

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Hvordan går det med hverdagsrehabilitering? 6

Jobber som ergoterapispesialist i barns helse **10** Hverdagslivet som pårørende til personer med ALS og kognitiv funksjonsnedsettelse **14** Bevisstgjøring av en aktivitetssentrert praksis – Erfaringer med implementering av The Occupational Therapy Intervention Process Model i kommunehelsetjenesten **24** Det som ikke kan måles: Profesjonenes verdier som samfunnsberedskap **45**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen,

Sissel Horghagen og

Susanne Grødem Johnson

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser

Erik Sigurdsson

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 4 – 3. aug. / 31. aug.

Nr. 5 – 2. okt. / 31. okt.

Nr. 6 – 1. des. / 20. 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

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær

Anne Kathrine Devik

Forhandlingssjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Fagsjef

Kristin Jess-Bakken

Seniorrådgiver

Vegard Horne

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



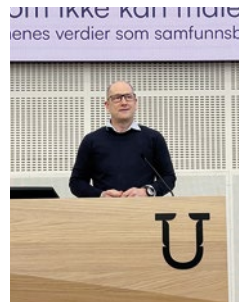
6



14



38



45

REPORTASJE

6 Hvordan går det med hverdagsrehabilitering?

Av Else Merete Thyness

MIN ARBEIDSHVERDAG

10 Jobber som ergoterapispesialist i barns helse

Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

11 Gi barna en trygg skolevei

Av Roar Hagen

12 Enighet i hovedoppgjøret: Dette betyr det for ergoterapeuter

Av Hege Munthe

FAGLIG

14 Hverdagslivet som pårørende til personer med ALS og kognitiv funksjonsnedsettelse

Av Marit Sofie Oseland, Unni Sveen og Tina Taule

VITENSKAP

24 Bevisstgjøring av en aktivitetssentrert praksis – Erfaringer med implementering av The Occupational Therapy Intervention Process Model i kommunehelsetjenesten

Av Malin Eerola, Vigdis Skarsaune Gausemel og Sissel Horghagen

36 Hvordan skrive vitenskapelig artikkel til Ergoterapeuten

Av Susanne Grødem Johnson, Sissel Horghagen og Unni Sveen

AKTUELT

38 Ressurser som styrker ergoterapeuters arbeid

Av Aurora Trygg

40 Oppreist: Historien om Sophies Minde og bevegelseshemmede i Norge

Av Else Merete Thyness

42 Presseklipp

Av Else Merete Thyness

DEBATT

44 Studenttilfredshet er avgjørende for rekruttering

Av Ergoterapistudentene

PÅ DEN SISTE SIDEN

45 Det som ikke kan måles: Profesjonenes verdier som samfunnsberedskap

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

46 Annonser

47 Produktregister

FORRETNINGSANNONSE

10 Bamse produkter

Sommer og hverdagsliv

Sommeren er tiden for lyse kvelder, aktiviteter ute og et avbrekk fra faste rutiner. Samtidig blir det også tydelig hvor viktig nettopp hverdagslivet er – muligheten til å delta, mestre og være aktiv i eget liv.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Dette er kjernen i hverdagsrehabilitering. Da arbeidsformen fikk sitt gjennombrudd i norske kommuner for over ti år siden, representerte den et tydelig skifte: fra passiv hjelp til aktiv mestring. Målet var å støtte mennesker i å gjenvinne funksjon og delta i de aktivitetene som betyr noe i hverdagen.

I denne utgaven ser vi nærmere på hvordan det står til med hverdagsrehabilitering i dag. Forskningen viser gode resultater. Hverdagsrehabilitering bidrar til bedre funksjon, økt livskvalitet og større grad av selvstendighet. Samtidig peker både forskere og ansatte i kommuner på utfordringer knyttet til organisering, økonomi og manglende nasjonal oppfølging.

Hverdagsrehabilitering har hatt stor betydning for ergoterapifaget. Arbeidsformen synliggjorde kompetansen ergoterapeuter har innen aktivitet, mestring og deltakelse i hverdagslivet. Mange steder bidro den til nye tverrfaglige samarbeidsformer og en

tydeligere rolle for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten.

I en tid der kommunene står overfor store utfordringer, kan det være fristende å prioritere kortsiktige løsninger. Samtidig viser erfaringene med hverdagsrehabilitering hvor viktig det er å investere i tiltak som styrker menneskers mulighet til å klare seg selv og delta aktivt i eget liv.

Denne utgaven av Ergoterapeuten har også en artikkel om hverdagslivet som pårørende til personer med ALS, mens den vitenskapelige artikkelen har tittelen: Bevisstgjøring av en aktivitetssentrert praksis – Erfaringer med implementering av The Occupational Therapy Intervention Process Model i kommunehelsetjenesten. Vi har også vært på konferanse og fått innblikk i hvordan profesjonenes verdier er en del av samfunnsberedskapen.

Da gjenstår det bare å ønske alle en riktig god sommer med noen fine uker fulle av lys og varme.

Kompetansekravet må bevares!

Kravet om at kommunene må ha tilknyttet seg ergoterapeut, er truet. En trussel mot kompetansekravet er en trussel mot innbyggernes muligheter for aktivitet, deltakelse og mestring. Forsvinner lovkravet, forsvinner det ergoterapeuter.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

På nååret foreslo kommune-kommisjonens flertall å avvikle kompetansekravet i helse- og omsorgstjenestene. Kravet som sier at kommunene må ha knyttet til seg ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier, jordmor, helsesykepleier, psykolog og lege. Nå har regjeringen plukket opp forslaget. I Kommuneproposisjonen 2027 har de varslet at de vil sende forslaget om å avvikle kompetansekravet på høring.

Siden dette ble kjent i mai, har vi jobbet på spreng for å synliggjøre hvorfor kravet må bevares. Og vi er ikke alene. Vi samarbeider tett med andre profesjonsforbund, og vi har de viktigste alliansepartnerne med oss; brukerorganisasjonene.

For, en avvikling av kompetansekravene vil først og fremst gå ut over dem som trenger kompetansen vår mest. Det forstår brukerorganisasjonene veldig godt, og derfor er de unisont og kraftfullt imot. Nærmere 50 ulike brukerorganisasjoner gikk imot forslaget i sine høringssvar til kommune-kommisjonens første delutredning. Flere av dem er tydelige på at de spesielt bekymrer seg for bortfall av ergoterapeuter.

I møter med stortingspolitikere har vi lagt trykk på at:

- Ergoterapi lønner seg. Selv liten innsats fra ergoterapeut kan spare en kommune for mye; både penger og større behov for annet helsepersonell.
- Lovkravet virker. Da Solberg-regjeringen fremmet kompetansekrav om ergoterapi i 2015 var mer enn 100 kommuner uten ergoterapeut. De påfølgende ti årene fikk kommunene 50 prosent flere ergoterapeuter. Nå er kun 30 uten, og mange av disse tilbyr ergoterapi i samarbeid med andre kommuner.
- Ergoterapeuter bidrar til at mennesker kan klare hverdagsaktiviteter selv, fremfor at annet helsepersonell må utføre dem.
- Fordi vi er en liten profesjon, og fordi for få lokalpolitikere og kommunedirektører kjenner verdien av arbeidet vårt, er det stor fare for at ergoterapeuter er de første som forsvinner dersom lovkravet avvikles.

Det er derfor veldig bra at Framskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Venstre, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Miljøpartiet De Grønne har tatt standpunkt imot en avvikling av kompetansekravene. I 2015 mente Høyre, sammen med

de tre førstnevnte partiene, at det var nødvendig å innføre kompetansekravene. Jeg mener de må fortsette å ta ansvar, for kompetansekravene er ennå viktigere nå enn da.

Svært mange rapporter gir bekræftelser på at ergoterapikompetansen er nødvendig for å møte de store samfunnsutfordringene. Riksrevisjonen har blant annet gjennomgått habiliteringsfeltet, rehabiliteringsfeltet, psykiske helse-tjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre.

Konklusjonene viser kritikkverdige forhold med grunn til bekymring. Vi mener rapportene også er vekkere om at det må tenkes nytt i tjenestene, med mer vekt på forebygging, helsefremming, hverdagsmestring og rehabilitering. Innsatsområder som løftes som helt sentrale i Innovasjons- og samskappingsutvalgets NOU 2026:6, for å kunne møte demografiutviklingen og mangelen på helsepersonell i kommunene.

Det er altså lett å argumentere for hvorfor kompetansekravene må bevares, og nå er vi helt avhengige av at flest mulig motarbeider en avvikling. Både organisasjoner, politiske partier, innbyggere og vi, sammen med dere medlemmer og tillitsvalgte.

HVORDAN GÅR DET MED HVERDAGSREHABILITERING?

Da hverdagsrehabilitering ble innført i norske kommuner, ble den løftet frem som et viktig skifte i eldreomsorgen – fra passiv hjelp til aktiv mestring. Over ti år senere viser forskningen gode resultater, men tjenesten preges også av store forskjeller, presset økonomi og mangel på nasjonal oppfølging.

Av Else Merete Thyness

HVERDAGSREHABILITERING

- Målrettet rehabilitering for å mestre hverdagsaktiviteter.
- Tar utgangspunkt i brukers egne mål og ønsker.
- Gjennomføres i hjemmet og nærmiljøet.
- Bygger på tverrfaglig samarbeid.
- Har som mål å styrke selvstendighet og deltakelse i hverdagslivet.

Hverdagsrehabilitering defineres som en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall. Terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv.

På forholdsvis få år har hverdagsrehabilitering utviklet seg til en utbredt, men variert tjeneste i norske kommuner.

DOKTORGRAD PÅ HVERDAGSREHABILITERING

Hanne Tuntland er ergoterapeut og professor ved Høgskolen på Vestlandet og har forsket på hverdagsrehabilitering siden 2012. Hun forteller at hverdagsrehabilitering vokste frem i Storbritannia, Australia, New Zealand og Skandinavia på 1990-tallet og var basert på internasjonale trender som en økende, aldrende befolkning og press på helsetjenestene.

– Jeg ble introdusert til behandlingsformen gjennom en artikkel om implementering av hverdagsrehabilitering i den danske byen Fredericia i 2011, sier hun.

Etter det har hun deltatt i innføringen av Hverdagsrehabili-

tering i Voss kommune, som var en av de første, norske kommunene som innførte hverdagsrehabilitering. Her gjennomførte de også den første randomiserte, kontrollerte studien på hverdagsrehabilitering i Europa. Etter hvert kom flere norske kommuner på banen, og i 2012 fikk høyskolen på Vestlandet i samarbeid med CHARM i Oslo finansiering til et stort nasjonalt forskningsprosjekt som inkluderte 47 kommuner.

Hanne Tuntlands doktorgrad inkluderte både en artikkel fra Voss kommune i tillegg til to artikler fra det nasjonale prosjektet.

HVA SIER FORSKNINGEN?

I 2026 er Norge det landet i verden med mest forskning på hverdagsrehabilitering. Forskningen kan deles i kvantitative og kvalitative studier.

– De kvantitative studiene viser at hverdagsrehabilitering har effekt. Hverdagsrehabilitering bedrer brukerens fungering i daglige aktiviteter i et seksmånersperspektiv. Den har også effekt på fysisk funksjonsnivå og på helserelatert livskvalitet. Videre er den mer kostnadseffektiv enn standard behandling, sier Tuntland.

Også de kvalitative studiene viser positive resultater.

– De eldre er gjennomgåen-



*Hanne Tuntland er ergoterapeut og professor ved Høgskolen på Vestlandet og har forsket på hverdagsrehabilitering siden 2012.
Foto: Mauricio Esteban Pavez Ramirez.*

de fornøyde med oppfølgingen. De setter pris på den ytre motivasjonen som de får gjennom å trene i sitt eget hjemmemiljø med veiledning og støtte. Treningen gir dem også en følelse av trygghet som fører til at de er mer aktive i sitt daglige liv og miljø.

Rehabiliteringsteamene er også gjennomgående positive til hverdagsrehabilitering. De opplever at det er en meningsfull måte å jobbe på, som fører til samarbeid og økt trivsel i jobben. Særlig helsefagarbeiderne erfarer at de får en styrket rolle siden de utfører den daglige treningen med brukerne.

– For pleiegruppen er det et kulturskifte. De er ikke vant til å få folk til å utføre aktiviteter selv, men de setter pris på å få mer tid til teamarbeid, der flere faggrup-

per planlegger rehabiliteringen sammen, sier hun.

HVA SIER DE I KOMMUNENE?

Forskningsresultatene ble blant annet oppsummert i et kunnskapsnotat Hanne Tuntland i samarbeid med Oddvar Førland leverte Helse- og omsorgsdepartementet i 2025. Her gjennomførte de en ny litteraturgjennomgang over norsk forskning og internasjonale oversikter. De intervjuet også sentrale aktører i fire kommuner med lang erfaring med hverdagsrehabilitering og noen sentrale aktører i den nasjonale forvaltningen.

– Det er stor variasjon i organiseringen av hverdagsrehabilitering i de ulike kommunene. Noen steder utgår den fra hjemmetjenesten, mens i andre fra rehabili-



Kunnskapsnotatet Hvordan går det med hverdagsrehabiliteringen – egentlig? er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet av Oddvar Førland og Hanne Tuntland.



I dag er hverdagsrehabilitering en etablert tjeneste i kommunehelsetjenesten i Norge, men nyhetens interesse har avtatt.

teringstjenesten. Det er også stor variasjon i hvilken målgruppe de har, sier Tuntland.

Noe som var felles for aktørene i kommunene var at de ofte sto overfor endringer og omorganiseringer i krevende økonomiske tider, der hverdagsrehabilitering kunne være utsatt for nedprioriteringer.

– De opplevde at hverdagsrehabilitering er en sårbar tjeneste, og at de hele tiden måtte dokumentere sin egen eksistensberettigelse, forteller hun.

STATUS FOR HVERDAGSREHABILITERING?

Hverdagsrehabilitering hadde en

boom i Norge mellom 2015 og 2019. I denne perioden var det mange ildsjeler som sto på, et stort engasjement blant fagfolk lokalt og pådriv fra flere fagforbund og KS. Det var også et stort engasjement fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i form av omtale i stortingsmeldinger og NOU, og støtte til forskning.

– Det var også mye omtale i media og i fagblader, sier Tuntland.

I dag er hverdagsrehabilitering en etablert tjeneste i kommunehelsetjenesten i Norge, men nyhetens interesse har avtatt. Det er ikke lenger noen som holder

fanen høyt, og den eneste nasjonale møteplassen er en årlig konferanse arrangert av Faglig Forum, som er et privat initiativ.

– Det er svake systemer for støtte, nettverk og erfaringsutveksling for kommuner som har innført hverdagsrehabilitering. I den ferske NOU-en 2026: 6 *Den nye velferdskommunen* kan det virke som om utvalget har lyttet til våre innspill fra kunnskapsnotatet. NOU-en foreslår at det etableres et skaleringsfond for å øke sannsynligheten for at vellykkede løsninger implementeres og skaleres opp med større samfunnsgevinster.

Hun mener dette ville sikret at

«Hverdagsrehabilitering synliggjorde ergoterapi og ga oss en tydeligere plass i kommunehelsetjenesten»

Hanne Tuntland

et lovende tiltak som hverdagsrehabilitering kan ha et felles løp for videre utvikling, utprøving og tilpasning med hensyn til overførbarhet og skalering til flere kommuner.

HVERDAGSREHABILITERING INTERNASJONALT

I de siste årene har Hanne Tuntland vært involvert i internasjonalt arbeid med hverdagsrehabilitering. I dag leder hun det internasjonale forskningsnettverket ReAble network, som har 57 medlemmer fra 13 land, og som stadig får flere medlemmer. Nettverket er tverrfaglig og inkluderer forskere med ulik profesjonsbakgrunn, blant annet innen biomedisin, ergoterapi, etnologi, medisin, sykepleie, psykologi, fysioterapi og statsvitenskap. Formålet med nettverket er å utveksle informasjon om forskningspublikasjoner og nyheter om hverdagsrehabilitering, undersøke hvordan hverdagsrehabilitering implementeres i ulike geografiske kontekster og søke forskningsmidler for felles prosjekter.

– Vi har skrevet en bok sammen og holder to webinarer i halvåret hvor vi presenterer og diskuterer hverdagsrehabiliteringsforskning som er utført av medlemmene, forteller hun.

REABLEDEM-IP

Det internasjonale forskningsprosjektet: Reablement in Dementia Care Across Europe (Reable-Dem-IP) utgår fra nettverket. Dette er et tre-årig EU-prosjekt

der seks medlemsland (Norge, Nederland, Tyskland, Tsjekkia, Italia og Tyrkia) skal tilpasse en variant av hverdagsrehabilitering for personer med demens og utprøve den i én kommune i alle landene, men i ulikt omfang.

– Det er bare Norge og Nederland som allerede har innført hverdagsrehabilitering. I de andre landene er det foreløpig ukjent. I prosjektet skal vi lage en intervensjon som vi tenker er ideell for denne gruppen, vi skal utvikle kartleggingsverktøy og utføre en bevissthetskampanje. Vi skal også se på hvilke faktorer på samfunnsnivå som fremmer eller hemmer hverdagsrehabilitering, forteller Tuntland.

ET PARADIGMESKIFTE

Da hverdagsrehabilitering ble introdusert i Norge, skapte det en bølge av entusiasme. Hverdagsrehabilitering representerte et paradigmeskifte fra tradisjonell pleie til aktiv mestring der målet var å gi eldre og syke intensiv trening i eget hjem for å gjenvinne tapt funksjon.

– Hverdagsrehabilitering synliggjorde ergoterapi og ga oss en tydeligere plass i kommunehelsetjenesten. Den er et tankesett som ligger profesjonens kjerne nær, fordi det handler om mestring og deltakelse i hverdagsaktiviteter. Da jeg fikk Ergane-prisen på den norske fagkongressen i Bodø i fjor, var noe av begrunnelsen min rolle i arbeidet for hverdagsrehabilitering, som har styrket ergoterapirollen, sier Tuntland.



Hverdagsrehabilitering handler om mestring og deltakelse i hverdagsaktiviteter.



NAVN
Monica Skadsem
STILLING
Ergoterapispesialist
HVOR
Barnehabiliteringen HABU, Helse Stavanger

Jobber som ergoterapispesialist i barns helse

Av Else Merete Thyness

– Hva jobber du som?

– Jeg er ergoterapispesialist i barns helse.

– Hvor arbeider du?

– Jeg har for tiden permisjon fra Fysio- og ergoterapitjenester til Barn i Sandnes kommune og har et toårs vikariat på Barnehabiliteringen HABU, Helse Stavanger.

På Barnehabiliteringen tar vi imot barn og unge med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse (0–18 år). Målet for våre tjenester er at barn og unge med funksjonsnedsettelse i størst mulig grad skal oppnå mestring, selvstendighet og deltakelse i samfunnet. HABU tilbyr tverrfaglig utredning, diagnostikk, behandling, veiledning og tilrettelegging. Det arrangeres ulike kurs for pasienter, foreldre og samarbeidspartnere.

– Hvilke metoder for kartlegging bruker du mest?

– Når barna kommer til HABU, møtes de ofte av lege, ergoterapeut, fysioterapeut og spesialpedagog. Min rolle som ergoterapeut i det tverrfaglige teamet er å kartlegge og foreslå tiltak knyttet til blant annet håndfunksjon, selvstendighet, aktivitet og deltakelse. Jeg liker best å observere barnas håndfunksjon i leksituasjoner eller bruke standardiserte verktøy som HAI, AHA og BoHA. Etter tverrfaglige vurderinger sammenfatter og oppsummerer jeg vurderingen min i en rapport. Rapporten går ofte til lokale ergoterapeuter for videre oppfølging.

Noen ganger drar vi ut for å observere barnet i sitt miljø og veileder lokale terapeuter.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– På Habu deltar jeg blant annet i et prosjekt hvor vi jobber med å utvikle og implementere en modell for tidlig intervensjon for barn med risiko for Cerebral Parese 0–2 år. Her samarbeider fysio- og ergoterapeut fra HABU tett med lokale fysio- og ergoterapeuter rundt barnet om kartlegging, målsetting, en seksukers treningsperiode og evaluering.

– Hvordan holder du deg faglig oppdatert?

– Jeg holder meg faglig oppdatert ved deltakelse i nettverk, hospitering, kurs og faglitteratur. Sist hørte jeg Podcasten Reasearh Works med Brian Hoare om «more isn't always better – getting smarter about therapy dosage».

– Hvem er dine nærmeste samarbeidspartnere?

– HABU samarbeider med andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten, barnehager, skoler, PPT, fastleger, NAV og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

– Hvordan forklarer du for andre ditt arbeid som ergoterapeut?

– Mitt arbeid som barneergoterapeut er å fremme barns utvikling, aktivitet og deltakelse i hverdagsaktiviteter og lek.

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

Gi barna en trygg skolevei

Hver dag går tusenvis av elever til og fra skolen. Med noen enkle grep kan vi voksne gjøre skoleveien tryggere – både for egne og andres barn.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Som foreldre har vi et særlig ansvar, enten vi følger barna til fots eller kjører.

Når vi viser gode vaner i trafikken, bidrar vi til at barna får en tryggere hverdag som små trafikanter.

VIKTIG Å VITE OM DE MINSTE TRAFIKANTENE

- Barn kan være impulsive og lar seg lett distrahere.
- De har lite erfaring i trafikken.
- De kan streve med å tolke det de ser og hører.
- De er små av vekst, og kan derfor være vanskeligere å se – samtidig som de selv ser dårligere.
- De legger ofte merke til detaljer, men oppfatter ikke alltid helheten.

Husk også at barn har begrenset evne til å vurdere fart og avstand på biler som nærmer seg. De forstår heller ikke alltid at en bil kan komme fra steder de selv ikke har oversikt over. Derfor trenger de støtte, trening og tydelige rollemodeller.

STRESS NED!

Stress og tidspress ved levering og henting kan skape farlige situasjoner. Litt lavere tempo og

ekstra oppmerksomhet kan gjøre en stor forskjell.

SKAP EN TRYGG SKOLEVEI

Hvis du har mulighet, gå sammen med barnet og la bilen stå. Lag gjerne en gågruppe i nabolaget, slik at foreldre kan bytte på å følge barna. Hvis dere må kjøre, kan et godt alternativ være å parkere

litt unna skolen og gå det siste stykket. Det gir mindre trafikk og færre uoversiktlige situasjoner rundt skoleområdet.

HJELP TIL FORELDRENE

På Trygg Trafikk finner du flere gode råd til foreldre – og spill for barn som kan brukes i trafikkopplæringen.



ENIGHET I HOVEDOPPGJØRET:

Dette betyr det for ergoterapeuter

Etter krevende meklinger på overtid ble det 29. mai enighet i lønnsoppgjøret i KS, Oslo kommune og Staten. Dermed er streik avverget i hele offentlig sektor.

Av Hege Munthe



Hege Munthe er Ergoterapeutenes forhandlingsjef.

Oppgjøret holder seg innenfor frontfagsrammen på 4,4 prosent og gir grunnlag for reallønnsvekst. Samtidig er det viktig å merke seg at rammen ikke tilsvarer lønnstillegg, fordi overheng og glidning er en del av den totale rammen. For ergoterapeuter er det imidlertid avgjørende hvordan resultatene slår ut i de ulike tariffområdene.

KS: LØNNSLØFT OG VIDEREFØRT ARBEIDSTID

I KS-området, hvor mange ergoterapeuter er ansatt, var lønn og arbeidstid sentrale konfliktpunkter. Resultatet gir reallønnsvekst og videreføring av gjeldende arbeidstidsordninger både i skole og helse.

Selv om mange jobber dagtid, er det viktig for de som går turnus at arbeidstidsordningene

videreføres etter et oppgjør med press på endringer.

Oppgjøret innebærer:

- sentrale lønnstillegg
- justering av garantilønnstabellen
- justeringer i tillegg for kvelds-, natt- og helgearbeid

LEDERE KAPITTEL 4

For ledere i kapittel 4 (arbeidsledere, fagledere og leder) gis et generelt tillegg per 1. mai på 4,0 prosent.

I mellomoppgjøret i 2027 er det avsatt 1,0 prosent fra 1. september 2027 til lokale forhandlinger i henhold til hovedtariffavtalens kapittel 4, punkt 4.2.1.

OSLO KOMMUNE: KRONETILLEGG OG PROSENTVIS VEKST

I Oslo kommune ble det enighet etter meklings på overtid. Oppgjøret gir en økonomisk ramme på 4,15 prosent fra 1. mai 2026, med et garantert minimumstillegg på 24.000 kroner.

Resultatet innebærer at:

- Ansatte opp til lønnstrinn 30 får et kronetillegg på 24.000 kroner.
- Ansatte over dette nivået får et prosentvis tillegg på 4,15 prosent.

For ergoterapeuter i Oslo gir det-

Stillingsgrupper		Garantilønn og lønnstillegg for ansiennitet - pr. 1.5.2026				
		Garantilønn	6 år Ans.tillegg	8 år Ans.tillegg	10 år Ans.tillegg	16 år Ans.tillegg
Gruppe 1	Stillinger uten særskilt krav til utdanning	Tillegg for ans.	418 600	3 000	8 100	46 300
		Laveste årslønn		421 600	429 700	476 000
	Fagarbeiderstillinger/ tilsv. fagarbeiderstillinger	Tillegg for ans.	475 300	4 200	11 400	43 800
		Laveste årslønn		479 500	490 900	534 700
	Stillinger med krav om fagbrev og 1-årig fagskoleutdanning	Tillegg for ans.	497 300	4 200	11 400	41 800
		Laveste årslønn		501 500	512 900	554 700
	Stillinger med krav om fagbrev og 2-årig fagskoleutdanning	Tillegg for ans.	517 300	4 200	11 400	41 800
		Laveste årslønn		521 500	532 900	574 700
Gruppe 2	Lærer og Stillinger med krav om 3-årig U/H-utdanning	Tillegg for ans.	545 400	13 000	10 200	52 200
		Laveste årslønn		558 400	568 600	620 800
	Adjunkt og Stillinger med krav om 4-årig U/H-utdanning	Tillegg for ans.	586 400	15 400	20 200	25 900
		Laveste årslønn		601 800	622 000	647 900
	Adjunkt med tilleggsutdanning og Stillinger med krav om 5-årig U/H-utdanning	Tillegg for ans.	624 700	14 200	13 400	33 700
		Laveste årslønn		638 900	652 300	686 000
	Lektor og Stillinger med krav om mastergrad	Tillegg for ans.	655 800	20 900	10 800	35 600
		Laveste årslønn		676 700	687 500	723 100
	Lektor med tilleggsutdanning	Tillegg for ans.	676 200	21 200	13 600	35 600
		Laveste årslønn		697 400	711 000	746 600

Ny garantilønnstabell.

te grunnlag for reallønnsvekst.

Det er samtidig gjort flere endringer i dokument 25. Mange av disse er redaksjonelle, med mål om å gjøre avtaleverket mer oversiktlig og lettere å bruke i praksis.

Noen endringer har også materiell betydning:

- Seniorpolitikk erstattes av begrepet livsfasepolitikk.
- Krav om lokal lønnspolitikk tydeliggjøres.
- Justeringer i tillegg for kvelds-, natt- og helgearbeid.

I tillegg skal det opprettes parts-sammensatte utvalg som blant annet skal se på stillingsregisteret og avlønning av veiledere.

Meklingen startet med stor avstand mellom partene, men endte i en løsning som gir et løft i et arbeidsmarked med høy konkurranse om kompetanse.

STATEN: VIDEREFØRT AVTALE OG LOKAL LØNNSDANNELSE

Etter å ha meklet ti timer på overtid ble vi enige om et oppgjør innenfor en årsramme på 4,4 prosent. Resultatet innebærer at

Unios tariffavtale videreføres og styrkes, med en disponibel ramme på 2,7 prosent per 1. mai 2026.

Hele den disponible rammen skal fordeles gjennom lokale forhandlinger i den enkelte virksomhet. Det gis dermed ikke sentrale generelle tillegg i oppgjøret.

Opgjøret har i stor grad vært en kamp om tariffstruktur og hvordan lønn skal fordeles. For Unio har det vært avgjørende å videreføre en avtale som gir lokale tillitsvalgte reell innflytelse.

Resultatet innebærer også flere forbedringer i avtalen:

- Styrket rolle for tillitsvalgte i lokale forhandlinger og lønnsutvikling.
- Prosedyrereglene til Hovedtariffavtalen 2.5.1 er styrket ved at sentrale parter kan bistå i å løse uenigheter om reglene for gjennomføring av lokale forhandlinger.
- Økte satser for arbeid på ubekvem arbeidstid.

Det er inngått protokolltilførseler om partssammensatt arbeidsgruppe for bant annet gjennom-

gang av stillingskodesystemet, livsfasepolitikk og problemer knyttet til hjemmekontor.

I tillegg nedsettes en parts-sammensatt gruppe som skal se på muligheter til å utvikle hovedtariffavtalen med sikte på å få fire likelydende avtaler i staten.

De lokale lønnsforhandlingene starter i mange virksomheter før sommeren, med frist for avslutning innen 31. oktober.

ET OPPGJØR MED TYDELIGE PRIORITERINGER

Avslutningsvis handler dette om mer enn enkeltforhandlinger, enkeltoppgjør eller enkeltområder. Det handler om helheten i tariffpolitikken vår – om lønn, arbeidstid, pensjon, kompetanse, medbestemmelse og trygge rammer i de delene av arbeidslivet vi organiserer.

Selv om rammene varierer, er utgangspunktet det samme: å sikre ordnede og gode vilkår og en utvikling som er bærekraftig over tid. Det stiller krav til at vi har en bevisst og samordnet tilnærming.

Ergoterapeutenes lederkurs

Tid: 16.–17. september 2026 (lunsj–lunsj)

Sted: Holmen Fjordhotell

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Maks antall deltagere: 25

Målgruppe: Ergoterapeuter i lederstillinger

Om kurset

Dette kurset skal styrke ergoterapeuter i lederroller i møte med komplekse krav og forventninger. Du vil få økt forståelse for hvordan du kan balansere rollen som leder med rollen som arbeidstaker og håndtere krysspresset mellom arbeidsgiveransvar, profesjonslojalitet og eget arbeidsmiljø.

Hovedtemaer:

- **Lederrollen i et arbeidstakerperspektiv:** Forholdet mellom det å være leder og arbeidstaker.

Pris:

Medlemmer: gratis

Dobbeltmedlemmer: 4500

Ikke medlemmer: 7000

Påmeldingsfrist: 12. august.



- **Å stå i lederrollen:** Rolleforståelse, forventningsavklaring, emosjonell belastning, konflikthåndtering, ytringsklima og egen ivaretagelse.
- **Ledelse i pressede rammer:** Ressurssituasjon, prioriteringer - Hvordan håndterer jeg presset?
- **Forbundets rolle for ledere:** Hva Norsk Ergoterapeutforbund kan og ikke kan bistå med, og hvordan ledere kan bruke medlemskapet aktivt i fremtiden.

Nærmere program kommer senere.

Hverdagslivet som pårørende til personer med ALS og kognitiv funksjonsnedsettelse

Av Marit Sofie Oseland, Unni Sveen & Tina Taule

Sammendrag

Pårørende til personer med amyotrofisk lateralsklerose (ALS) og kognitiv funksjonsnedsettelse møter betydelige utfordringer i hverdagen. De beskriver krevende omsorgsoppgaver, emosjonelle belastninger og relasjoner som settes på prøve – særlig når sykdommen påvirker kommunikasjon og evnen til å forstå sosiale situasjoner. Pårørendes innsats er avgjørende for den syke, men mange pårørende savner støtte fra helsevesenet. Mangel på pårørendeoppfølging kan gi økt helserisiko og forsterket sorg. Myndighetene understreker at pårørende har behov for helhetlig ivaretagelse for å sikre helse og livskvalitet. Denne artikkelen belyser hvordan støtte og anerkjennelse av pårørende kan redusere den totale belastningen de står i. Med utgangspunkt i pårørendeperspektiver fra studien «It's become a theatre»: relational experiences of family carers and persons living with Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) after cognitive impairment emerges (Oseland et al., 2025), synliggjør artikkelen hvordan økt oppmerksomhet mot pårørendes utfordringer og behov i ALS-omsorgen kan fremme gode relasjoner og økt resiliens.

Nøkkelord: Pårørende, ALS, kognitiv funksjon, nære relasjoner, aktivitetsidentitet



Marit Sofie Oseland er ergoterapispesialist ved Sosionom-, ergoterapi- og fysioterapiavdelingen, Sørlandet Sykehus HF Kristiansand. E-post marit.sofie.oseland@sshf.no.



Unni Sveen er ergoterapispesialist og professor emerita ved Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helse- og teknologiteknologi, OsloMet Storbyuniversitetet.



Tina Taule er ergoterapispesialist og førsteamanuensis ved Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Det er akkurat som et puslespill som blir lagt. Bitene må på plass. Sånn som nå føler jeg hvis det var et puslespill inni meg på ti biter. De bare var hulter i bulter... Nå ligger de. Nå er det et bilde. Og det bildet er meg. At jeg er viktig. Sant, at jeg blir både sett og hørt. Og da får du mer energi og krefter, til å gå ut igjen... Du gjør det. Du trenger ikke noen piller. Det er to ører og noen spørsmål [latter]. Så det var min viktigste erfaring (pårørende).

Sitatet er hentet fra et intervju med en pårørende til en person med amyotrofisk lateralsklerose (ALS) og kognitiv funksjonsnedsettelse. Denne pårørende beskrev en lettelse over å ha fått dele sine erfaringer, da hen ellers opplevde at hverdagen i all hovedsak var sentrert rundt sin nære med ALS.

Innledning

Det er godt kjent at sykdommen ALS kan medføre store belastninger i hverdagen, både for dem som får diagnosen og for deres nærmeste (Brizzi et al., 2020; de Wit et al., 2018; Oskarsson et al., 2018). En utfordring for dem som rammes av ALS, er når sykdommen i tillegg til de fysiske endringene også fører til endringer i en eller flere kognitive funksjoner – noe som rammer omtrent halvparten av alle med ALS (Caga et al., 2019; Masrori & Van Damme, 2020). Kognitiv funksjonsnedsettelse kan gjøre hverdagslivet og samhandling med andre krevende, og særlig krevende kan det være for de pårørende (Caga et al., 2019). Samtidig som de pårørende får vite at de vil miste sin kjære til døden, må de tilpasse seg hvordan personen med ALS kan få økte vansker med å opprettholde relasjoner og forstå sosiale situasjoner (Beeldman et al., 2016; Beeldman et al., 2018; Pinto-Grau et al., 2018; Strong et al., 2017).

Personer med ALS som har kommunikasjonsvansker, opplever utfordringer med å uttrykke seg blant annet til helsepersonell og blir i økende grad avhengig av at pårørende kommuniserer på deres vegne og deltar aktivt i møter (Paynter et al., 2022). Samtidig som sosiale relasjoner utfordres, er altså relasjonelle bånd viktig for at de som har ALS skal kunne ivareta egen autonomi og fremme egeninteresser i møte med helsepersonell etter hvert som sykdommen utvikler seg (Paynter et al., 2019; Paynter et al., 2022).

Regjeringen vektlegger pårørende som en uunnværlig ressurs i omsorgen for alvorlig syke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). De understreker

at pårørende trenger helhetlig ivaretagelse for å unngå helseutfordringer og opprettholde muligheten til å leve et fullverdig liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2024). Likevel rapporterer pårørende til personer med ALS manglende støtte og oppfølging som bidrar til at de klarer å stå i sin omsorgsrolle over tid (Brizzi et al., 2020; Galvin et al., 2016). Det er bekymringsverdig dersom helsepersonell ikke registrerer eller imøtekommer belastningen som pårørende til personer med alvorlig sykdom står i. Manglende støtte vil kunne forlenge og intensivere sorgprosessen (Strada, 2019; Stroebe et al., 2007). Med bakgrunn i funn som identifiserer at pårørende til personer med ALS står i en helserisiko, ønsker vi å oppfordre ergoterapeuter og annet helsepersonell som er involvert i ALS-omsorgen, til å øke fokuset mot pårørendes behov (Oseland et al., 2025). I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i resultatene fra studien, *«It's become a theatre»: relational experiences of family carers and persons living with Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) after cognitive impairment emerges* (Oseland et al., 2025). Studien hadde som mål å undersøke hvordan personer med ALS og kognitiv funksjonsnedsettelse og deres pårørende opplever nære relasjoner i dagliglivet. Denne fagartikkelen belyser pårørendeperspektiver fra studien. Med utgangspunkt i de pårørendes erfaringer, vil vi diskutere hvordan ergoterapeuter og andre helseprofesjoner kan hjelpe pårørende til personer med ALS og kognitiv funksjonsnedsettelse til å mestre hverdagslivet og den omsorgsrollen de står i.

Metode

STUDIEDESIGN

Studien som vi refererer til i denne artikkelen, ble gjennomført som en del av masterprogrammet *Master i ergoterapi* ved OsloMet fra 2018 til 2021. Den er en kvalitativ delstudie av hovedstudien *Kognitiv funksjon og amyotrofisk lateralsklerose (ALS): kartlegging, erfaringer og prognose* (Taule et al., 2021).

DELTAKERE

Fire pårørende (tre ektefeller og en svigerdatter) til personer med ALS deltok i studien. De var pårørende til personer med ALS som hadde en indikasjon for kognitiv funksjonsnedsettelse målt med den norske versjonen av Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen (ECAS-N) (ECAS, 2020; Taule et al., 2021). To av deltakerne var pårørende til personer

med ALS som i tillegg til kognitiv funksjonsnedsettelse, hadde alvorlige talevansker.

DATAINNSAMLING

Individuelle semistrukturerte dybdeintervju ble gjennomført én til tre måneder etter at personen ble diagnostisert med ALS. Intervjuene ble gjennomført ansikt-til-ansikt og uten at personen med ALS var til stede. Intervjuguiden som ble anvendt, kan lastes ned fra <https://zenodo.org/records/8126168> (Oseland et al., 2023).

ANALYSE

For hovedstudien som inkluderte intervjuer med både de pårørende og personer med ALS, ble datamaterialet analysert ved bruk av en seks-trinns refleksiv tematisk analyse beskrevet av Braun og Clarke (2006, 2016). Først ble datamaterialet transkribert og gjennomgått for å utvikle en mest mulig helhetlig forståelse av meningsinnholdet. Deretter ble foreløpige temaer, som *kommunikasjon* og *utfordrende relasjoner*, diskutert i forskergruppen og generert på et fortolkende nivå, for så å bli kodet til meningsfulle grupper som var mer spesifikke enn temaene. I tredje trinn ble kodene organisert og videreutviklet til hovedtemaer og undertemaer. Likheter og ulikheter mellom deltakernes erfaringer ble analysert både på tvers av alle intervjuene, individuelt, i par, og med skille mellom pasient- og pårørendegruppen. I fjerde trinn ble tema videre bearbeidet. Deretter, i femte trinn, ble tema definert og navngitt i relasjon til relevant teori. Til slutt, i trinn seks, ble analysen skrevet ut i et manuskript som sammenfattet funnene og deres betydning. Vi oppfordrer lesere som er interessert i flere detaljer knyttet til dataanalysen om å søke opp den vitenskapelige artikkelen som tar for seg studien i sin helhet (Oseland et al., 2025).

ETISKE VURDERINGER

Studien ble gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013), og var godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK-vest, 2187/2016).

Resultat

Hovedfunnene avslører relasjonelle utfordringer som var med på å forsterke den totale belastningen til dem vi snakket med – og kanskje særlig for de pårørende. Et overordnet tema, *Nære relasjoner med økt distanse*, reflekterer hovedresultatet av studien. En

relasjonell distanse ble beskrevet av de pårørende som en kombinasjon av å miste seg selv til pårørenderollen og å miste nærheten til sin kjære som hadde fått diagnosen ALS.

BEHOV FOR Å BLI VERDSATT OG IKKE TATT FOR GITT

Hverdagslivet til deltakerne var sentrert rundt personen med ALS. Alle deltakerne ønsket å gjøre sitt ytterste for at den de var pårørende til skulle ha en best mulig hverdag. Likevel følte de seg ofte oversett og tatt for gitt. «... *når det gjelder meg, så da ... jeg er bare en som er i huset. Og gjør alt*», sa en ektefelle. I fortvilelse over at ektemannen ikke så hennes behov når hun følte seg dårlig eller var lei seg, sa hun videre: «*Så måtte jeg be om å få en klem, sant*».

For at pårørende skulle føle seg nyttig i omsorgsrollen, var de avhengig av at personen med ALS aksepterte og verdsatte deres hjelp. Pårørende opplevde imidlertid at de tilsidesatte seg selv og egne behov for å fylle pårørenderollen og være en støtte for den som var syk – gjerne uten å oppleve tilstrekkelig anerkjennelse og emosjonell støtte fra omgivelsene. Pårørende beskrev at de tok vare på den syke på bekostning av å ivareta egne interesser og behov. En svigerdatter sa at hun ikke hadde overskudd eller mulighet til å besøke vennene sine, og at det var som om hun hadde en fotlenke på seg. En ektefelle sa hun fikk dårlig samvittighet hvis hun ikke ga opp noe av tiden hun ønsket å bruke på hage og frivillighetsarbeid. Mange gav uttrykk for at deres eget liv ble satt på pause. En mannlig ektefelle i studien fant det imidlertid mer meningsfullt enn belastende å ta vare på sin kjære – kanskje fordi han hadde god sosial støtte i familien og prioriterte egeninteresser, som å gå sine daglige fjellturer.

DET BLIR ET ROLLESPILL

Pårørende fortalte at noen med ALS hadde vansker med å ta innover seg eller forstå at de var syke og trengte hjelp, som i følgende eksempel:

[...] han reagerer veldig, for når vi går inn på [banen] så spretter folk opp. «Hvorfor reiser de seg? [sier han med forundret stemme]». Men han går jo veldig sånn duknakket [...] og går litt dårlig, sant. [...] Så når vi kommer inn i [banen] så spretter det folk opp for å gi han plass [ler]. Men han forstår jo ikke hvorfor de gjør det. Han ser seg ikke selv.» (pårørende).

Enkelte pårørende fortalte at personen med ALS ikke ønsket at andre skulle vite om diagnosen. «*Nå-boene må ikke se at jeg har blitt så dårlig*», imiterte en pårørende at ektefellen med ALS hadde sagt. Hun fortalte at hun trodde at han gjorde seg litt bedre enn han egentlig var ovenfor andre enn henne – og at det virket som at han følte det skambelagt å være syk. Flere personer med ALS kunne, ifølge pårørende, late som om sykdommen ikke påvirket dem og motstå hjelp fra andre til tross for åpenbare hjelpebehov. Det gjorde at det var vanskelig for de pårørende å komme i posisjon til å hjelpe, eller til å snakke om situasjonen. Pårørende beskrev det som å leve i et rollespill, der de hjalp til i kulissene for å opprettholde en fasade av normalitet;

Det er nesten som at det er to rollespill... hun har en rolle, og jeg har en rolle. Jeg skal oppmuntre henne. Jeg skal være den som hjelper. Jeg skal være den som gir av meg selv hele tiden ... Og hun holder maska. (pårørende).

Flere pårørende beskrev også at det var frustrerende og vanskelig å være en støtte når personen med ALS ikke tok inn over seg og aksepterte eget hjelpebehov. Samtidig viste deltakernes historier at de pårørende kunne være med på å opprettholde denne fasaden. Mange pårørende var også motvillige til å be om hjelp fra helsevesenet eller andre – enten av lojalitet til den syke, frykt for at omsorgen ikke vil være god nok, eller fordi de ikke ønsket å belaste andre. Utenforstående kunne dermed ha vansker med å forstå hvilke utfordringer de pårørende sto i, og hvilken hjelp og støtte de hadde behov for. En ektefelle sa for eksempel:

Men foreløpig går det jo. Sant. Altså. Jeg kler på han om morgenen sant, og det går jo foreløpig ... Og jeg klarer å få middag i han og sånt sant. Og jeg har ikke lyst å involvere andre før ... men jeg kan jo ikke reise noen steder. For det at jeg kan ikke reise vekk nemlig. [...]. For han sier han kan klare seg, men det ... Jeg kan ikke la han være alene hjemme. Det tørr jeg overhodet ikke. Det tørr jeg ikke. Og jeg kan ikke belaste min sønn (pårørende).

SORG OVER ENDRETE RELASJONER OG EN TAPT FREMTID

Til tross for at flere pårørende i denne studien ikke ønsket å ta imot hjelp fra det offentlige før det var høyst nødvendig, opplevde alle pårørende en sorg over tapte muligheter og roller i familien og i sam-

funnet. Pårørende beskrev også en sterk sorg knyttet til det å se sine kjære «forsvinne» eller forandre seg. Noen pårørende sa at det kunne være vanskelig å diskutere med sin partner eller familiemedlem med ALS, eller at de måtte hjelpe dem med å forstå sammenhengen i hva som ble snakket om. Atferdsendringene og kommunikasjonsutfordringene kunne skape frustrasjon i hverdagen, som for ektefellen i følgende sitat:

I alle år – Fadervår, vi har vært gift i nesten 60 år. Og gjennom alle år så har vi jo ikke vært [helt] enig om alle ting, men det har aldri vært de store – sant, men nå skal det ikke mye til før ... hvis jeg er uenig om – det kan være småting. Så eh «må du, nå må du nå krangla nå igjen?» [...] Det er et ord han bruker nå hvis jeg ... Hvis jeg er uenig. Det kan være småting»

Samme ektefelle beskrev også at hun følte seg som «en bøddel» når hun måtte sette grenser. Hun og andre pårørende beskrev en følelse av skyld når de selv mistet tålmodigheten. Noen beskrev at de måtte finne alternative måter å håndtere konflikter på, siden direkte diskusjoner ofte ikke var mulig.

BEVARING AV NORMALITET, IDENTITET OG DELTAKELSE GJENNOM AKTIVITETSHISTORIER

Flere pårørende prøvde å opprettholde en følelse av normalitet i hverdagen. Til tross for store tap og begrensninger, var fokuset rettet mot de små konkrete gleder i hverdagen, som å sitte ute sammen, nyte utsikten, og følge med på barnebarn. De prøvde alle å unngå de mest smertefulle temaene og heller tenke positivt. Det var fokus på her og nå, og det som hadde vært. De små, nære tingene i livet og det praktiske i hverdagen ble viktig, sammen med minnene de hadde om levd liv. Minner og de nære hverdagslige ting førte pårørende og deres familiemedlem med ALS sammen og var av betydning for ivaretagelse av identitet. Alle pårørende i studien viste til at deres aktivitetshistorier var viktige for å skape mening her og nå. De pårørende bidro med å bevare identiteten til personen med ALS ved å dele deres historie, vektlegge hvem de var, og representere deres stemme i sosiale settinger. En ektefelle beskrev hvordan han aktivt forsøkte å involvere sin kone i samtaler:

[...] når vi treffer folk så må jeg føre samtalen, men må samtidig sørge for at hun ikke føler seg utenfor. [...] så liksom involvere henne litt inn i samtalen selv om hun ikke kan si noe ... Og det er

vel en av de viktigste erfaringene jeg har gjort, for tidligere så har jeg vært litt meg selv i samtalen, nå må jeg og være litt henne i samtalen (pårørende).

I likhet med ektefellen i sitatet over som tilpasset kommunikasjonen for sin kone i sosiale settinger, tilrettela alle pårørende meningsfulle aktiviteter slik at deres nære kunne delta etter evne. Det kunne være å gå mindre krevende turer eller å legge opp til at personen med ALS kunne stille spørsmålene i spørrekonkurranser heller enn å svare. Imidlertid, når den ALS-syke bagatelliserte situasjonen og benektet at aktivitetsutfordringer som oppsto, hadde sammenheng med ALS-sykdommen, kunne enkelte pårørende oppleve dette som en ekstra belastning, fordi det hindret åpne samtaler om sykdommens realiteter. En pårørende beskrev følelsen av å være fanget i en tunnel uten lys, med et sterkt ønske om å kunne snakke om døden og sorgen hun opplevde:

[...] jeg skulle så gjerne sagt til henne... og prøvd å si til henne at... «kan du ikke være så snill å bare skrive om du har det helt forferdelig?» For da kan vi senke skuldrene og ha det helt forferdelig sammen. Da kan jeg grine og. Det kan jeg ikke ... Det tillater jeg meg ikke. På grunn av at det at det er jo hun som er pasienten [ler litt]. Det er hun som har det fælt ... (pårørende).

RESULTATENE OPPSUMMERT

Oppsummert viser resultatene fra denne studien at de pårørende sto i en krevende hverdag preget av tap, omstillinger og omsorgsoppgaver – men med et fravær av tilstrekkelig støtte for deres innsats. Gjennom å verdsette minner, tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter og forsøke å opprettholde en normalitet i dagliglivet søkte de etter mening og nærhet til tross for sykdommens utfordringer. Kommunikasjonsvansker og endret atferd hos den som var syk kunne føre til økt belastning og behov for emosjonell støtte fra omgivelsene. Narrativene beskrevet i den aktuelle studien danner et viktig utgangspunkt for videre refleksjon rundt hvordan helsepersonell best kan støtte pårørende til personer med ALS i deres dagligliv. I det følgende vil vi diskutere hvordan kunnskapen fra denne studien kan anvendes i praksis, og hvilke implikasjoner dette har for ergoterapi og tverrfaglig oppfølging.

Diskusjon

Vi ønsker med denne artikkelen å fremheve hvordan forståelse og informasjon om kognitive og atferds-

messige endringer ved ALS, samt god kommunikasjon og støtte, kan hjelpe pårørende til å håndtere situasjonen bedre og redusere psykososiale belastninger. Studien gir innsikt i hvordan pårørende til personer med ALS og kognitiv funksjonsnedsettelse kan oppleve en indre kamp mellom å miste seg selv til omsorgsrollen og å miste sin kjære til ALS. I tillegg opplevde de utfordringer i daglig interaksjon og kommunikasjon. Tatt for gitte endringer i rollefordelinger, aktivitetsbegrensninger og vansker med å mestre en «tapt» fremtid kunne utfordre den nære relasjonen de hadde hatt sammen. De pårørende strebet etter å holde hverdagslivet så «normalt» som mulig, samtidig som de savnet å dele sine bekymringer og få anerkjennelse og støtte for den innsatsen de gjorde for å støtte sitt familiemedlem med ALS. I møte med hverdagslivets utfordringer og tapet av en fremtid sammen med den syke, kunne de pårørende imidlertid finne glede i de små, nære tingene i hverdagen og se tilbake på gode minner om felles aktiviteter for å finne mening. En strategi som bidro til å bevare følelsen av identitet og fellesskap. Kunnskapen fra denne studien vil kunne ha betydning for at ergoterapeuter og annet helsepersonell kan legge til rette for at pårørende til personer med ALS skal kunne oppleve mening i hverdagen.

BEVARING AV AKTIVITETSIDENTITET OG FELLESSKAP

Aktivitetsidentitet relateres til hvordan identitet skapes gjennom menneskers engasjement i utførelse av aktivitet (Kaae Kristensen et al., 2017). Med en transaksjonell forståelse av begrepet aktivitet (Cutchin & Dickie, 2012; Fisher & Marterella, 2019; Fritz & Cutchin, 2017) må ergoterapeuter forstå de pårørendes opplevelser og aktivitetsvalg i en dynamisk sammenheng med deres fortid og nåtid og i en helhetlig relasjon til objektive forhold og subjektive erfaringer. Pårørendes aktivitetshistorier vil derfor være av betydning for hvordan de finner mening i hverdagen. Samtidig vil det være en gjensidig påvirkning mellom erfaringene til den pårørende og personen med ALS. Som funnene fra denne studien viste, må vi forvente at de pårørende og deres familiemedlem med ALS har en delvis felles aktivitetshistorie. Når ALS-sykdommen medfører funksjonsnedsettelse som påvirker evnen personen med ALS har til å delta i meningsfulle aktiviteter, vil en naturlig konsekvens være at pårørendes aktivitetsmuligheter i fellesskap med den ALS-syke forringes. Dette tapet kan føre til en følelse av meningsløshet og redusert

livskvalitet for de pårørende (Cipolletta & Amicucci, 2015; Fisher & Marterella, 2019).

Slik det er beskrevet i teorien om biografisk brudd ved alvorlig sykdom, kan pårørende ha behov for hjelp til å omstrukturere hverdagslivet med nye prioriteringer og reorganisering av forventninger til seg selv og andre (Bury, 1982). Dette for å opprettholde engasjement i verdifulle aktiviteter (Bury, 1982).

Vi mener at ergoterapeuter kan spille en sentral rolle i å hjelpe pårørende til å bli bevisst egen aktivitetsidentitet og hvilke aktivitetstap som påvirker hverdagen. Ved å inkludere pårørende i aktivitetskartlegging og tilrettelegging, kan ergoterapeuter bidra til å identifisere de aktivitetene som er viktige for den enkelte. Ergoterapeuter kan også tilby støtte og veiledning ved å justere eller tilpasse de aktivitetene pårørende ønsker å gjøre i fellesskap med personen med ALS, slik at aktivitetene kan være tilgjengelige, til tross for sykdommens progresjon. Pårørende i denne studien fant mening i å mimre tilbake på aktiviteter og opplevelser fra livet sammen med den som var syk (Oseland et al., 2025). Ved å anerkjenne personenes aktivitetsidentitet, og betydningen av levd liv, kan ergoterapeuter bidra til at pårørende føler seg sett og verdsatt. Dette kan fremme følelsen av mening for både den pårørende og personen med ALS og styrke dere relasjon.

TILPASSET INFORMASJON OG TILRETTELagt KOMMUNIKASJON

Slik som de pårørende beskrev, kan de kommunikasjonsvanskene som er vanlig ved ALS-spesifikk kognitiv funksjonsnedsettelse, føre til betydelige utfordringer i relasjonen mellom de pårørende og personen som har sykdommen (Oseland et al., 2025; Paynter et al., 2019). Redusert evne til å forstå andre menneskers sinnstilstand og tolkning av kroppsspråk kompliserer samtaler og kan skape misforståelser, frustrasjon og stress (Frith & Frith, 2012; Paynter et al., 2022). Derfor er det viktig at ergoterapeuter og annet helsepersonell gir støtte til pårørende gjennom veiledning om hvordan sykdommen påvirker atferd og hverdagsliv, samt bidrar til strategier for å skape trygge omgivelser og bedre samhandling mellom pårørende og personen med ALS. *Nasjonale faglige råd for samhandling og oppfølging av pasienter med ALS* understreker, i tråd med pasientrettighetsloven paragraf 3-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), at pårørende i likhet med personer med ALS, bør få individuelt tilpasset informasjon ba-

sert på deres situasjon og forutsetning til å ta til seg informasjon (Helsebiblioteket, 2023). Dette innebærer at informasjonen som gis, bør være tilpasset det kognitive funksjonsnivået til hver enkelt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I tillegg, kan skreddersydd informasjon om hvordan de kognitive vanskene hos personen med ALS påvirker forutsetning til aktivitetsutførelse, hjelpe pårørende til bedre å forstå hvorfor den ALS-syke oppfører seg eller håndterer situasjoner annerledes enn tidligere. Økt kunnskap hos de pårørende kan også lette omsorgsbyrden og redusere konflikter (Olesen et al., 2024; Silverman et al., 2022; Tookey et al., 2022). Ved å øke pårørende sin kunnskap om årsakene til endret væremåte hos personen med ALS, og ved å tilby strategier for hvordan håndtere disse endringene, kan frustrasjon og stress hos pårørende reduseres (Goldstein & Abrahams, 2013). Tidlig identifisering av kognitive endringer er viktig, blant annet for å kunne forberede pårørende på mulige utfordringer og gi dem nødvendig informasjon og verktøy for å håndtere endringene over tid. Av erfaring er det imidlertid stor variasjon i hvordan testresultater som indikerer kognitiv funksjonsnedsettelse følges opp, noe som sannsynligvis skyldes manglende retningslinjer for håndtering av kognitive endringer ved ALS (National Clinical Guideline Centre (UK), 2016). Det er uklart hvordan testresultatene skal formidles til personen med ALS og deres pårørende, og hvordan tilrettelegge tjenestene når kognitiv funksjonsnedsettelse er til stede (Goldstein & Abrahams, 2013; Hodgins et al., 2020). Ved å få kunnskap om den spesifikke kognitive funksjonsnedsettelsen hver enkelt har og hvilke aktivitetsutfordringer det medfører, kan imidlertid ergoterapeuter bruke sin kompetanse innen aktivitetsanalyse for å utvikle tilpassede strategier som ivaretar både pårørende og personen med ALS sine behov.

MESTRINGSSTRATEGIER OG PSYKOSOSIAL STØTTE TIL PÅRØRENDE

Opplevelsen av sorg gir økt sårbarhet for psykososiale belastninger (Røkholt et al., 2018; Stroebe et al., 2007). Det er også kjent at nære relasjoner har betydning for hvordan personer håndterer alvorlig sykdom, sorg og krise. Et godt nettverk med sterke relasjoner er nært knyttet til økt livskvalitet og resiliens (Rutter, 2006; Wennerberg & Arneberg, 2011). Kommunikasjonsferdigheter er essensielle for å etablere og opprettholde gode relasjoner (Snow & Douglas, 2017). Denne etablerte kunnskapen



Pårørende i denne studien fant mening i å mimre tilbake på aktiviteter og opplevelser fra livet sammen med den som var syk.

understreker viktigheten av tidlig adressering av de emosjonelle og relasjonelle utfordringene som følger med kognitiv funksjonsnedsettelse hos personer med ALS. Når pårørende og personer med ALS tar på seg en maske overfor andre og opprettholder en fasade utad, kan det imidlertid, som beskrevet i vår studie (Oseland et al., 2025), være vanskelig for helsepersonell å identifisere alt fra relasjonelle utfordringer til praktiske tilretteleggingsbehov i det daglige. Ergoterapeuter som drar på hjemmebesøk, står kanskje her i en særskilt privilegert posisjon med mulighet til å komme bak fasaden, tett på personenes hverdagsliv, og dermed oppdage ellers skjulte hjelpebehov.

I likhet med funnene i denne studien, har også andre beskrevet at pårørende til personer med ALS opplever en krevende balansegang mellom å støtte den syke og ivareta egne behov (Cipolletta et al., 2018; Conroy et al., 2021). Mange pårørende opplever en skjevfordeling av ansvar i takt med sykdomsutviklingen hos personen med ALS. Ergoterapeuter kan bistå pårørende med å balansere omsorgsrollen med deres egne behov og interesser, blant annet ved å gi veiledning om strategier for aktivitetsbalanse (Cutchin & Dickie, 2012; Fisher & Marterella, 2019). Dette inkluderer å identifisere prioriterte aktiviteter, planlegge for variasjon mellom ulike former for aktivitet og hvile, samt delegerer omsorgsoppgaver eller benytte avlastingstjenester. I tillegg kan veiledning i å håndtere følelsesmessige utfordringer, inkludert sorgprosesser knyttet til endrede roller og tap av fellesskap, være viktig for at pårørende skal ivareta egen helse, og redusere risiko for komplisert sorg (Stroebe et al., 2007; Stroebe & Schut, 2010).

Det argumenteres for at pårørende vil ha behov for emosjonell støtte utenfra, siden personer med ALS på grunn av kognitive endringer kan ha vanskeligheter med å gi denne støtten til sine kjære (Oseland et al., 2025). Av erfaring er det gjerne begrensede og varierte ressurser som er avsatt og øremerket psykososial støtte til pårørende. Enten pårørende får tilgang til emosjonell støtte gjennom ALS-oppfølgingen i helsevesenet eller ikke, mener vi at helsepersonell bør oppfordre pårørende til å benytte seg av konkrete tilbud som kan styrke deres mestring, gi avkopling og en følelse av fellesskap. Det kan for eksempel være å delta i støttegrupper for pårørende, engasjere seg i organiserte fritidsaktiviteter, eller å søke samtaler med fagpersoner. Ved å opprettholde egne interesser og sosiale relasjoner

utenfor hjemmet, kan pårørende bygge overskudd og resiliens som gjør det lettere å være en ressurs gjennom hele sykdomsforløpet og i livet etter ALS (Rutter, 2011; Soof & Dal Bello Haas, 2018).

Oppsummering

Ergoterapeuter og annet helsepersonell bør tilby forebyggende og støttende tiltak for å løse eller unngå relasjonelle utfordringer tidlig i sykdomsforløpet (Oseland et al., 2025). Ergoterapeuter har en viktig rolle i å gi støtte til pårørende til personer med alvorlig sykdom, slik at de pårørende kan opprettholde en meningsfull hverdag. Ved å fokusere på kommunikasjon, aktivitetstilpasning, omsorgsmestring og emosjonell støtte kan ergoterapeuter bidra til at pårørende opplever redusert relasjonell avstand til personen som har fått ALS-diagnosen, samt bedre livskvaliteten for begge parter. Særlig pårørende trenger ofte emosjonell støtte utenfra, da personer med ALS kan ha vanskeligheter med å gi dem denne støtten på grunn av sine kognitive utfordringer. Ergoterapeuter kan også hjelpe pårørende med å balansere omsorgsrollen og egne behov ved å gi veiledning om aktivitetsbalanse og vektlegge deres aktivitetsidentitet.

Selv om studien vi har tatt utgangspunkt i for å skrive denne artikkelen, kun dekker et lite utvalg, påpeker funnene viktige områder innen ALS-omsorgen som ofte kan bli oversett eller nedprioritert. En helhetlig tilnærming som også anerkjenner behovene til pårørende, kan styrke deres mulighet til å leve meningsfulle liv i nær relasjon til den som er syk med ALS.

Finansiering

For gjennomføring av studien er det mottatt økonomisk støtte fra Helse Vest (Nr. 2016/2187), Forskningsenheten ved Sørlandet Sykehus, Kristiansand og Norsk Ergoterapeutforbund.

Vi ønsker også å rette en spesiell takk til alle pårørende som har delt sine erfaringer og vist åpenhet i en krevende livssituasjon. Vi verdsetter den tilliten som er vist ved å la oss få innblikk i deres hjem og personlige opplevelser.

Referanser

- Beeldman, E., Raaphorst, J., Klein Twennaar, M., de Visser, M., Schmand, B. A. & de Haan, R. J. (2016). The cognitive profile of ALS: a systematic review and meta-analysis update. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 87(6), 611-619. <https://doi.org/10.1136/npp.2015.299999>

- org/10.1136/jnnp-2015-310734
- Beeldman, E., Raaphorst, J., Klein Twennaar, M., Govaarts, R., Pijnenburg, Y. A. L., de Haan, R. J., de Visser, M. & Schmand, B. A. (2018). The cognitive profile of behavioural variant FTD and its similarities with ALS: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 89(9), 995-1002. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-317459>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2016). (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739-743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>
- Brizzi, K. T., Bridges, J. F. P., Yersak, J., Balas, C., Thakur, N., Galvin, M., Hardiman, O., Heatwole, C., Ravits, J., Simmons, Z., Buijn, L., Chan, J., Bedlack, R. & Berry, J. D. (2020). Understanding the needs of people with ALS: a national survey of patients and caregivers. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*, 21(5-6), 355-363. <https://doi.org/10.1080/21678421.2020.1760889>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn*, 4(2), 167-182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Caga, J., Hsieh, S., Lillo, P., Dudley, K. & Mioshi, E. (2019). The Impact of Cognitive and Behavioral Symptoms on ALS Patients and Their Caregivers. *Front Neurol*, 10, 192. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00192>
- Cipolletta, S. & Amicucci, L. (2015). The family experience of living with a person with amyotrophic lateral sclerosis: a qualitative study. *Int J Psychol*, 50(4), 288-294. <https://doi.org/10.1002/ijop.12085>
- Cipolletta, S., Gammino, G. R., Francescon, P. & Palmieri, A. (2018). Mutual support groups for family caregivers of people with amyotrophic lateral sclerosis in Italy: A pilot study. *Health Soc Care Community*, 26(4), 556-563. <https://doi.org/10.1111/hsc.12558>
- Conroy, É., Kennedy, P., Heverin, M., Leroi, I., Mayberry, E., Beelen, A., Stavroulakis, T., van den Berg, L. H., McDermott, C. J., Hardiman, O. & Galvin, M. (2021). Informal Caregivers in Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Multi-Centre, Exploratory Study of Burden and Difficulties. *Brain Sci*, 11(8). <https://doi.org/10.3390/brainsci11081094>
- Cutchin, M. P. & Dickie, V. A. (2012). Transactionalism: Occupational Science and the Pragmatic Attitude. I(s. 21-37). Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- de Wit, J., Bakker, L. A., van Groenestijn, A. C., van den Berg, L. H., Schroder, C. D., Visser-Meily, J. M. & Beelen, A. (2018). Caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis: A systematic review. *Palliat Med*, 32(1), 231-245. <https://doi.org/10.1177/0269216317709965>
- ECAS, E. C. a. B. A. S. (2020). ECAS International. Hentet 09.04.2020 fra <https://ecas.psy.ed.ac.uk/ecas-international/#Norwegian>
- Fisher, A. G. & Marterella, A. (2019). *Powerful practice : a model for authentic occupational therapy*. Ciots.
- Frith, C. D. & Frith, U. (2012). Mechanisms of Social Cognition. *Annual Review of Psychology*, 63(Volume 63, 2012), 287-313. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100449>
- Fritz, H. & Cutchin, M. P. (2017). The transactional perspective on occupation: A way to transcend the individual in health promotion interventions and research. *Journal of Occupational Science*, 24(4), 446-457. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1366354>
- Galvin, M., Corr, B., Madden, C., Mays, I., McQuillan, R., Timonen, V., Staines, A. & Hardiman, O. (2016). Caregiving in ALS - a mixed methods approach to the study of Burden. *BMC Palliat Care*, 15(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0153-0>
- Goffman, E. (1971). *The presentation of self in everyday life*. Penguin Books.
- Goldstein, L. H. & Abrahams, S. (2013). Changes in cognition and behaviour in amyotrophic lateral sclerosis: nature of impairment and implications for assessment. *Lancet Neurol*, 12(4), 368-380. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(13\)70026-7](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(13)70026-7)
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Can J Occup Ther*, 71(5), 296-305. <https://doi.org/10.1177/000841740407100509>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Vi - de pårørende Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
- Helsebiblioteket. (2023, 25. september). *Nasjonale faglige råd for samhandling og oppfølging av pasienter med amyotrofisk lateral sklerose (ALS)*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-faglige-rad/nasjonale-faglige-rad-for-samhandling-og-oppfolging-av-pasienter-med-amyotrofisk-lateral-sklerose-als>
- Helsedirektoratet. (2024, 13. mars). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenestene*. Helsedirektoratet. Hentet 28.09.2025 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Hodgins, F., Mulhern, S. & Abrahams, S. (2020). *The clinical impact of the Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen (ECAS) and neuropsychological intervention in routine ALS care* [92-99]. [London, England] :.
- Kaae Kristensen, H., Schou, A. S. B. & Mærsk, J. L. (2017). *Nordisk aktivitetsvidenskab*. Munksgaard.
- Masrori, P. & Van Damme, P. (2020). Amyotrophic lateral sclerosis: a clinical review. *European journal of neurology*, 27(10), 1918-1929. <https://doi.org/10.1111/ene.14393>
- National Clinical Guideline Centre (UK). (2016). *Motor Neurone Disease: Assessment and Management* (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). National Institute for Health and Care Excellence (UK). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26962594>
- Olesen, L. K., la Cour, K., Nimmon, L., With, H. & Handberg, C. (2024). Experiences of an Online Palliative Rehabilitation Programme for Spousal Caregivers of People With Amyotrophic Lateral Sclerosis and Cog-

- nitive and/or Behavioural Impairments: A Qualitative Interpretive Study. *Advances in Rehabilitation Science and Practice*, 13, 27536351241227860. <https://doi.org/10.1177/27536351241227860>
- Oseland, M., Sveen, U. & Taule, T. (2025). 'It's become a theatre': relational experiences of family carers and persons living with Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) after cognitive impairment emerges [version 2; peer review: 1 approved with reservations, 1 not approved]. *F1000Research*, 12(1092). <https://doi.org/10.12688/f1000research.137455.2>
- Oseland, M. S., Sveen, U. & Taule, T. (2023). *Extended data 'It's become a theatre': relational experiences of family carers and people with Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) after cognitive impairment emerges*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8126168>
- Oskarsson, B., Gendron, T. F. & Staff, N. P. (2018). Amyotrophic Lateral Sclerosis: An Update for 2018. *Mayo Clinic Proceedings*, 93(11), 1617-1628. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.04.007>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Paynter, C., Cruice, M., Mathers, S., Gregory, H. & Vogel, A. P. (2019). Communication and cognitive impairments and health care decision making in MND: A narrative review. *J Eval Clin Pract*, 25(6), 1182-1192. <https://doi.org/10.1111/jep.13219>
- Paynter, C., Mathers, S., Gregory, H., Vogel, A. P. & Cruice, M. (2022). The impact of communication on healthcare involvement for people living with motor neurone disease and their carers: A longitudinal qualitative study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 57(6), 1318-1333. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12757>
- Pinto-Grau, M., Hardiman, O. & Pender, N. (2018). The Study of Language in the Amyotrophic Lateral Sclerosis - Frontotemporal Spectrum Disorder: a Systematic Review of Findings and New Perspectives. *Neuropsychol Rev*, 28(2), 251-268. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9375-7>
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Ann N Y Acad Sci*, 1094(1), 1-12. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.002>
- Rutter, M. (2011). Resilience: Causal Pathways and Social Ecology. I(s. 33-42). New York, NY: Springer New York.
- Røkholt, E. G., Bugge, K. E., Sandvik, O. & Sandanger, H. (2018). *Sorg* (2. utg. utg.). Fagbokforl.
- Silverman, H. E., Ake, J. M., Manoochehri, M., Appleby, B. S., Brushaber, D., Devick, K. L., Dickerson, B. C., Fields, J. A., Forsberg, L. K., Ghoshal, N., Graff-Radford, N. R., Grossman, M., Heuer, H. W., Kornak, J., Lapid, M. I., Litvan, I., Mackenzie, I. R., Mendez, M. F., Onyike, C. U., Pascual, B., Tartaglia, M. C., Boeve, B. F., Boxer, A. L., Rosen, H. J., Cosentino, S., Huey, E. D., Barker, M. S., Goldman, J. S. & consortium, t. A. (2022). The contribution of behavioral features to caregiver burden in FTLD spectrum disorders. *Alzheimer's & Dementia*, 18(9), 1635-1649. <https://doi.org/10.1002/alz.12494>
- Snow, P. & Douglas, J. (2017). Psychosocial Aspects of Pragmatic Disorders. I L. Cummings (Red.), *Research in Clinical Pragmatics* (s. 617-649). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47489-2_23
- Soof, A. Y. & Dal Bello Haas, V. (2018). Understanding the Struggles for Informal Caregivers Caring for People with Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Annals of Neurodegenerative Disorders*, 3(1), 1027. <https://doi.org/10.47739/2476-2032/1027>
- Strada, E. A. (2019). *Psychosocial Issues and Bereavement* [373-386]. Philadelphia.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud*, 23(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M. P., Schut, H. P. & Stroebe, W. P. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960-1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Stroebe, M. S. & Schut, H. A. W. (2010). The dual process model of coping with bereavement. : *A decade on. Omega (Westport)*, 61(4), 273-289. <https://doi.org/10.2190/OM-61.4.b>
- Strong, M. J., Abrahams, S., Goldstein, L. H., Woolley, S., McLaughlin, P., Snowden, J., Mioshi, E., Roberts-South, A., Benatar, M., Hortobágyi, T., Rosenfeld, J., Silani, V., Ince, P. G. & Turner, M. R. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis - frontotemporal spectrum disorder (ALS-FTSD): Revised diagnostic criteria. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 18(3-4), 153-174. <https://doi.org/10.1080/21678421.2016.1267768>
- Taule, T., Morland, A. S., Aßmus, J., Tysnes, O.-B. & Rekand, T. (2021). Translation, cultural adaptation, and validation of a screening test for cognitive and behavioural changes in amyotrophic lateral sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1980621>
- Tooke, S., Greaves, C. V., Rohrer, J. D., Desai, R. & Stott, J. (2022). Exploring experiences and needs of spousal carers of people with behavioural variant frontotemporal dementia (bvFTD) including those with familial FTD (fFTD): a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 22(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02867-1>
- Wennerberg, T. & Arneberg, T. J. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Arneberg.
- World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. W. M. Association. World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Bevisstgjøring av en aktivitetssentrert praksis – Erfaringer med implementering av The Occupational Therapy Intervention Process Model i kommunehelsetjenesten

Av Malin Eerola, Vigdis Skarsaune Gausemel & Sissel Horghagen

Abstract

Raising Awareness of an Occupation-Centered Practice – Experiences with Implementing the Occupational Therapy Intervention Process Model in community-based practice

Background: Focusing on occupation is a foundation for high-quality occupational therapy services. This study examines how occupational therapists and occupational therapy students experience implementing the Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) in community-based practice. Two research questions guided the study: Which factors influence the implementation of the OTIPM, and what changes to practice have the participants experienced?

Methods and findings: Using focus group interviews and qualitative analysis (systematic text-condensation), three main findings were identified; i) contextual factors and expectations impact implementation, ii) strengthened professional identity, and iii) increased professional language in documentation. Participants describe a gradual change resulting in a stronger sense of professional identity and greater occupational focus in services and documentation.

Conclusion: The study indicated that OTIPM training strengthens occupational therapists' competence, professional awareness, and activity-focused practice. This improves service quality and clarifies their professional identity. Implementation requires time, collaboration, and organizational support. Supervising students in fieldwork contributed positively. Further research is needed to determine whether the changes persist. More research is also needed on the use of models like OTIPM in practice.

Keywords: process model, professional identity, higher education, community health services, focus group interviews

Nøkkelord: prosessmodell, profesjonsidentitet, høyere utdanning, kommunehelsetjeneste, fokusgruppeintervju



Malin Eerola er ergoterapeut, universitetslektor og studieprogramleder ved Ergoterapeututdanningen, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.



Vigdis Skarsaune Gausemel er ergoterapeut med mastergrad og ansatt i Trondheim kommune.



Sissel Horghagen er ergoterapeut og professor emerita ved Ergoterapeututdanningen, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

Det eksisterer ingen interessekonflikter til dette manuskriptet.

Introduksjon

Helsevesenet i Norge er i kontinuerlig utvikling, både når det gjelder organiseringen av tjenestene og arbeidet med å skape mer inkluderende helsetjenester (Arntzen mfl., 2024; Helse- og omsorgsdepartementet, 2024). Etter innføringen av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) har kommunale helsetjenester fått et utvidet ansvar. Dette har ført til et økt press på tjenestene og lengre ventelister, samtidig som det har blitt flere brukere med sammensatte behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024). Ergoterapifaget i Norge utvikler seg i takt med endringene i helsevesenet. Dette gjelder både forståelsen av fagets kunnskapsgrunnlag og hvordan ergoterapi praktiseres for å møte brukernes behov på best mulig måte (Arntzen mfl., 2024; Ness & Horghagen 2021). Fagutøvelsen påvirkes også av den nasjonale forskriften for ergoterapiutdanning (Kunnskapsdepartementet, 2025; Jentoft mfl., 2020), som legger føringer for utdanningenes innhold og kvalitet.

Ergoterapeuter er derfor både i Norge, men også internasjonalt, i en kontinuerlig faglig utvikling for å sikre kunnskapsbasert praksis og høy kvalitet i yrkesutøvelsen (Horghagen mfl., 2015; Stanley, 2023). I 2019 publiserte Fisher og Marterella boken *Powerful Practice – A Model for Authentic Occupational Therapy*, hvor de presenterer en resonneringsmodell med tydelig aktivitetsforankring: Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM). Modellen er blitt inkludert i undervisningen på ergoterapiutdanninger i Norge, og det er arrangert kurs med Ann Fisher rettet mot klinikere, undervisere og forskere som har handlet om hvordan modellen kan brukes for å styrke aktivitetsfokus i yrkesutøvelsen.

OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION PROCESS MODEL – OTIPM

Fisher og Marterella (2019) beskriver OTIPM som en prosessmodell som styrker ergoterapeuters bruk av aktivitet i den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen, noe de mener gir økt kvalitet på tjenestene. OTIPM beskriver detaljert hvordan ergoterapeuter kan kartlegge, formulere mål, gjennomføre intervensjon og evaluere i samarbeid med brukere. Arbeidsprosessen representerer en såkalt «true top-down»-tilnærming, som Fisher og Marterella (2019) beskriver som at ergoterapeuten starter på aktivitets- og deltakelsesnivået – med hva personen har behov for/ønsker å gjøre, at man videre gjennomfører en observasjon av aktiviteten(e) innen man overveier

hva som kan være årsakene til aktivitetsproblemer. Observasjonen av aktiviteten(e) bør fokusere på kvaliteten på utførelsen, som kan beskrives ved hjelp av motoriske-, prosess- og sosiale interaksjonsferdigheter. Det innebærer at vurderings- og intervensjonsprosessen starter med og styres av klientens faktiske aktiviteter og deltakelse i hverdagen, ikke av underliggende kroppsfunksjoner eller diagnoser.

Sammen med OTIPM presenteres begrepene aktivitetssentrert, aktivitetsbasert og aktivitetsfokusert, som egner seg som rammeverk for faglig refleksjon (Fisher, 2013; Fisher & Marterella, 2019). Med aktivitetssentrert refererer de til ergoterapeuters unike fagspesifikke perspektiv på aktivitet. Aktivitetsbasert beskriver ergoterapeuters primære metode, som er å involvere brukere i relevante og meningsfulle aktiviteter. Aktivitetsfokusert handler om det umiddelbare fokuset ergoterapeuten har, som er rettet mot aktivitet og ikke primært på omgivelser, gjenstander eller kroppsfunksjoner.

FORSKNING OM BRUK AV OTIPM

Det fins få studier (Hagelskjær mfl. 2024 og Sirkka mfl. 2023) som har forsket på implementering av Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) som en helhetlig arbeidsprosess i klinisk praksis. Det finnes også få studier om det å benytte OTIPM som rammeverk for kartlegging og intervensjon med ulike brukergrupper (Choji & Kobayashi, 2023; Fisher mfl., 2007; Larsen mfl., 2023 og Simmons & Griswold, 2010). Larsson-Lund og Nyman (2017) gjennomførte en litteraturstudie om ulike ergoterapeutiske modeller (MOHO, CMOP-E og OTIPM) og sammenlignet hvordan deltakelse forstås og brukes i disse tre ergoterapimodellene. Studien understreker at OTIPM bidrar til en god forståelse av deltakelse i meningsfulle og hensiktsmessige aktiviteter. Deltakelse og aktivitet er begrep i OTIPM som henger tett sammen og som betoner betydningen av å støtte klienten for å oppnå ønsket aktivitetsutførelse.

Sirkka mfl. (2014b) fant i en langtidsstudie at OTIPM ikke bare fungerer som rammeverk for profesjonell resonnering, men egner seg også for systematisk kvalitetsforbedring innen ergoterapi i en sykehussetting. Over 12 år ble det arbeidet målrettet med kunnskapsbasering av praksis, økt aktivitetsfokus og styrking av brukermidvirkning. Arbeidet inkluderte opplæring, justering av journaler, systematisk bruk av evidens, tilrettelegging

av tilbud og utvikling av rutiner og pasientinformasjon. I en annen publikasjon av Sirkka mfl. (2014a) kom det fram at ergoterapeutene opplevde en styrket profesjonell identitet, tydeligere profesjonsspråk og en dreining fra et medisinsk-funksjonelt fokus til et aktivitets- og klientsentrert perspektiv. Dette langsiktige kvalitetsarbeidet ble videre fulgt opp i en artikkel fra 2023, der ergoterapeuter beskrev at den aktivitetsfokuserte arbeidsmåten hadde blitt «den nye normalen» (Sirkka mfl., 2023). De rapporterte økt anerkjennelse fra andre profesjoner og en tydeligere felles forståelse av ergoterapiens rolle, noe som bidro til et mer positivt arbeidsmiljø. Studien viste videre at OTIPM fungerte som et bærekraftig og langvarig rammeverk som styrket klinisk resonnering og etablerte en trygg praksis. Funnene viste at modellen fungerte som en stabil struktur både i ordinær klinisk praksis og i kontinuerlig forbedringsarbeid. Relevansen for norsk praksis er sterk, ettersom Sverige og Norge har like profesjonsrammer innen ergoterapi. En dansk studie (Hagelskjær mfl., 2024) viser at systematisk implementering av OTIPM kan styrke en klientsentrert praksis, øke bruken av aktivitetsfokuserte og aktivitetsbaserte intervensjoner og bidra til større faglig trygghet blant ergoterapeuter.

OTIPM SOM RAMMEVERK I KARTLEGGING OG INTERVENSJON I ULIKE POPULASJONER

Larsen mfl. (2023) undersøkte danske ergoterapeuters perspektiv på klientsentrering og kunnskapsbasert praksis i hjelpemiddelformidling i kommunale tjenester. Prosedyren som ble evaluert, baserte seg på OTIPM. Funnene viste bedre samarbeid med brukerne, økt innsikt i brukernes utfordringer, tidsbesparelser og et skifte fra funksjonsfokus til fokus på aktivitetsutførelse.

Lindén mfl. (2011) undersøkte aktivitetsbaserte intervensjoner med OTIPM som arbeidsprosess for personer med hjerneskader. Studien viste at bruk av hverdagsteknologi kunne kompensere for utfordringer i dagliglivets aktiviteter og konkluderte med at OTIPM var egnet som struktur for denne typen intervensjon. En annen studie av Lindström mfl. (2012) evaluerte et intervensjonsprogram, Everyday Life Rehabilitation (ELR), for voksne med alvorlige psykiske lidelser. Ved å bruke OTIPM kunne ergoterapeutene evaluere deltakerne og hjelpe dem til å identifisere meningsfulle daglige aktiviteter, som de ønsket, men ikke klarte å delta i. Resultatene viste forbedringer i måloppnåelse, helsefaktorer

og ADL-funksjon gjennom å kombinere ELR med OTIPM.

Fisher mfl. (2007) undersøkte effekten av OTIPM-baserte intervensjoner for hjemmeboende eldre og fant positive resultater knyttet til forbedret ADL-funksjon. Simmons og Griswold (2010) brukte Evaluation of Social Interaction (ESI) sammen med OTIPM i arbeid med hjemmeboende personer med hjerneskade og rapporterte effekt av tiltakene. Studien til Choji og Kobayashi (2023) undersøkte korte intervensjonsøkter basert på OTIPM i en sykehussetting med pasienter etter hjerneslag. Studien viste at målrettede OTIPM-økter hadde positiv effekt på både funksjon og aktivitetsutførelse. Samarbeidet mellom terapeut og pasient spilte en sentral rolle i resultatforbedringene.

Gjennomgangen av forskningen viser styrker som praksisnærhet, ergoterapifaglig relevans og langsiktig perspektiv, og har overførbarhet til norsk kontekst. Svakheterne er at det finnes få implementeringsstudier, små utvalg, vanskelig å isolere OTIPM-effekt, mangel på komparative studier og liten geografisk spredning. Basert på denne gjennomgangen ser vi at kunnskapshullet på forskning på OTIPM fortsatt er stort. Det er derfor et behov for videre forskning på implementering av OTIPM, og særlig om hvordan OTIPM kan anvendes i en kommunal setting. Formålet med denne studien er å utforske hvordan ergoterapeuter og ergoterapeutstudenter i kommunehelsetjenesten erfarer å ta i bruk OTIPM som arbeidsprosess. Følgende to forskningsspørsmål ble definert;

- Hvilke faktorer påvirker deltakerne i å ta i bruk OTIPM?
- På hvilken måte har deltakerne opplevd endring i egen praksis etter å ha tatt i bruk OTIPM?

Metode

STUDIENS KONTEKST

Studien er forankret i et samarbeidsprosjekt mellom en kommune og en ergoterapiutdanning. Hensikten var å implementere OTIPM for å øke aktivitetsfokus i den kommunale ergoterapitjenesten. I prosjektet fikk en gruppe av ergoterapeutene i tjenesten opplæring i OTIPM og fungerte som resurspersoner ved enheten i videre implementering og studentveiledning. Første og andre forfatter deltok i dette samarbeidsprosjektet fra starten, mens tredje forfatter ble med fra planleggingen av fokusgruppeintervjuene.

Spørsmål

- Hvordan har dere erfart å benytte The Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) i kontakt med brukere?
 - På hvilken måte har OTIPM påvirket måten du dokumenterer i journaler?
 - Har dere hatt ansvar for egne brukere i løpet av praksis? (studenter)
 - Har dere reflektert over starten på samarbeidet med brukerne, ergoterapeutens rolle? (studenter)
- Hvordan opplevde dere det å få en gitt arbeidsprosess som dere skulle følge, med tanke på at dere fikk opplæring i starten?
- Kan dere fortelle om situasjoner der dere har brukt OTIPM eller deler av den sammen med en bruker?
 - Er det deler av OTIPM som var lettere enn andre å gjennomføre, hvorfor?
- Er det situasjoner der det er mer eller mindre egnet å benytte OTIPM?
 - Når dere møter brukere med ulike aktivitetsproblemer, opplever dere da ulike utfordringer med å følge OTIPM?
- Kan dere fortelle om hva som påvirket hvorfor dere har tatt eller ikke tatt OTIPM i bruk?
- Hvordan skiller det seg ut å arbeide ifølge OTIPM sammenlignet med hvordan dere pleide å arbeide tidligere? ... hvordan du som student forventet at man skulle arbeide i praksis (studenter)?

Tabell 1. Intervjuguide for fokusgrupper.

STUDIENS DESIGN

Studien har et kvalitativt design (Malterud, 2017), som er vurdert som hensiktsmessig for å innhente data knyttet til innføring og endring av en arbeidsmåte. Fokusgruppeintervju er valgt fordi metoden egner seg for å utforske og reflektere over erfaringer, kan fremme dialog og stimulere til kritisk refleksjon (Malterud, 2012), noe som harmonerte med formålet for denne studien.

DELTAKERNE

Deltakerne ble rekruttert gjennom direkte kontakt. Det ble holdt et informasjonsmøte, og alle mottok informasjonsbrev, invitasjon til fokusgruppeintervju og samtykkeerklæring. Studenter (uansett årskull) som gjennomførte praksis ved ergoterapienheten, fikk undervisning i OTIPM i praksisforberedende uke samt deltok i opplæring på praksisplassen. Totalt deltok 15 personer: ni studenter (f=7, m=2) og seks ergoterapeuter (f=4, m=2). Ergoterapeutene hadde 2–15 års yrkeserfaring, og halvparten hadde videreutdanning. Studentene representerte alle de tre studieårene.

DATAINNSAMLING

Datamaterialet ble samlet inn gjennom tre fokusgruppeintervjuer (Malterud, 2012): to med studenter (ledet av førsteforfatter) og ett med ergoterapeuter (ledet av andreforfatter). Tredjeforfatter deltok som observatør på det første fokusgruppeintervjuet. To intervjuer ble gjennomført fysisk og ett digitalt på grunn av praktiske årsaker. Intervjuene varte 60–90 minutter, og det ble gjort lydopptak. Det ble i tillegg skrevet notater underveis av forfatterne som ikke ledet intervjuet. Inter-

vjuguiden (tabell 1) var semistrukturert med åpne spørsmål (Malterud, 2017).

ANALYSE

Fokusgruppeintervjuene ble transkribert ordrett, to av førsteforfatter og et av andreforfatter. Dataene (102 sider transkripsjon, 38 sider notater) ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering etter Malterud (2017). Analysen følger fire trinn; helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntetisering (tabell 2). Analysen ble primært utført av første- og andreforfatter, med jevnlig diskusjoner med tredjeforfatter for å validere funnene og sikre bredde i tolkningen.

De transkriberte intervjuene ble først lest separat. Foreløpige temaer ble notert og sammenlignet, og vi identifiserte temaer som systematikk, dokumentasjon, kontekst og variasjoner. Et sentralt inntrykk var spenningen mellom ønsket om faglig utvikling og en travel hverdag preget av vaner.

Videre ble transkripsjonene gjennomgått linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter, det vil si utsagn som belyste forskningsspørsmålene. For eksempel ble utsagn som handlet om utfordringer med å endre praksis vurdert som en meningsbærende enhet: «Har vært litt vanskelig med den her modellen egentlig, siden vi ellers er så vant til å gå direkte på tiltak». De meningsbærende enhetene ble diskutert i forskergruppen. Når nye temaer ble identifisert, ble tidligere lest rådata gjennomlest på nytt. De meningsbærende enhetene ble så utviklet, presisert og systematisert med koder som videre ble sortert i navngitte kodegrupper.

Følgende trinn er kondensering, der kodegruppene og de meningsbærende enhetene var utgangs-

Trinn 2: Meningsbærende enhet (Sitat fra rådata)	Trinn 2: Kode (Stikkord)	Trinn 3: Kondensat (Oppsummert betydning)	Trinn 4: Kategori (Resultat)
«Det har vært litt mer den systematiseringen av hvor man er i forløpet (...) Så for min del har pasientforløpet blitt mer strukturert da.» (Sunniva)	Systematisering av pasientforløpet	Deltakerne opplever at modellen gir en struktur som gjør at de vet hvor de er i prosessen og tar faglige valg mer bevisst.	Den fagbevisste ergoterapeuten
«...man beskriver tiltakene, og ikke bare skriver rullator punktum.» (Erik)	Mer detaljert beskrivelse av tiltak	Journalføringen endres fra korte produktnavn til beskrivelser av begrunnelser og prosess, noe som synliggjør ergoterapifaget.	Det ergoterapeutiske fagspråket synliggjøres i dokumentasjonen
«...siden vi ellers er så vant til å gå direkte på tiltak og da er det litt vanskelig å gå tilbake da...» (Mona)	Vane med å gå rett på tiltak	Eksisterende vaner og forventninger om raske løsninger utfordrer implementeringen av en ny, grundigere prosessmodell.	Kontekst og forventning

Tabell 2. Eksempel fra analyseprosessen.

punkt. Vi analyserte og abstraherte innholdet ved å skrive kondensat som gav et sammendrag av innholdet i kodegruppen.

I det siste trinnet sammenfattet vi kondensatene til analytiske kategorier som ble de tre hovedfunnene. Sitater fra fokusgruppeintervjuene ble valgt ut for å illustrere hovedfunnene (Malterud, 2017).

ETISKE OVERVEIELSER

Studien er godkjent av SIKT (ref. 293387). Deltakerne mottok informasjonsskriv som ble gjennomgått, og de signerte samtykke. Det ble presisert at deltakerne ikke skulle dele taushetsbelagt informasjon om brukersaker i fokusgruppene. Funnene presenteres samlet for ergoterapeutene og studentene da forskningsspørsmålet ikke spør om forskjeller mellom gruppene. Derfor blir alle omtalt som ergoterapeuter/deltakere i studien. Det kom frem noen ulikheter mellom ergoterapeutene og studentene i hovedfunnet «Tidspress og henvisninger preger hverdagen», noe som gjorde at vi valgte å belyse erfaringene hver for seg. Deltakerne er anonymisert og gitt fiktive navn.

Funn

Deltakerne har ulike erfaringer med å ta i bruk OTIPM som arbeidsprosess, og det er flere ulike faktorer som påvirker dette. Funnene viser at det å endre arbeidsmåte og ta i bruk OTIPM skjer gradvis, og deltakerne har noe ulik progresjon i endringsprosessen. Resultatet av analysen viste tre hovedfunn: Kontekst og forventning påvirker implementeringen,

Den fagbevisste ergoterapeuten og Det ergoterapeutiske fagspråket synliggjøres i dokumentasjonen. Den første kategorien belyser hvilke faktorer som påvirker deltakerne i å ta i bruk OTIPM, mens de to andre kategoriene belyser på hvilken måte deltakerne har opplevd endring i egen praksis etter å ha tatt i bruk OTIPM.

KONTEKST OG FORVENTNING PÅVIRKER IMPLEMENTERINGEN

Analysen viser at det er flere faktorer som påvirker i hvilken grad ergoterapeutene har tatt i bruk OTIPM. De positive kontekstuelle faktorene er forankring hos ledelsen og kollegial støtte, mens tidspress, henvisninger som preger arbeidshverdagen, og brukergruppers ulike forventninger er faktorer som hemmer implementeringen. Det varierer i hvilken grad deltakerne blir påvirket av de strukturelle faktorene, for eksempel ble noen mer påvirket av tidspress enn andre, og det var forskjeller i hvilken grad de opplevde støtte fra kollegaene. Det kommer også fram at deltakerne tar til seg den teoretiske kunnskapen om OTIPM i forskjellig tempo. Deltakerne har ulik grad av erfaring, så mens de mer erfarne ergoterapeutene skal endre en måte å arbeide på, skal studentene lære seg å følge en strukturert arbeidsmåte.

Støtte fra fellesskapet og ledelsen

Analysen viser at forankring hos ledelsen og det å arbeide i fellesskapet med kolleger har vært av stor betydning for implementeringen av OTIPM. Å veilede studenter er også meget positivt, som Phillip

sier: *Det å ha studenter har nå fremmet det i hvert fall, for de har det jo litt inne.* Studentene har med seg oppdatert kunnskap fra utdanningen, og dette er gunstig for den faglige oppdateringen på arbeidsplassen. Det gjør også at man i rollen som veileder må «koble seg på» og reflektere over eget arbeid.

Funnene viser at ledelsesforankring av prosjektet, med klare rammer for at ergoterapeutene kan sette av tid til arbeidet, var av stor betydning for implementeringen. Videre er det tydelig at det å arbeide sammen i et faglig fellesskap der man ga hverandre kollegial støtte, var av betydning. Flere trakk fram at de lærte mye på arbeidsmøtene der de i fellesskap diskuterte hvordan de kunne bruke arbeidsprosessen. Særlig diskuterte de hvordan utførelsesanalyse med observasjon og vurdering av aktivitet med motoriske-, prosess- og sosiale interaksjonsferdigheter, kan gjennomføres i ulike brukersaker:

Når vi har møttes, at man får hørt litt erfaringer andre har fått og hvordan de gjør det og velger å løse det, sånn at man får tips fra de andre. (Emma)

En arena for faglige diskusjoner er viktig når man er i ferd med å endre arbeidsmåte, som i seg selv er en krevende prosess. Analysene viser at implementeringen går lettere når flere på arbeidsplassen tar OTIPM i bruk, og de forteller at det blir en samlet bevissthet om implementeringen. Fagmøtene og de uformelle arenaene, som praten som oppstår rundt kaffetrakteren eller i lunsj-pausen, er viktig for å holde fokus på de endringene som de ønsker å få til. Det kommer også fram at bruk av hjemmekontor og digitale møter gjør at den kollegiale støtten blir lidende og minsker.

Tidspress og henvisninger preger arbeidshverdagen

Strukturelle rammer som tid og henvisninger påvirker og setter føringer for implementeringen av OTIPM. Tid var den faktoren som ble nevnt av alle, men analysene viser en forskjell mellom ergoterapeuter og studenter angående tid. Studentene opplevde at de hadde god tid til å forberede seg og følge OTIPM i brukersakene. Ergoterapeutene derimot opplevde tid som en utfordring. De forteller at det krevde mer tid å skulle ta i bruk en ny måte å arbeide på, samtidig som de hadde lange ventelister. Ergoterapeutene opplever også at det tok ekstra tid å sette seg inn i hvordan de skulle dokumentere arbeidet relatert til OTIPM:

Man vet at det er mye arbeid som ligger og venter,

men, ja, ledelsen sier jo at vi skal bruke tid på det, men så blir det litt sånn, skal du tillate deg å gjøre det. (Emma)

Et annet aspekt av tid var knyttet til samvittigheten for andre kollegaer:

... den samvittigheten vi sitter med, at nå skal jeg bruke tre timer på den brukeren her på grunn av prosjektet og så vet du at andre kollegaer jobber knallhardt for å ta unna i det hele tatt, så blir det sånn at man ikke, eller underbevisstheten sier at nei jeg bevilger en time til denne brukeren, selv om jeg helst skulle brukt to-tre. (Erik)

Andre strukturelle faktorer som nevnes er type henvisninger:

... henvisningene er ofte direkte på tiltakene og da er det litt vanskelig å gå tilbake da, og se om det er noe annet som kan fungere her. (Mona)

Disse sitatene viser hvordan ergoterapeutene opplever å ha et dilemma om hvor mye tid de skal bruke på hver sak. For å håndtere lange ventelister «svarer man ut» en henvisning med for eksempel en bestilling om et hjelpemiddel uten å gjøre en helhetlig vurdering i forkant. Deltakerne forteller at dette ikke er en måte de ønsker å arbeide på, men det er et resultat av tidspress og lange ventelister.

Ulike brukergruppers forventninger påvirker ergoterapeuten

Deltakerne opplevde at det ble ekstra krevende å følge trinnene i OTIPM i saker der brukerne har demensdiagnose eller andre former for kognitiv svikt. De forteller at brukerens hukommelsesvansker gjør det mer utfordrende å bli kjent og sette mål sammen med brukeren. Her trekker de inn pårørende som en viktig samarbeidspartner, samtidig som det økte kompleksiteten og tidsbruken.

Videre viste analysen utfordringer i situasjoner der brukere har en veldig klar formening om hva de har behov for, som for eksempel spesifikke tiltak og/eller hjelpemidler. De vil gjerne ha dette mer eller mindre umiddelbart og er lite motiverte for en kartlegging med trinnene i OTIPM. En av deltakerne forklarte:

Jeg har en sak der jeg hadde planlagt å bruke hele OTIPM, men når jeg kommer på hjemmebesøk så er bruker kun interessert i tiltak. (Clara)

Disse situasjonene krevde at ergoterapeuten tok

utgangspunkt i brukernes ståsted, men så forklarer hvorfor en kartlegging er viktig i forkant av tiltaket.

DEN FAGBEVISSTE ERGOTERAPEUTEN

Deltakerne opplever en tydeliggjøring av egen fagidentitet gjennom bruken av OTIPM. Dette er en endringsprosess som tar tid, og det er variasjon i hvilken grad deltakerne opplever at de får til endringen. Analysen viser at de blir mer bevisst på sin aktivitetssentrerte praksis, som var tydelig mens man utdanner seg, men som i en vanlig arbeidshverdag fort kan bli avglemt. Gjennom å strukturere arbeidet sitt etter OTIPM begynte deltakerne å arbeide mer systematisk og uttrykte en økt bevissthet over egen kjernekompetanse.

Ergoterapeutene arbeider mer systematisk

Analysene viser at deltakerne i starten tar i bruk OTIPM litt tilfeldig, mens de identifiserer forskjellene mellom OTIPM og måten de tidligere hadde arbeidet på. Den første endringen de gjorde, var å ta i bruk systematisk observasjon av aktivitet og ferdighetsverb for å beskrive brukerens utførelse. Etter hvert begynte de å gjøre grundigere kartlegginger for så å ta i bruk de ulike formene for tiltak som intervensjonsmodellene i OTIPM beskriver. Utførelsesanalysen og intervensjonsmodellene trekkes frem som ny kunnskap som gir en mer grundig tilnærming med fokus på brukernes hverdagslivsutfordringer:

Så jeg tenker at med OTIPM'en så fikk vi muligheten til å få mer informasjon om brukeren og da så vi jo gjennom aktivitetsanalysen at hun ikke har behov for rullator, men en annen form for støtte til aktivitet. (Kine)

Analysene av fokusgruppeintervjuene viser at ergoterapeutene endret arbeidsvanene sine ved å ta i bruk OTIPM. De begynte å arbeide grundigere med en systematisk og aktivitetsfokusert kartlegging i stedet for det å direkte utføre det henvisningen handlet om. Ergoterapeutene endrer måten de presenterer faget på for brukerne. Samarbeidet påvirkes positivt av at de i starten opplyser brukeren om hva en ergoterapeut kan bidra med og forklarer hvordan ergoterapeuter arbeider. Etter å ha lært om og fulgt fasene i OTIPM arbeider de mer systematisk og målrettet:

Det har vært mer systematisering av hvor man er i forløpet, og lettere kan si at nå er jeg her og kan gå til neste ledd, eller gå tilbake. Så for min del har pasientforløpet blitt mer strukturert da. (Sunniva)

Flere nevner at bruken av OTIPM fører til at man tar faglige begrunnede valg underveis. Deltakerne opplever at kartleggingen er mer detaljert på grunn av observasjonen av aktivitetsutførelsen, tiltakene er mer treffsikre, og de oppdager andre tiltak som er bedre egnet enn hjelpemiddel. Det å sette søkelys på aktivitet i starten av kartleggingen ut fra OTIPM gjør at både mål og tiltak blir mer aktivitetsrettet, at det blir en rød tråd i arbeidet – og som Emma sier: *Så føler man jo at ergoterapien kommer frem enda mer da.*

Ergoterapeuten arbeider med økt faglig bevissthet og aktivitetsfokus

Funnene viser at ved å ha tatt i bruk OTIPM som arbeidsprosess har deltakerne fått en økt bevissthet om egen faglige kompetanse på aktivitet og deltakelse. Deltakerne er enige om at det å ta i bruk OTIPM og bli trygg på bruken av den, gjør at de tenker mer på egne kjernekompetanser og opplever seg som tryggere fagpersoner. Det gir en økt bevissthet på hvilke muligheter brukerne har for aktivitet og mestring av hverdagslivets aktiviteter. Ved bruk av OTIPM får kartleggingen og tiltakene et større aktivitetsfokus. Analysen viser også at valg av en intervensjonsmodell over en annen i større grad var et bevisst valg enn tidligere, og at de i større grad tenkte aktivitet som mål og tiltak utover tilpassing av omgivelser, hjelpemiddel og funksjon. Bruken av OTIPM forsterker fokuset på brukers ressurser og aktivitet. Emma forteller:

Jeg føler på en måte at jeg har fått et større aktivitetsfokus gjennom hele prosessen og at den intervensjonen på en måte gjør det mer tydelig. Hva er målet og hvilket tiltak og hvorfor har man valgt det, at jeg blir mer bevisst hele prosessen.

Deltakerne beskriver at de ikke bare tenker OTIPM på saker de allerede har startet, men at den nye kunnskapen preger måten de går inn i situasjonen på når de starter en ny brukersak. De viser i fokusgruppeintervjuene at de har tro på at de kommer til å bruke modellen i fortsettelsen.

DET ERGOTERAPEUTISKE FAGSPRÅKET SYNLIGGJØRES I DOKUMENTASJONEN

Funnene viser at måten ergoterapeutene dokumenterer sitt arbeid på i journalene har endret seg etter at de har tatt i bruk OTIPM som arbeidsprosess. De anvender flere faglige begrep som nyanserer kunnskap om aktivitet og deltakelse. Journalmalen som ble brukt på arbeidsplassen har i løpet av perioden med implementering blitt oppdatert til å samsvare

med fasene i OTIPM, og dette er til god støtte.

Funnene viser at dokumentasjon i journalene er en personlig endringsprosess. Et første skritt deltakerne tok, var å bruke motoriske og prosessferdighetsverb i sin journalføring. De forteller at dette ikke ga en tydeligere eller bedre dokumentasjon, men heller ble en opprømsing av fagord uten å tilføre noen verdi. Etter hvert fant deltakerne en balanse mellom detaljer og helhetsfokus som gav mer presise beskrivelser av hva som er sett, gjort og vurdert. Ferdighetsverbene ble en måte å beskrive observasjoner, ressurser og begrensninger på som opplevdes universalt for ergoterapeuter. Deltakerne erfarte at de også ble mer presise i sine beskrivelser av kartlegging av brukernes omgivelser og dets påvirkning på aktivitet, og de opplevde at dette førte til tydeligere kommunikasjon med andre kolleger. Bevisstgjøringen over de ulike intervensjonsmodellene gav ergoterapeutene et språk å bruke i journalene. Det ble tydeligere hva som var vurdert og prøvd og hvorfor, som en deltaker sa at: *man beskriver tiltakene, og ikke bare skriver rullator punktum. (Erik)*

Det var enighet om at journalføring var et arbeidsmoment som krevde mer tid enn før OTIPM ble tatt i bruk som arbeidsprosess. Samtidig vektla deltakerne nødvendigheten med mengdetrening på journalføring, for at man ikke skulle skrive journalene på den gamle måten. Erik beskriver:

Den største forskjellen er som du sier, journalføringen, uten tvil. Enten at man sier at man skal trene på diverse strategier for å bli mer selvstendig, så er det alltid aktiviteten som er målet. Og at man skal øke aktivitetsnivået, eller om man skal inn med kompenserende tiltak så gjør man det tiltaket på grunn av en aktivitet.

Funnene viser at dokumentasjon opplevdes som en sentral og konkret endring etter at deltakerne har tatt i bruk OTIPM. Det ble tydeligere at en ergoterapeut har utført og dokumentert arbeidet.

Diskusjon

Målet med denne studien har vært å utforske hvordan ergoterapeuter og ergoterapeutstudenter i kommunehelsetjenesten erfarer å ta i bruk OTIPM som arbeidsprosess. Diskusjonen er strukturert i henhold til studiens to forskningsspørsmål.

HVILKE FAKTORER PÅVIRKER DELTAKERNE I Å TA I BRUK OTIPM

Funnene viser at implementeringen av OTIPM ble

påvirket av ulike faktorer. Det første var ledelsesforankring, videre var det at ergoterapeutene opplevde høyt arbeidspress og begrenset tid til fagutvikling og til refleksjon, viktigheten av kollegial støtte og de ulike brukergruppens forventninger til ergoterapeuten.

Studien viser at en forutsetning for å lykkes er at implementeringen er ledelsesstyrt, hvilket er i tråd med Heard (2014) sin studie. Den understreker at endringsarbeidet må være tydelig forankret hos ledelsen og ikke overlatt til enkeltansatte eller ildsjeler alene. Både resultatet fra vår studie samt studien til Heard (2014) tydeliggjør at ledelsen spiller en nøkkelrolle ved å sette klare mål og forventninger for implementeringen, prioritere tid, ressurser og kompetanseutvikling, samt skape legitimitet og felles retning for endringen i tjenesten. Forankring hos ledelsen er også en suksessfaktor trukket frem i studien til Sirkka mfl. (2014a). I vår studie var det av betydning at ledelsen initierte og satte av tid til at en gruppe ergoterapeuter skulle arbeide sammen for å ta i bruk OTIPM. En viktig faktor var også ledelsens positive holdning til at dokumentasjonsmalene ble revidert slik at de samsvarte med OTIPM. Larsen mfl. (2023) og Sirkka mfl. (2014b) fant tilsvarende behov for å tilpasse dokumentasjonen til den nye arbeidsmåten basert på OTIPM. Dette indikerer at organisatoriske rammer styrt av ledelsen kan støtte opp under faglig utvikling. Funnene i denne studien viste at tidspress gjorde det utfordrende å ta i bruk en ny arbeidsprosess i en travel arbeidshverdag, selv om ergoterapeutene hadde fått ekstra tid av ledelsen til arbeidet. Studentene i sin rolle opplevde bedre tid og rom for fordypning, noe som ga deltakerne ulike utgangspunkt. Tid som en begrensende faktor ved implementering av en ny modell, er også identifisert av Asaba mfl. (2017), Larsen mfl. (2023) og Sirkka mfl. (2023). I disse studiene kommer det fram at ergoterapeutene opplever at arbeidsdagen ikke gir nok rom for å gjennomføre tidkrevende, kvalitetsmessige og strukturerte arbeidsprosesser. Tidspress førte til noe frustrasjon hos noen av våre deltakere, og kan være en grunn til at deltakerne hadde ulik progresjon i forståelsen og bruken av modellen slik det kommer fram av funnene. Sirkka mfl. (2023) fant i sin studie at ergoterapeutene opplevde faglig trygghet og styrke ved å ta i bruk OTIPM, men at det var krevende å få til en kontinuerlig tilpasning og bruk av arbeidsprosessen. Det krever generelt tid å sette seg inn i nye modeller, enten det er OTIPM eller andre modeller.

Funnene viser at ergoterapeutene hadde ekstra utfordringer med implementeringen av OTIPM knyttet til brukere med kognitiv svikt. Lignende utfordringer beskrives av Larsen mfl. (2023) som peker på at vansker med kommunikasjon, redusert innsikt, og behovet for tilpassede tiltak krever mer tid avsatt til hver bruker for å kunne arbeide brukerrettet. Videre viste resultatene i vår studie at noen henvisninger var mer krevende å håndtere med OTIPM som struktur, særlig i situasjoner der brukerne hadde en klar formening og forventning om hjelpemidler. I de situasjonene var det krevende å starte arbeidsprosessen med et aktivitetsfokus. Samtidig bidro OTIPM til at ergoterapeutene arbeidet mer grundig med henvisningene; de leverte ikke bare ut et hjelpemiddel. Dette er i tråd med resultatene fra Lindén mfl. (2011) og Larsen mfl. (2023) som viser at OTIPM egner seg som rammeverk i kommunal hjelpemiddelformidling og i formidlingen av velferdsteknologi. Deltakerne i studien fortalte om en gradvis, men tydelig endring i egen yrkesutøvelse gjennom bruk av OTIPM, og de vektla her betydningen av å arbeide sammen som team. Flere beskrev en styrket faglig trygghet og økt bevissthet om hva som faktisk er ergoterapifagets kjerneoppgaver, og at det å arbeide sammen om dette som et kollegium, var av betydning. Dette blir også understreket i Sirkka mfl. (2023) sin artikkel med viktigheten av at teamet arbeider sammen om implementering av nye arbeidsmodeller.

ENDRINGER I PRAKSIS GJENNOM BRUK AV OTIPM

Funnene viser at deltakerne opplevde endringer i hvordan de både forstår sin profesjonsrolle og hvordan de utfører arbeidet. Iverksettingen av OTIPM gjorde dem mer faglig bevisste med tydeligere aktivitetsfokus, og de begynte også å arbeide mer systematisk. Dette samsvarer med Fisher og Marterellas (2019) vektlegging av at OTIPM fremmer terapeutisk resonnering og tydeliggjør ergoterapeutens rolle. Også dokumentasjon i journal endret seg, og det ergoterapeutiske fagspråket ble mer synlig.

En utfordring var at ergoterapeutene ikke var vant til å arbeide med et konsekvent aktivitetsfokus. Dette handler om vaner, tidspress, type henvisninger og forventninger fra brukere og andre samarbeidspartnere. Sirkka mfl. (2023) poengterer at det er bekymringsfullt hvis ergoterapeuter velger kartleggingsverktøy basert på bekvemmelighet. De understreker at dette kan undergrave klientsentrering

og aktivitetsfokus i tjenestene og gjøre konturen av ergoterapi vag. Våre funn viser at implementering av OTIPM krevde endring i både tankesett og arbeidsrutiner. Samtidig kommer det frem at bruken av OTIPM førte til økt bevissthet om aktivitetens rolle og et tydeligere fokus på aktivitet, deltakelse og hverdagsliv. Dette samsvarer med Larsen mfl. (2023), som fant at deltakerne oppnådde bedre faglige vurderinger og dokumentasjon, noe som økte trygghet og tydelighet i tverrfaglig samarbeid og i dialogen med brukere og pårørende.

Implementeringen av OTIPM bidro til en økt aktivitetssentrering i praksis. Dette innebar at aktivitet ble brukt som metode, og at deltakerne i større grad reflekterte over hvorfor en bestemt intervensjon ble valgt. Forskning av bl.a. Simmons og Griswold (2010) og Choji og Kobayashi (2023) viser at OTIPM og aktivitetsbaserte og aktivitetsfokuserte kartlegginger og intervensjoner fremmer faglig refleksjon. Gjennom bevisstgjøringen av egen yrkesutøvelse og det å følge OTIPM som en arbeidsprosess, begynte deltakerne å arbeide mer reflektert og kunnskapsbasert, selv om flere påpekte at man i en travel hverdag kan falle tilbake på vante og ikke nødvendigvis kunnskapsbaserte arbeidsmåter. Dette gjenspeiles i resultatene til Asaba mfl. (2017), som fant at mange ergoterapeuter valgte kartleggingsverktøy basert på gammel vane.

Det kan være krevende å opprettholde implementering av nye arbeidsmåter og å arbeide med kvalitetsarbeid. Et argument for å fortsette å satse på langvarig kvalitetsarbeid finner vi i resultatene til Sirkka mfl. (2023), der deltakerne formidler at det å arbeide ut fra OTIPM som arbeidsprosess, har utviklet deres egne ferdigheter og styrket deres kliniske resonnering. Det har skapt et klima der resonnering med OTIPM som utgangspunkt, gjør at man øver på bruken av denne arbeidsprosessen over tid, hvilket styrket deltakernes ønsker om å øke kvaliteten på teamets arbeid.

Våre funn viser at implementering av OTIPM har ført til endret praksis for deltakerne, med et tydeligere aktivitetsfokus. Dette kan tenkes å bidra til mer bærekraftige tjenester i kommunehelsetjenesten, der ressursene må brukes målrettet og effektivt (Ness & Skyer, 2020). Ifølge Sirkka mfl. (2023) kan den styrkede profesjonelle identiteten og rolleforståelsen gi ergoterapeutene et ankerpunkt i et helsevesen med konstante endringer og økende krav. Å vurdere sine tjenester i tråd med i hvilken grad de er aktivitetsbaserte, aktivitetsfokuserte og

økologisk relevante, er en rettesnor for hva som må endres og forbedres når ressursene er knappe (Sirkka mfl. 2023).

METODISKE REFLEKSJONER

I denne studien har vi utforsket implementeringen av OTIPM blant ansatte og ergoterapeutstudenter i en kommune. Det er vanskelig å isolere OTIPM fra andre potensielle årsaker til endring deltakerne beskriver. Det er mulig at også andre modeller enn OTIPM kunne gitt lignende erfaringer, og at det økte fokuset på yrkesutøvelsen og samarbeid i enheten kan ha bidratt til mer aktivitetsfokus og en styrket yrkesidentitet.

Utvalget i studien besto av studenter og yrkesaktive ergoterapeuter. Vi valgte å intervju dem separat for å unngå skjev maktbalanse og for å gi studentene mulighet til å snakke fritt uten påvirkning av de erfarne ergoterapeutene. Videre valgte vi å samle funnene fra begge gruppene, da forskningsspørsmålene ikke tilsa at de burde skilles, siden samme intervjuguide ble brukt og svarene i hovedsak var sammenfallende (med unntak av opplevelsen av tidspress). Det kan tenkes at resultatene ville sett annerledes ut om forskjeller mellom gruppene var analysert mer inngående. Utvalget i studien omfattet få deltakere og én kommune, noe som gjør at resultatene kan være påvirket av lokale forhold. Funnene er dermed kontekstspesifikke og ikke nødvendigvis generaliserbare til alle kommuner, samtidig som de vurderes å ha overføringsverdi til lignende settinger. Det kan også sees som en styrke med kombinasjonen av perspektiver fra både studenter og yrkesaktive terapeuter, noe som belyser saken fra ulike ståsteder. Analysen viste stor enighet mellom studentenes og de yrkesaktive ergoterapeutene sine opplevelser av endring, noe som indikerer at OTIPM fungerer uavhengig av grad av erfaring.

Forfatterne har ulik bakgrunn og erfaring med metoden som er valgt, noe som kan påvirke analyseprosessen. Validiteten i analysen er styrket gjennom at vi vekselvis arbeidet med rådataene uavhengig av hverandre og i fellesskap og alternerte mellom et helhetlig og et detaljfokusert perspektiv. Dette øker studiens pålitelighet ved å redusere risikoen for at funnene preges av en persons forforståelse.

Konklusjon

Studien viser at implementeringen av OTIPM har styrket deltakernes kompetanse og bidratt til en mer aktivitetsfokusert ergoterapi praksis. Dette har

gitt økt faglig bevissthet, tydeligere yrkesidentitet og bedre dokumentasjon av ergoterapeuters arbeid. OTIPM ser ut til å kunne styrke faglig kvalitet og tydeliggjøre ergoterapeuters rolle, men implementeringen forutsetter tid, samarbeid og organisatorisk støtte for å bli gjennomført. Praksisstudenter spilte også en positiv rolle i implementeringsprosessen. Det finnes generelt få studier på bruk av ergoterapeutiske modeller som OTIPM. Denne studiens begrensninger er at den inkluderer et lite utvalg fra én kommune, samt utfordringer med å isolere OTIPM som eneste årsak til endringen deltakerne beskriver. Videre forskning bør utforske om funnene er overførbare til andre settinger, og undersøke om implementeringen vedvarer over tid.

Takk til

Vi takker deltakerne som har bidratt med sine erfaringer og kunnskap til studien og utviklingen av faget. Vi takker også Norsk Ergoterapeutforbund for økonomisk støtte.

Referanser

- Arntzen, C., Bonsaksen, T., Sveen, U., Gramstad, A., Stigen, L., Maass, R. & Horghagen, S. (2024). Ergoterapeuter i fremtidens primærhelsetjeneste: Hva skal de løse, og for hvem? En analyse av helsepolitiske styringsdokumenter. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 10(1), 1-20. <https://doi.org/10.18261/tfo.10.1.4>
- Asaba, E., Nakamura, M., Asaba, A., & Kottorp, A. (2017). Integrating Occupational Therapy Specific Assessments in Practice: Exploring Practitioner Experiences. *Occupational Therapy International*, Article ID 7602805, 8 pages. <https://doi.org/10.1155/2017/7602805>
- Choji, Y., & Kobayashi, R. (2023). Preliminary analysis of the clinical feasibility of a practice intervention derived from the occupational therapy intervention process model for patients with stroke in the convalescence stage. *The British Journal of Occupational Therapy*, 86(3), 197-204. <https://doi.org/10.1177/03080226221135373>
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>
- Fisher, A. G., Adler, K., & Potts, A. (2007). Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(4), 240-249. <https://doi.org/10.1080/11038120601182958>
- Fisher, A. G. & Marderella, A. (2019). *Powerful practice – A model for authentic occupational therapy*

- py. Center for innovative OT solutions. <https://doi.org/10.1080/11038120601182958>
- Heard, C. P. (2014). Choosing the path of leadership in occupational therapy. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1055>
- Hagelskjær, V., Wæhrens, E. E., von Bülow, C., & Nielsen, K. T. (2024). Qualitative realist evaluation of an occupational therapy intervention programme (ABLE), addressing ability to perform activities of daily living among persons with chronic conditions. *BMC Health Services Research*, 24(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10498-4>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Helsepersonellkommisjonen*. <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/organiseringen-av-helse-og-omsorgsdepartementet/styrer-rad-og-utvalg/tidligere-styrer-rad-og-utvalg/helsepersonellkommisjonen/id2920239/>
- Horghagen, S., Bonsaksen, T., Dolva, A. S., Hagby, C., Solbakken, A. I., Sveen, U., & Thyness, E. M. (2015). På vei inn i en kunnskapsbasert praksis. Ergoterapeuters begrunnelser for bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. *Ergoterapeuten* 58(6), 48-59.
- Jentoft, R., Bonsaksen, T., Horhagen, S., Fløtten, H. E., Osen, D. W., Kjølstad, E. S. & Hurlen, A-B. (2020). RETHOS - utdanning av framtidens ergoterapeuter. *Ergoterapeuten* 63(4); 20-30.
- Kunnskapsdepartementet. (2025). *Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning*. (FOR-2025-07-04-1484 484) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-07-04-1484>
- Larsen, S. M., Brandt, Å., Hounsgaard, L. & Kristensen, H. K. (2023). Occupational therapists' perspectives on an evidence-based, client-centered assistive technology intervention. *British Journal of Occupational Therapy*, 86(5), 376-384. <https://doi.org/10.1177/03080226221148409>
- Larsson-Lund, M., & Nyman, A. (2017). Participation and occupation in occupational therapy models of practice: A discussion of possibilities and challenges. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(6), 393-397.
- Lindén, A., Lexell, J. & Larsson Lund, M. (2011). Improvements of task performance in daily life after acquired brain injury using commonly available everyday technology. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 6(3), 214-224. <https://doi.org/10.3109/17483107.2010.528142>
- Lindström M, Hariz G-M & Bernspång B. (2012). Dealing with Real-Life Challenges: Outcome of a Home-Based Occupational Therapy Intervention for People with Severe Psychiatric Disability. *OTJR: Occupational Therapy Journal of Research*. 32(2), 5-14. <https://doi.org/10.3928/15394492-20110819-01>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Ness, N. E., & Horhagen, S. (2021). Occupational therapy in Norway: influence of the Nordic welfare state policy and the professional development of occupational therapy and occupational science worldwide. *Annals of International Occupational Therapy*, 4(1), 35-43. <https://doi.org/10.3928/24761222-20200413-04>
- Ness, N.E. & Skyer, T. (2020). Hvordan bidrar ergoterapeuter til å nå FNs bærekraftsmål? *Ergoterapeuten* 63(63), 28-33.
- Simmons, C. D., & Griswold, L. A. (2010). Using the evaluation of social interaction in a community-based program for persons with traumatic brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 49-56. <https://doi.org/10.3109/11038120903350303>
- Sirkka, M., Larsson-Lund, M., & Zingmark, K. (2014a). Occupational therapists' experiences of improvement work: a journey towards sustainable evidence-based practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 90-97. <https://doi.org/10.3109/11038128.2013.872183>
- Sirkka, M., Zingmark, K. & Larsson-Lund, M. (2014b). A process for developing sustainable evidence-based occupational therapy practice. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(6), 429-437. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952333>
- Sirkka, M., Larsson-Lund, M. & Zingmark, K. (2023). Experiences with continuous quality improvement work based on the Occupational Therapy Intervention Process Model. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 30(7), 1085-1091. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2121756>
- Stanley, M. (2023). Qualitative descriptive: A very good place to start. In: *Qualitative research methodologies for occupational science and occupational therapy* (52-67). Routledge.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>



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



ergoterapeutene

Hvordan skrive vitenskapelig artikkel til Ergoterapeuten

Tidsskriftet Ergoterapeuten har siden 2009 publisert fagfelleverderte vitenskapelige artikler. Ergoterapeuten er et nivå 1-tidsskrift og gir publiseringspoeng. Artikler som godkjennes, blir publisert på nett og i papirutgaven.

Av Susanne Grødem Johnson, Sissel Horghagen & Unni Sveen

Hva er en vitenskapelig artikkel?

En vitenskapelig artikkel, eller et vitenskapelig manuskript, presenterer resultater og funn som er kommet frem gjennom en systematisk forskningsprosess der anerkjente vitenskapelige metoder er anvendt. Formålet er å bidra til økt kunnskap om et vitenskapelig spørsmål.

Artikkelen kan bestå av:

- presentasjon av nye funn
- utvikling av en ny hypotese
- testing av en eksisterende hypotese
- presentasjon av nye metoder
- nye tolkninger av allerede kjente funn

Publikasjonen skal være utformet slik at resultatene er etterprøvbare og kan anvendes i videre forskning. Vitenskapelige artikler kvalitetssikres gjennom fagfellevurdering, som innebærer at manuset vurderes av uavhengige forskere innen samme fagfelt. Prosessen med fagfellevurdering og eventuelle revisjoner kan ta inntil ett år, men tidsbruken varierer.

Forskjellen mellom en fagartikkel og en vitenskapelig artikkel er nærmere beskrevet i denne veiledningen: <https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsmanus-eller-fagmanus>

Generelle krav til vitenskapelige manuskripter i Ergoterapeuten

Ergoterapeuten er et nivå 1-tidsskrift, noe som innebærer høye krav og forventninger til vitenskapelige publikasjoner. Alle manuskripter skal være kritisk gjennomgått av minst to fagfeller med relevant fag- og metodekompetanse.

Manuskriptet må oppfylle følgende krav:

- ha et tydelig aktivitetsperspektiv eller et fokusområde relevant for ergoterapi eller aktivitetsvitenskap
- være aktuelt og tilføre ny kunnskap til fagfeltet

- ha et utvalg som kan bestå av terapeuter, brukere eller andre relevante grupper
- være basert på empirisk materiale analysert kvalitativt og/eller kvantitativt, eller være en litteraturstudie som følger en systematisk og dokumentert metode
- ha et oppdatert og faglig begrunnet teoretisk grunnlag
- inneholde tydelige og godt begrunnede metodiske beskrivelser, samt kritisk refleksjon over studiens design og metode
- presentere analysen på en konkret og etterprøvable måte
- redegjøre for etisk godkjenning, informert samtykke og eventuelle etiske problemstillinger
- presentere troverdige resultater og velbegrunnede konklusjoner
- ha en klar, logisk struktur og god indre sammenheng

Mal for vitenskapelig manus til Ergoterapeuten

- Det skal være maksimalt 6500 ord, inkludert referanser (tabeller og figurer regnes ikke med).
- Manuskriptet kan skrives på norsk, svensk, dansk eller engelsk.
- Abstraktet skal være på maksimalt 200 ord, på engelsk og inneholde: Background, Method, Results, Conclusion og Keywords (keywords på engelsk og norsk og maksimalt fem ord).
- Referanser skal følge APA-stil (versjon 7) eller Vancouver-stil.
- Forfatterne har selv ansvar for å sette seg inn i gjeldende retningslinjer.
- Avsnitt markeres med innrykk.
- Anbefalt struktur er IMRaD: introduksjon, metode, resultat/funn og diskusjon.
- Linjeavstand: dobbel. Skriftstørrelse: 12. Skrifttype: Calibri eller Arial.

- Tabeller og figurer leveres som egne vedlegg, og ønsket plassering markeres i teksten.
- Det skal redegjøres for at det ikke foreligger uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til manuset.
- Der det er aktuelt skal det oppgis om studien er godkjent av REK, SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, eller meldt til lokalt personvernombud.
- Vitenskapelige artikler som publiseres i *Ergoterapeuten* skal ikke tidligere ha vært publisert i andre tidsskrifter.
- Ønskes dobbeltpublisering (for eksempel i avhandlinger, bøker eller andre tidsskrifter) må dette godkjennes av redaktøren.

Prosedyrer for vurdering av vitenskapelige manuskripter

Fagredaktørene vurderer først om manuset oppfyller de generelle kravene for publisering i *Ergoterapeuten*. Dersom manuset anses som egnet, sendes det til minst to eksterne fagfeller med relevant forskningskompetanse og publiseringserfaring. Fagfellene er normalt doktorgradsstipendiater, har doktorgrad eller førstelektorkompetanse.

Fagfellene har vanligvis seks ukers frist til å levere sin vurdering. Vurderingen skjer ved hjelp av et standardisert, anonymisert vurderingsskjema på norsk eller engelsk. Skjemaet inneholder både avkrysningspunkter og fritekstfelter for begrunnelser og forbedringsforslag.

Redaktør for fagfellevurdering sammenfatter tilbakemeldingene og fatter en konklusjon:

- godkjent
- godkjent med mindre endringer
- godkjent med omfattende endringer
- avslått

Proessen er basert på dobbel anonymitet. All kommunikasjon mellom forfattere og fagfeller skjer via fagredaktørene. Innholdet i manuskriptene behandles konfidensielt frem til eventuell publisering.

Ved behov kan fagfellene bli bedt om en ny vurderingsrunde. Ved mindre endringer vurderer fagredaktørene om revisjonen er tilfredsstillende. Det avtales konkrete frister for revisjon, og all korrespondanse skjer normalt elektronisk.

Medforfatterskap

Førsteforfatter har det overordnede ansvaret for manuset. Rekkefølgen på forfatterne må avklares

internt, og alle skal kunne redegjøre for sitt bidrag. Forfatterskap forutsetter at følgende kriterier er oppfylt:

- vesentlig faglig bidrag til idé, design, datainnsamling og/eller analyse og tolkning.
- aktiv deltakelse i utarbeiding eller kritisk revisjon av manuset.
- godkjenning av endelig manusversjon før publisering

Bidragstyttere som ikke oppfyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt etter samtykke. Ved innsending skal e-postadresse til alle forfattere oppgis, og bekreftelse på mottatt manus sendes samtlige forfattere.

Ivaretagelse av forfattere

Ved avslag mottar forfatterne en kort, skriftlig begrunnelse. I enkelte tilfeller kan det anbefales å omarbeide manuset til en annen sjanger, som kronikk, essay eller fagartikkel. Avslag kan også skyldes manglende tematisk relevans for *Ergoterapeuten*, selv om manuset holder god faglig kvalitet.

Fagfellenes rolle er å vurdere kvalitet, ikke å fungere som veiledere. Likevel oppfordres fagfellene til å gi konstruktive og tydelige tilbakemeldinger som kan bidra til forbedring av manuset.

Redaksjonens retningslinjer og etiske krav

Redaksjonen legger stor vekt på høy etisk standard. Det vurderes om krav til informert samtykke, personvern og etisk godkjenning er ivarettatt, inkludert godkjenning fra REK og eventuelt SIKT.

Eventuelle interessekonflikter skal oppgis av forfatterne. *Ergoterapeuten* følger Helsinki-deklarasjonen og Vancouver-reglene.

Tidsskriftets formål

Ergoterapeuten eies og utgis av Norsk Ergoterapeutforbund og redigeres i samsvar med Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Tidsskriftet er medlem av Fagpressen. Fagredaktørene har et særskilt ansvar for kvaliteten på de vitenskapelige publikasjonene.

Vi håper denne veiledningen kan inspirere deg til å sende inn ditt vitenskapelige manus til *Ergoterapeuten*.

Manuskript sendes til:
vitenskap@ergoterapeutene.org

SKADEFOREBYGGING I PRAKSIS:

Ressurser som styrker ergoterapeuters arbeid

Hvordan kan enkle grep styrke det forebyggende arbeidet? Skadeforebyggende forum tilbyr konkrete verktøy som mange ergoterapeuter over hele landet allerede bruker i møte med eldre.

Av Aurora Trygg

Eldre er overrepresentert i skadestatistikken. De fleste ulykkene skjer hjemme, og ofte som følge av fall. Skadeforebygging er derfor et sentralt innsatsområde i kommunens arbeid og tett koblet til ergoterapeuters rolle i å tilrettelegge for gode hverdagsliv.

Skadeforebyggende forum (Skafor) er en ideell, nasjonal medlemsorganisasjon. Medlemmene består av kommuner, organisasjoner og privat næringsliv, inkludert Norsk Ergoterapeutforbund. Skafor arbeider for å forebygge personskader og ulykker i hjem- og fritidssektoren og har utviklet en rekke gratis verktøy og ressurser i samarbeid med kommuner og relevante organisasjoner.

ENKLE VERKTØY SOM SKAPER GODE SAMTALER

Blant Skafors mest etterspurte ressurser er sikkerhetskort for eldre. Kortene tar for seg temaer som fallforebygging, brannsikkerhet og tilrettelegging av bolig.

Hvert år sendes titusenvis av kortene til kommuner over hele landet. Mange ergoterapeuter bruker

dem aktivt i forebyggende hjemmebesøk, både som støtte i veiledning og som en inngang til samtaler om trygghet og sikkerhet. En ergoterapeut fra Stord forteller at kortene inngår som en fast del av de forebyggende hjemmebesøkene. Kortenes format gjør dem tilgjengelige i møte med brukerne, samtidig som de er enkle å ta i bruk. De kan for eksempel henges som en viktig påminnelse, på kjøleskapet.

Kortene brukes også i andre sammenhenger. En ergoterapeut i Lillehammer bruker dem i forbindelse med konferanser og markeringer som Fallforebyggende dag og Senioruka. I Ringsaker deles de ut både på informasjonsmøter og på kommunens hjelpemiddellager. Kortene kan bestilles gratis via www.skafor.org.

DEN TRYGGE BOLIGEN

Skafor tilbyr også utstillingen *Den trygge boligen*, en mobil visningsleilighet utviklet med støtte fra Stiftelsen DAM. Den viser hvordan en vanlig bolig kan gjøres tryggere med enkle og konkrete tiltak.

Med kulisser fra kjøkken, stue, bad og soverom



Sikkerhetskort for eldre er et populært verktøy.

gir utstillingen et visuelt og praktisk utgangspunkt for samtaler om fallforebygging, brannsikkerhet og det å bo trygt hjemme lenger. For ergoterapeuter gir dette en mulighet til å konkretisere råd og synliggjøre løsninger som ellers kan være vanskelige å formidle.

En ergoterapeut i Nordre Land kommune beskriver utstillingen som «et perfekt utgangspunkt for gode samtaler om trygghet i eget hjem». Erfaringer fra flere kommuner viser at utstillingen bidrar til å skape engasjement og dialog, både med eldre, pårørende og ansatte. Den fungerer godt som et supplement til eksisterende tiltak, og kan bidra til å samle og synliggjøre det forebyggende arbeidet i kommunen.

«Utstillingen er en super anledning til å starte den viktige samtalen tverrsektorielt, men også med innbyggerne», sier Cathrine Hefte, spesialrådgiver i Bærum Kommune.

Også fra fagmiljøet trekkes den frem som et nyttig verktøy: «Det er lenge siden jeg har sett noe så fornuftig som *Den trygge boligen*. Det er en enkel og genial idé. Den bidrar til å gjøre pårørende og andre oppmerksomme på hvilke løsninger som finnes, og hva man bør være klar over», uttaler Vegard Horne i Norsk Ergoterapeutforbund.

Utstillingen åpner for bredere refleksjon rundt ansvar og muligheter: Hva kan den enkelte gjøre selv? Hvilke tjenester finnes i kommunen? Hvordan kan ulike aktører samarbeide for å forebygge skader?

DATA SOM STYRKER

DET FOREBYGGENDE ARBEIDET

I tillegg tilbyr Skafor de digitale verktøyene Fallbarometeret og Skadebarometeret. Fallbarometeret gir kommuner oversikt over antall hoftebrudd og tilhørende kostnader i egen kommune, mens Skadebarometeret gir et bredere bilde av ulykker i kommunen – inkludert hvor de skjer. For ergoterapeuter kan dette gi et bedre grunnlag for å prioritere innsats, synliggjøre behov og argumentere for forebyggende tiltak i kommunen.

VIL DU VITE MER?

Alle Skafors verktøy er gratis. Sikkerhetskort kan bestilles, *Den trygge boligen* kan lånes av medlemskommuner, og begge barometrene er tilgjengelig på www.skafor.org. Ta gjerne kontakt – vi hjelper gjerne kommunen i gang med et mer systematisk forebyggende arbeid.



Utstillingen «Den trygge boligen» viser hvordan vanlige leiligheter kan gjøres tryggere.



Kommunenes tilbakemelding er at utstillingen skaper dialog og gjør det enklere å snakke om boligtilpasning og trygghet i hverdagen.



Skafor tilbyr blant annet Fallbarometeret (fallbarometer.no) som gir kommunen oversikt over antall hoftebrudd i egen kommune.

BOKANMELDELSE

Oppreist: Historien om Sophies Minde og bevegelseshemmede i Norge

Boken kom ut i mars 2026 og beskriver historien om bevegelseshemmede i Norge fra midten av 1800-tallet og frem til i dag, med Sophies Minde som et sentralt omdreiningspunkt.

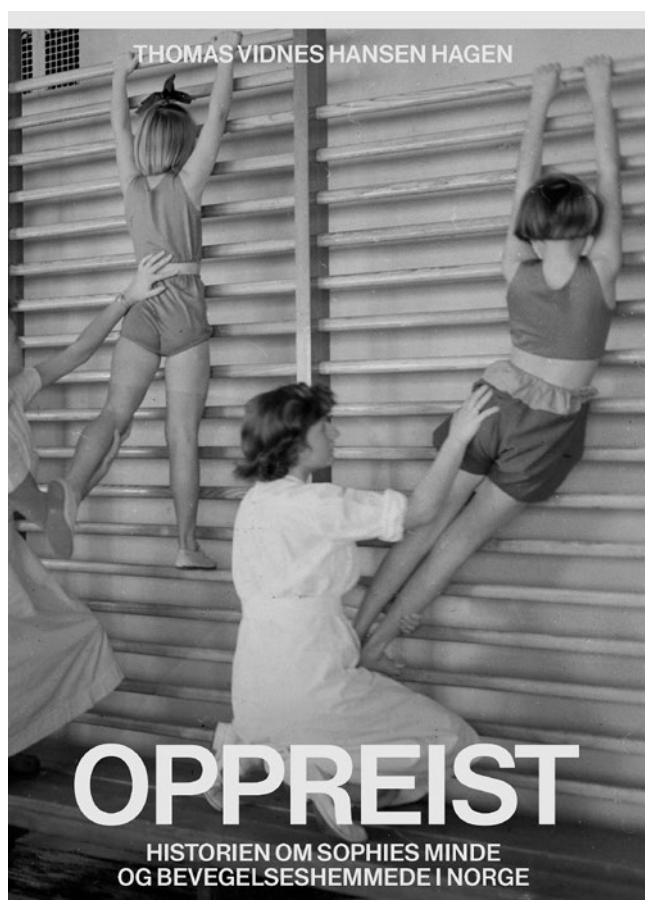
Av Else Merete Thyness

Thomas Vidnes Hansen Hagen har skrevet *Oppreist: Historien om Sophies Minde og bevegelseshemmede i Norge*. Boken er en omfattende framstilling av hvordan mennesker med bevegelseshemninger har blitt forstått, behandlet og inkludert, eller ekskludert, i det norske samfunnet fra 1800-tallet og fram til vår egen tid. Den tar utgangspunkt i institusjonen Sophies Minde, som i mer enn hundre år var en sentral opplærings- og behandlingsinstitusjon for bevegelseshemmede i Norge. Boken utvikler seg samtidig til å bli en bred historie om kropp, normalitet, medisin, politikk og menneskeverd.

MEDISIN OG HOLDNINGER

Hagen åpner boken med å understreke at livet leves gjennom kroppen, og at funksjonshemming både er en fysisk erfaring og et kulturelt fenomen. Kroppslige begrensninger er konkrete og virkelige, men forståelsen av hva som regnes som «normal» kropp eller «avvik», er historisk skapt og forandrer seg over tid. Boken undersøker derfor ikke bare medisinske forhold, men også samfunnets holdninger, språk og institusjoner.

I de tidlige kapitlene beskrives 1800-tallets Norge som et samfunn der mennesker med funksjonsnedsettelse ofte ble oppfattet som en byrde eller et sosialt problem. Begrepet «vanfør» ble brukt om mennesker med kroppslige skader eller funksjonsnedsettelse, og ordet bar med seg forestillinger om hjelpeløshet, avhengighet og sosial utenforskap. Boken beskriver hvordan staten gradvis begynte å registrere, kategorisere og telle mennesker med ulike funksjonshemninger gjennom folketellinger og statistikk. Dette var en del av framveksten av den moderne staten, som ønsket oversikt over befolkningens «arbeidsdyktighet» og «skrøpeligheter».



Oppreist: Historien om Sophies Minde og bevegelseshemmede i Norge er skrevet av Thomas Vidnes Hansen Hagen. Den ble gitt ut 13.03.2026 på Press forlag.

SPESIALSKOLER

Parallelt vokste det fram spesialskoler og institusjoner for mennesker som ble definert som «abnorme», blant annet døve, blinde og «åndssvake». Hagen viser hvordan denne utviklingen både innebar omsorg og kontroll. På den ene siden fikk flere tilgang til undervisning og behandling; på den andre siden ble mange skilt ut fra resten av samfunnet gjennom

institusjoner og særordninger. Abnormskoleloven av 1881 blir framstilt som et vendepunkt: Den ga rett til undervisning, men etablerte samtidig et segregert skolesystem der funksjonshemmede barn ble skilt fra normalskolen.

ORTOPEDI

Et sentralt tema i boken er framveksten av ortopedien og troen på at «skeive» eller «lytefulle» kroppar kunne korrigeres. Sophies Minde utviklet seg fra en arbeidsskole for «vanføre» barn på slutten av 1800-tallet til en omfattende medisinsk institusjon med kirurgi, rehabilitering og yrkesopplæring. Gjennom hele historien står spenningen mellom hjelp og disiplin sentralt: Målet var ofte å gjøre kroppene mer «normale», mer arbeidsdyktige og mer samfunnsnyttige. Samtidig ga institusjonen mange mennesker mulighet til utdanning, fellesskap og et mer selvstendig liv.

POLIO

Etter andre verdenskrig fikk polioepidemiene stor betydning for utviklingen av norsk rehabiliteringsmedisin, og Sophies Minde ble et sentrum for behandling av barn og unge med lammelser og andre funksjonsnedsettelse. Senere kom også nye pasientgrupper til, blant annet barn skadet av legemiddelskandaler som thalidomid. Samtidig vokste nye profesjoner fram: fysioterapeuter, ergoterapeuter, ortopediingeniører og andre fagpersoner som arbeidet med hjelpemidler og tilrettelegging.

LIVET PÅ INSTITUSJONENE

Et annet viktig spor i boken er skildringen av livet inne på institusjonene. Hagen bygger ikke bare på arkiver og offentlige dokumenter, men også på intervjuer med tidligere pasienter og ansatte. Mange av de sterkeste partiene handler om barn som tilbrakte store deler av oppveksten på sykehus eller internat. Noen forteller om vennskap, mestring og omsorg, mens andre beskriver ensomhet, streng disiplin og følelsen av å være fanget. Boken gir dermed stemme til mennesker som ofte har vært usynlige i norsk historieskriving.

FREMVEKST AV ERGOTERAPI

Arbeidsterapi vokste fram ved institusjoner som Sophies Minde som en kombinasjon av behandling, disiplin og yrkesopplæring for mennesker med funksjonsnedsettelse. Gradvis utviklet feltet seg til moderne ergoterapi, der målet ble økt selvstendighet,

mestring, deltakelse og tilrettelegging i hverdagsliv, arbeid og samfunn, med større vekt på brukerens egne behov og ressurser.

PASIENTRETTIGHETER

Boken viser også hvordan pasientrettigheter utviklet seg fra veldedighet, disiplin og passiv omsorg til større medbestemmelse og krav om likestilling. Særlig etter 1960-årene fikk pasienter og foreldre sterkere stemmer gjennom organisasjoner, politisk mobilisering og nye idealer om selvbestemmelse, tilgjengelighet og deltakelse i samfunnet.

FAGLIG STERK OG MENNESKELIG NÆR

Oppreist: Historien om Sophies Minde og bevegelsehemmede i Norge er en tankevekkende bok som ikke bare forteller historien om Sophies Minde, men også om hvordan det norske samfunnet har møtt mennesker med funksjonsnedsettelse gjennom ulike tider. Hagen kombinerer medisinsk historie, samfunnshistorie og personlige fortellinger på en måte som gjør boka både faglig sterk og menneskelig nær. Samtidig viser han at kampen for inkludering, likestilling og verdighet ikke er avsluttet. Boken gir derfor både historisk innsikt og aktuelle perspektiver på hvordan vi forstår normalitet, fellesskap og menneskeverd i dag.



Sophies Minde vokste fram på slutten av 1800-tallet, først som en arbeidsskole for «vanføre» barn, og utviklet seg senere til et moderne ortopedisk sykehus og rehabiliteringssenter. I dag lever arven videre gjennom Stiftelsen Sophies Minde, som arbeider for deltakelse, likestilling og bedre levekår for mennesker med funksjonsnedsettelse. Navnet «Sophies Minde» ble gitt til institusjonen i 1902 til minne om dronning Sophie, som var gift med kong Oscar II. Hun var sterkt engasjert i sosialt arbeid og helsearbeid.

Presseklipp

Ergoterapeuter er stadig å se i media. Her er et lite utvalg fra de siste månedene.

Av Else Merete Thyness

TIDENS KRAV 12.05.26

Markerte den nasjonale dagen for fallforebygging

Sammen kan vi redusere fall blant eldre.

Den nasjonale dagen for fallforebygging, etablert av Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for aldring og helse, setter søkelys på fall som en av våre største helseutfordringer.

Fall blant eldre er vanlig, men ikke en uunngåelig del av det å bli eldre. Mange fall kan forebygges gjennom enkle tiltak, fysisk aktivitet, tilrettelegging og tidlig oppfølging. I Kristiansund jobber fysioterapeuter, ergoterapeuter,

frisklivsveiledere og hjelpemiddeltjenesten daglig for å bidra til tryggere og mer aktive hverdager. Ergoterapeuter vurderer hjem og omgivelser og finner praktiske løsninger som bedre belysning, fjerning av snublefeller og trygghetsforflytning. Sammen med trening, hjelpemidler og veiledning kan slike tiltak styrke mestring, forebygge fall og bidra til at flere kan bo hjemme og leve aktive liv lengst mulig.



Ansatte ved avdeling forebygging og rehabilitering i Kristiansund kommune.

BLADET 06.06.26

«Ikke fjern kompetansen kommunene trenger mest»

En bred sammenslutning av helsepersonell-, pasient-, bruker- og interesseorganisasjoner (deriblant Ergoterapeutene) har skrevet et felles debattinnlegg.

Regjeringen foreslår å fjerne lovfestede krav om at kommunene skal ha tilgang til blant annet lege, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og psykolog. Det svekker innbyggernes trygghet og kan gi større forskjeller mellom kommuner. Når flere eldre skal bo

hjemme lenger og flere oppgaver flyttes til kommunene, trengs mer – ikke mindre – fagkompetanse. Kommunalt handlingsrom må ikke bli en mulighet til å nedprioritere nødvendig kompetanse. Kompetansekravene er en forutsetning for kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige tjenester.



I debattinnlegget hevdes det at kompetansekravene er en forutsetning for kvalitet, pasientsikkerhet og likeverdige tjenester.

AVISA SØR-TRØNDELAG 12.05.26

Beste årgang inviteres til treff

I Orkland blir alle som er født i 1948, invitert til Godt seniorliv-samlinger i alle deler av kommunen. Det gjelder altså alle som er 78 år i år.

«Vi ønsker at Orkland skal være en god kommune å være senior i», sier ergoterapeut Pernille Rømma i Hverdagsrehabiliteringsteamet i Orkland kommune.

Tidligere fikk kommunens 78-åringer individuelle hjemmebesøk, men de siste årene har Orkland kommune invitert til årlige Godt seniorliv-samlinger. Her får deltakerne informasjon om blant annet brann- og fallsikkerhet, fysisk aktivitet, kosthold, frivillige tilbud, tilrettelegging av bolig og velferdsteknologi. Representanter fra lokal bank informerer om fremtidsfullmakt og svindelfare, mens hukommelsesteamet snakker om endringer knyttet til hukommelse.

– Dagens gjennomsnittlige 78-åring er veldig sprek. Men når du nærmer deg 80, kan ting skje. Med disse samlingene ønsker vi å gjøre den enkelte ansvarlig for å legge til rette slik at de fortsatt kan bo hjemme i flere år, sier Rømma. Hun understreker samtidig at hjemmebesøk fortsatt vil være mulig for dem som ønsker det.

Hverdagsrehabiliteringsteamet i Orkland opplever at mange seniorer ikke føler at informasjonen angår dem fordi de fortsatt er aktive og friske. Nettopp derfor mener de det er viktig å nå ut tidlig, mens folk fortsatt har mulighet til å gjøre grep selv – særlig når det gjelder tilrettelegging av egen bolig.



Pernille Rømma (t.h.), Hanne Mærk Dyrø og Unn Marie Sandtorp jobber i Hverdagsrehabiliteringsteamet som holder til ved Folkehelsesenteret.

Seniormøtene beskrives som en effektiv måte å nå mange på, ettersom dagens 78-åringer ofte har aktive og travle liv.

I år er totalt 204 innbyggere invitert til samlingene, som også byr på kaffe, frukt, kaker og utlodning.

NORSK SYKEPLEIERFORBUND 04.06.2026

– Nå må dere være kloke: Bevar kompetansekravet

– Skal vi klare å beholde og rekruttere sykepleiere, kan ikke svaret være å fjerne kravet til kompetanse, sa Lill Sverresdatter Larsen.

Stortingspolitikere fra Arbeiderpartiet, FrP, Høyre og MDG møtte opp til frokost og faglig påfyll om hvilke konsekvenser vi står overfor dersom det lovfestede kompetansekravet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fjernes.

Frokostmøtet ble arrangert av

Norsk Sykepleierforbund, Norsk Ergoterapeutforbund og Norsk Psykologforening.

Budskapet var tydelig: Proaktivt arbeid forutsetter kompetanse. Reaktivt arbeid er det som skjer når kompetansen mangler. Det var en del av konklusjonen i den faglige innledningen, basert



Frokostmøte.

på Agenda Kaupangs rapport om forskjeller mellom proaktive og reaktive tjenester. Rapporten viser tydelig hvordan tidlig innsats krever kompetanse. Det er enkelt å se behovet når krisen har oppstått, mens det er langt mer krevende å oppdage de tidlige tegnene på uhelse.

SVAR TIL DEBATTINNLEGGET «STØRRELSENS BETYDNING FOR TILFREDSHET»

Studenttilfredshet er avgjørende for rekruttering

Ergoterapistudentene takker Vegard Horne for å løfte fram en så viktig sak som tilfredshet i studietiden. Vårt arbeid i Ergoterapistudentene handler i stor grad om å fange opp det som rører seg på utdanningene og bidra til god trivsel blant studentene. Vi deler overbevisningen om at tilfredse ergoterapistudenter blir tilfredse ergoterapeuter.

Av Ergoterapistudentene



Et det samsvar mellom størrelsen på utdanningene og studentenes opplevelse av tilfredshet? spurte Vegard Horne i sitt debattinnlegg.

Det er ikke bare viktig å vurdere hvor mange studenter det er forsvarlig å ta inn for å sikre en faglig sterk utdanning. Studenttilfredshet er også avgjørende for rekruttering.

Som påpekt i innlegget til Horne, er det forventet en betydelig mangel på ergoterapeuter i årene som kommer. Nettopp derfor er det viktig å bruke konkrete funn fra Studiebarometeret til å dele erfaringer på tvers av utdanningene, styrke kvaliteten og bygge en profesjon som flere ønsker å utdanne seg innen.

Vår overbevisning er at studenter selv rekrutterer nye potensielle ergoterapistudenter best,

basert på hvordan man forteller om egne erfaringer med studiet.

Vi forstår at Studiebarometeret alene ikke kan bevise at små utdanninger har bedre kvalitet. Samtidig opplever vi at studielederne ikke svarer tydelig på spørsmålet i det første innlegget. De viser til at utdanningene har ulike rammevilkår, men som student er det vanskelig å vite hva dette faktisk innebærer. Alle utdanningene er jo bachelorgrad i ergoterapi. Derfor ville det vært nyttig og få et mer transparent syn på hvordan studiestedene jobber sammen, for å dele erfaringer og minske forskjeller på tvers av utdanningssteder.



Ergoterapistudentenes landsstyre fra venstre: Ingunn Grimstad, Oslo, Silje Solbakken, Oslo, Nora Eriksen, Trondheim, Amelia Hvass, Gjøvik, Zand Joki, Tromsø og Christian Svanes, Stavanger. (Andrine Hillestad og Viktorija Purina var ikke til stede da bildet ble tatt.) Foto: Karl-Erik Tande Bjerkaas.

Det som ikke kan måles: Profesjonenes verdier som samfunnsberedskap

Konferansen «Det som ikke kan måles» belyste hvilken rolle profesjonene har i arbeidet med å ivareta viktige samfunnsverdier i urolige tider.

Av Else Merete Thyness

Konferansen fant sted 19. mai i Lærernes hus. Den løftet fram hvordan profesjonsutøveres etiske grunnverdier utgjør en usynlig, men avgjørende rygggrad i samfunnet.

Et sentralt spørsmål var hvilken rolle profesjonene har i arbeidet med å ivareta viktige samfunnsverdier i urolige tider. Gjennom ulike innlegg ble det diskutert hvordan profesjonene bidrar til en motstandsdyktig befolkning og et robust sivilsamfunn – i møte med press både utenfra og innenfra.

Når verdenssituasjonen er mer urolig enn på lenge, blir profesjonenes betydning for stabilitet, demokrati og tillit enda tydeligere. Unios profesjoner forvalter hver dag vesentlige demokratiske verdier i møte med menneskene de har ansvar for: likeverd, menneskeverd, fellesskap, ytringsfrihet og demokrati.

VIKTIGE FOR SAMFUNNET

Steffen Handal, leder i Unio, innledet konferansen med innlegget *Profesjonenes rolle i den sivile beredskapen*. Han understreket betydningen av tillit, faglige standarder og profesjonelt skjønn – verdier som ikke alltid kan måles, men som er avgjørende for demokratiet og menneskers trygghet.

– Et organisert arbeidsliv er en del av samfunnsberedskapen i Norge. Det ivaretar norske ar-

beidstagere. I dag skal vi sette ord på hvor viktige vi er for samfunnet, sa han.

PROFESJON- OG FAGORGANISERING

Arnhild Bie-Drivdal snakket om hvordan Unio og medlemsforbundene forener profesjons- og fagorganisering. Hun løftet fram hvordan sterke organisasjoner bidrar til både faglig kvalitet og samfunnsberedskap.

– Profesjonenes rolle handler om mer enn lønn og arbeidsvilkår – det handler også om etikk, ansvar og utvikling av fagene. Gjennom samarbeid, tillit og tydelige profesjonsverdier skapes robuste tjenester og trygge samfunn, sa hun.

HVA MÅLER VI?

Et av konferansens mest engasjerende innlegg kom fra Emma Holten, med tittelen *Underskudd – verdien av omsorg. Hvis vi ikke verdsetter det som virkelig betyr noe, hvordan kan vi da bygge en bærekraftig framtid?*

Hun viste til hvordan økonomiske modeller historisk har undervurdert omsorgsarbeid og relasjonelle verdier, og hvordan denne skjevheten fortsatt påvirker politiske beslutninger, organisasjoner og arbeidsliv i dag. Med humor og faglig tyngde reflekterte hun over hva vi faktisk måler, verdsetter og prioriterer i samfunnet.



Konferansen ble arrangert i Lærernes hus.



Steffen Handal mente profesjonenes verdier er avgjørende for demokratiet.



Arnhild Bie-Drivdal snakket om hvordan fagorganisering bidrar til samfunnsberedskap.



Emma Holten pekte på hvordan omsorg ofte blir undervurdert i økonomiske regnskap.

Kontakt: Erik Sigurdssøn
 ADDmedia AS
 Mobil: 90 03 09 43
 E-post: erik@addmedia.no

Nettkurs om Folkehelse: Modulbasert, digitalt kurs for ergoterapeuter



Dette kurset er utviklet for deg som ønsker å bli tryggere på hvordan ergoterapeuter kan bidra i folkehelsearbeid. Målet er å senke terskelen for å «rekke opp hånda» og å gi inspirasjon og verktøy for å kunne bidra i større grad på gruppe- og systemnivå.

Målgruppe: Ergoterapeuter
Arrangør: Ergoterapeutene
Sted: Der det passer deg
Kursavgift: 500,- for medlemmer, 300,- for tillitsvalgte og studenter
Påmelding: Via kurskalenderen på hjemmesiden, www.ergoterapeutene.org

Kurset består av fire moduler:

1. **Ergoterapeuter i folkehelsearbeid:** forstå rollen og mulighetene.
2. **Ergoterapeutens rolle på systemnivå:** hvordan påvirke prosjekter og strukturer.
3. **Ergoterapeutens rolle på gruppenivå:** identifisere sårbare grupper og planlegge tiltak.
4. **Langsiktig bidrag og prioriteringer:** hvordan strukturere arbeidshverdagen og argumentere for prioriteringer.

Modulene bygger på hverandre, og du vil få oppgaver som er praksisnære og relevante for din arbeidshverdag. Alle modulene må gjennomføres for å få kursbevis.
 Kurset gjennomføres delvis individuelt og delvis i oppsatte grupper med digitale møteplasser.
 Kurset vil ha 24 tellende timer til spesialistordningen.

Ergoterapi og seksuell helse



Dette kurset er for deg som er nysgjerrig på seksualitet og ergoterapi og ønsker å styrke din kompetanse på sex og hverdagslivet.

Målgruppe: Ergoterapeuter
Arrangør: Ergoterapeutene
Tid: Asynkron oppstart etter eget ønske
Sted: Kursmodulene er digitale
Kursavgift: Modul 1: 300,- for medlemmer, 1000,- for ikke-medlemmer.
 Gratis for tillitsvalgte og studenter
 Modul 2: 600,- for medlemmer, 1200,- for ikke-medlemmer.
 Gratis for tillitsvalgte og studenter.
Påmelding: Gjennom kurskalenderen på hjemmesiden frem mot 31.12.26
Mål: At du som ergoterapeut kan bidra i det tverrfaglige samarbeidet om seksualitet ved å holde fast ved aktivitetsperspektivet.

Modul 1 har 18 timer tellende til spesialistordningen
 Modul 2 har 10 tellende timer til spesialistordningen

Ergoterapeutens produktregister – nå kun på nett

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

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

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

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

Behandling/trening

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

Personlig stell og klær

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

Forflytning

- 1203 - Ganghjelpemidler
- 1212 - Biltilpasninger
- 1218 - Sykler
- 1221 - Rullestoler – manuelle og elektriske
- 1221B - Rullestoler for barn
- 1224 - Tilleggsutstyr for rullestoler
- 1227 - Øvrige kjøretøyer
- 1227A - Øvrige kjøretøyer. skilator/rullator m/ski
- 1230 - Overflyttingshjelpemidler
- 1233 - Vende- og løftehjelpemidler
- 1236 - Løftehjelpemidler
- 1503 - Hjelpemidler til matlagingen
- 1509 - Spise- og 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
- SYNTEKNISKE HJELPEMIDLER



God sommer!