillitsvalgte og studentmedlemmer: gratis, ikke medlemmer: kroner 1000

Modul 2 er under planlegging.

## Nettkurs - Ergoterapi til barn og unge



**Formålet med kurset er å synliggjøre ergoterapeuters kjernekompetanse knyttet til barn og unge. Kurset ønsker å gi økt bevissthet på hvor og hvordan vi kan bidra til økt mestring og deltakelse for barn og unge og trygge ergoterapeuter i sin yrkesutøvelse.**

**Kurset består av fire moduler.** Hver modul meritterer med seks timer til ergoterapispesialist.

Modul 1: Samfunnets utfordringer og ergoterapeuters kompetanse

Modul 2: Kartlegging og målsetting

Modul 3: Intervensjon og evaluering

Modul 4: Utvikling av ergoterapitjenesten

- Målgruppe:** Medlemmer av Ergoterapeutene  
**Arrangører:** Ergoterapeutene  
**Sted:** Nettkurs med digitale/fysiske nettverksgrupper  
**Påmelding:** Kontinuerlig via Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org).

**Kurset er gratis!**

# 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](http://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](mailto: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 drikkehjelpemidler
- 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



**God sommer!**

