

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Forebygger psykososiale problemer blant barn og unge 6

Kursleder i Hverdagsglede 10 Ergoterapi og aktivitet i arbeid med flyktninger 26 Ergoterapeuters arbeidsmiljø og mentale helse 62 I år er det landsmøte 68

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen,
Ruca Maass og Eva Magnus
Vitenskapelige artikler sendes til:
vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser

Erik Sigurdsson

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 3 – 1. juni. / 30. juni

Nr. 4 – 1. aug. / 31. aug.

Nr. 5 – 3. okt. / 31 okt.

Trykkeri Aksell.no

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29

**Norsk Ergoterapeutforbund**

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær

Anne Kathrine Devik

Forhandlingssjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Fagsjef

Kristin Jess-Bakken

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færeststrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

Jane Helen Sveen, varamedlem



6



22



64



68

REPORTASJE

- 6 Forebygger psykososiale problemer blant barn og unge**
Av Jartrud Høstmælingen

NY ARENA

- 10 Kursleder i Hverdagsglede**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 12 Tillitsvalgt i Oslo kommune**
Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

- 14 Om det verste skulle skje, vil du takke deg selv**
Av Roar Hagen
- 15 Søk godkjenning som ergoterapispesialist**
Av Anita Engeset
- 16 Fortsatt meget fornøyde medlemmer**
Av Kristin Jess-Bakken og Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 17 FoU-midler 2023**
Av Anita Engeset
- 18 Slik er medlemmenes arbeidshverdag**
Av Kristin Jess-Bakken og Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 20 Ansatte i offentlig sektor må sikres et lønnsløft**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

- 21 Vil du bidra til aktivitet og deltakelse for alle?**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 22 Tillitsvalgtprisen 2022 ble tildelt Heidi Julie Bjørnsrud**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 23 Nytt år med medlemsvekst i Ergoterapeutene**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 24 Ny medlemsfordel: 20 prosent på billige briller**
- 24 Unio og Novasol har bedret medlemsfordelen for leie av ferieboliger**

FAGLIG

- 26 Ergoterapi og aktivitet i arbeid med flyktninger**
Av Jenny Kristine Vargervik, Glenn Høvik Flesland, Nathalie Karlsen og Margaret Ljosnes Søvik

VITENSKAP

- 36 Effekt av gruppeintervensjon til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade – en systematisk oversikt over RCT studier**
Av Anne Therese Hatle, Kristi Rørlien og Lillebeth Larun

- 50 Endringer i daglige aktiviteter, fysisk funksjon og livskvalitet etter hverdagsrehabilitering for voksne i yrkesaktiv alder: en oppfølgingsstudie**
Av Ingerd Olimb Andersson, Ingvald Kjekken, Oddvar Førland, Eva Langeland og Hanne Tuntland
- 60 Forsker i farten: Kjersti Velde Helgøy**
Av Else Merete Thyness
- 62 Ergoterapeuters arbeidsmiljø og mentale helse**
Av Steffen Torp og Linn Therese Jacobsen Bergheim

AKTUELT

- 64 Hvorfor og hvordan ble Journal of Occupational Science startet?**
Av Sissel Horghagen og Clare Hocking

PÅ DE SISTE SIDENE

- 68 I år er det landsmøte**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 70 Kursannonser**

Universelt utformet digitalt fagblad

Den digitale utgaven av *Ergoterapeuten* 1-2023, som du finner på Ergoterapeuten.no, ser lik ut som alle de andre bladene i arkivet, men i virkeligheten har den fått en ny funksjon. Heretter vil alle PDFer av fagbladet kunne leses opp høyt, og dermed være tilgjengelige for personer med synshemming.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

I 2014 ble *Ergoterapeuten* et av Norges første, universelt utformede fagblader.

Universell utforming er et begrep som opprinnelig kom fra design, arkitektur og byplanlegging, men som gradvis spredde seg til andre områder. Det handler om å utforme produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker i så stor utstrekning som mulig.

Det var spennende, for ni år siden, å lære hvordan et fysisk blad kan universelt utformes. Det har vært tilsvarende interessant å finne ut hvordan et digitalt dokument skal tilpasses slik at vi kan forhindre digitalt utenforskap.

De fleste av oss leser et dokument med synet og navigerer lett av gårde ved hjelp av mus. Men – ikke alle har de samme forutsetningene for å kunne lese eller navigere i et dokument. Her kommer hjelpemiddelteknologi inn, i dette tilfellet et tekst-til-

tale-verktøy som henter fram teksten og leser det opp høyt ved hjelp av syntetisk tale.

I forkant må de forskjellige elementene i dokumentet merkes, slik at «stemmen» vet i hvilken rekkefølge den skal lese opp de forskjellige elementene i artikkelen.

For å få bladet lest opp i Acrobat Reader går du inn på den fanen som heter *Vis*, velg *Les høyt* og deretter *Aktiviser høytlesing*.

Fra 1. februar 2023 skal alle offentlige virksomheter ha en tilgjengelighetserklæring på plass på sine nettsider. Dette er en følge av at EUs webdirektiv om universell utforming av nettsteder og mobilapplikasjoner (WAD) nå er del av norsk rett. *Ergoterapeuten* er ikke en offentlig bedrift, men vi skal ikke ligge bakpå av den grunn.

Jeg er glad for at *Ergoterapeuten* nå kan leses eller lyttes til av flere, og vi vil fortsette arbeidet med å øke vår tilgjengelighet.

Det som er viktig for deg og for bærekraftige helsetjenester

Som organisasjon er vi opptatt av hva som er viktig for medlemmene. Når vi skal forberede oss på et landsmøte går vi konkret til verks og inviterer til deltakelse i Medlemsundersøkelsen. Jeg er svært glad for at vi fortsatt har meget fornøyde medlemmer, og at de mener vi lykkes med å sette visjon og strategier ut i livet.

I dette nummeret av **Ergoterapeuten** kan du lese om en del av funnene i Medlemsundersøkelsen. Denne gangen har vi også stilt spørsmål om medlemmenes arbeidshverdag og arbeidsbelastning. Det har blant annet gitt oss bekreftelse på at medlemmene stort sett opplever en høy arbeidsbelastning. Hele 80 prosent opplever arbeidsbelastningen som høy eller for høy. I tillegg oppgir 31 prosent at de ikke får utført tildelte arbeidsoppgaver til rett tid.

De fleste av oss har opplevd å ikke kunne tilby ergoterapi til rett tid, fordi det er utilstrekkelige ressurser i tjenestene. Jeg har sett mangt et eksempel på ergoterapeuter som strekker seg lengre enn langt for at innbyggerne ikke skal måtte vente unødige. Det er ubehagelig og belastende å la folk vente, men først og fremst gir det konsekvenser for dem som venter. Vi vet hvor gjerne de ønsker å kunne gjøre aktiviteter som er viktige for dem. Vi vet at de ønsker å klare seg selv og mestre hverdagslivet, til tross for utfordringene de står

i. Derfor jobber vi kontinuerlig for å synliggjøre viktigheten av at innbyggerne får ergoterapi til rett tid.

Vi vet at ergoterapeuters kompetanse er en nødvendig del av løsningene på samfunnets utfordringer. Helsetjenestene skal dreies fordi dagens organisering og prioritering ikke er bærekraftig. Det må satses på folkehelse, forebygging, tilrettelagt egenomsorg, veiledning og støtte til pårørende, habilitering og rehabilitering, og da trengs det flere ergoterapeuter.

Ergoterapeuters kjernekompetanse brukes allerede til avgjørende og viktig innsats som skaper mestring, inkludering og deltakelse, men vi er for få. Ifølge SSB jobber 26 prosent av landets ergoterapeuter utenfor helse- og sosialsektoren. Jeg vil anta at en god del av dem bruker ergoterapikompetansen, men slett ikke alle. Fremover trenger vi både å utdanne flere og lokke tilbake de som helt har forlatt faget. Da er lønnsnivå høyst relevant, og vårens sentrale lønnsforhandlinger er viktige.

To år på rad har vi kommet dårligere ut enn privat sektor, og i år krever vi økt kjøpekraft. Rentøkning, prisstigning og dårlig kronekurs gjør at også ergoterapeuter merker det på privatøkonomien. Med en økende mangel på ergoterapeuter blir det også viktig at lønn i større grad bidrar til å gjøre det attraktivt å være, eller bli, ergoterapeut.

For selv om de fleste ergoterapeuter trives i jobben på tross av høy arbeidsbelastning, har 32 prosent av våre medlemmer det siste året vurdert å bytte karriere til noe som ikke krever ergoterapikompetanse. Lønnsnivået må både rekruttere nye ergoterapeuter, få folk tilbake til yrket og bidra til at de vi har velger å forbli ergoterapeuter. Vi er kanskje idealister av natur, men lønn er viktig.

Derfor er jeg glad for nok et år med medlemsvekst og at vi er flere medlemmer enn noen gang. Jo flere vi er, jo sterkere blir vi, både i lønnsforhandlinger og når vi sammen skal vise at vi bidrar til mer bærekraftige helse- og velferdstjenester.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

FOREBYGGER PSYKOSOSIALE PROBLEMER BLANT BARN OG UNGE

Veronica Bråthen Jostad stortrives i jobben på Bjørnsveen ungdomsskole. I femten år har ergoterapeuten brukt sin faglige kompetanse i stillingen som miljøterapeut og miljøveileder. Det essensielle er å skape mestring.

Av Jartrud Høstmælingen



Bjørnsveen ungdomsskole ligger 2,5 km nord for Gjøvik sentrum med utsikt over Mjøsa. Skolens visjon er «Vi ser alle». I det ligger at skolen skal være inkluderende, mangfoldig og skape resultater for den enkelte elev.

Veronica Bråthen Jostad kommer fra Toten og er nå bosatt i nærheten av arbeidsplassen Bjørnsveen ungdomsskole på Gjøvik. Hun startet yrkeskarrieren med to halve stillinger. Den ene som kommunergoterapeut i Gjøvik, den andre som ergoterapeut ved Solås rehabiliteringssenter i samme by.

– Det var tilfeldigheter som gjorde at jeg fikk denne jobben, men jeg er glad for at jeg havnet på riktig hylle såpass fort etter endt utdanning, sier hun.

På Bjørnsveen hadde de vært uten miljøterapeut eller miljøveileder et halvt års tid, og de merket behovet. En venninne som jobbet der, spurte om hun kunne tenke seg et vikariat.

– Valget sto mellom en fristende hel stilling med usikre utsikter, og to halve, men faste jobber.

Veronica Bråthen tok sjansen på jobben som miljøterapeut ved ungdomsskolen.

– Jeg har aldri angret, og det ordnet seg med fast stilling etter hvert, sier hun.

HELHETLIG PERSPEKTIV

– Jeg trives fordi jeg får komme

så tett på og får ta del i unge menneskers liv, gjennom å hjelpe og bidra der det trengs i ulik grad. Dessuten har jeg dyktige og fine kollegaer. Det er noe helt spesielt med ungdomsskolealderen. De trenger å bli sett fra et helhetlig perspektiv, utdyper Bråthen Jostad, som selv har barn på åtte og elleve, samt bonusbarn på 22 og 27. Snart kommer 11-åringen til å gå på samme skole som mammaen jobber, og det blir en spennende overgang for ergoterapeuten.

Veronica Bråthen Jostad bruker mye av arbeidstiden på samtalegrupper for alle i åttende og niende trinn, samt individuelle samtaler med elevene. Hun er alltid tilgjengelig, ikke minst for de med ekstra utfordringer hjemme og på skolen.

– Samtidig er det begrenset hva man kan gjøre for å forebygge psykososiale problemer som én person for 300 elever. Noen ganger må praten skyves framover i tid, sier hun.

Hun samarbeider med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, Pedagogisk-psykologisk tjeneste, Tverrfaglig familieteam,

Forebyggende enhet i politiet, Barneverntjenesten, helsesykepleier ved skolen og Ung Gjøvik, som er et fritidstilbud for barn og unge.

– Elever som for eksempel sliter med angst og depresjon, henviser jeg videre til andre, forteller hun.

TILLIT OG TRYGGHET

– For å kunne gjøre en god jobb, må jeg først og fremst skape gode relasjoner med elevene. Jeg må gi mye av meg selv for å skape trygghet og tillit. De må vite hvem jeg er. Jobben er veldig variert. Dynamikk og utfordringer endres raskt, ikke minst fordi vi får nye elever hvert år. Ungdommene trenger flere voksenpersoner i miljøet, og gjerne noen som ikke nødvendigvis har det faglige ansvaret.

Veronica Bråthen Jostad gir et eksempel:

– Dersom en elev ikke har det godt med seg selv, tar vi en prat. Det kan være at jeg kan bidra ved å gi noen konkrete verktøy for å håndtere situasjonen. Et eksempel på det kan være «Psykologisk førstehjelp til barn og ungdom» – en verktøypakke som hjelper ungdom å identifisere, sortere og sette ord på tanker og følelser. Å lære seg å takle følelsestrøbbel og vanskelige situasjoner på en god måte kan bidra til mer glede, mestring og trygghet.

– Har de dårlig selvbilde og problemer med skolefaglige ting, kan jeg samarbeide med lærer, PPT og foresatte.

DEN ENESTE

Det er i underkant av 300 elever på skolen for åttende, niende og tiende trinn, og Bråthen Jostad er den eneste ved skolen som er miljøterapeut og miljøveileder.



– Ergoterapeuter har kompetansen som trengs for denne type stillinger. Vi må bare tenke i andre former og strukturer, siden utdannelsen har mer fokus på barn og eldre enn ungdommer. Ergoterapeutenes syn på seg selv må utvides, sier Veronica Bråthen Jostad.

Foto: Jartrud Jøstmælingen.

– Vi burde vært flere, gjerne en miljøveileder på hvert trinn, så vi kunne jobbet bredere, kommenterer hun.

Impulser fra sosiale medier er den største endringen Bråthen

Jostad har opplevd siden hun startet i jobben.

– Ungdom blir veldig påvirket av en verden som ikke nødvendigvis er virkelig. Hjernens utvikling er ikke kommet så langt

at de er i stand til å håndtere alt. Jeg vil ikke svartmale, for det er mye bra med sosiale medier, men de unge påvirkes av språkbruken til påvirkerne. Sarkasme, ironi, nedsnakking og «roasting» av kropp eller utseende kan være tøft å takle for en trettenåring. TikTok og andre sosiale medier setter gjerne standarden og dagsorden for ungdommen på

hva som er definert som bra eller dårlig. Vi snakker om det i samtalegruppene, så de får hjelp til å finne balanse i kommunikasjonsformen, slik at det ikke går ut over vennskap.

MESTRING OG OBSERVASJON

Veronica Bråthen Jostad forteller at mestring, med opphav i ergoterapien, er det viktigste virke-

middelet hun bruker i jobben. Det samme gjelder for observasjon:

– Aktivitet, ta grep og finne interessene står sterkt her, samtidig som individet betraktes utfra et helhetlig perspektiv. De får hjelp til å mestre eget liv, tanker, følelser og ting som skjer. Å få dem i aktivitet er essensielt, det påvirker selvbildet og skoleprestasjoner.

Skulle gjerne hatt flere miljøterapeuter!

– Det viktig å ha ulike yrkesgrupper i skolen og helt perfekt med en ergoterapeut i stillingen som miljøveileder. De er vant til å tenke helhet mellom menneske og miljø, fysisk og psykisk, og er ideelle i forebyggende arbeid, sier Tina Indregard Hovi, inspektør ved Bjørnsveen ungdomsskole.

Hun registrerer at stadig flere unge strever, så jobben som miljøveileder er kjempeviktig, både individuelt og for grupper.

– De unge trenger en å sparre med, som ikke har noe med fag å gjøre. Vi skulle gjerne hatt flere, så det alltid var en åpen dør der de unge kunne stikke innom ved behov. Veronica blir ofte sittende bundet med gruppesamtaler. De tar mye av arbeidstiden hennes, forteller inspektøren.

Ideelt sett synes Indregard Hovi det burde vært tre miljøveiledere ved skolen, én for hvert trinn.

– Dessverre er det knapt med ressurser i skolen. For eksempel ble min tidligere sosiallærerstilling fjernet til fordel for en undervisningsstilling, så slik havnet jeg i ny jobb som inspektør ved Bjørnsveen ungdomsskole, forklarer Tina Indregard Hovi.



– Vi skulle gjerne ha klonet Veronica. Skolen har helsesykepleier, men hennes fagområde er ikke det samme, sier Tina Indregard Hovi. Foto: Hedda Indregard Hovi.

Arcona posisjoneringsputer

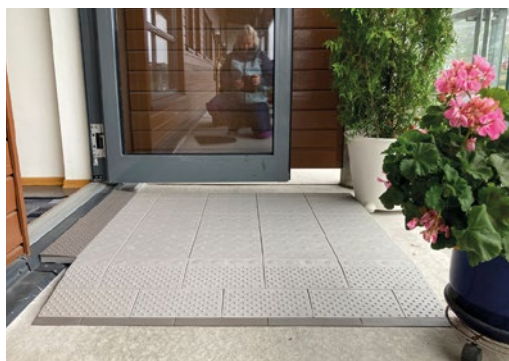
- Putene former seg godt etter kroppen og beholder ønsket form
- Tyngde og god friksjon gjør putene meget stabile
- Leveres med trekk i myk og behagelig bomullsjersey

På avtale med NAV

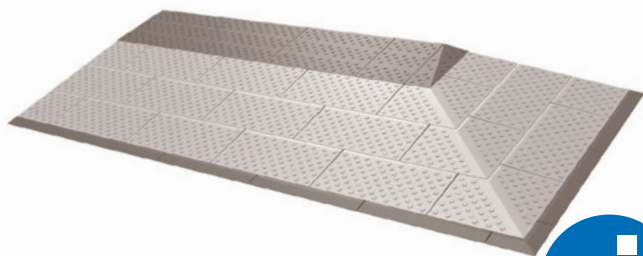
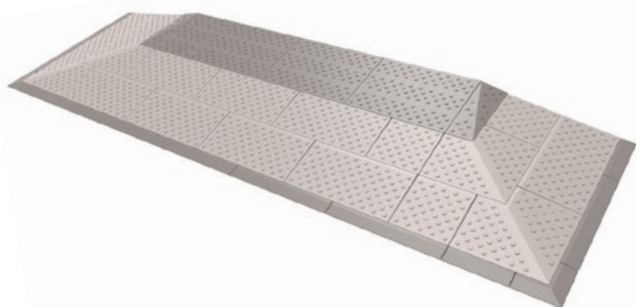


SecuCare terskeleliminator

- Påkjøring med lik stigningsgrad fra flere sider
- Mulighet for reposløsninger
- Tilpasningsdyktig modulsystem



På avtale med NAV



www.ovrebo.no

øvrebo rehab



NAVN
Inger Helene Kalvik Sand
STILLING
Ergoterapeut
HVOR
Flekkefjord kommune

Kursleder i hverdagsglede

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Flekkefjord kommune på avdeling for rehabilitering og mestring.

– Hva jobber du som?

– Jeg er ansatt som ergoterapeut. Mine hovedområder er ergoterapeut i rehabiliteringsteamet. Jeg bidrar i tillegg blant annet med individuell trening og oppfølging, tilrettelgging i hjemmet og hjelpemiddelformidling. Jeg er også kursleder for *Hverdagsglede* som er et nytt kurstilbud innen Frisklivssentralen.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har jobbet i Flekkefjord kommune siden 2008. Høsten 2022 bestemte kommunen seg for å satse på Hverdagsglede og jeg fikk da muligheten til å delta på kurslederkurs for Hverdagsglede. Vi startet opp med kurstilbud i Hverdagsglede februar 2023.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Det å være kursleder innebærer å stimulere til en endringsprosess som fremmer livsmestring, og økt livskvalitet hos voksne som opplever at de trenger ett løft i hverdagen. Vi er to kursledere sammen om gjennomføringen.

Hverdagsglede er et forskningsbasert kurs som fokuserer på de fem viktigste grepene som kan bidra til å fremme god psykisk helse og livskvalitet, samt forebygge psykiske lidelser. Kurset tar utgangspunkt i norsk og internasjonal forskning på livsmestring og folkehelse og positiv psykologi.

De fem grepene for økt hverdagsglede bygger på en gjennomgang av 400 forskningsrapporter, utført av New Economics Foundation i England i 2009. Oppdraget de fikk av den engelske regjeringen var å finne frem til de fem viktigste elementene som bidrar til økt hverdagsglede, «fem om dagen» for psykisk helse.

Det er Rådet for Psykisk Helse som leder arbeidet med Hverdagsglede i Norge, og de fikk i samarbeid med seniorforsker og psykolog Ragnhild Bang Nes ved Folkehelseinstituttet oversatt grepene til norsk i 2011. Kurset er utviklet av fagpersoner og blir kontinuerlig testet, evaluert og justert. Versjon 3_0 av kurset kom høsten 2019. Det er ett

lavterskeltilbud som tilbys via Frisklivssentralen.

Opplevd livskvalitet er viktig for den enkelte, og kan også bidra til gode familierelasjoner, oppvekstkår, fungering i arbeidslivet og til bedre helse i befolkningen. Livskvalitet og trivsel styrker også motstandskraften i møte med belastninger. Mange av «vondtene» vi kommer med til legen, har sammenheng med stress. De fem grepene i Hverdagsglede er en «motgift» mot stress, og de fremmer både fysisk og psykisk helse.

Hverdagsgledekurset består av seks kursdager hvor hvert grep får en kursdag før en avslutter med oppsummering av alle grepene og samler alt i en helhet. Grepene i Hverdagsglede er:

- Å være oppmerksom:
Det er viktig å være bevisst på hvor oppmerksomheten vår er. Å være oppmerksom på det som skjer her og nå vil kunne øke livskvaliteten. Vær tilstede med oppmerksomheten på det du holder på med. Legg merke til hva du hører og føler. Kjenn på hva sansene forteller deg.
- Å være aktiv:
Dette innebærer å være aktiv med treningsfokus, men inkluderer også utførelse og deltakelse i hverdagsaktiviteter. Å være i aktivitet kan gi økt mestring i hverdagen.
- Å fortsette å lære:
Å lære nye ting kan være alt fra store prosjekter som å lære et nytt språk, til små ting du lærer for å holde følge med utviklingen i samfunnet. Ny kunnskap gir nye muligheter og kan styrke selvtilliten.
- Å knytte bånd:
Sosiale relasjoner er viktig. En har ulike relasjoner i ulike situasjoner. Å knytte bånd inne-

bærer både å bruke tid på og pleie de relasjonene du allerede har samt å søke nye relasjoner. Relasjonene en har gjør oss godt og kan påvirke hvordan en opplever den motgangen en møter.

- Å gi:
Det å gi gir en opplevelse av mening og følelsen av å kunne bidra. Det kan handle om å gi et smil eller et kompliment, både til andre og seg selv. Gi av din tid ved å hjelpe noen som trenger det.

Som kursleder i Hverdagsglede gir vi litt undervisning i grepene, men vi legger mest opp til aktiv deltakelse ved gjennomføring av oppgaver og refleksjon og drøftning sammen med deltakerne for at de selv skal se hva grepene innebærer for dem. De får også hjemmeoppgaver for å øve på grepene imellom hver kursøkt. Det er stor kraft i små grep.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Jeg opplever at grepene henger tett sammen med ergoterapeuters fokus på meningsfull aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. Det tas også opp temaer som for eksempel flytsonen, flow og brukermedvirkning, som er ting vi har med oss i yrkesutøvelsen vår.

Jeg bidrar med å støtte deltakerne til å fokusere på egne ressurser. Ved å stille de riktige spørsmålene kan de selv finne strategier og løsningen for å oppleve mestring i meningsfulle aktiviteter for dem.

På kursdagen som handler om å være aktiv, bruker jeg en forenklet aktivitetsanalyse. Dette økte deltakernes bevissthet om hvor mye en «enkel aktivitet»



Hverdagsglede er den psykiske helsen «fem om dagen». Hverdagsglede har sitt utspring i Five Ways to Wellbeing som ble utviklet for britiske helsemyndigheter. I dag er Hverdagsglede et godt innarbeidet folkehelseiltak i Norge.

krever av ferdigheter. Deltakerne får en annen innsikt og et annet syn på aktivitetsbegrepet, og flere opplever å se muligheter for hvordan de kan mestre grepet å være aktiv.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Dette kurset tilbys mange steder, og mange plasser er ikke ergoterapeuter en del av kurs-staben. Men jeg opplever at vår kompetanse og vårt fokus på aktivitet og deltakelse samsvarer godt med kurset.

Vår bakgrunn er vel egnet for å skape gode refleksjoner som medfører innsikt og legger til rette for et godt utbytte for kursdeltakerne. Jeg leder kursene sammen med kollega fra psykisk helse. Vi opplever det som positivt å belyse temaene fra ulike ståsteder, og vi utfyller hverandre.

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

– Ja, det er det absolutt. Det er litt ekstra spennende å møte mennesker på en arena som tradisjonelt ikke er «vår brukergruppe». En kommer litt utenfor komfortsonen, men samtidig lærer en mye underveis. Å oppleve at en kan gi noe til deltakerne som de har utbytte av, er veldig gøy.

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

– Ja, helt klart. I en hektiske hverdag er Hverdagsglede-grepene viktige for å roe tempoet og bli bevisst de viktige tingene i livet. At dette også bedrer fysisk og psykisk helse er jo bare en super medisin. Vi i Flekkefjord sitter allerede og tenker videre på hvordan vi kan bruke Hverdagsglede på andre måter.

**NAVN**

Linn Jensen Croff

VERV

Tillitsvalgt

TARIFFOMRÅDE

Oslo kommune

Tillitsvalgt i Oslo kommune

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i mestringsteam i bydel Bjerke i Oslo.

– Hvilket tariffområde tilhører du?

– Jeg tilhører Oslo kommune.

– Hvor mange er du tillitsvalgt for?

– For tiden er jeg tillitsvalgt for 270 stykker.

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– Jeg fikk testet meg som hovedtillitsvalgt i Sykehjemsetaten fra 2018 til 2019 og syntes dette var veldig givende. Da jeg sluttet i daværende stilling (og forlot etaten) var det med tungt hjerte at jeg også måtte gi meg som tillitsvalgt.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Til sammen som hovedtillitsvalgt i Sykehjemsetaten og hovedtillitsvalgt i Oslo komme er det nå blitt snart tre år.

– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

– De viktigste oppgavene slik jeg ser det er å være en samarbeids- og sparringpartner for våre medlemmer, tillitsvalgte, virksomheters ledelse og andre samarbeidspartnere. Vi må spille hverandre gode.

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Den største utfordringen er få til et godt samarbeid og skape gode relasjoner i situasjoner der det

kun er en part som har dette som mål. Som eksempel på dette kan jeg nevne at det tidvis kan være utfordrende å få til et godt samarbeid med ledelsen i noen virksomheter. Det kan noen ganger føles som noen i en gitt ledelse ser på oss tillitsvalgte som noen som stikker kjepper i hjulene for at en prosess kan avgjøres raskt. Men det er jo nettopp det som ligger i rollen til en tillitsvalgt. Vi skal være vaktbikjer og sammen med ledelsen sørge for at prosesser, det være seg ansettelse eller omorganisering, går riktig for seg og følger avtale- og lovverket. Noen ganger kan det bli litt opphetede diskusjoner, men man lander som regel med beina på jorda.

**– Hva tenker du er en viktig kvalitet eller egen-
skap hos en tillitsvalgt?**

– Å være diplomatisk samtidig som man står opp for det man mener er rett, og ikke være redd for å stå i uvær.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Jeg har mange gode minner allerede etter få år. Minnene som sitter best er der jeg har klart å hjelpe medlemmer eller andre tillitsvalgte med å bruke avtaleverket eller lovverket til å få frem medlemmets og den tillitsvalgtes side.

– Hva har du ennå ikke oppnådd som tillitsvalgt?

– Mye, jeg lærer stadig vekk når det dukker opp nye situasjoner. Å være tillitsvalgt er en rolle man aldri blir ferdig utlært i. Man får bare mer erfaring og større tyngde i å stå i tøffe saker som kan dukke opp.

– Vil du anbefale andre å bli tillitsvalgt?

– Ja, det er en spennende og givende rolle. Selv om den til tider kan være krevende, er det utrolig gøy å kunne hjelpe andre samtidig som man utvikler egen kompetanse.



Oslo kommune ligger i indre Oslofjorden og har cirka 709 000 innbyggere.

ERGOSEAT

-NÅR KVALITET BETYR NOE!



VISSTE DU AT ERGOSEAT:

-Aldri har blitt slått på kvalitet siden det ble etablert i 2004.

-Designer, utvikler og produserer i Norge.

-Leverer individuelle produkter for sitte- stå- og toalett løsninger som alle er på rammeavtale.

-Har terapeuter som ivrer etter å hjelpe deg, uansett hvor du bor i landet.



Om det verste skulle skje, vil du takke deg selv

Livet skjer. Ingen kan forsikre seg mot å bli syk eller skadet, men vi kan forsikre oss mot de økonomiske konsekvensene som følger med sykdom, skader og dødsfall. Det er kanskje ikke så hyggelig å tenke på disse temaene, men det ligger mye omsorg i å ha tatt grep om personforsikringer for deg selv og dine kjære.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Når du skal kjøpe forsikringer, bør du prioritere de områdene av livet som blir hardest rammet dersom noe skulle skje. Bare du kjenner ditt liv, og ditt forsikringsbehov er kanskje et helt annet enn naboens.

SIKRE INNTEKTEN DIN – UFØREFORSIKRING

Hva skjer hvis store deler av inntekten din blir borte? Utgiftene forsvinner jo ikke. Et inntektstap påvirker økonomien til både deg og resten av husholdningen. Dersom du blir ufør, dekker NAV 66 prosent av inntekten, men det er bare opp til og med 6 G. Har du en høyere inntekt, er det ikke usannsynlig at du har høyere utgifter og et høyere forbruk enn om du hadde hatt lavere inntekt. Tenk på hva slags levestandard du og resten av familien har lagt dere til og ønsker å ha fram mot pensjonsalderen. Å miste minimum en tredjedel av inntekten vil merkes godt for de fleste. Uføreforsikring er trolig den viktigste forsikringen du kan ha.

Et tenkt eksempel: Du tjener 500 000. 1 G er i skrivende stund 111 477 kroner. Uføretrygd vil da bli 330 000 kroner. Du får altså utbetalt 66 prosent av inntekten. Inntektstapet er på 170 000 kroner per år. Tjener du mer blir tapet større.

SIKRE DINE ETTERLATTE – LIVSFORSIKRING

Hva skjer med boligen dersom du dør? Bor du alene

er ikke livsforsikring noe du trenger å prioritere. Bor du sammen med noen og dere har gjeld på boligen, er det ikke sikkert hen klarer å bære gjelden alene dersom det verste skulle skje. Livsforsikring sikrer at dine etterlatte kan fortsette å bo der de bor. I en krise er det godt å slippe den ekstra belastningen det er å måtte flytte, kanskje til og med bort fra skolekrets og venner.

SIKRE DEG YTTERLIGERE – VURDER BEHOVET

Når du har tatt stilling til de mest kritiske områdene å forsikre, kan du også vurdere andre personforsikringer.

- Ulykkesforsikring og kritisk sykdomsforsikring er gode supplement til uføreforsikring. Hva du skal bruke pengene på, er opp til deg. Det kan for eksempel være at partner har anledning til å ta fri fra jobb i en vanskelig tid.
- Barneforsikring. Det offentlige har ordninger som dekker utgifter knyttet til økt omsorgs- og pleiebehov. En barneforsikring er et supplement som sikrer barnet ekstra økonomisk ved ulykke, sykdom og ikke minst uførhet i ung alder.



ERGOTERAPEUTENES FORSIKRINGSKONTOR

På ergoterapeuteneforsikring.org finner du informasjon om priser og betingelser for våre fremforhandlede forsikringer.

Du kommer enkelt i kontakt med våre rådgivere på forsikringskontoret:

Telefon 22 05 99 15

E-post: post@ergoterapeuteneforsikring.org

Søk godkjenning som ergoterapispesialist!

En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi og en styrking innen spesialistområdet. Det kreves utdanning på master nivå, med ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng. Ergoterapeutenes spesialistordning omfatter syv spesialistområder.

Av Anita Engeset

Nå kan du søke godkjenning som ergoterapispesialist elektronisk. Du kan påbegynne registreringen av din søknad, lagre den underveis og levere den på et senere

tidspunkt. Dette forenkler søkeprosessen og gir deg bedre oversikt over hvilken kompetanse du mangler for å kunne sende inn søknaden. Dette gjelder også fornyet godkjenning.



SØKNADSFRIST ER

15. SEPTEMBER HVERT ÅR.

Mer om ordningen og hvordan søke finner du på Ergoterapeutenes nettside: <https://ergoterapeutene.org/spesialist/>.

Mino

Mino er en digital samtaleforsterker som hjelper brukeren å høre bedre i de fleste hverdagssituasjoner, enten de bruker høreapparat daglig, eller hører litt dårlig av og til.

Hjelper brukeren ut av isolering.

apoter

Bestilles også på
www.apotera.no



Kontakt AurisMed
Telefon: 33 42 72 50
E-post: aurismed@aurismed.no
www.aurismed.no

 Bellman & Symfon®
DESIGN FOR EARS



MEDLEMSUNDERSØKELSEN 2023:

Fortsatt meget fornøyde medlemmer

Med Medlemsundersøkelsen tar vi, hvert tredje år, temperaturen på forbundet og medlemmene våre. Målet er å finne ut av hvordan forbundet har levert på oppdraget som landsmøtet ga i 2020, hva medlemmene er opptatt av, hvordan de vil delta og medlemmenes tanker om fremtiden. Resultatet av dette tar forbundet med seg videre inn i planleggingen for neste landsmøteperiode.

Av Kristin Jess-Bakken & Karl-Erik Tande Bjerkaas

Samlet sett er medlemmene meget godt fornøyd med Ergoterapeutene og den jobben forbundet gjør. Mens undersøkelsene i perioden 2012 til 2020 viste en sammenhengende positiv utvikling, viser undersøkelsen i 2023 en liten nedgang fra det svært gode resultatet i 2020.

Andelen medlemmer som vil være ambassadører for forbundet gjennom å anbefale det for andre, er fortsatt høy. Andelen som mener at det i noen grad er sannsynlig at de vil melde seg ut av forbundet, er fortsatt lav.

De fleste medlemmer er enige i at «Ergoterapeutene er det naturlige valget for ergoterapeuter,

uansett stilling». Over 64 prosent er svært eller meget enig. Dette er omtrent som i 2020. Det er likevel 14 prosent som ikke er enig i dette.

Respondentene mener Landsmøteprogrammets visjon og strategier er viktige og at forbundet i løpet av 2020-22 lyktes med å sette dem ut i livet.

TILLITSVALGTE OG MEDLEMMENE

I Medlemsundersøkelsen 2023 er det åtte prosent som angir at de ikke er ivaretatt av en tillitsvalgt, mens hele seks prosent ikke vet hvem som er deres tillitsvalgt. Fem prosent er usikre.

Det er et mål at alle medlem-

mer skal være ivaretatt av en tillitsvalgt og derfor vet hvem den tillitsvalgte er. Er du usikker på hvem som er din tillitsvalgte, skal du finne informasjon om dette på *Min side*. Du kan eventuelt ta kontakt med din region eller forbundskontoret.

Av de totalt 979 respondenterne er det cirka to tredjedeler (64 prosent) som ikke er tillitsvalgt selv, og samtidig vet hvem deres tillitsvalgt er. Av disse har over halvparten hatt sjeldnere kontakt med den tillitsvalgte enn én gang i måneden, mens 14 prosent av alle respondentene ikke har hatt kontakt med den tillitsvalgte i det hele tatt sist år. Dette er et område der det bør være muligheter for forbedringer. Kontakten mellom medlemmene og den tillitsvalgte er viktig.

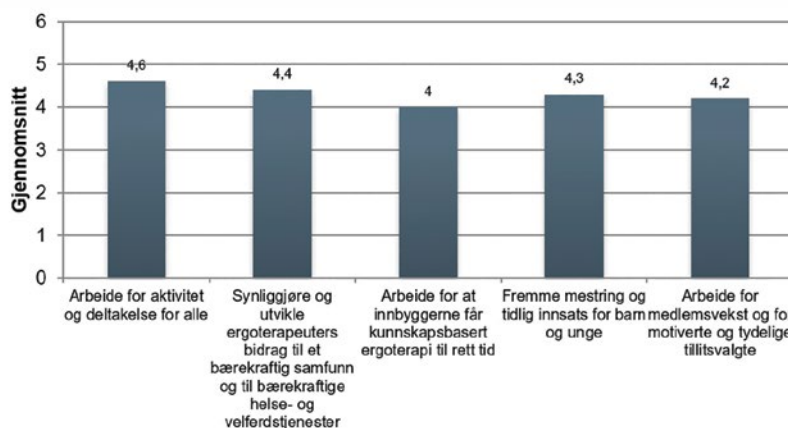
TRYGGE, KOMPETENTE OG MOTIVERTE TILLITSVALGTE

Ergoterapeutenes tillitsvalgte skal ha ressurser, kompetanse og verktøy som gir trygghet og motivasjon i vervet. Vervet som tillitsvalgt skal være attraktivt, og alle tillitsvalgte er gode representanter for fag og forbund.

På de fleste områder vi har undersøkt, går utviklingen i riktig retning, fra et nivå som vi allerede i 2017 beskrev som svært positiv.

I hvilken grad mener du at Ergoterapeutene i løpet av perioden 2020-22 har lyktes med å:

Angi ditt svar på en skala fra 1 til 6, der 1 er i svært liten grad og 6 er i svært stor grad.



Likevel er det selvfølgelig rom for utvikling. Det er også gledelig å se at dette har skjedd i en periode da forbundet strategisk har satset på tillitsvalgte og tillitsvalgtes situasjon.

Setter vi sammen svarindekser på disse spørsmålene fra undersøkelsene i 2017, 2020 og 2023 får vi en oversikt slik det kommer frem i tabell 1.

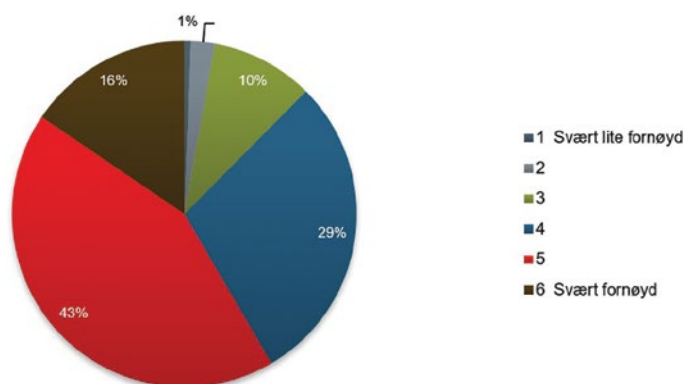
STOR AKTIVITET OG DELTAKELSE

Nesten to tredjedeler av respondentene, 63 prosent, har i løpet av siste år deltatt på fysiske kurs, møter eller lignende i forbundets regi. Dette må fortsatt sies å være en betydelig medlemsaktivitet i et lite forbund. Lysten til å delta på fysiske kurs har ikke blitt betydelig svekket etter pandemien.

En enda større andel, 68 prosent av respondentene, har deltatt på nett-kurs, møter eller arrangementer i løpet av det siste året. Dette er høyere enn de 59 prosentene som svarte på det samme spørsmålet i 2020. Det var et høyt tall da også.

Samlet sett: Hvor fornøyd er du med Ergoterapeutene og den jobben forbundet gjør?

Angi ditt svar på en skala fra 1 til 6 der 1 er svært lite fornøyd og 6 er svært fornøyd



| I hvilken grad opplever du at du som tillitsvalgt: | 2023 | 2020 | 2017 |
|---------------------------------------------------------|------|------|------|
| Er motivert | 4,6 | 4,5 | 4,2 |
| Er trygg i rollen | 4 | 4 | 3,8 |
| Er løsningsorientert | 4,7 | 4,8 | |
| Har nødvendig kompetanse | 3,9 | 3,8 | 3,6 |
| Har nødvendige ressurser, verktøy og redskaper | 4 | 3,9 | 3,8 |
| Har tid til å utføre dine oppgaver | 3,3 | - | - |
| Har oversikt over medlemmene som du er tillitsvalgt for | 5,3 | 5,2 | 5 |
| Er engasjert i utfordringer på arbeidsplassen | 5 | 5,1 | 4,8 |
| Er engasjert i samfunnets utfordringer | 4,6 | 4,8 | 4,3 |

Tabell 1.

FoU-midler 2023

Har du en problemstilling du ønsker svar på? Ble du også inspirert av Ingvild Kjekens æresforelesning på Fagkongressen i Stavanger, «Fremtidig forskning i Ergoterapifaget»? Kanskje har du funnet et kunnskapshull som må tettes, men trenger midler for å realisere prosjektet? FoU-midlene kan realisere drømmen om et prosjekt innen forskning og fagutvikling!

Av Anita Engeset

Hvert år lyser Ergoterapeutene ut prosjektmidler som skal støtte forskning og fagutvikling (FoU). Forbundsstyret har vedtatt at det også i 2023 skal utlyses 500 000 kroner til forskning og fagutvikling som omhandler mestring og tidlig innsats for barn og unge og/

eller synliggjør ergoterapeuters bidrag til utvikling av bærekraftige helse- og velferdstjenester.

Støtten kan brukes til frikjøp, arbeidsstipend, reisestipend og andre projektkostnader. Ergoterapeutenes FoU-midler skal stimulere til fagutvikling og forskning som kommer befolk-

ningen, brukerne og faggruppen til gode. Kriteriene for søknad, søknadsskjema med mer finner du på Ergoterapeutenes hjemmeside under fanen «Ergoterapi», «FoU-midler».

Søknadsfrist: 15. september 2023.
Velkommen som søker!

MEDLEMSUNDERSØKELSEN 2023:

Slik er medlemmenes arbeidshverdag

Handlingsplanen for 2023 har som mål å få vite mer om medlemmenes arbeidshverdag og arbeidsbelastning. Medlemsundersøkelsen forsøkte derfor å undersøke dette, de utfordringene de opplever og hvordan koronapandemien har hatt innvirkning på arbeidshverdagen. Totalt fikk vi 979 svar.

Av Kristin Jess-Bakken & Karl-Erik Tande Bjerkaas



Kristin Jess-Bakken
er Ergoterapeutenes
fagsjef.



Karl-Erik Tande Bjer-
kaas er organisasjons-
sjef i Ergoterapeutene.

BEHOLDE OG REKRUTTERE ERGOTERAPIKOMPETANSE

Statistisk sentralbyrås rapport om arbeidsmarkedet for helsepersonell viser at det vil mangle 1100 ergoterapeuter innen 2040. Det er derfor nødvendig å undersøke om ergoterapeuter ønsker å bli i yrket, og hvordan det er å rekruttere nye. 32 prosent av våre medlemmer har det siste året vurdert å bytte karriere til noe som ikke krever ergoterapikompetanse. 10 prosent var usikre på om de ville skifte yrke og 58 prosent svarte nei.

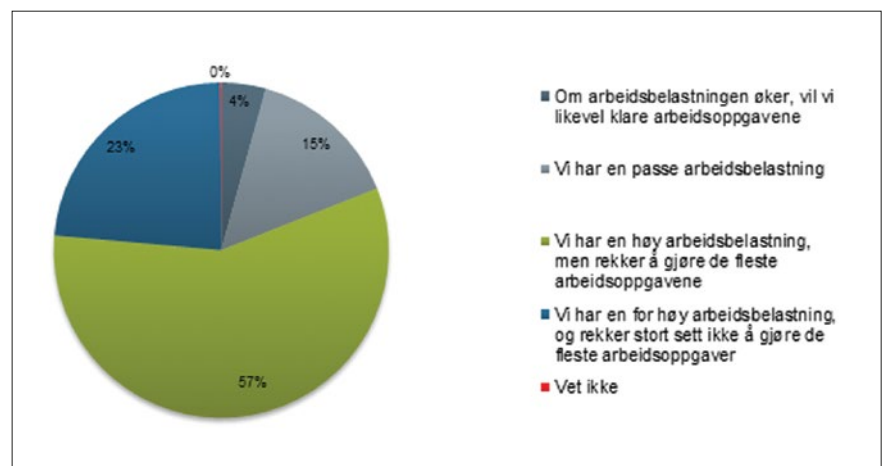
53 prosent angir at de har søkt etter ergoterapeut det siste året. 41 prosent svarer at de ikke har gjort det. På spørsmål om hvor enkelt det var å få tak ergoterapikompetanse, svarte 12 prosent at det var svært lett, mens 28

prosent angav at det var vanskelig å rekruttere ergoterapeuter.

TRAVLE ARBEIDSDAGER, MEN FORNØYDE MEDLEMMER

Å levere ergoterapi til rett tid er en av hovedstrategiene i landsmøteprogrammet. Medlemmene opplever stort sett en høy arbeidsbelastning. 57 prosent opplever arbeidsbelastningen som høy, 23 prosent angir at den er for høy. Det er en overvekt av respondenter, 31 prosent, som oppgir at de ikke får gjort de arbeidsoppgavene de har fått tildelt innen rett tid. 13 prosent oppgir at dette skjer svært ofte.

Det å ikke få gjort arbeidsoppgavene sine til rett tid gir uheldige konsekvenser for pasienter og pårørende. 65 prosent angir at det fører til økt ventetid



Medlemmene opplever stort sett en høy arbeidsbelastning.

for tjenestemottaker, 50 prosent at det begrenser tjenestemottakers aktivitet og deltakelse, 50 prosent angir at tidsfrister ikke overholdes og 40 prosent angir økt belastning for pårørende. Over 20 prosent angir at det blir behov for mer tjenester eller høyere omsorgsnivå, og 10 prosent at det gir høyere kostnader for samfunnet. I overkant av 70 prosent angir også at det fører til en uheldig arbeidsbelastning for dem selv.

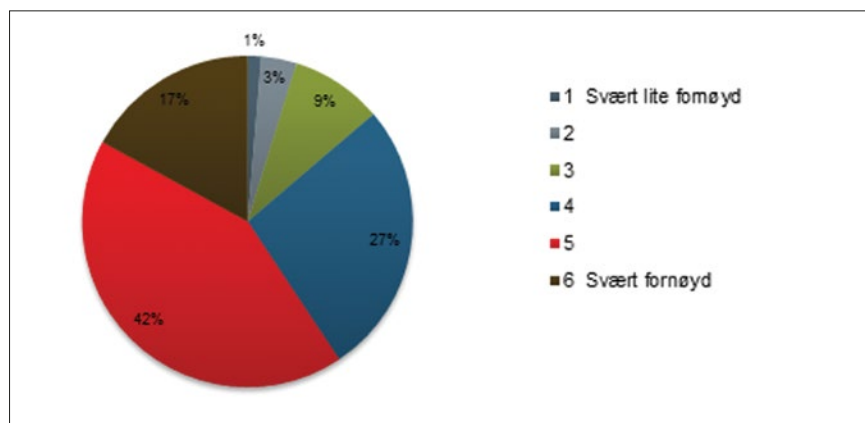
På tross av dette oppgir 59 prosent av respondentene at de er fornøyde til svært fornøyde med sin arbeidssituasjon.

FAGLIG UTVIKLING OG ORGANISERING.

Det er stor spredning og variasjon hos respondentene i hvordan de opplever faglig utvikling, kollegastøtte og organisering.

Medlemmene er stort sett fornøyde med organisering, kollegastøtte og mulighet for veiledning. Når det gjelder mulighet for innovasjon og fagutvikling er tallene mer negative. Her er medlemmene kun ganske fornøyde.

Det er tydelig at det enkleste for de fleste medlemmer er å delta på digitale kurs, uten kursavgift



Til tross for at mange medlemmene opplever en høy arbeidsbelastning, var 59 prosent av respondentene fornøyde til svært fornøyde med sin arbeidssituasjon.

og permisjon uten lønn. Utover dette er materialet ganske spredt, men over 53 prosent angir at det er alt fra litt vanskelig til svært vanskelig å få permisjon med lønn til utdanning.

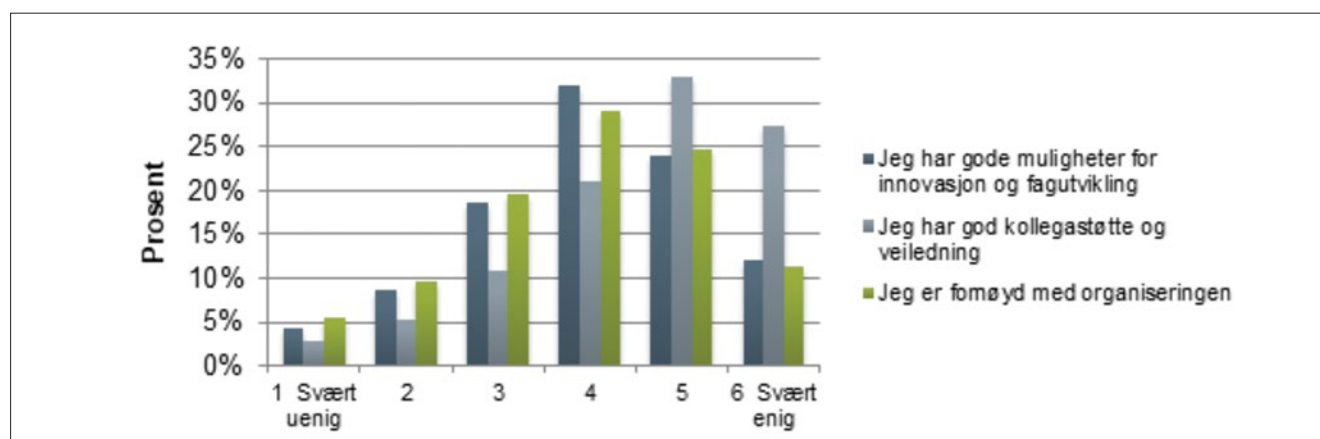
Hele 70 prosent har deltatt på digitale kurs, og 50 prosent av medlemmene leser Ergoterapeuten for faglig oppdatering.

KORONAPANDEMIENS INNVIRKNING

Koronapandemien førte til at rehabiliteringstjenester ble forhindret. Dette gav i noen tilfeller etterslep på tjenestebehovet. Medlemmene beskriver at dette for visse grupper førte til redusert helse for eldre, barn og personer

med utfordringer med psykisk helse. Noen oppgir at det fremdeles er senvirkninger etter pandemien. Den eldre befolkningen er mindre aktive, og det tar tid å få dem i gang igjen. Levering av hjelpemidler går fremdeles trege på grunn av leveringsmangel. Det angis en økt andel barn med skolevegringsproblematikk.

Det er også positive erfaringer med koronapandemien. Det ble pekt på stor innovasjon på teknologiske løsninger og ferdigheter. Det ble også påpekt tjenestens evne til fleksibilitet, kreativitet og rask omstilling. Hybrid arbeidshverdag, det vil si mer mulighet for hjemmekontor, virker også positivt for våre medlemmer.



53 prosent anga at det er alt fra litt vanskelig til svært vanskelig å få permisjon med lønn til utdanning. Det enkleste er å delta på digitale kurs, uten kursavgift og permisjon uten lønn.

VÅRE KRAV TIL ÅRETS LØNNSOPPGJØR:

Ansatte i offentlig sektor må sikres et lønnsløft!

De tre siste årene har de offentlig ansatte tapt terreng mot privat sektor. Det kan ikke være sånn at ansatte i privat sektor drar ifra år etter år, slo forbundsstyret fast under behandling av kravene til årets lønnsoppgjør.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Prisveksten endte på 5,8 prosent for 2022, noe som ga reallønnsnedgang for våre grupper. Det tekniske beregningsutvalget (TBU) anslår en prisvekst for 2023 på 4,9 prosent (per 13.03.2023), mens lønnsveksten hos handelspartnerne er anslått til 5,4 prosent.

– Det vil si at det er rom for å prioritere offentlig sektor i år. Lønnsomheten i næringslivet er god. Konkurransesevnen til norsk industri er god. Vi må sikre våre medlemmer økt kjøpekraft, sier forhandlingssjef Hege Munthe.

DE ANSATTE ER RYGGRADEN

De ansatte er ryggraden i helse- og velferdstjenestene. Tilstrekkelig og kompetent personell er avgjørende for at sykehus og

kommuner skal kunne tilby tjenester av god kvalitet.

– Det er merkbart større etterspørsel etter helsepersonell de siste årene, men vi står overfor enda større utfordringer fram mot 2040, påpekte forhandlingssjefen da forbundsstyret behandlet saken «Ergoterapeutenes krav til årets lønnsoppgjør» ved forrige møte.

– Mangelen på ergoterapeuter vil øke betraktelig. Dette underbygges også av Helsepersonellkommisjonens rapport som kom tidligere i år, sier hun.

BÆREKRAFTIGE HELSETJENESTER

Behovet for bærekraftig utvikling av helse- og velferdstjenestene er prekært. Bærekraftig utvik-

ling forutsetter kompetanse som bidrar til en solid styrking av helsefremming, forebygging, habilitering og rehabilitering.

– At vi har et økende antall eldre er kjent, men den demografiske utviklingen betyr både en økning i antallet eldre og en reduksjon i antallet i arbeidsfør alder – samtidig. Mangel på arbeidskraft krever en prioritering av tjenester og kompetanse som fremmer mestring, selvstendighet og deltakelse, sier forbundsleder Tove Holst Skyer.

Hun mener at ergoterapeuter kan bidra til å dempe det økende behovet for pleie og hjelp.

– Det vil lønne seg å ansette flere ergoterapeuter både i spesialhelsetjenesten og kommunene.

KRAVENE I DE ULIKE TARIFFOMRÅDENE

Nedenfor følger noen hovedtrekk i kravene i de ulike tariffområdene.

I KOMMUNENE (KS) HAR VI FØLGENDE KRAV

- *Generelle tillegg:* Det kreves at det gis generelt prosentvist tillegg som sikrer økt kjøpekraft.
- *Heving av garantilønn:* Ergoterapeutene krever heving av garantilønnstabellen, hvor det særlig legges vekt på ti og 16 års ansiennitet for treårig og fireårig universitets- og høyskoleutdanning.



– Det er rom for å prioritere offentlig sektor i år. Vi må sikre våre medlemmer økt kjøpekraft, sier Hege Munthe.



– Det vil lønne seg å ansette flere ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, sier Tove Holst Skyer.

- *Lokale forhandlinger:* Ergoterapeutene krever avsatt pott til lokale forhandlinger hvor potten bør være av en viss størrelse.

I STATEN HAR VI FØLGENDE KRAV

- Ergoterapeutene krever en ramme som sikrer en økt kjøpekraft for våre medlemmer i Staten.

I SPEKTER-OMRÅDET HAR VI FØLGENDE KRAV

- *Generelle tillegg:* Det kreves et generelt prosentvist tillegg til alle våre medlemmer, som sikrer økt kjøpekraft. Det gis

et ekstra prosentvis tillegg for medlemmer med 16 års ansiennitet eller mer.

- *Heving av minstelønn:* Heving av minstelønnsatsene med et særlig høyere tillegg på ti års ansiennitet.
- *Lokale forhandlinger:* Det kreves avsatt pott til lokale forhandlinger, hvor potten må være av en viss størrelse.

I OSLO KOMMUNE HAR VI FØLGENDE KRAV

- *Generelt tillegg:* Det kreves et generelt prosentvis tillegg som sikrer våre medlemmer økt kjøpekraft.
- *Lokale forhandlinger:* Det

kreves avsatt pott til lokale forhandlinger, hvor potten bør være av en viss størrelse.

I VIRKE-OMRÅDET HAR VI FØLGENDE KRAV

Virke har følgeavtaler til de store tariffområdene, som Kommunesektoren, Staten og Spekter – helseforetakene. Krav her vil foreligge når de andre tariffområdene er ferdig.



Vil du bidra til aktivitet og deltakelse for alle? Rekk opp hånda nå!

Denne våren og sommeren arbeider åtte valgkomiteer med å finne kandidater til verv i forbundet. Kanskje er det deg eller noen du kjenner. Rekk opp hånda nå!

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

I hver av de syv regionene våre arbeider det valgkomiteer som skal foreslå kandidater til regionstyret og regionens delegater på landsmøtet i oktober. Styremedlemmer og delegater velges i elektroniske valg i august og september.

Samtidig arbeider en sentral valgkomité med å fylle de vervene som skal velges direkte på landsmøtet i oktober.

Dersom du er en aktuell kandidat eller kjenner en som er det, kan du ta kontakt med en av valgkomiteene.

Uansett hvilken rolle det er snakk om, vil du få nødvendig innføring og opplæring.

REGIONENE

Ergoterapeutenes regioner er for-

bundets viktigste ledd for å skape engasjement og en levende, inkluderende organisasjon. Regionstyrene er bindeledd mellom forbundsstyret og medlemmene og tillitsvalgte og har ansvar for å legge til rette for aktivitet i regionene.

Hva innebærer det å sitte i et regionstyre? Dokumentet «Regionstyrets oppgaver» gir deg svar på det. Dokumentet er et verktøy og et oppslagsverk for regionstyrene. Her finnes lenker til relevante dokumenter som beskriver regionenes formål, drift og oppgaver.

I tillegg jobber vi med å utvikle beskrivelser av de ulike funksjonene som regionstyret skal fylle.

DIN REGION

Er du nysgjerrig på hvordan det

er å arbeide i et regionstyre? Ta gjerne kontakt med styremedlemmene i din region.

STYREMEDLEMMER, KOMITEER OG UTVALG

I tillegg til de valgene som skal gjøres i regionene, skal landsmøtet gjøre valg ut fra forslag fra den sentrale valgkomiteen. Også denne komiteen er avhengig av at medlemmer og tillitsvalgte melder sin interesse eller foreslår flinke kandidater.

Den sentrale valgkomiteen skal fremme forslag til vervene nedenfor:

- Forbundsleder, nestleder og to styremedlemmer
- Kontrollkomiteen
- Redaksjonskomiteen
- Yrkesetisk utvalg

Tillitsvalgtprisen 2022 ble tildelt Heidi Julie Bjørsrud fra Moss kommune

Under den fagpolitiske konferansen i Ergoterapeutene Viken i februar, ble regionstyremedlem og tillitsvalgt i Moss kommune, Heidi Julie Bjørsrud overrasket med tildelingen av Tillitsvalgtprisen 2022.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Det var Ergoterapeutenes forbundsleder, Tove Holst Skyer, som delte ut prisen.
– Jeg har gledet meg siden i høst til å gjøre skikkelig stas på årets prismottaker, sa hun.

LANGE VENTELISTER

Moss kommune hadde hatt lange ventelister lenge, og prisvinneren, hovedtillitsvalgt Heidi Julie Bjørsrud, hadde god dokumentasjon på dette. Da en misfornøyd bruker stod frem i lokalavisen, benyttet hun anledningen til å skrive et leserbrev selv. Under prisutdelingen viste Tove Holst Skyer til dette.

– Du skrev et strålende avisinnlegg som synliggjorde at ergoterapeutene i Moss kommune ønsker å bidra til bærekraftige tjenester fordi det gir et bedre liv for den det gjelder, og fordi det lønner seg for samfunnet. Problemet var manglende ressurser,

sa forbundslederen under utdelingen av tillitsvalgtprisen.

«Heidi har stått på for å fremme behov for ytterligere ressurser og behov for flere stillinger som ergoterapeut i Moss kommune. Hun har brukt mye tid på å redegjøre for vår situasjon og har med sin innsats klart å få politikere på vår side», skrev forslagsstilleren – et medlem i Moss kommune.

To nye stillingene kom på plass, og ergoterapeutene som innehar disse stillingene var til stede i salen sammen med andre av Heidis ergoterapeutkollegaer fra Moss kommune. Det var en rørt, glad og ydmyk prisvinner som mottok prisen og minnet om at innsatsen er et resultat av samarbeid med både kolleger og andre i forbundet.

HUKER AV FOR MANGE AV KRITERIENE

Tillitsvalgtprisen deles ut til et medlem av Norsk Ergoterapeutforbund som har gjort vesentlig innsats som tillitsvalgt. Den kan tildeles plasstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte. Årets tillitsvalgt har utmerket seg gjennom:

- langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser
- å være en viktig rollemodell for kollegaer og andre tillitsvalgte
- svært god forståelse for sammenhengen mellom ergoterapi som fag og betingelser i arbeidslivet
- å ha stått i spesielt krevende prosesser på vegne av sine medlemmer
- å ha utvist mot og handlekraft i krevende saker eller prosesser på vegne av sine medlemmer.
- å ha gjort en særlig innsats for å aktivere, rekruttere og beholde medlemmer

– Du har delt raust av erfaringene dine, og jeg har skubbet andre tillitsvalgte i din retning. Du eksemplifiserer på den måten delingskulturen i organisasjonen vår. Ikke minst viser du at tillitsvalgtvervet ikke bare inneholder gitte oppgaver, men at det også rommer utrolig mange muligheter, sa Tove Holst Skyer.



Heidi Julie Bjørsrud fra Moss kommune, med blomster, fat og diplom, fikk Tillitsvalgtprisen 2022.

NOMINER DIN TILLITSVALGTE TIL TILLITSVALGTPRISEN 2023!

Forbundsleder Tove Holst Skyer innledet utdelingen av Tillitsvalgtpriisen med en hyllest til det arbeidet som gjøres av våre tillitsvalgte hver dag:

– Våre tillitsvalgte er limet i organisasjonen vår, fordi de er tetttest på medlemmene og vet hvor skoen trykker. Det er de tillitsvalgte som er eksper- tene på virkeligheten i arbeidshverdagen på den enkelte arbeidsplass, og det er de som står i posi- sjon til å skape endringer lokalt. De kjenner med- lemmene, arbeidsoppgavene, har innsikt i prosesser og mekanismer på arbeidsplassen, og de kjenner organisasjonen vår og hvor vi vil. Jeg pleier å si at

våre tillitsvalgte er Norsk Ergoterapeutforbund på arbeidsplassene,»

Du har nå muligheten til å nominere din tillits- valgt til Tillitsvalgtpriisen 2023. Se hjemmesidene.

FLERE VERDIGE NOMINERTE

Det var mange dyktige tillitsvalgte som var nominert til Tillitsvalgtpriisen i 2022.

Vi gratulerer alle med nominasjonen.

- Sigrid Nordheim Folkestad, Voss Herrad
 - Hilde Bech, Drammen kommune
 - Svanhild Anita Hensema, Asker kommune
 - Pernille Gundersrud Strand, Elverum kommune
- I år var det ellevte gangen Tillitsvalgtpriisen ble delt ut.

Nytt år med medlemsvekst i Ergoterapeutene

Vi har aldri vært flere. Første januar var vi 4570 medlemmer, og det er 68 flere enn for et år siden. Likevel er det noen ergoterapeuter som ennå ikke er en del av det faglige felles- skapet vårt. Husk å være gode ambassadører for fag, yrke og forbund.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Medlemsvekst er bra, men særlig gledelig er det at store deler av medlemsveksten skjer blant yrke- saktive medlemmer. Tallet første januar 2023 var 3353 mot 3313 ett år tidligere.

STOR VEKST I KOMMUNENE

I KS-området økte medlemstallet fra 1907 i år til 1868 ved inn- gangen til 2022. Medlemstallet i Oslo kommune økte med seks til 272 medlemmer i den samme perioden.

I det statlige tariffområdet er det også en gledelig medlemsøk- ning fra 218, første januar 2022, til 229 i år. For tariffområdene Virke og Spekter er endringene små, mens det er en stor reduksjon i antallet medlemmer i privat sek- tor, der medlemstallet i 2022 gikk ned fra 172 til 150.

Detaljene i medlemsutviklin- gen finner du på hjemmesiden.

ANTALL STUDENTMEDLEMMER HAR STABILISERT SEG

Antallet studentmedlemmer har steget jevnt og trutt de siste årene, men klarte heller ikke i år å bryte grensen på 600 medlem- mer. Når vi nå har 591 student- medlemmer er det nesten identisk med tallet for ett år siden.

Den etter hvert landsomfatten- de virksomheten til vårt Senior- forum, synes å henge sammen med en positiv medlemsutvikling i 2022, der antallet pensjonist- medlemmer økte med 20 fra 264 til 284.

VI ER MANGE, MEN DET ER FORTSATT PLESS TIL FLERE

Med økte skattefradrag for fagfo- reningskontingenten er kostnaden ved å være medlem blitt lavere de siste årene. Vi håper at enda flere blir en del av vårt faglige felles- skap og virkeliggjør vårt ønske om at vi skal være forbundet for

ergoterapeuter – uansett stilling. *Spør en kollega i dag, er den klare oppfordringen.*



Organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjer- kaas minner om at det er plass til flere, og oppfordrer alle medlemmer til å være gode ambassadører for fag, yrke og forbund.

Ny medlemsfordel: 20 prosent på billige briller

Unios nye medlemsfordel er 20 prosent rabatt på Extra Opticals allerede rimelige briller og solbriller med styrke.

Det er tid for å spare penger der en kan. Er du langsynt, nærsynt eller har skjeve hornhinner?

Medlemsfordelen kan hjelpe deg til en rimeligere pris uansett brillebehov. Bruk rabattkoden du finner på Unios sider om medlemsfordeler i kassen. Da får du 20 prosent rabatt på briller og solbriller merket eo Selection.

Extra Opticals selger briller på nett, men du kan få fire par briller på hjemlån, så du kan prøve før



du kjøper. Du får åpent kjøp, uansett årsak og glass.

Unio+ExtraOptical= Sant

**FYSIKALSKE HJELPEMIDLER
FOR
BARN, UNGDOM OG VOKSNE**

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



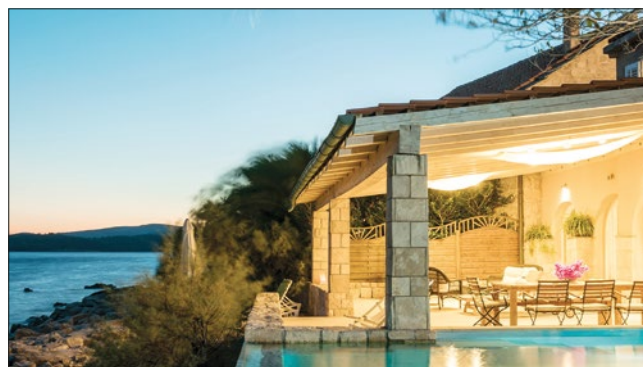
Nå med instruksjonsvideoer på helt ny nettside!

www.bamseprodukter.no

Unio og Novasol har bedret medlemsfordelen ved leie av ferieboliger

Som medlem i Ergoterapeutene får du ti prosent avslag ved å bruke Unio-avtalen med Novasol.

Skiferie, vinterferie, påskeferie, pinseferie, sommerferie, storbyferie, høstferie og langtidsferie. Novasol er en av de største tilbyderne av ferieboliger og sender hvert år to millioner personer på ferie. Lei trygt og velg mellom 50.000 ferieboliger i 19 land. Du kan leie ferieboliger i små og store størrelser og i alle prisleier. En egen utleiegruppe er øyferier.





ANNONSE

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

Nå er jeg trygg i trappen

Etter flere prolaps og brudd i ryggen ble trappegang med håndlist en stor belastning for Svein Ove. Med AssiStep var utfordringene løst og ga trygget til både han og kona.

– AssiStep gjør hverdagen min utrolig mye lettere, sier Svein Ove Vestøl som bor i Bygland kommune i Agder.

Svein Ove har hatt fem prolaps og tre brudd i ryggen. Etter prolaps nummer to endte han i rullestol. Han klarte å trene seg opp igjen og komme seg ut av rullestolen, men når Svein Ove gikk i trappen hjemme belastet han armene enormt. De har dusj i andre etasje og han ønsket å komme seg dit på egenhånd, men det var også risikofyllt. Etter å ha falt tre ganger på vei ned ba legen ham å kontakte kommunens ergoterapeut.

Ergoterapeut Andreas Isaksen så at Svein Ove ville ha stort utbytte av AssiStep og satte i gang søknadsprosessen. Dette var på sensommeren 2021, og omkring to måneder senere hadde NAV innvilget søknaden og AssiStep ble etter kort tid montert helt kostnadsfritt.

– Dette er et av de beste hjelpe-midlene på markedet, sier Andreas.

”

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

Svein Ove Vestøl



Andreas, ergoterapeut, er svært fornøyd med løsningen.

– Her får man trygghet i trappa og man går mer i trappa. Tilbakemeldingene fra de som har fått dette hjelpemiddelet er utelukkende positive.

Før Svein Ove fikk AssiStep montert var han redd for å gå i trappen.

– Nå føler jeg meg trygg og går mye i trappen, fordi jeg har støtte. Bøylen på AssiStep løser alt. Mister jeg grepet så er bøylen der. Jeg kan ikke dette ned. Den er solid og tåler mye, for jeg er en stor mann, sier Svein Ove.

Han forteller også at kona føler seg tryggere.

– Nå kan hun gå ut og føle seg helt trygg på at det går bra med meg, sier han. At jeg har bedre humør og mer initiativ bemerket hun også. Jeg mestrer mer enn før, og kan gå opp til guttungen i andre etasje og være mer med han.

RING OSS PÅ
46 74 55 55

www.assistep.no

FORHANDLES AV
HEPRO

Ergoterapi og aktivitet i arbeid med flyktninger

Av Jenny Kristine Vargervik, Glenn Høvik Flesland, Nathalie Karlsen & Margaret Ljosnes Søvik

Sammendrag

Verdenssituasjonen viser at stadig flere mennesker er på flukt. Samtidig øker antall flyktninger i Norge. Mange flyktninger som bosetter seg i Norge opplever manglende deltakelse og tilhørighet. Deltakelse i meningsfulle aktiviteter er helsefremmende og grunnleggende for mennesker (1).

I dette prosjektet er en kvalitativ intervjustudie gjennomført for å undersøke fire ergoterapeuters erfaringer med bruk av meningsfulle aktiviteter i arbeid med flyktninger. Ergoterapeutene erfarte at flyktninger rapporterte at bruk av meningsfulle aktiviteter bidro til å fremme deres livskvalitet ved at de opplevde tilhørighet, mestring, glede og autonomi. Funnene viser videre at gruppeaktiviteter ble benyttet for å fremme sosial deltakelse.

Kulturell forståelse ble vektlagt som en viktig faktor for å kunne tilrettelegge aktiviteter. Funnene viser at ergoterapeuter har verdifull kompetanse på feltet.

Nøkkelord

Ergoterapi, flyktninger, meningsfulle aktiviteter, deltakelse og livskvalitet.



Jenny Kristine Vargervik jobber som ergoterapeut på et dagsenter for eldre i Askøy Kommune og som ergoterapeut i hjemmesykepleien. Epost: jennykristine@live.no



Glenn Høvik Flesland jobber som ergoterapeut i Enhet for vurdering og rehabilitering vurderingsteam, sør-vest i Bergen.



Nathalie Karlsen er ergoterapeut og ansatt som aktivitet- og frivillighetskoordinator på sykehjem og som miljøterapeut i bofellesskap i Bergen.



Margaret Ljosnes Søvik er fagseksjonsleder for bachelor Ergoterapi ved Institutt for helse og funksjon, Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne fagartikkelen.

Innledning

FNs flyktningkonvensjon definerer flyktning som en person som har emigrert fra hjemlandet sitt på grunn av fare for eget liv og helse (2). Antall flyktninger har gradvis økt de siste ni årene, og i 2020 var det på verdensbasis 82,4 millioner mennesker på flukt (3). I forbindelse med den pågående krigen mellom Russland og Ukraina var det forventet at Norge i 2022 skulle bosette og integrere anslagsvis 35 000 mennesker, der hovedandelen ventes fra Ukraina. Disse tallene er rekordhøye og tilsvarer den største flyktningstrømmen i Europa siden andre verdenskrig (4). Ifølge en forskningsartikkel fra 2021 skrevet av Haj-Younes et al., opplever flyktninger som bosetter seg i Norge nedsatt deltakelse i hverdagslivet, samt utfordringer med å tilpasse seg en fremmed kultur (5).

Andre studier finner at flyktninger som erfarte manglende deltakelse i meningsfulle aktiviteter, kjente på meningsløshet, lav tilfredshet og følelsen av ikke å utnytte egne ressurser (6;7). Deltakelse i meningsfulle hverdagsaktiviteter er et grunnleggende behov som fremmer menneskers helse og bidrar til utvikling gjennom sosial interaksjon (8). Trimboli & Halliwell (9) beskriver i sin studie hvordan flyktninger på asylmottak som deltok i fritidsaktiviteter, opplevde at deltakelsen bidro til å bygge sosiale nettverk og tilhørighet.

Ergoterapifaget definerer aktivitet som alt mennesker foretar seg i hverdagen, hvor aktiviteter kan være både nødvendige og meningsfulle (1). Deltakelse i meningsfulle aktiviteter er både helsefremmende og en nødvendig del av hverdagen (1;10). I sin teori om Occupational justice, vektlegger Townsend og Wilcock (11) «retten til aktivitet og deltakelse». Retten til aktivitet og deltakelse innebærer at mennesker kan delta i meningsfulle aktiviteter uten å oppleve stigmatisering eller diskriminering (12; 13). Ergoterapeuter vektlegger denne retten for å muliggjøre deltakelse i hverdagslivet og for å fremme personers opplevde helse og livskvalitet (14). Begrepet livskvalitet benyttes her om meningsfull

opplevelse av hverdagen, hvor mennesket opplever glede, tilfredshet, tilhørighet, trygghet, mestring og autonomi (15).

Helse- og omsorgsdepartementet beskriver hvordan deltakelse og tilhørighet til samfunnet er grunnleggende for god helse og livskvalitet, og at minoritetsgrupper i Norge ofte opplever aktivitetsfrarøvelse i samfunnet (15). Mennesker som opplever aktivitetsfrarøvelse kan ha behov for å styrke evnen til å ta kontroll over eget liv. Dette kan relateres til en empowerment-tilnærming (16). Empowerment er en helse- og sosialfaglig tilnærming med den hensikt å styrke menneskers tro på egne ressurser for å komme seg ut av en avmaktssituasjon (16;17). Tilnærmingen kan bidra til at mennesker opplever mestring og utvikler selvstendighet, selvtillit og autonomi ved deltakelse i meningsfulle aktiviteter (12). Ergoterapeuter kan benytte aktiviteter terapeutisk for å øke menneskers opplevelse av mestring og meningsfull deltakelse. Ved terapeutisk bruk av aktivitet er det grunnleggende at aktiviteten oppleves meningsfull for den, eller de, som skal engasjeres i den (8).

Det finnes lite forskning om hvordan ergoterapeuter arbeider med å fremme deltakelse i meningsfulle aktiviteter for flyktninger. Med et økende antall flyktninger vil det være relevant å undersøke hvilke tiltak ergoterapeuter kan benytte for å fremme flyktningers deltakelse i hverdagslivet og bidra til økt livskvalitet. Formålet med dette prosjektet er derfor å utforske hvilke erfaringer ergoterapeuter har med å benytte meningsfulle aktiviteter i arbeid med flyktninger.

Metode

Kvalitativ metode er anbefalt når subjektive erfaringer skal undersøkes (19). Prosjektet benytter derfor kvalitativ metode for å utforske hvilke erfaringer ergoterapeuter har med å benytte meningsfull aktivitet for å fremme deltakelse og livskvalitet blant flyktninger. Artikkelen er basert på bacheloroppgaven til de tre første forfatterne.

Modellen for tilsiktet samspill (the Intentional Relationship Model, IRM) er utviklet av Renee Taylor og beskriver interpersonlig resonnering som en betegnelse for terapeutens oppmerksomhet og tenkning om relasjonelle hendelser som oppstår i terapien, om klientens reaksjoner på hendelsene og om terapeutens egne reaksjoner og væremåter. Modellen definerer seks terapeutstiler, eller modi: talsperson, samarbeidende, empatisk, oppmuntrende, instruerende og problemløsende.

Modellen for menneskelig aktivitet (Model of Human occupation, MoHo) er utviklet av Gary Kilehofner. MOHO fokuserer på motivasjon for aktivitet (vilje), at daglige aktiviteter er strukturert i rutiner og livsstil (vane), aktivitetsutførelsens natur (utførelse) og omgivelsenes innflytelse på aktivitet (kontekst). Modellen forklarer hvordan en person engasjerer seg i aktivitet som et resultat av det dynamiske og gjensidige samspillet mellom disse elementene.

| Intervjuguide |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Åpningsspørsmål |
| 1. Kan du fortelle om din yrkesbakgrunn som ergoterapeut? |
| 2. Hva jobber du med nå? |
| Hovedspørsmål |
| 3. Hvilke erfaringer har du med å benytte aktiviteter for flyktninger? |
| 4. Hvilke typiske aktiviteter benytter du når du skal engasjere brukergruppen i aktiviteter? |
| 5. Hvordan opplever du at det påvirker brukergruppen når du engasjerer dem i aktivitet? |
| 6. Hvilke hensyn må man som ergoterapeut ta når man arbeider med flyktninger som brukergruppe? |
| 7. Hvilke utfordringer opplever du som vanlige for brukergruppen i møte med aktivitet? |
| Dersom informanten besvarer spørsmålene utilstrekkelig, vil oppfølgingsspørsmål bli stilt. Oppfølgingsspørsmålene baserer seg på allerede stilte spørsmål. Eksempel på oppfølgingsspørsmål; |
| - Du snakker om.... kan du utdype litt rundt dette? |
| - Jeg lurer på om du har lyst til å utdype litt rundt...? |
| Avsluttende spørsmål |
| 8. Avslutningsvis ønsker vi å avklare eventuelle misforståelser og gi rom for å komme med tilføyelser. |

Tabell 1. Intervjuguide.

UTVALG

Prosjektet inkluderer et representativt utvalg av ergoterapeuter som har erfaring med å benytte aktiviteter i arbeid med flyktninger. Informantene ble rekruttert etter å ha sendt anslagsvis 70 mail til asylmottak, flyktningetjenesten, Norsk ergoterapeutforbund og ulike organisasjoner. De fleste responderte med at de ikke hadde ergoterapeut tilknyttet sin tjeneste.

Fire informanter, som alle er utdannet ergoterapeuter, ble rekruttert gjennom denne prosessen.

DATAINNSAMLING

Semistrukturerte individuelle intervjuer ble benyttet som datainnsamlingsmetode, da metoden egner seg for å innhente erfaringer, tanker og opplevelser (19). Intervjuene ble gjennomført digitalt grunnet geografiske avstander. To av tre prosjektansvarlige var til stede i gjennomføringen av hvert intervju. Det ble rullert på hvem dette var. En prosjektansvarlig hadde hovedansvar for gjennomføringen av intervjuet, mens den andre kontrollerte at spørsmålene ble besvart i henhold til tema i intervjuguiden. Intervjuguiden bestod av hovedspørsmål knyttet til ergoterapeutenes egne erfaringer og opplevelser med flyktninger (se tabell 1). Det var derfor viktig å tilrettelegge intervjuet slik at informantene ønsket å dele informasjon. Den semistrukturerte intervjuformen gir rom for avsporinger som kan bidra med verdifull informasjon (19).

Informantene fikk snakke relativt fritt ut fra hvert hovedspørsmål, men dersom de sporet av uten å besvare spørsmålet, ble spørsmålet omformulerte og stilt på nytt. På slutten av intervjuet var det rom for at informantene kunne tilføye informasjon dersom de ønsket det.

DATAANALYSE

Intervjuene ble transkribert ordrett. Datamaterialet utgjorde totalt 42 sider med linjeavstand 1,5 og skriftstørrelse 12. Intervjuene ble analysert i tråd med Malterud (19) sin systematiske tekstkondensering, da den er egnet for nybegynnere, samtidig som metoden gir en grundig og forståelig forklaring av fremgangsmåte. Systematisk tekstkondensering består av fire steg;

- I trinn en er hensikten å få overblikk over tema (19). Materialet ble lest i fellesskap av de tre første forfatterne for å danne et helhetsinntrykk av de transkriberte intervjuene. I dette trinnet er det viktig å være bevisst på egen forforståelse, og forsøke å sette forforståelsen til side for å forholde seg mest mulig objektiv til datamaterialet og være åpen for nye inntrykk i materialet (19). Vår forforståelse var preget av synet på viktigheten av meningsfull aktivitet og ergoterapeuters holistiske syn på mennesker, som bygger på en forståelse om at mennesker endrer seg dersom de skilles fra sine vante omgivelser (8).
- I trinn to deles temaene opp i kodegrupper og

| Trinn 1 | Trinn 2 | Trinn 3 | Trinn 4 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Skapte et helhetsinntrykk av tema ut fra de transkriberte intervjuene, ved å identifisere foreløpige tema som f.eks. mestring, kultur og sosial deltakelse. | Spesifiserte koder og kodegrupper ved å identifisere meningsbærende enheter knyttet til de foreløpige temaene. | Hentet ut mening fra materialet ved å kondensere de meningsbærende enhetene. Dannet subgrupper som spisset materialet mot problemstillingen. | Materialet (kondensatene) ble sammenfattet til en analytisk tekst. Funnene ble deretter vurdert (validert) opp mot det opprinnelige materialet. Utvalgte «gullsiteter» konkretiserte de viktigste funnene. |

Tabell 2. De fire trinnene for systematisk tekstkondensering (19).

analyseres, samt filtreres i flere steg for å identifisere tekstens meningsbærende enheter.

- I tredje trinn abstraheres de filtrerte tekstene og utformes i form av et kondensat, også kalt kunstige sitater, for å kunne gjenfortelle innholdet fra de meningsbærende enhetene. I dette trinnet vurderer vi også hvilke ergoterapeutiske modeller som kan bidra til å belyse og diskutere funnene ut fra prosjektets formål. Model of Human Occupation (MoHO) kan belyse hvordan flyktnings motivasjon og mulighet for deltakelse i aktivitet påvirkes av deres vilje, vaner og omgivelser (18:20). Vaner og rutiner kan bidra til å skape en stabil og trygg hverdag. Aktivitetsutfordringer kan oppstå som følge av miljømessige eller personlige forandringer som personen ikke håndterer, slik som krig og flukt (8). Modellen for tilsiktet samspill (IRM) ble også vurdert som hensiktsmessig, da den fokuserer på å fremme kommunikasjon og relasjon mellom ergoterapeut og bruker (22). IRM vektlegger ulike former for terapeutiske modus, deriblant den samarbeidende modusen som bidrar til å sikre valgmuligheter, frihet og autonomi. Den oppmuntrende modusen kan styrke brukerens håp ved å formidle en holdning preget av glede og trygghet (22).
- I trinn fire ble materialet omdannet til en sammenfattende tekst hvor det ble benyttet «gullsiteter» for å underbygge funnene i det kondenserte materialet (19). Den sammenfattende teksten presenteres som prosjektets funn.

ETISKE VURDERINGER

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), (ref. nr:156908). I forkant av intervjuene fikk informantene tilsendt informasjons-skriv som omtalte datainnsamling, hvordan data skulle håndteres og lagres, at deltakelse i prosjektet var frivillig og at informantene når som helst kunne trekke seg og få sine opplysninger slettet. Informert

samtykke ble signert av informantene. Lydopptakene ble tatt opp på mobil i flymodus, umiddelbart transkribert og deretter slettet. Det transkriberte materialet og funn er anonymisert for å unngå at informantene blir gjenkjent.

Funn

Fire informanter utdannet som ergoterapeuter deltok i prosjektet. To av informantene jobbet tidligere med flyktninger, mens to fortsatt jobber med brukergruppen.

Informant 1: 14 måneders erfaring som programrådgiver i flyktningsetjenesten.

Informant 2: Cirka 20 års erfaring som ergoterapeut gjennom arbeid på asylmottak og i flyktningshelsetjenesten.

Informant 3: Fire og et halvt års erfaring fra flyktningsetjenesten. Fire år med tittel miljøterapeut og seks måneder med tittel ergoterapeut.

Informant 4: Tre års erfaring med integrering av flyktninger. Tittel miljøterapeut.

Videre presenteres de empiriske funnene i de tre kategoriene som ble identifisert gjennom analysene;

- betydningen av å mestre aktiviteter
- sosial deltakelse i meningsfull aktivitet for å fremme livskvalitet
- kulturell forståelse for å fremme deltakelse i aktivitet

BETYDNINGEN AV Å MESTRE AKTIVITETER

Alle informantene formidlet at de benyttet aktivitet i sitt arbeid. De presiserte viktigheten av å legge til rette for at brukergruppen skulle oppnå mestring i aktivitetene de ønsket å delta i, da de erfarte at opplevd mestring så ut til å bidra til økt trivsel og livskvalitet for flyktingene. Informantene opplevde også at brukergruppens mestring av aktiviteter hadde positiv innvirkning på andre arenaer i deres liv. Dette illustreres av følgende sitat fra informant 4:

«De består førerkortet, og du ser at livet er endret for dem. De kan ta jobber innenfor helse hvor bilkjøring er en nødvendighet. De kan kjøre de små barna sine til og fra barnehagen og rekke tidsklemma. Det er veldig givende å se at du legger til rette for at de kan delta i aktiviteter som de opplever som meningsfylte, og at de nå kan drive på med flere ting som de ikke kunne tidligere.»

Informantene engasjerte flyktningene i hverdagsaktiviteter som de ønsket å mestre. Dette var ofte aktiviteter som mange i Norge tar for gitt at alle kan, slik som å snakke norsk, sykle eller kjøre bil. En av informantene opplevde stor etterspørsel etter sykling og satte derfor i gang sykkelkurs. Viktigheten av dette illustreres i sitatet fra informant 2:

«En bruker fortalte meg at drømmen var å lære seg å sykle slik at vedkommende kunne hente og bringe barnet sitt til barnehagen. Siden anskaffet denne personen seg en elektrisk sykkel med tilhenger som fremkomstmiddel i hverdagen.»

Dette sitatet viser til nødvendigheten av at brukergruppen er delaktig i hvilke tilbud som utformes. Ifølge informantene må brukergruppen selv ha et ønske og motivasjon for å utføre aktiviteten, da de mener at slik motivasjon kan fremme muligheten for å oppleve mestring. Alle informantene gav uttrykk for at tilrettelegging av mestringsopplevelser kan fremme brukergruppens motivasjon for å ta andre valg som er gode for eget liv og helse. Sitatet viser hva en av flyktningene som informant 2 har jobbet med gav uttrykk for:

«Å lære å svømme var veldig viktig for meg, jeg fikk troen på meg selv. Dette gjorde at jeg fikk troen på at jeg kan lære andre ting, slik som å kjøre bil. Jeg tenker at hvis jeg greier å svømme, da kan jeg også lære å kjøre bil.»

Denne personen tok, ifølge informanten, senere førerkort. Dette viser hvor stor betydning det har å legge til rette for deltakelse i aktiviteter hvor flyktninger kan oppleve mestring.

SOSIAL DELTAKELSE I MENINGSFULL AKTIVITET FOR Å FREMME LIVSKVALITET

I tillegg til å vektlegge mestringsopplevelser for brukergruppen, ble aktiviteter tilrettelagt for å skape sosial deltakelse og tilhørighet. Alle informantene formidlet at de i stor grad benyttet gruppeaktiviteter i sitt arbeid med flyktninger. I gruppeaktivitetene

var deltakelse i sosiale og lystbetonte aktiviteter vektlagt for å skape et fellesskap hvor relasjoner og tilhørighet kunne dannes. Dette gjenspeiles i et sitat fra informant 3:

«Det å knytte bånd og ha en grunnmur av det sosiale på plass er viktig for å skape seg et liv i Norge og for flyktnings mentale helse.»

Flere av informantene fortalte at de jobbet aktivt for å engasjere flyktningene i lokalsamfunnet. Brukergruppen deltok blant annet på språk-kafé, sosiale møteplasser og fotball. Tanken med dette var at de skulle delta i aktiviteter de anså som meningsfulle, samtidig som de skapte seg et sosialt nettverk hvor de selv kunne ta initiativ til aktivitet. Informant 1 belyser dette med følgende sitat:

«Jeg var oppmerksom på at min rolle som terapeut ikke var å gjøre menneskene avhengig av meg for å delta i aktiviteter. Jeg ønsket at de skulle være mest mulig selvgående og skape seg et sosialt nettverk hvor de kunne dyrke egne interesser.»

Denne informanten fortalte at de satte brukergruppen i kontakt med bedrifter og organisasjoner hvor flyktningene fikk utføre arbeid som den enkelte hadde ferdigheter og interesse for.

«Jeg forsøkte å få lokalsamfunnet med på laget for å tilby disse folkene gode løsninger. For eksempel koblet jeg en som likte å skru på biler opp med et bilverksted. Så fikk vedkommende lov til å dra dit etter skolen for å skru på bil, det ga hen veldig mye.»

Meningsfull aktivitet ble også benyttet som et middel for å glemme, eller ta en pause fra, de vonde og vanskelige opplevelsene flyktningene hadde vært utsatt for. Informantene fortalte at målet med gruppeaktivitetene var å skape glede og mestring for å gi et pusterom i en hverdag som for mange av flyktningene var preget av bekymringer. Informantene hadde også et bevisst forhold til at deltakelse i aktivitetene de arrangerte var med på å forbedre livskvalitet og forebygge isolasjon som kunne resultere i psykisk uhelse. Følgende sitat fra informant 2 viser til verdien av deltakelse i meningsfulle aktiviteter:

«Flyktningene fortalte at når de deltok i aktivitetene så glemte de det som var vondt eller trist. De opplevde at de fikk en pause fra egne tanker og bekymringer.»

Informantene opplevde at det ofte var mye latter og uttrykk for glede underveis i gruppeaktivitetene, og de erfarte at det ble dannet samhold og tilhørighet innad i gruppene.

I gruppene fikk flyktningene samtalepartnere som de kunne dele vanskelige opplevelser og tanker med. Informant 3 formidler viktigheten av dette:

«Mange flyktninger har et stort behov for å fortelle om ting de har opplevd. Bare det å ha noen som kan lytte, hjelper utrolig mye.»

Informantene beskrev flyktningene som positive og ivrige etter å delta i aktiviteter. De fortalte at flyktninger som kommer til Norge ofte opplever manglende deltakelse og ikke har aktiviteter å fylle dagene sine med, noe som kan påvirke helsen negativt. Gruppeaktivitetene ble derfor en viktig arena hvor brukergruppen kunne oppleve tilhørighet og mening. Informant 2 formidlet følgende knyttet til flyktningenes motivasjon for å delta i aktivitet:

«De sloss om plassene på svømmekurset jeg arrangerte og prøvde alle mulige veier for å få plass. Det var venteliste på kurset, men noen klarte allikevel å lure seg med. De kom og fortalte at den eller den er syk så jeg kommer istedenfor, og vips så var det mange nye damer i vannet.»

KULTURELL FORSTÅELSE FOR Å FREMME DELTAKELSE I AKTIVITET

Et formål i informantenes arbeid var å benytte aktivitet for å inkludere flest mulig. De understreket i den sammenheng viktigheten av å ta hensyn til flyktningenes kulturelle bakgrunn når de benytter aktiviteter. Alle informantene erfarte at kulturell kompetanse er en særlig viktig del av tilnærmingen for å skape gode forutsetninger for deltakelse i aktiviteter. Informant 1 beskrev det på følgende måte:

«Det handler om å ha et kulturelt perspektiv, og det handler om kjønn og religion. Jeg jobbet med mennesker som stort sett var troende og som hadde livssyn som jeg måtte ta hensyn til.»

Tre av informantene fortalte at for å unngå ekskludering måtte de ta hensyn til flyktningenes syn på kjønnsroller når de tilrettela aktiviteter. Dette illustreres av informant 1:

«Å dra på svømming med menn og kvinner samtidig var 'no-go'. Jeg valgte derfor å drive med svømming og vannaktivitet med såkalte rene kjønnsgrupper, da dette fungerte best.»

Informantene vektla viktigheten av å være bevisst på at flyktninger kan ha andre aktivitetsbehov og utfører aktiviteter på en annen måte enn det som er vanlig praksis i vårt samfunn. To av informantene fortalte om betydningen av å ta hensyn til flyktningenes tidligere opplevelser ved utforming av aktiviteter. Informant 2 beskrev hvordan den kulturelle forståelsen oppleves som viktig for at aktivitetene som benyttes ikke skal virke mot sin hensikt, med tanke på flyktningers tidligere erfaringer:

«Det ble ytret et ønske fra arbeidsplassen om at jeg skulle ta med brukergruppen på fjelltur. Dette ville jeg ikke, for jeg visste at mange av flyktningene hadde vonde opplevelser i forhold til fjellene. Flyktningene fortalte at fjellet var et sted hvor de søkte tilflukt fordi det var krig, et sted hvor de gjemte seg i huler og hvor det var masse miner. I forhold til krig og krigsopplevelser så synes jeg det er viktig at aktivitetene er på deres premisser.»

Sitatet viser til viktigheten av å inneha en forståelse om at flyktninger kommer fra land med uroligheter, hvor de kan ha opplevd traumatiserende hendelser. Informant 4 fortalte hvordan arbeidet med flyktninger kan påvirkes negativt ved å velge aktiviteter på bakgrunn av stereotypiske antakelser om mennesker:

«Du må ha bevissthet på det du gjør, ikke generalisere og si at han kommer fra det landet så han gjør sånn, eller han er fra det landet og liker kanskje ikke sånn.»

Informantene uttrykte at språket kan ekskludere brukergruppen fra aktivitet. Det er derfor fordelaktig å legge til rette for aktiviteter som ikke krever et høyt nivå av språklige ferdigheter. Dette støttes av følgende sitat fra informant 2:

«Vi trenger ikke masse ord. Vi kan også jobbe uten språket. Det er mulig å lære aktiviteten ved å vise den.»

To av Informantene påpekte at flyktninger kan ha et annet forhold og en annen tilnærming til aktiviteter de møter i vårt samfunn, og at aktivitetene ikke nødvendigvis oppleves som meningsfulle slik de utføres i norsk kultur. Dette illustreres slik av informant 2:

«Det ble arrangert skidag. Mange flyktninger opplevde det som uvant og rart å skulle være ute i snøen en hel dag. Da åpnet vi opp for at de kunne spille volleyball i snøen, de måtte ikke gå på ski.»

Jeg var opptatt av å ikke dytte vår aktivitet på dem. Jeg ønsket at det skulle være meningsfullt.»

Informantene forklarte hvor viktig det er å utvikle god kulturell forståelse i arbeid med flyktninger for å forstå dem og deres kultur bedre. Informantene pekte også på hvordan deltakelse i aktivitet er universelt for alle mennesker uavhengig av hvilken kultur de kommer fra. Informant 4 beskriver det slik:

«Kultur betyr mye. Hvis du ikke forstår hvor personen kommer fra, eller hvorfor han gjør det han gjør, da er det vanskelig å jobbe både som ergoterapeut eller i et annet yrke. Forståelse av forskjellige kulturer hjelper, men å inneha en forståelse om at deltakelse i meningsfulle aktiviteter er sentralt for alle mennesker, uansett hvilken kulturell bakgrunn du har, er særs viktig.»

Diskusjon

Hensikten med dette prosjektet var å belyse hvilke erfaringer ergoterapeuter har med å benytte meningsfulle aktiviteter i arbeid med flyktninger. Våre funn vil videre drøftes i lys av tidligere forskning og aktuell teori. Deretter vil valgt metode diskuteres.

BETYDNINGEN AV Å MESTRE AKTIVITETER

Mestringsopplevelser kan fremme menneskers selvstendighet, selvtillit og autonomi (12). Når ergoterapeuter tilrettelegger for at flyktninger kan delta i meningsfull aktivitet, kan det bidra til opplevelsen av økt mestring, som igjen kan påvirke opplevelsen av god livskvalitet (14). Et av våre funn viser at en flyktning opplevde mestring når personen lærte å svømme. Mestringsopplevelsen førte, ifølge informant 2, til at vedkommende fikk troen på seg selv og bidro til å styrke vedkommendes motivasjon og selvtillit til å gjøre endringer på flere områder i livet. Dette kan sees i sammenheng med empowerment-tilnærmingen, som viser hvordan yrkesutøvere kan bidra til å styrke menneskers selvstendighet og kontroll over eget liv ved å legge til rette for mestringsopplevelser (18;12). Empowerment-tilnærmingen samsvarer med hvordan deltakelse i meningsfulle aktiviteter kan ha terapeutisk verdi ved å fremme menneskers opplevelse av egen helse og livskvalitet (16;17). Ettersom flyktninger ofte opplever aktivtetsfrarøvelse (14), kan aktivitetene ergoterapeuter engasjerer flyktninger i være en av få arenaer hvor brukergruppen har mulighet for å oppnå mestring. Dette indikerer viktigheten av at ergoterapeuter tilrettelegger aktiviteter, slik at aktivitetene sam-

svarer med flyktningenes forutsetninger. På denne måten antas det at brukergruppen i større grad kan oppnå mestring og at det terapeutiske potensialet til aktivitetene blir benyttet.

Forskning viser at deltakelse i aktiviteter som ikke oppleves meningsfulle eller tar høyde for flyktningenes ressurser, kan resultere i lavere tilfredshet i hverdagen (7). Dette kan føre til at mennesker avstår fra deltakelse i aktivitet, noe som kan bidra til opplevelsen av isolasjon, som igjen kan påvirke helsen negativt (8). Dette viser hvor viktig det er å praktisere klientsentrering og basere intervensjonen på brukergruppens ønsker, interesser og kultur for å fremme motivasjon og mestringsopplevelser (1). En slik tilnærming bygger på ergoterapeuters kompetanse knyttet til holisme og forståelsen om at mennesker som skilles fra vante omgivelser endrer seg (8). Våre funn tyder på at informantene benytter seg av klientsentrering for å tilpasse aktivitetene for brukergruppen, noe som kan fremme både motivasjon og mestring. Når ergoterapeuter praktiserer klientsentrering vil trolig en likeverdig og tillitsfull relasjon være positivt for samarbeidet (1). Ergoterapeuter kan da benytte IRM som et verktøy for å styrke relasjonen mellom terapeut og bruker (22). Ved å inkludere den samarbeidende modusen kan resultatet trolig bidra til at flyktningene i større grad får bidra til å forme sin deltakelse i terapien. I eksempelet med sykkelopplæring vektla ergoterapeuten brukerens interesse for aktivitet. Dette resulterte i mestringsopplevelse og en ferdighet som muliggjorde at bruker økte sin deltakelse på andre arenaer i hverdagen (14).

SOSIAL DELTAKELSE I MENINGSFULL AKTIVITET FOR Å FREMME LIVSKVALITET

Når mennesker får delta i aktiviteter de opplever meningsfulle, fremmer de sin egen helse (8). Informantene la til rette for relasjonsbygging gjennom gruppeaktiviteter, hvor flyktningene kunne oppnå tilhørighet og muligheten for å dele vanskelige erfaringer. Ettersom mennesker er sosiale vesener som forbedrer sin helse og utvikler seg gjennom sosial deltakelse (8), kan gruppeaktiviteter bidra til å fremme brukergruppens livskvalitet gjennom sosial støtte, tilhørighet og meningsfull deltakelse (14). Dette støttes av forskning som viser hvordan sosial deltakelse i gruppeaktiviteter bidro til at flyktningers opplevelse av helse og tilhørighet økte (9).

Informant 1 beskrev hvordan vedkommende arbeidet med å hjelpe flyktningene til å knytte kontakt

med organisasjoner og arbeidsplasser i lokalsamfunnet. Den oppmuntrende modusen i IRM kan da bidra til at flyktingene kjenner trygghet og opplever relasjonen til ergoterapeuten som positiv (21). En positiv og oppmuntrende relasjon kan være fordelaktig for at flyktingene åpner seg for terapeuten og deler personlig informasjon om blant annet tidligere vaner og verdier. Dette kan bidra til at enkeltindividenes ressurser vektlegges, og at flyktingene engasjeres i aktiviteter som oppleves meningsfulle. Ved å ta slike hensyn kan ergoterapeuten ifølge MoHO bidra til å skape nye roller som samsvarer med tidligere vaner (23). Dette kan være positivt og bidra til at flyktinger håndterer hverdagen og de miljømessige forandringene, ettersom etablering av vaner kan gi opplevelsen av en stabil hverdag (8). Det kan også tenkes at dette kan bidra til økt livskvalitet ved å fylle dagene med aktiviteter hvor flyktingene utnytter egne ressurser, samtidig som de deltar i et sosialt miljø med felles interesser.

Samtidig er det også en forutsetning at aktivitetene som benyttes i grupper oppleves meningsfulle for å muliggjøre en terapeutisk tilnærming med det formål å fremme helse (8;18). I ergoterapi vektlegges «rett til aktivitet og deltakelse», som også inkluderer retten til å velge hvilke aktiviteter en ønsker å delta i (12). Når denne retten frarøves og mennesker opplever begrenset aktivitetsdeltakelse eller mulighet for å bestemme over eget liv, kan det påvirke helsen negativt (12). Dette underbygges av Morville (7) som beskriver hvordan asylsøkere opplevde nedsatt livskvalitet og manglende mening i hverdagslivet grunnet begrensede aktivitetsvalg. Våre informanter erfarte at det var latter, uttrykk for glede og samhold i gruppeaktivitetene som ble benyttet. Dette kan være en indikator på at deltakelse i gruppeaktivitetene hadde positiv påvirkning på flyktingenes helse, samtidig som det tyder på at aktivitetene opplevdes som meningsfulle.

KULTURELL FORSTÅELSE FOR Å FREMME DELTAKELSE I AKTIVITET

Våre funn viser at dersom ergoterapeuter ikke tar hensyn til flyktingers kultur, kan dette påvirke muligheten for deltakelse i aktivitet. Informantene presiserte derfor viktigheten av at ergoterapeuter tar kulturelle hensyn for å bidra til å fremme flyktingers deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Dette samsvarer med at terapeutisk bruk av aktivitet bør basere seg på den enkelte brukers kultur (17). På denne måten kan det tenkes at ergoterapeuters be-

vissthet om hvordan aktiviteter tilpasses flyktingers kultur og aktivitetsbehov kan bidra til å engasjere flere i aktiviteten. Dette kan sees igjen i hvordan informantene tilrettela aktiviteter med hensyn til kultur og kjønnsroller, slik som ved svømming hvor de hadde separate grupper for menn og kvinner for å muliggjøre deltakelse for flere.

Informantene trekker frem språk som en faktor som kan hemme deltakelse. Det vises til at språk kan være nyttig, men ikke nødvendigvis en forutsetning for deltakelse. Med en kulturell forståelse kan ergoterapeuten i større grad identifisere hvilke forutsetninger og behov brukergruppen har i aktivitet. I dette arbeidet kan IRM være et nyttig verktøy. Det kan bidra til at kommunikasjonen og relasjonen forsterkes, hvor ergoterapeuten er bevisst hver enkelt flykting sin karakteristikk og hvordan tilnærmingen tilpasses ut ifra dette (22). Informantene viser til at de valgte aktiviteter som ikke trengte mye eller komplisert språk, og at denne tilnærmingen trolig var verdifull for å fremme deltakelse.

Funnene viser hvordan tidligere opplevelser kan hemme deltakelse i aktiviteter. Et eksempel er hvordan noen av flyktingene ikke anså fjellturer som en hyggelig aktivitet, men assosierte fjellene med miner og flukt. Ved ikke å ta hensyn til slike opplevelser kan det trolig bidra til ekskludering. Ekskludering fra meningsfulle aktiviteter kan trolig medføre tap av roller, rutiner og vaner som tidligere skapte stabilitet og trygghet i hverdagen (23;8). Det kan tenkes at opplevelsen av å gi slipp på hverdagslige og innlærte roller påvirker motivasjon for å engasjere seg i nye aktiviteter. Dette fordi vaner ofte er forbundet med identitet og hvilke aktiviteter den enkelte anser som meningsfulle, noe som kan knyttes til vilje-elementet i MoHO (23). Ved at ergoterapeuter tar hensyn til flyktingers tanker og følelser ved tilrettelegging av aktiviteter, kan dette bidra til motivasjon, glede og tilfredshet (21). Dette fordi tilnærmingen tar hensyn til personens verdisyn og hvilke aktiviteter som kan bidra til å forme en positiv oppfattelse av den enkeltes roller og vaner. Samtidig vil det være av betydning å ha en holistisk tilnærming, da personer kan endre seg når de skal tilpasse seg nye omgivelser (8). Det kan tenkes at kombinasjonen av en holistisk og kulturell forståelse gir ergoterapeuten et styrket kunnskapsgrunnlag i arbeidet med flyktinger.

METODEDISKUSJON

Prosjektet baserer seg på en kvalitativ undersøkelse

med få informanter. Likevel kan funnene bidra til å synliggjøre erfaringer og tilnærminger som informantene benytter. Det var en tidkrevende prosess å rekruttere ergoterapeuter som har erfaring med bruk av aktivitet i arbeid med flyktninger. Dette kan illustrere hvor få ergoterapeuter som jobber på feltet, samt hvor lite kjent det er at ergoterapeuter har relevant kompetanse for å arbeide med denne brukergruppen.

En intervjusituasjon krever at informantene opplever tillit, slik at de føler trygghet og deler informasjon (19). Tidsrammene for gjennomføring av intervju ga lite rom for snakk utenom intervjuguiden. Vi vektla likevel å informere om prosjektet og samtykkeskjemaet fra NSD, for å forsøke å skape en tillitsfull relasjon.

Ved gjennomføring av intervjuene var det utfordrende å ikke påvirke informantenes refleksjoner ved å stille ledende spørsmål eller dele egne erfaringer. Samtidig er dette nødvendig for å styrke validiteten til materialet (19). Oppfølgingsspørsmål ble stilt for å få utdypende informasjon og undersøke om informasjonen var forstått korrekt. Malterud sin systematiske tekstkondensering ble vurdert som hensiktsmessig, da den gjennom sine fire trinn gir en systematisk og overkommelig analyseprosess, samt mulighet for å reflektere og justere kursen underveis (19).

Datamaterialet ble kondensert i fellesskap med en mest mulig objektiv tilnærming, der forforståelsen av tema ble forsøkt lagt til side for å ikke overskygge materialet. Dette ga rom for å danne et nytt perspektiv på hvordan ergoterapeuter arbeider med flyktninger, samtidig som det opplevdes utfordrende å tolke og analysere data ved å legge forforståelsen til side, ettersom forforståelsen var en motivasjonsfaktor for valgt tema (19).

KONKLUSJON

Denne artikkelen belyser ergoterapeuters erfaringer og opplevelser med å benytte meningsfull aktivitet i arbeid med flyktninger. Prosjektet tyder på at det er få ergoterapeuter i Norge som arbeider med flyktninger. Samtidig peker funnene på at ergoterapeuter kan benytte sin kjernekompetanse for å engasjere brukergruppen i meningsfulle aktiviteter, og slik bidra til mestringsopplevelser for brukergruppen. Informantene vektla gruppeaktiviteter for å fremme flyktnings opplevelse av tilhørighet og samhold. Funnene viser også at ergoterapeuter har kompetanse til å tilrettelegge aktiviteter ved å ta hensyn til

flyktnings kulturelle bakgrunn. Tilnærminger som ergoterapeutene benytter kan føre til økt livskvalitet for flyktninger, ettersom aktivitetene kan bidra til glede, mestring, tilhørighet og autonomi.

Funnene kan være nyttige for å gi en forståelse for hvordan ergoterapeuter kan benytte meningsfull aktivitet for å fremme deltakelse og livskvalitet blant flyktninger. Denne kunnskapen kan også bidra til å øke beslutningstakers forståelse av ergoterapeuters kompetanse knyttet til arbeid med flyktninger. Det er nødvendig med mer forskning om ergoterapeuters bruk av meningsfull aktivitet i arbeid med flyktninger for å styrke funnene ytterligere.

Referanser

1. Peoples H, Brandt Å, Pedersen U. Introduktion til ergoterapi. I: Brandt Å, Peoples H, Pedersen U, red. Basisbog i ergoterapi; vol. 4. Munksgaard; 2019. s. 25-31.
2. De forente nasjoner. FNs konvensjon om flyktnings rettigheter [Internett]. Vedtatt av De Forente nasjoner; 28. juli 1951. [oppdatert 22. des 2020; hentet 02. mai 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/flyktninger/flyktningkonvensjonen#:~:text=Målet%20med%20flyktningkonvensjonen%20var%20derfor,seg%20til%20å%20følge%20dem.&text=Flyktningkonvensjonen%20ble%20vedtatt%20av%20FNs,april%201954>
3. FN-sambandet. Mennesker på flukt [Internett]. [Oppdatert 17. jun 2022; hentet 05. sept 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/tema/flyktninger/flyktninger>
4. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. Kommunene blir bedt om å bosette 35 000 flyktninger i 2022 [Internett]. [Oppdatert 18. mars 2022; hentet 05 sept 2022]. Tilgjengelig fra <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/kommunene-blir-bedt-om-a-bosette-35-000-flyktninger-i-2022?publisherId=89626&releasId=17928946>
5. Haj-Younes J, Abildsnes E, Kumar B, Diaz E. The road to equitable healthcare: A conceptual model developed from a qualitative study of Syrian refugees in Norway. *Social Science & Medicine*. 2021; 22(292), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114540>
6. Bishop R, Purcell E. The Value of an Allotment Group for Refugees. *British Journal of Occupational Therapy*, 2013; 76(6), 264-269. <https://doi.org/10.4276/030802213x13706169932824>
7. Morville AL. Daily occupations among asylum seekers: Experience, performance and perception [Doktorgradsavhandling]. Lunds University Sweden; 2014. 87 s. c
8. Creek J. The Knowledge Base of Occupational Therapy. I: Bryant W, Fieldhouse J, Bannigan K, red. *Creek's Occupational Therapy and Mental Health*; vol. 5. Churchill Livingstone; 2014. s. 27-48.
9. Trimboli C, Halliwell V. A survey to explore the interventions used by occupational therapists and occupational therapy

- students with refugees and asylum seekers. World Federation of Occupational Therapists Bulletin, 2018; 74(2), 106-113. 10.1080/14473828.2018.1535562
10. Wilcock AA, Townsend EA. Occupational justice. I: Schell B, Gillen G, red, Willard and Spackman's Occupational Therapy; vol. 13. Wolters kluwer; 2019. s. 643-659.
 11. Bernhoft-Osa K, Fjeldstad M, Erichsen KB, Nes IT, Køtterheinrich JK. Occupational justice: Rett til aktivitet og deltakelse. Ergoterapeuten, 2005.
 12. Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective of health. 3. utg. SLACK Incorporated; 2015. 360 s.
 13. Mrabe K. Exploring the role of occupational therapy and refugees. OccupationalTherapy.com. 2021; Article 5457. <https://www.occupationaltherapy.com/articles/exploring-role-occupational-therapyand-5457>
 14. Reitz MS, Graham K. Health Promotion Theories. I: Schell BAB, G. Gillen G, red. Willard and Spackman's Occupational Therapy. Wolters Kluwer; 2019. s. 675- 692.
 15. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestre hele livet: regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022) [internett]. https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
 16. Askheim OP. Empowerment i Helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi? 5. utg. Gyldendal akademisk; 2012. 2014 s.
 17. Pedersen U. (2019). Ergoterapi i forebyggende og sunhedsfremmende innsatser. I: Brandt Å, Peoples H, & Pedersen U, red. Basisbog i ergoterapi; vol.4. Munksgaard; 2019. s. 213-234.
 18. Gillen G. Occupational Therapy Interventions for Individuals. I: Schell BAB, Gillen G, red. Willard and Spackman's: Occupational Therapy; vol. 13. Wolters Kluwer; 2019. s. 413-435.
 19. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Universitetsforlaget; 2017. 256 s.
 20. Taylor RR, Kielhofner G. Introduction to the Model of Human Occupation. I: Taylor RR, red. Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application; vol. 5. Wolters Kluwer; 2017. s. 3-10.
 21. Kielhofner G. Ergoterapi i praksis: det begrepsmessige grunnlag. 3.utg. Munksgaard Danmark; 2018. 320 s.
 22. Taylor RR. Therapeutic Relationship and Client Collaboration: Applying the Intentional Relationship Model. I Schell B & Gillen G red. Willard and Spackman's: Occupational Therapy; vol. 13. Wolters Kluwer; 2019. s. 527-538.
 23. Forsyth K, Taylor RR, Kramer, JM, Prior S, Ritchie L, Melton J. The Model of Human Occupation. I: Schell BAB, Gillen G, red. Willard and packman's: Occupational Therapy; vol. 13. Wolters Kluwer; 2019. s. 601-621.



MC 1144 ny forhjulsdrevet elektrisk rullestol med nytt sete. Gå inn på www.medema.no eller bruk QR koden for å se hele vårt nye sortiment på el-rullestoler og scootere.

Medema Norge AS - tlf 67 06 49 00



Effekt av gruppeintervensjon til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade – en systematisk oversikt over RCT studier

Av Anne Therese Hatle, Kristi Rørlien & Lillebeth Larun

Abstract

Effect of group intervention for people with cognitive impairment after acquired brain injury – a systematic review of RCT studies

Objectives: To assess the effect of group intervention on quality of life, activities of daily living (ADL), anxiety and depression for people with cognitive impairment after acquired brain injury.

Methods: We searched in six databases. Measured outcomes included quality of life, ADL, anxiety and depression. The results were summarized in meta-analyses, and GRADE was used to rating quality of evidence.

Results: Eight trials were included, comparing group-intervention with individual- or no intervention. Meta-analysis showed no effects in quality of life (SMD 0.15, 95 percent CI -0.10 to 0.40) or anxiety and depression (SMD 0.09, 95 percent CI -0.08 to 0.26), and small effect in ADL (SMD 0.24, CI -0.33, 0.80). We judged the quality of evidence as low.

Conclusion: The analysis shows no difference in effect of group intervention compared with individual- or no intervention on quality of life, anxiety and depression, and small effect on ADL, with low confidence in the documentation. To explore the pros and cons, focus and intensity of group interventions should be considered in future clinical trials.

Key Words: Acquired brain injury, Traumatic brain injury, Stroke, Cognitive impairment, Group intervention



Anne Therese Hatle er ergoterapeut og høyskolelektor på fagseksjon for Bachelor Ergoterapi, Høgskulen på Vestlandet (HVL). E-post: atkha@hvl.no



Kristi Rørlien er sykepleier og avdelingsleder for Innsatsteam, Enhet for koordinering og rehabilitering i Bergen kommune.



Lillebeth Larun er forsker og førsteamanuensis, område for helsetjenester, ved Folkehelseinstituttet.

Manuset ble mottatt 23.02.2022, og det ble godkjent for publisering 04.09.2022.

Det er enighet forfatterne imellom om rettigheter til artikkelen.

Introduksjon

Kognitiv funksjonsnedsettelse anses å være en av de viktigste faktorene som påvirker livskvalitet, evne til å fungere i hverdagen og mulighet for å gå tilbake til deltakelse i meningsfulle aktiviteter etter en ervervet hjerneskade (1,2). 65 prosent opplever kognitive vansker etter å ha blitt diagnostisert med moderat til alvorlig traumatisk hjerneskade (TBI) (3), mens 37 prosent har utviklet mild kognitiv funksjonsnedsettelse ett år etter et hjerneslag (4). Kognitiv funksjonsnedsettelse innebærer redusert evne til å tenke og oppfatte (5) og skiller seg fra andre former for funksjonshemming ved ikke å være synlig. Dette kan gjøre det utfordrende for personen selv eller pårørende å forstå og håndtere vanskene som medfølger (1,2).

Det har vært en økning i forskningsbasert kunnskap innenfor slagrehabilitering de siste ti årene, men det er fortsatt usikkert hvilke tiltak som er best for å bedre trivsel, aktivitet og sosial deltakelse etter kognitiv funksjonsnedsettelse (6). Norsk retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (5) fremhever fokus på tilrettelegging og kompenserende tiltak for å best kunne leve videre med de vanskene man har ervervet. Forskning har vist at kognitiv rehabilitering kan bedre spesifikke kognitive funksjoner (7-10), men det er usikkert om dette har en overføringsverdi til aktivitet og deltakelse (11).

Ergoterapeuter har som mål om å gjøre mennesker mest mulig selvstendige og muliggjøre aktivitet og deltakelse (12) og har fokus på mestring av hverdagen. Å mestre hverdagen er en viktig forutsetning for å kunne leve med en tilstand som eksempelvis

kognitiv funksjonsnedsettelse, og har stor betydning for den enkeltes livskvalitet (13). Intervensjoner med søkelys på økt selvstendighet, kompetanse og tilhørighet gjennom aktivitet og samtale kan føre til økt tilfredsstillelse og deltakelse etter hjerneslag (14). Psykososiale parametere som livskvalitet, angst og depresjon er presentert i flere systematiske oversikter som gjelder traumatisk hjerneskade og hjerneslag, det samme er ADL-funksjon (7,11,15). Studier i hjerneslagforskning som omhandler mestring og motivasjon, relateres ofte til livskvalitet, deltakelse i samfunnet og depresjon (5). Disse psykososiale utfallsmålene kan gi oss en indikasjon på hvordan hverdagslivet med kognitiv funksjonssvikt mestres, og er derav interessante for ergoterapeuter.

Kvalitativ forskning støtter bruk av psykososiale tiltak for å øke deltakelse (14), og helse- og omsorgstjenesteloven (16) har som formål å tilrettelegge for mestring av nedsatt funksjonsevne gjennom blant annet psykososial rehabilitering. Slike tiltak kan gis både individuelt og i gruppe. Et tiltak vil prioriteres høyere jo mindre ressurser det legger beslag på (13), og gruppebasert intervensjon innen helsetjenesten har økt i omfang de siste tiårene for å møte utfordringer med å tilby kostnadseffektive tilbud (17). Gruppe som tiltak, kan bidra til å øke intensitet i rehabilitering da terapeuten kan gi oppfølging til flere pasienter samtidig (17,18). Å håndtere kognitive vansker tar tid og krever støtte fra andre (19). Gruppedeltakelse kan oppmuntre til positiv utvikling av rehabilitering gjennom sosial interaksjon (20). Deltakerne med

ulik kompetanse kan komplettere hverandre og mestringsstrategier kan deles. Forfatterne av en scoping-oversikt (17) konkluderer med at gruppebaserte intervensjoner praktiseres i TBI-rehabilitering, men at det finnes lite oppsummert forskning som ser på effekten av gruppedeltakelse som en rehabiliteringsintervensjon. Ingen oversikter vurderer effekt av gruppedeltakelse rettet mot personer med kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade som eget tiltak.

Det er viktig å få oversikt over forskning som viser effekt av gruppeintervensjon til personer med kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade, og med denne systematiske oversikten ønsker vi å besvare problemstillingen: *Hvilken effekt har gruppeintervensjon, sammenlignet med individuell - eller ingen intervensjon, på livskvalitet, ADL-funksjon, angst og depresjon hos personer med kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade?*

Metode

Protokollen for denne systematiske oversikten er registrert i PROSPERO 2020, CRD42020202280 (21). I en systematisk oversikt er det ikke behov for godkjenning fra REK eller NSD, og ingen av forfatterne har oppgitt interessekonflikter eller økonomiske bindinger.

Vi har inkludert randomiserte kliniske studier (RCT) som inkluderer hjemmeboende deltakere diagnostisert med TBI eller hjerneslag i alder over 18 år, med påfølgende kognitiv funksjonsnedsettelse. Studiene måtte vurdere effekten av deltakelse i gruppe, uavhengig av innhold og intensitet, sammenlignet med

| PICOS | | |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Inklusjonskriterier | Ekskluderingskriterier |
| Populasjon | Personer med kognitive utfall etter ervervet hjerneskade Voksne over 18 år Hjemmeboende | Personer med kognitive utfall etter ervervet hjerneskade som er innlagt eller boende på institusjon |
| Intervensjon | Gruppeintervensjon | Gruppe gitt i mindre enn halvparten av totalinnholdet av intervensjonen Gruppe mot gruppe |
| Sammenlikning | Individuelle intervensjoner, inkludert standard praksis (der dette er gitt individuelt) Ingen intervensjon, inkludert venteliste | Gruppe gitt i mindre enn halvparten av totalinnholdet av intervensjonen Gruppe sammenliknet mot gruppe |
| Utfall | Primærutfall Livskvalitet, herunder egenmestring Sekundærutfall ADL funksjon målt med subjektive og objektive måleinstrument Sinnsstemning, herunder angst og depresjon | |
| Studiedesign | RCT, inkludert cross-over design, venteliste, cluster-randomiserte studier | CCT, kohort-studier, case-kontroll studier, m.m. |

Tabell 1: Seleksjonskriterier.

individuell- eller ingen intervensjon. Utfallene måtte være livskvalitet, ADL-funksjon, angst eller depresjon (Tabell 1).

Litteratursøk ble gjennomført i databasene CENTRAL (the Cochrane Central Register of Controlled Trials), MEDLINE (Ovid), EMBASE (Ovid), AMED (Ovid), PsycINFO (Ovid) og CINAHL (EBSCO), siste søk i oktober 2021. Vi brukte relevante emne- og tekstord for hjerneskade, hode-skade og hjerneslag kombinert med synonymer og begreper for kognitiv funksjon, som igjen ble kombinert med ulike begreper for gruppeintervensjon. Det var ingen begrensninger for tid eller språk, og søkestrategi ble fagfelle-vurdert (22) av bibliotekar. Søkestrategi i MEDLINE (webappendix) ble tilpasset de andre databasene. Vi sjekket referanselistene i relevante studier og oversikter.

To forfattere vurderte uavhengig av hverandre om tittel og sammendrag tilfredsstilte seleksjonskriteriene. Aktuelle

referanser ble innhentet i fulltekst og vurdert på samme måte. Ved uenighet eller uklarhet involverte vi tredje forfatter. Vi benyttet Cochrane`s «Risk of Bias» (RoB2) (23) for å vurdere metodisk kvalitet. To forfattere vurderte uavhengig av hverandre om studiene hadde lav, uklar eller høy risiko for systematiske feil. Vi innhentet data på studie-, deltaker- og intervensjonskarakteristika, samt resultater på utfallsmål uavhengig av hverandre.

Dataene ble analysert i dataprogrammet Review Manager (24). Metaanalyser ble foretatt på én sammenlikning, gruppeintervensjon versus individuell-, eller ingen intervensjon. Vi gjennomførte analyser på utfallsmålene livskvalitet, ADL-funksjon, angst og depresjon. Der samme studie benyttet flere måleinstrument på samme utfallsmål, valgte vi å inkludere utfallsmålene i analysen etter en prioriteringsnøkkel (tabell 2).

Vi benyttet analysemodellen

«random effect model» med den statistiske metoden «generic inverse variance» for alle meta-analysene. Resultatene er presentert grafisk i forest plot, hvor effektestimater er SMD (standardized mean difference). Resultatet ble tolket i tråd med Cohen`s tolkning:

- liten effekt 0,2 - 0,49 SMD
- medium effekt 0,5 - 0,79 SMD
- stor effekt over 0,8 SMD (33).

Konfidensintervall på 95 prosent ble utregnet, og vi beregnet tre uttrykk for heterogenitet: τ^2 , χ^2 og I^2 . τ^2 indikerer hvor stor variasjon det er mellom studiene, der 0.00 innebærer ingen variasjon. Chi-kvadrattest (χ^2) indikerer om det er sannsynlig at variasjonen er tilfeldig. En lav p-verdi ($p < 0.1$) indikerer reell heterogenitet, variasjonen er ikke tilfeldig (23). I^2 indikerer prosent av variasjon i resultat som skyldes reell heterogenitet, presentert i verdier mellom 1-100 prosent. 0-40 prosent antyder at hetero-

| Prioritering | Begrunnelse |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Komplekse måleinstrument framfor enkle |
| 2. | Primærmål i enkle studier framfor sekundære/andre utfallsmål |
| 3. | Valide måleinstrumenter framfor ikke valide |
| 4. | Livskvalitet framfor nærliggende begreper som mestring og deltakelse som vi også har definert innunder livskvalitet i protokoll |
| 5. | Depresjon framfor angst da depresjon er mer utbredt, måles i flere studier og da gir bedre sammenlikningsgrunnlag |

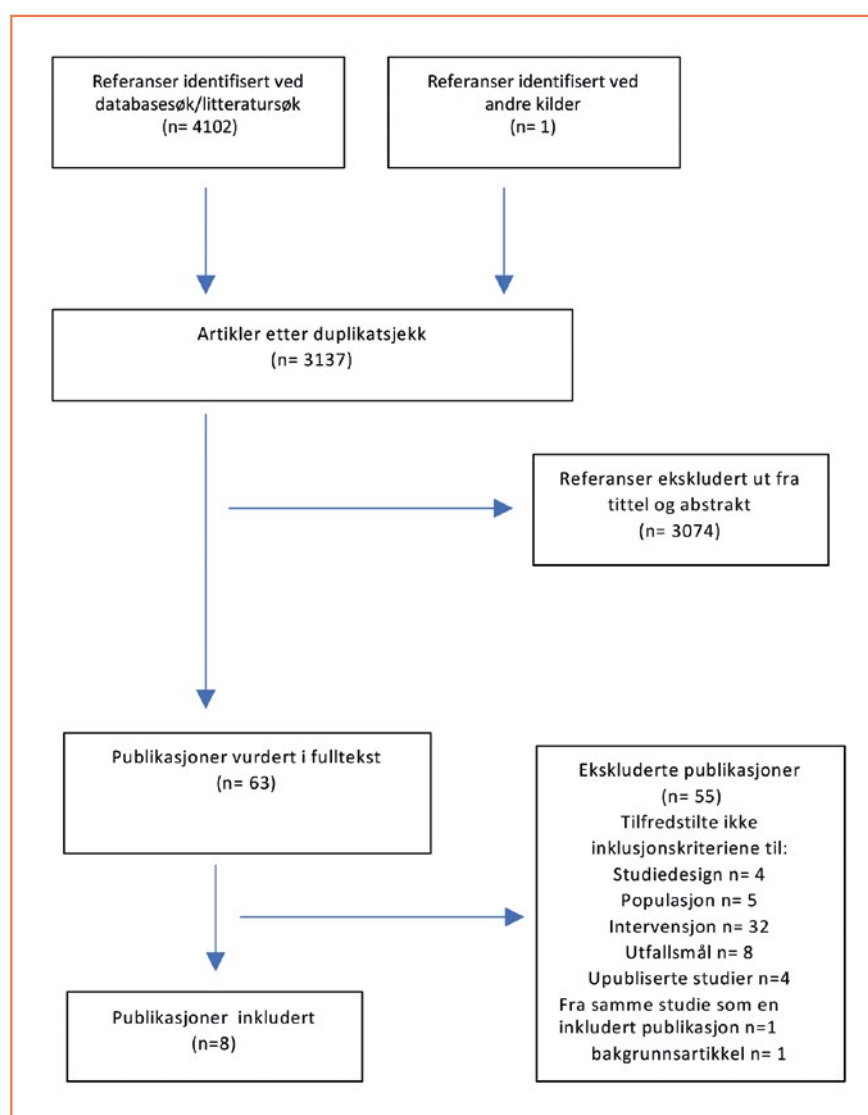
Tabell 2: Prioritering av utfallsmål.

genitet ikke har betydning (25). Test for effekt ble også regnet ut, hvor en P-verdi på over 0.05 indikerer høy sannsynlighet for at effekten er et resultat av tilfeldighet (25). Vi vurderte tillit til dokumentasjonen som foreligger for resultatet i metaanalysene med GRADE-metoden (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation) hvor den metodiske kvaliteten på studiene er en del av beslutningsgrunnlaget (26).

Resultat

Vi fant 3137 publikasjoner i databasesøket, og 63 publikasjoner ble vurdert i fulltekst. Ni publikasjoner som totalt rapporterte åtte studier tilfredsstilte seleksjonskriteriene (2,27-33), (Figur 1). Vi identifiserte fire upubliserte studier der det ikke foreligger resultat eller publisert materiale (34-37). Disse kan være aktuelle ved oppdatering av oversikt.

De åtte inkluderte studiene ble gjennomført i USA (28,29,31), England (27,30), Canada (2), Norge (32) og Kina (33) og inkluderte totalt 861 hjemmeboende deltakere. Deltakere hadde TBI (27-32) eller hjerne-slag (2,30,33). Deltakerne hadde eksekutive funksjonsvansker (2, 28), hukommelsesvansker



FIGUR 1: Flytdiagram

(27,30) eller mer generelle kognitive vansker (28,31-33). Menn var i flertall i seks av åtte studier

og aldersgjennomsnittet på tvers av studiene var på 47 år. I gjennomsnitt varierer tid fra skade

| Studie (Land)/ Studiedesign | Antall deltagere/ frafall | Alder (gjennomsnitt) | Andel kvinner % | I arbeid % | Utdanning år (gjennomsnitt) | Type, skade og utfall | |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------|------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--|
| Cantor 2014 (USA) RCT venteliste | 98/7 | 45.3 | 62 | 10 | 16.4 | TBI/Eksektiv | |
| Cicerone 2008 (USA) RCT | 69/6 | 36.6 | 32.5 | 80 | 12.9 | TBI/IO | |
| das Nair 2019 (England) RCT | 328/94 | 45.5 | 27 | 50 | 10 | TBI/Hukom- melse | |
| Jennett & Lincoln 1991 (England) RCT Cross over | 20/2 | 52.3 | 39 | 10 | 10 | TBI og hjerne- slag/ Hukom- melse | |
| Liu-Ambrose & Eng 2015 (Canada) RCT, «concept of proof» | 28/4 | 65.2 | 40 | 10 | 10 | Hjerneslag/ Eksektiv | |
| Storzbach 2017 (USA) RCT | 119/34 | 35.1 | 5 | 10 | 13.8 | TBI/IO | |
| Vikane 2017 (Norge) RCT | 151/25 | 32 | 39 | 77 | 43% >13år | TBI/PCS | |
| Zeng 2020 (Kina) RCT | 48/7 | 62.2 | 85.4 | 10 | 10.63 | Hjerneslag/10 | |

Tabell 3: Studie- og deltakerkarakteristika.

1 Gjennomsnitt er ikke presentert i studien

2 Post Concussion Symptoms = post-hjernerystelsessyndrom som innebærer symptomer som hodepine, svimmelhet, psykologiske symptomer (som personlighetsendringer, irritabilitet, angst og depresjon) og kognitive symptomer som konsentrasjons- og hukommelsesvansker

3 Mild TBI

IO = Ikke oppgitt

til inkludering i studiene fra 6.6 måneder til 12.6 år. Det var frafall av deltakere i alle studiene. Se tabell 3 for studie- og deltakerkarakteristika.

Gruppetilbud som eneste målte tiltak ble gitt i seks studier (2,27,30,31,33), mens to studier kombinerte grupper med individuelle tiltak (28,29). Antall gruppesesjoner varierte fra åtte til 240

timer, fordelt over fire til 24 uker. Gruppetilbudet ble ledet av tverrfaglig team i tre studier (29,31,32), psykologer i tre (27,28,30) og treningsinstruktører i to (2,33). Se tabell 4, side 42 for intervensjonskarakteristika.

En studie (27) hadde lav risiko for systematiske skjevheter, fem studier (2,28,29,32,33) uklar risiko og to studier (30,31) høy risiko

for systematiske skjevheter. Med unntak av en studie (33) var måleinstrument brukt på våre utfallsdata selvrapporteringsskjema, og utfallsmålerne var ikke blindet. Det forelå hverken protokoll eller statistisk analyseplan i fem av studiene (2,29-31,33), se figur 2, side 43. Det var ikke rapportert om uønsket effekt i noen av studiene.

Fire studier målte livskvalitet

| | År siden skaden (gjennomsnitt) | Inklusjon | Eksklusjon |
|--|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | 12.6 | Eksekutive vansker >18år >3 måneder etter skade, orientert for tid/ sted/person | Rusmisbruk Alvorlig psykisk sykdom |
| | 3.6 | >3mnd etter skade 18-62 år Selvstendig P-ADL Vurdert å mestre omfattende rehabilitering | Aktiv psykisk sykdom, rusmisbruk eller smerter som forventes å påvirke deltakelse |
| | 4.3 | Hukommelsesvansker 18-69 år I stand til å reise til gruppesamlinger | Ikke i stand til å delta i gruppe grunnet betydelige hørsels-, adferds- eller språkvansker |
| | 2.5-11.1 måned ₁ | Hukommelsesvansker bekreftet i tester Kunne delta på minimum 4 av 6 gruppeøkter | 10 |
| | 2.4 | Eksekutive vansker >19 år >1 år etter skade Gå selvstendig 10 meter (med eller uten hjelpemiddel) | Ikke mulighet til å delta i fysisk treningsprogram |
| | 10 | Krigsveteran Vansker med oppmerksomhet, hukommelse, beslutningstaking eller prosessering | Psykotisk sykdom eller aktivt rusmisbruk Hørsels/synsvansker som vanskeliggjør gruppedelta- gelse |
| | 10 | Vedvarende PCS ₂ 6-8 uker etter MTBI ₃ Voksne, 16-55 år I fare for vedvarende sykemelding to måneder etter skade | Psykiatrisk diagnose/sykdommer som påvirker ar- beidsevne Arbeidsledig før skade Rusmisbruk |
| | 6.6 mnd | 45-75 år, første hjerneslag, medisinsk stabil og kognitiv funksjonsnedsettelse diagnostisert, gå 10 meter uten ganghjelpemiddel | Medisinsk ustabil, kognitiv funksjonsnedsettelse grun- net andre sykdommer/tilstander, store språk-, syns- eller hørselsvansker eller nevropsykiatrisk lidelse |

(28-31). Livskvalitet ble målt med spørreskjema, hvor høyere skår betyr bedre livskvalitet. I en av studiene (30) var effekttestimatet presentert som forskjell i endring mellom intervensjons- og kontrollgruppe, og kunne ikke inngå i metaanalysen. Metaanalysen som inkluderte 246 deltakere, viste ingen forskjell i effekt mellom deltakere som fikk

gruppeintervensjon og deltakere som fikk individuell- eller ingen intervensjon (SMD 0.15, 95 prosent KI -0.10 to 0.40), se figur 3, side 43. Metaanalysen indikerer ingen observert heterogenitet mellom studiene ($I^2 = 0$ prosent), mens test for effekt ($Z = 1.19$ ($P = 0.24$)) viser høy sannsynlighet for at effekten er et resultat av tilfeldigheter. Studien som ikke

er inkludert i metaanalysen rapporterte at endring i livskvalitet var lik i både intervensjon og kontrollgruppen (30). Se figur 3.

To studier målte ADL-funksjon (32,33). ADL-funksjon ble målt med selvrapporteringsskjema i en studie (32), og med spørreskjema administrert av forskningsassistent i en annen (33). Høyere skår betydde bedre

| Studie | Intervensjon | Antall uker | Gruppe (individuelt) Tier | Ansvar for tiltak Intervensjon (kontroll) | Kontroll |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cantor 2014 | STEP. 3 dager i uken, 2*45 min gruppe med fokus på problemløsning og emosjonell regulering (individuelt 3 dager/uken 60 minutter: oppmerksomhetstrening og veiledning) | 12 | 54 (36) | Psykologer med lisens | Venteliste |
| Cicerone 2008 | 11 timer gruppe per uke med fokus på problemløsning (6t/uken), kommunikasjon (3t/uken) og livsmestring- med hjemme-oppgaver (2t/uken) (Individuell oppfølging 4 timer/uken med nevropsykologisk behandling og økter med fokus på spesifikke kognitive utfall) | 16 | 176 (64) | Ergoterapeuter, fysioterapeuter og logopeder, individuell oppfølging av nevropsykologer (nevropsykologer) | Nevropsykologisk behandling og økter med fokus på spesifikke kognitive utfall |
| das Nair 2019 | 1.5 timer gruppe per uke, med fokus på å mestre hukommelsesvansker *strategitrening *kompensatorisk trening * bruk av hjelpemidler | 10 | 15 (0) | Psykologer (ikke oppgitt) | Vanlig behandling |
| Jennett & Lincoln 1991 | 2,5 timer gruppe en gang i uken. Innhold: Aktiviteter, dataspill og hukommelses-øvelser- for å bedre hukommelse | 6 | 15 (0) | 3 psykologer | Venteliste/cross-over |
| Liu-Am-brose 2015 | 1 time fysisk trening, 1 time rekreasjon/ fritidsaktiviteter | 6 | 12 (0) | Treningsinstruktør + egen rekreasjons-ansvarlig | Venteliste («Utsatt gruppe») |
| Storz-bach 2017 | Interaktive grupper 2 timer i uken, fokus på kognitive strategier, problemløsning rettet mot daglige problemer og bruk av hjelpemidler som kalendere | 10 | 20 (0) | Terapeuter med Master eller PhD (ikke oppgitt) | Vanlig behandling |
| Vikane 2017 | 2 timer gruppe i uken med undervisning, diskusjon og erfaringsutveksling om dag-liglivets problemer og strategier for å komme tilbake i jobb (Individuell veiledning/behandling for å komme tilbake til jobb 1) | 4 | 8 (21) | Sykepleier, ergoterapeut, sosionom, legespesialist og nevropsykolog (Fastlege) | Vanlig behandling |
| Zeng 2020 | Baduanjin gruppetrening, en kinesisk treningsform som påvirker helsen og organer, ledd og muskler gjennom fokus på pust og avspenning i 8 ulike bevegelser. I tillegg: medisinske behandling og rehabiliteringstiltak, oppfølging hos fastlege og undervisning om forebygging og rehabilitering etter hjerneslag. Før aktivitetslogg på tid og intensitet. | 24 | 48 | Kvalifisert Baduanjin-instruktør Undervisning av nevrologer, oppfølging fastlege (Undervisning av nevrologer, oppfølging fastlege) | Medisinsk behandling og rehabiliteringstiltak, oppfølging hos fastlege. Undervisning om forebygging og rehabilitering etter hjerneslag. Før aktivitetslogg på tid og intensitet. |

Tabell 4 Intervensjonskarakteristika.

1. 2 timer oppfølging oppgitt i Median. Individuelt tilpasset, antall faktiske timer varierte fra 0 til 20 timer.

ADL-funksjon i begge studiene. Metaanalyse med 166 inkluderte deltakere viste en liten effekt av gruppeintervensjon sammenlignet med kontrollgruppen som mottok standard behandling (SMD 0.24, 95 prosent KI -0.33,

0,80). Metaanalysen indikerer moderat heterogenitet mellom studiene ($I^2 = 61$ prosent), og test for effekt ($Z = 0.82$ ($P = 0.41$)) viser høy sannsynlighet for at effekten er et resultat av tilfeldighet. Se figur 4.

I fem studier (2,27,28,31,32) var angst og depresjon utfallsmål. Angst og depresjon ble målt med ulike måleinstrument, hvor høyere skår innebar økt grad av psykologisk stress.

Analyse med 560 inkluderte

| Study | Risk of bias domains | | | | | Overall |
|------------------------|----------------------|----|----|----|----|---------|
| | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 | |
| Cantor 2014 | ⊖ | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊖ | ⊖ |
| Cicerone 2008 | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊖ | ⊖ |
| das Nair 2019 | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊕ | ⊕ |
| Jennett & Lincoln 1991 | ⊖ | ⊗ | ⊖ | ⊖ | ⊖ | ⊗ |
| Liu-Ambrose & Eng 2015 | ⊕ | ⊖ | ⊕ | ⊖ | ⊖ | ⊖ |
| Storzbach 2017 | ⊖ | ⊗ | ⊗ | ⊕ | ⊖ | ⊗ |
| Vikane 2017 | ⊕ | ⊖ | ⊖ | ⊕ | ⊖ | ⊖ |
| Zheng 2020 | ⊕ | ⊖ | ⊖ | ⊕ | ⊖ | ⊖ |

Figur 2 Risk of Bias (RoB2).

Domains (domener)

D1 = Systematisk skjevhet oppstått i randomiseringsprosessen

D2 = Systematisk skjevhet grunnet avvik fra tiltenkt intervensjon

D3 = Systematisk skjevhet grunnet manglende utfallsdata

D4 = Systematisk skjevhet i valg av måleinstrumenter

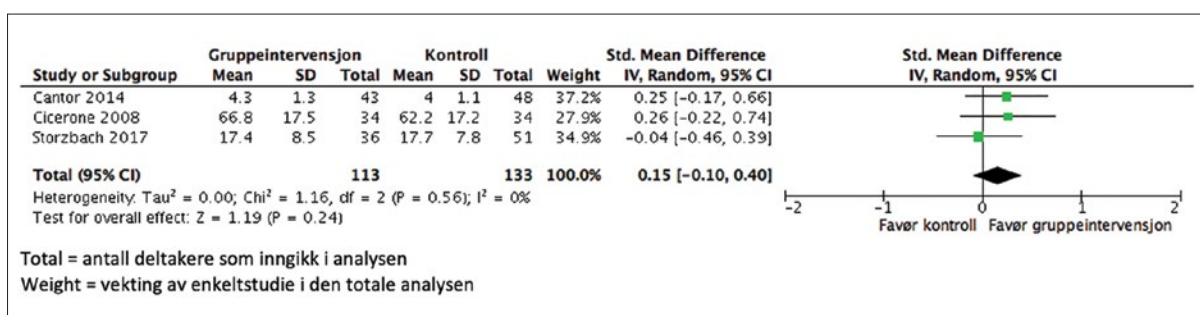
D5 = Systematisk skjevhet i seleksjon av rapportering

Samlet vurdering av metodisk kvalitet

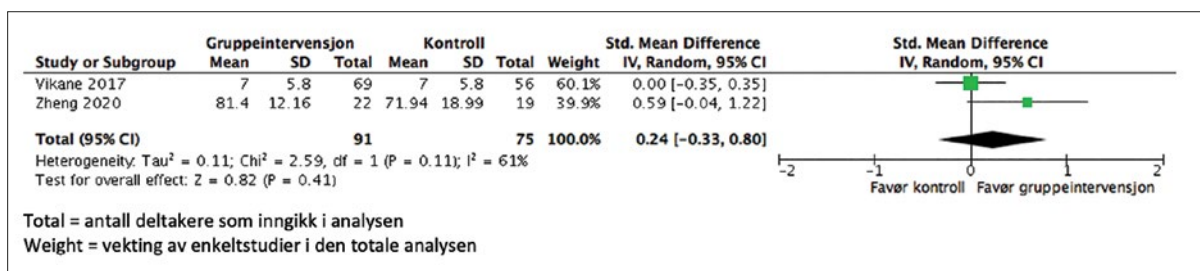
⊗ / y risiko for systematiske skjevheter

⊖ / lar risiko for systematiske skjevheter

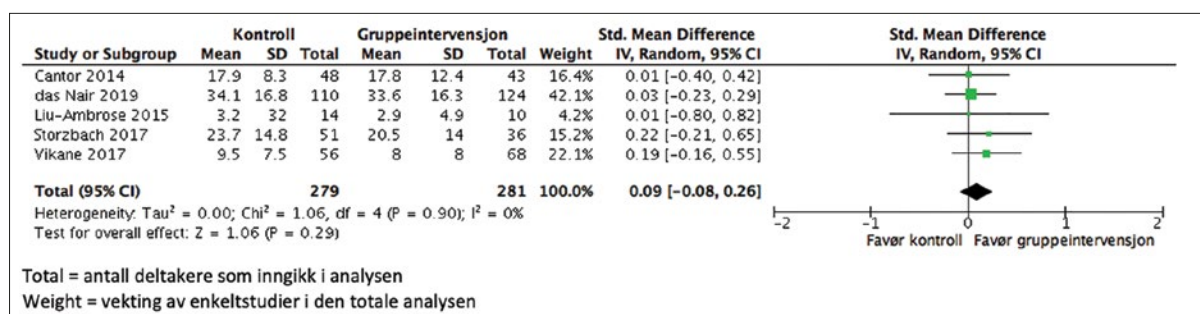
⊕ / risiko for systematiske skjevheter



Figur 3. Forest plot Livskvalitet.



Figur 4. Forest plot ADL-funksjon.



Figur 5. Forest plot Angst og depresjon.

deltakere viste ingen forskjell i effekt mellom deltakere som fikk gruppeintervensjon og deltakere som fikk individuell- eller ingen intervensjon (SMD 0.09, 95 prosent KI -0.08 til 0.26), se figur 5. Metaanalysen indikerer

ingen observert heterogenitet mellom studiene ($I^2 = 0$ prosent), mens test for effekt ($Z = 1.08$ ($P = 0.28$)) viser høy sannsynlighet for at effekten er et resultat av tilfeldigheter.

Gjennomført metaanalyse

viste ingen effekt av gruppeintervensjon på livskvalitet, angst og depresjon og en liten effekt på ADL-funksjon for personer med kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade. Vi har vurdert tilliten til doku-

mentasjonen til lav for alle utfallene grunnet begrensninger ved risiko for systematiske skjevheter og mangel på presise resultater, se tabell 5.

Diskusjon

Denne systematiske oversikten omfatter åtte randomiserte kontrollerte studier som undersøkte effekt av gruppedeltakelse for hjemmeboende personer med kognitive utfall etter ervervet hjerneskade på utfallsmålene livskvalitet, ADL-funksjon, angst og depresjon. Metaanalysene viste at gruppedeltakelse sammenlignet med individuell- eller ingen intervensjon ikke hadde effekt når det kom til livskvalitet, angst og depresjon, mens den hadde en liten effekt når det kom til ADL-funksjon. Statistiske tester for effekt viste høy sannsynlighet for at effekten var tilfeldig, og tillit på dokumentasjonen ble gradert som lav. Dette innebærer at vi har begrenset tillit til effektestimatet. Konfidensintervall i alle metaanalysene var spredt fra under til over grensen for ingen effekt, som viser at effekten av gruppeintervensjon er usikker. Den usikre effekten kan skyldes at det er få studier og deltakere inkludert. Vi identifiserte fire pågående studier i ClinicalTrials.gov (34-37) som ved inkludering kan påvirke resultatet i vår oversikt.

Effektestimatet av metaanalysen på livskvalitet var 0.15 SMD. Dette er et resultat under 0.2 SMD, og tolkes som ingen forskjell (38). Tre studier var inkludert (28,29,31), og utfra metaanalysen vet vi ikke hvorvidt gruppeintervensjon er bedre enn individuell- eller ingen intervensjon for å bedre livskvalitet. Gruppeintervensjon innenfor kognitiv rehabilitering er på ingen måte standardisert og

tilbys med svært ulike rammer. I vår oversikt ble gruppeintervensjon gitt med ulikt innhold, intensitet og varighet, og effekt ble målt med ulike måleinstrument. Vi må derav tolke resultatet vårt med varsomhet. Kontrollgruppene i de tre studiene varierte fra ingen behandling (28), til spesifikke nevropsykologisk behandling (29), til «standard behandling» som kunne være hva som helst (31). Når tiltakene som ble gitt i kontrollgruppene varierte fra aktive til passive tiltak, er den kliniske heterogeniteten mellom studiene av betydning. Likeså er forskning på området sparsom, og mulighet til sammenligning mellom studier for å trekke konklusjoner er begrenset. Våre resultater sammenfaller med funn i andre oversikter som undersøker kognitiv rehabilitering. Få studier er direkte sammenlignbare, og det er ingen forskjell mellom tiltakene når det kommer til effekt på livskvalitet (8,11).

Resultat på ADL-funksjon i vår oversikt er 0.24 SMD som er over 0.2 SMD, og regnes som en liten positiv forskjell (38). To studier (32,33) inngikk i metaanalysen, hvor gruppeintervensjonen i de to studiene var av svært ulik karakter. I en studie (32) fikk deltakerne åtte timer undervisnings- og samtalegruppe, mens i den andre studien (33) fikk deltakerne 48 timer med rein baduanjin treningsgruppe. Det er nærliggende å tolke det som at en rein treningsgruppe har gitt bedret fysisk funksjon, og at det er dette, mer enn innarbeidete strategier eller bedret evne til problemløsning, som har gitt effekt på ADL-funksjon. Begge studiene hadde individuell oppfølging foruten gruppeintervensjonen, som i seg selv medfører en usikkerhet om

det er selve gruppeintervensjonen som har gitt resultat. I² på 61 prosent viser substansiell heterogenitet (39), som gjenspeiler den kliniske heterogeniteten. Dette innebærer at det er problematisk å generalisere effekt av intervensjon basert på disse to studiene. Med effekt test på $P = 0.41$, har ikke resultatet på ADL-funksjon i oversikten statistisk signifikans. Resultatet kan være en konsekvens av tilfeldighet, og vår oversikt gir oss ikke et svar på om gruppeintervensjon gir bedre effekt enn individuell intervensjon når det kommer til ADL-funksjon. Forfattere av andre oversikter har også konkludert med at det ikke er forskjell på effekt av kognitiv rehabilitering sammenlignet med ingen- eller standard behandling på ADL-funksjon (8,11,40).

Metaanalyse gjennomført på angst og depresjon ga effektestimat på 0.09 SMD. Også dette er under 0.2 SMD og tolkes som ingen forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppen. Metaanalysen gir oss ikke svar på om gruppeintervensjon er bedre enn individuell eller ingen intervensjon når det kommer til effekt på angst og depresjon. Fem studier (2,27,28,31,31) var inkludert i analysen, hvor alle målte depresjon, mens bare to (27,32) målte både angst og depresjon. Effektestimatet speiler i så måte depresjon mer enn angst. På samme måte som ved livskvalitet, varierte de inkluderte studiene når det kom til innhold, intensitet, varighet og kontrollgruppe, noe som gjør at resultatet må tolkes med forsiktighet. I en oversikt om hjerne-slagpasienter (41) konkluderte forfatterne at mestringstiltak ikke hadde effekt på angst eller depresjon sammenlignet med kontrollgruppen. Til forskjell fra vår studie

| Gruppeintervensjon sammenliknet med individuell eller ingen intervensjon for kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Utfall | Effekt størrelse (95% KI) | Antall deltakere (studier) | Kvaliteten på dokumentasjon (GRADE) |
| Livskvalitet vurdert med: LIFE-3, PQOL, SLS | SMD 0.15 (-0.10 til 0.40) * | 246 (3 RCT) | ⊕⊕○○ Lav ^{a,c} |
| ADL-funksjon vurdert med: GOSE, Barthel | SMD 0.24 (-0.33 til 0.80) * | 166 (2 RCT) | ⊕⊕○○ Lav ^{a,c} |
| Angst og depresjon vurdert med: BDI-II, GDS, GHQ, HAD | SMD -0.09 (-0.26 til 0.08) * | 560 (5 RCT) | ⊕⊕○○ Lav ^{a,c} |
| * Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. KI: Konfidensintervall SMD: Standard gjennomsnitt forskjell | | | |
| GRADE Working Group sin gradering av dokumentasjon ⊕⊕⊕⊕ Høy tillit: Vi er veldig sikre på at den sanne effekt ligger nær effektestimatet ⊕⊕⊕○ Moderat tillit: Vi er moderat sikre på effektestimatet: den sanne effekt er mest sannsynlig å være nær effektestimatet, men det er muligheter for det er vesentlig forskjeller. ⊕⊕○○ Lav tillit: Vår tillit til effektestimatet er avgrenset: Den sanne effekt kan være vesentlig forskjellig fra effektestimatet. ⊕○○○ Veldig lav tillit: Vi har veldig liten tillit til effektestimatet: Den sanne effekt vil sannsynligvis være vesentlig forskjellig fra effektestimatet | | | |
| ^a Nedgradert grunnet begrensninger ved risiko for systematiske skjevheter ^b Nedgradert grunnet mangel på samsvar mellom studiene (konsistens) ^c Nedgradert grunnet mangel på sammenligningsgrunnlag (direkthet) ^d Nedgradert grunnet mangel på presise resultat (presisjon) ^e Nedgradert grunnet rapporteringsskjevhet | | | |

Tabell 5: Oppsummeringstabell.

var denne oversikten ikke spisset mot personer med kognitive funksjonsnedsettelser og er ikke direkte sammenlignbar.

Primærmålene i de inkluderte studiene var i stor grad andre utfallsmål enn de vi undersøkte, og i overvekt spesifikke kognitive funksjonsmål. Dette kan ha påvirket resultatet i oversikten. I en studie (28) hadde gruppeintervensjon effekt på eksekutiv funksjon, mens i en annen studie (27) hadde gruppe effekt på hukommelse, som var primærmålene i studiene. Gruppeintervensjon hadde derimot ikke effekt på livskvalitet, ADL-funksjon, angst eller depresjon i noen av de inkluderte studiene hvor disse inngikk som sekundære utfallsmål (2,27,28,31,32). Resultatene i enkeltstudiene indikerer at målet med intervensjonen er viktig for å oppnå effekt, man må ha søkelys på det man ønsker å oppnå. Resultatene indikerer

også at det ikke nødvendigvis er en overførbarehet fra effekt på kognitive funksjoner som eksekutive funksjoner og hukommelse, til effekt på livskvalitet, ADL-funksjon, angst eller depresjon. Dette omtaler også Kumar i sin oversikt. Intervensjonen har effekt på spesifikke funksjonsmål, mens overføringsverdien til aktivitet og psykososiale parameter uteblir (11).

STYRKER OG SVAKHETER VED OVERSIKTEN

Da vi satte inklusjonskriterier for studier i vår oversikt, var vi ute etter enhver behandling tiltenkt vår populasjon hvor behandlingen har vært gitt i et gruppeformat. Dette har gitt oss studier hvor innholdet i gruppeintervensjonen har vært svært ulike. Noe av utfordringen var også at fokus i primærstudiene var innholdet i intervensjonen og ikke formatet intervensjonen var gitt i. Samtidig som vi ser at

inkluderte studier er ulike, ville vi ikke funnet tilstrekkelig med studier å sammenligne dersom vi hadde spisset inklusjonskriteriene ytterligere. Vi mener derfor det var riktig å holde kriteriene for gruppeinnhold åpen.

Vi satte ingen nedre tidsgrænse for publisering i våre litteratursøk, og fikk treff på studier som var både 15 og 30 år gamle (29,30). Det har med stor sannsynlighet vært utvikling i kognitiv rehabilitering de siste 15 årene, og i så måte burde vi ha begrenset tidsperioden for inkludering. Samtidig er kognitiv rehabilitering i liten grad standardisert (11), og intervensjon gitt i studien fra 2008 er også aktuell i dag. Da det ikke var gjort tilsvarende oversikter tidligere, fant vi det riktig å inkludere også disse studiene. Å inkludere studiene hadde ikke betydning for vårt resultat.

Vi inkluderte bare studier med randomiserte kontrollert studie-

design i vår oversikt. RCT-studier er spisset og gjennomført på et spesifikt utvalg og utfallsmål, og vi fant få studier som traff nøyaktig den populasjonen vi var ute etter med de utfallsmål vi undersøkte. Dersom vi hadde inkludert kvalitative studier i vår oversikt, ville vi også fått tilgang til subjektive erfaringer og ikke-målbare verdier. Gruppeintervensjon er en kompleks intervensjon, og for noen komplekse intervensjoner vil andre forskningsdesign enn effektstudier fungere bedre for å generere nyttig kunnskap for beslutningstakere (42). Men selv om vi anerkjenner kvalitativ forskning som vel så viktig å ta med i evaluering av klinisk arbeid, vurderte vi at denne forskningen best oppsummeres separat

Studiene i oversikten sammenlignet gruppeintervensjon med individuell- eller ingen intervensjon. For å kunne forske på selve gruppeformatet, må sammenligningen være identisk intervensjon gitt i et annet format, som individuelt. Vi har ikke funnet studier av en slik utforming. Det har heller ikke forfatterne i en scoping oversikt (17). Det kan være at gruppe som format ikke er prioritert tema innen helseforskning. Forskningen er mer rettet mot kognitive utfall enn å undersøke effekt av gruppe som intervensjon (17). I praksis betyr det at vi med de inkluderte studiene kan si noe om effekt av intervensjon, men at konklusjonen på effekt av selve gruppeformatet vil bli en tolkning.

BETYDNING FOR PRAKSIS- FELTET OG VIDERE FORSKNING

Vi konkluderer i vår oversikt med at det ikke finnes forskningsbasert kunnskap som viser om gruppeintervensjon er bedre eller dårligere enn individuell eller

ingen intervensjon for personer med kognitiv funksjonsnedsettelse etter TBI og hjerneslag. Som klinikere bør vi fortsette å forholde oss til nasjonale og internasjonale retningslinjer når vi jobber med rehabilitering av personer med kognitive utfall etter ervervet hjerneskade, noe også Bowen poengterer i sin oversikt (40). I retningslinjene er ikke gruppeintervensjon nevnt spesifikt, men det er heller ikke noe som frarådes (5). Det er ikke kommet frem noen form for uønskede hendelser eller konsekvenser av gruppedeltakelse i noen av de inkluderte studiene i vår oversikt. Det betyr at erfaringsbasert kunnskap og pasientenes preferanser for tiltak kan vektlegges når en skal velge tiltak. Oversikten indikerer at effekt av intervensjon har en klar sammenheng med søkelys i intervensjonen. I klinikken bør derfor gruppeintervensjon ha klare målsetninger for hva en ønsker å oppnå, og tiltakene må gjenspeile dette i intensitet og innhold.

Vi mener det bør forskes på effekt av gruppedeltakelse på livskvalitet for pasienter med kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade for å møte behov for mestring av egne helseutfordringer (43). Som andre forfattere (8,11) ser også vi behov for forskning med god metodologi. For å måle effekt av gruppedeltakelse, bør studiedeltakerne fordeles til den samme behandlingen gitt i to ulike format, i gruppe eller individuelt. Dette vil isolere effekt av gruppeformat og gi mer pålitelige konklusjoner, som også Patterson poengterer i sin scoping-oversikt (17). Behandlingen bør fokusere på mestringsstrategier og ha psykososiale parametre som primærutfallsmål for

å kunne måle effekt av nettopp dette.

Konklusjon

I denne oversikten søkte vi kunnskap om effekt av gruppeintervensjon, sammenlignet med individuell eller ingen intervensjon, på livskvalitet, ADL-funksjon, angst og depresjon hos personer med kognitiv funksjonsnedsettelse etter ervervet hjerneskade. Vi inkluderte åtte randomiserte kontrollerte studier, og vi gjennomførte tre metaanalyser. To av analysene viste ingen forskjell mellom gruppene, mens den siste analysen viste liten effekt av gruppeintervensjon. Tilliten til dokumentasjonen var lav, og vi vet ikke om gruppeintervensjon gir en bedre effekt enn individuell- eller ingen intervensjon når det kommer til livskvalitet, ADL-funksjon eller angst og depresjon for vår målgruppe.

Oversikten tydeliggjør at det ikke finnes nok randomiserte kontrollerte studier til å kunne vise om gruppeintervensjon er bedre en annen intervensjon for personer med kognitiv funksjonssvikt etter ervervet hjerneskade på utfallsmålene livskvalitet, ADL-funksjon eller angst og depresjon. Mer forskning med god metodologi kreves. Effekt av gruppeintervensjon har en sammenheng med intervensjonens intensitet, fokus og mål, og forhold som ressursbruk og deltakernes preferanser bør legges til grunn ved kliniske valg av intervensjon.

Referanser

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Brain Injury rehabilitation in adults, A national clinical guideline Edinburgh: SIGN; 2013. <https://www.sign.ac.uk>

2. Liu-Ambrose T, Eng JJ. Exercise training and recreational activities to promote executive functions in chronic stroke: a proof-of-concept study. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2015;24(1):130-7. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.08.012>
3. das Nair R, Bradshaw LE, Day FE, Drummond A, Harris SR, Fitzsimmons D, et al. Clinical and cost effectiveness of memory rehabilitation following traumatic brain injury: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation.* 2019;33(7):1171-84. <https://doi.org/10.1177/0269215519840069>
4. Ihle-Hansen H, Thommessen B, Bruun Wyller T, Engedal K, Øksengård AR, Stenset V, et al. Incidence and Subtypes of MCI and Dementia 1 Year after First-Ever Stroke in Patients without Pre-Existing Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.* 2011;32(6):401-7. DOI: 10.1159/000335361
5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
6. Walker MF. Stroke rehabilitation: evidence-based or evidence-tinted? *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2007;39(3):193-7. DOI: 10.2340/16501977-0063
7. Loetscher T, Lincoln NB. Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(5):CD002842. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002842.pub2>
8. Chung CS, Pollock A, Campbell T, Durward BR, Hagen S. Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464714/>
9. Hoffmann T, Bennett S, Koh CL, McKenna KT. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2010(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006430.pub2>
10. Finset, A., Krogstad, J. M. Hodeskade: Virkning og behandling av ulike typer hodeskader 2.utgave, 5.opplag. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.2002
11. Kumar KS, Samuelkamaleshkumar S, Viswanathan A, Macaden AS. Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes. *Cochrane database of systematic reviews.* 2017(6). DOI: 10.1002/14651858.CD007935.pub2
12. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process (AOTA)(3rd edition). *American Journal of Occupational Therapy* 2014;68(Suppl 1):S1-48. [DOI: [dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006](https://doi.org/10.5014/ajot.2014.682006)]
13. Meld. St. 38 (2020–2021) Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 18. juni 2021, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)
14. Fraser, T, Karon, L, Lund, A, Sveen, U, Kessler, D Examining components of community psychosocial stroke interventions using concept mapping. *Scandinavian journal of occupational therapy* 2022 DOI: 10.1080/11038128.2021.1933172
15. das Nair R, Cogger H, Worthington E, Lincoln NB. Cognitive rehabilitation for memory deficits after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016(9). DOI: 10.1002/14651858.CD002293.pub3
16. Helse- og omsorgsdepartementet Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30 Kunngjort 24.06.2011
17. Patterson F, Fleming J, Doig E. Group-based delivery of interventions in traumatic brain injury rehabilitation: a scoping review. *Disability and rehabilitation.* 2016;38(20):1961-86. DOI: 10.3109/09638288.2015.1111436
18. Lesniak MM, Mazurkiewicz P, Iwanski S, Szutkowska-Hoser J, Seniow J. Effects of group versus individual therapy for patients with memory disorder after an acquired brain injury: A randomized, controlled study. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2018;40(9):853-64. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/13803395.2018.1441379>
19. Lindstad, MØ, Andelic, N og Sveen, U. Utvikling av strategier for å håndtere kognitive vansker. *Ergoterapeuten* 2-2016
20. Hammond FM, Barrett R, Dijkers MP, Zanca JM, Horn SD, Smout RJ, et al. Group therapy use and its impact on the outcomes of inpatient rehabilitation after traumatic brain injury—practice based evidence project. *Archives of physical medicine and rehabilitation.* 2015;96(8):S282-S92. e5. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.11.029>
21. National Institute for Health Research. Prospero. <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>
22. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS peer review of electronic search strategies: 2015 guideline statement. *Journal of clinical epidemiology.* 2016;75:40-6. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2016.01.021
23. Higgins JP, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* version 6.1: John Wiley & Sons; 2020. Tilgjengelig fra: www.training.cochrane.org/handbook.
24. Cochrane Review Manager (RevMan) Versjon 5.4.1: The Cochrane Collaboration; 2020. Hentet fra <https://training.cochrane.org/online-learning/core-software-cochrane-reviews/revman>
25. Israel H & Richter RR. A guide to understanding meta-analysis. *Journal of orthopaedic & sports*

- physical therapy, 41(/), 496-504 2011. DOI: 10.2519/jospt.2011.3333
26. Holger J Schünemann, Julian PT Higgins, Gunn E Vist, Paul Glasziou, Elie A Akl, Nicole Skoetz, et al. Completing 'Summary of findings' tables and grading the certainty of the evidence. 2020. In: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-14>.
 27. das Nair R, Bradshaw LE, Carpenter H, Clarke S, Day F, Drummond A, et al. A group memory rehabilitation programme for people with traumatic brain injuries: the ReMemBrIn RCT. Health Technology Assessment. 2019;23(16):1-194. <https://doi.org/10.3310/hta23160>
 28. Cantor J, Ashman T, Dams-O'Connor K, Dijkers MP, Gordon W, Spielman L, et al. Evaluation of the short-term executive plus intervention for executive dysfunction after traumatic brain injury: a randomized controlled trial with minimization. Arch Phys Med Rehabil. 2014;95(1):1-9 e3. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.08.005>
 29. Cicerone KD, Mott T, Azulay J, Sharlow-Galella MA, Ellmo WJ, Paradise S, et al. A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury. Arch Phys Med Rehabil. 2008;89(12):2239-49. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.02.011>
 30. Jennett S, Lincoln N. An evaluation of the effectiveness of group therapy for memory problems. International Disability Studies. 1991;13(3):83-6.
 31. Storzbach D, Twamley EW, Roost MS, Golshan S, Williams RM, O'Neil M, et al. Compensatory Cognitive Training for Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn Veterans With Mild Traumatic Brain Injury. J Head Trauma Rehabil. 2017;32(1):16-24. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000228>
 32. Vikane E, Hellstrom T, Roe C, Bautz-Holter E, Assmus J, Skouen JS. Multidisciplinary outpatient treatment in patients with mild traumatic brain injury: A randomised controlled intervention study. Brain Inj. 2017;31(4):475-84. DOI: 10.1080/02699052.2017.1280852
 33. Zheng, G., Zheng, Y., Xiong, Z., & Ye, B. Effect of Baduanjin exercise on cognitive function in patients with post-stroke cognitive impairment: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation. 2020; 34(8):1028-1039. <https://doi.org/10.1177/0269215520930256>
 34. Cassel A, McDonald S, Kelly M. Protocoll, process and progress on a feasibility RCT targeting social cognitive impairment after acquired brain injury. Brain Impairment. 2019;20(3):302-202. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/BrImp.2019.29>
 35. Hansen SM, Stubberud J, Hjertstedt M, Kirmess M. Intensive and standard group-based treatment for persons with social communication difficulties after an acquired brain injury: study protocol for a randomised controlled trial. BMJ Open. 2019;9(9):e029392. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029392>
 36. ClinicalTrials.gov. MIRAA - Implementation of Intensive Rehabilitation of Aphasia and/or Apraxia of Speech in Swedish Healthcare (MIRAA) 2021 ClinicalTrials.gov Identifier: NCT04957225
 37. Xue, X., Jin, X-M., Luo, K-L., Liu, X-H., Zhang, L., Hu, J. Effectiveness of Yijinjing on cognitive functions in post-stroke patients with mild cognitive impairment: study protocol for a randomized controlled trial 2021. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05220-w>
 38. Polit DF, Beck CT. Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
 39. Deeks, J.J., Higgins, J. PT., Altman, D.G. Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses 2020 In: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-10#section-10-10>
 40. Bowen, Hazelton, Pollock, Lincoln Cognitiv rehabilitation for spatial neglect following stroke (review) 2013
 41. Fryer, Luker, McDonnel, Hillier Self management programmes for quality of life in people with stroke (review) 2016
 42. Skrivington et al. A new framework for developing evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ 2021;374:n2061, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n2061>
 43. Vågan A, Sandvin Olsson AB. Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse. Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse 2018. ISBN:978-82-92686-32-4. Hentet fra: <https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/organisering/oversikt-helseforetakene/>



Eventyrlig utendørs mestring

Vi introduserer den nye
X850 Corpus® – designet for
å takle et mangfold av terreng, fra
snødekte stier til skog og bratte bakker.

Med nytt design, mindre fotavtrykk
og høyere hastighet (15 km/t).

Vil du vite mer?

Kontakt oss på tlf. 67070400
eller besøk



permobil

Endringer i daglige aktiviteter, fysisk funksjon og livskvalitet etter hverdagsrehabilitering for voksne i yrkesaktiv alder: en oppfølgingsstudie

Av Ingjerd Olimb Andersson, Ingvild Kjekken, Oddvar Førland, Eva Langeland & Hanne Tuntland

Abstract

Background: There is a lack of research on daily functioning and quality of life development among participants in reablement.

Aim: To examine changes in performance of daily activities and satisfaction with that performance, physical function, and health-related quality of life after participation in reablement.

Methods: A follow-up study including 78 participants (18-65 years). Measurements were performed at baseline and at ten weeks, and then again at six and twelve months. Primary outcomes were activity performance and satisfaction with performance measured by the Canadian Occupational Performance Measure. Secondary outcomes were physical function and health-related quality of life. Changes between baseline and follow-ups were investigated with paired t-tests.

Results: The results suggest significant positive changes in activity performance and satisfaction at ten weeks (2.98, 3.37, $p < 0.001$) and after twelve months (2.71, 3.47, $p < 0.001$). Positive changes were also found in most dimensions of physical function and health-related quality of life at ten weeks, six and twelve months.

Conclusion: This study suggests that reablement provides a range of benefits that are important for people in working age with different health challenges both in short and long term. However, due to lack of control group, the findings must be interpreted with caution.

Keywords: Reablement, Adult, COPM, Activities of daily living, Physical function



Ingjerd Olimb Andersson er ergoterapeut i Enebakk kommune.
Epost: ingjerd.andersson@gmail.com



Ingvild Kjekken er seniorforsker ved Diakonhjemmet Sykehus og professor i ergoterapi ved OsloMet.



Oddvar Førland er professor ved Høgskulen på Vestlandet, Senter for omsorgsforskning.



Eva Langeland er professor i helsevitenskap ved Høgskulen på Vestlandet.



Hanne Tuntland er dosent ved Høgskulen på Vestlandet og førsteamanuensis ved OsloMet.

Manuset ble mottatt 23.02.2022, og det ble godkjent for publisering 13.09.2022.

Det er ingen interessekonflikter mellom forfatterne.

Innledning

De siste ti årene har antall brukere under 67 år med behov for hjemmetjenester økt, og utgjør nå 45 prosent av de som mottar slike tjenester (Statistisk sentralbyrå, 2021). Forskning viser at å kunne utføre daglige aktiviteter i tråd med egne ønsker og mål kan styrke livskvaliteten (Parsons, Rouse, Robinson, Sheridan, & Connolly, 2012). Å komme inn tidlig med vurdering av rehabiliteringspotensial og oppstart av intensiv trening, er derfor viktig for å forebygge og utsette funksjonsfall, redusere hjelpebehovet og gi økt mestring. Rehabilitering har et livsløpsperspektiv hvor brukeren gjennom egne definerte ønsker og mål skal styrke og opprettholde funksjonsnivå så lenge som mulig (Solvang, 2019). Hverdagsrehabilitering er en rehabiliteringsform som nå er etablert i mange kommuner. Det er en form for hjemmebasert rehabilitering hvor hovedmålet er å fremme hverdagskompetanse og funksjon i daglige aktiviteter blant hjemmeboende personer med behov for rehabilitering. I hverdagsrehabilitering velger personen daglige betydningsfulle aktiviteter hvor målet er å forbedre utførelsen av aktivitetene, og opptreningen skjer i hjem eller nærmiljø (Hartviksen & Sjøli, 2017) Internasjonalt defineres hverdagsrehabilitering som:

«... a person-centred, holistic approach that aims to enhance an individual's physical and/or other functioning, to increase or maintain their independence in meaningful activities of daily living at their place of residence and to reduce their need for long-term services. Reablement consists of multiple visits and is delivered by a trained and coordinated interdisciplinary team. The approach includes an initial comprehensive assessment followed by regular reassessments and the development of goal-oriented support plans. Reablement supports an individual to achieve their goals, if applicable, through participation in daily activities, home modifications and assistive devices as well as involvement of their social network. Reablement is an inclusive approach irrespective of age, capacity, diagnosis or setting.» (Metzelthin, Rostgaard, Parsons, & Burton, 2020, s. 11).

Definisjonen fremhever personsentrert tilnærming for å opprettholde eller øke selvstendighet i daglige aktiviteter. Personen setter selv mål ut fra sine behov, og et koordinert tverrfaglig team følger opp treningen i de ulike daglige aktivitetene. Videre vektlegges en helhetlig innledende vurdering hvor treningsplan lages i samarbeid med personen ut fra

mål som personen har definert. Målene revurderes underveis i treningsperioden, slik at mål er i samsvar med plan og trening. Den internasjonale definisjonen samsvarer godt med hvordan hverdagsrehabilitering ble tilbudt i vår studie, hvor det ble gjort grundig førstegangsintervju ved å bruke the Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Definisjonen fremhever og hverdagsrehabilitering som en rehabiliteringsmetode som passer for alle, uavhengig av alder eller diagnose.

Hverdagsrehabilitering er innført i mange vestlige land, men med noe ulikt innhold i de ulike landene (Doh, Smith, & Gevers, 2019). Syv systematiske oversiktsartikler og åtte enkeltstudier har vurdert effekt av hverdagsrehabilitering, hvorav effekt i forhold til selvstendighet i daglige aktiviteter er vurdert i seks systematiske oversikter og to enkeltstudier. Disse studiene viser motstridende funn. Mens fire av oversiktsartiklene viser beskjeden effekt på bedret selvstendighet i daglige aktiviteter (Buma, Vluggen, Zwakhalen, Kempen, & Metzelthin, 2022; Cochrane et al., 2016; Sims-Gould, Tong, Wallis-Mayer, & Ashe, 2017; Whitehead, Worthington, Parry, Walker, & Drummond, 2015), kunne man i to andre systematiske oversikter ikke konkludere med effekt på bedret selvstendighet (Pettersson & Iwarsson, 2017; Tessier, Beaulieu, McGinn, & Latulippe, 2016). To norske studier viser signifikant effekt på utførelse og tilfredshet i daglige aktiviteter blant personer med ulike helseutfordringer (Langeland et al., 2019; Tuntland, Aaslund, Espehaug, Førland, & Kjeklen, 2015).

Effekt av hverdagsrehabilitering for fysisk funksjon er undersøkt i ti studier. Av disse indikerer en systematisk scoping review (Mjøsund, Moe, Burton, & Uhrenfeldt, 2020) og fire enkeltstudier at hverdagsrehabilitering har positiv effekt på fysisk funksjon (Langeland et al., 2019; Lewin & Vandermeulen, 2010; Parsons, Sheridan, Rouse, Robinson, & Connolly, 2013; Tinetti et al., 1999), mens en systematisk oversikt (Pettersson & Iwarsson, 2017) og fire enkeltstudier (Burton, Lewin, Clemson, & Boldy, 2013; Lewin et al., 2013; Rooijackers et al., 2021; Tuntland et al., 2015) ikke kunne konkludere med at hverdagsrehabilitering har positiv effekt på fysisk funksjon.

Hvorvidt hverdagsrehabilitering bedrer helse-relatert livskvalitet er undersøkt i tre systematiske oversikter og tre enkeltstudier (Cochrane et al., 2016; Langeland et al., 2019; Parsons et al., 2012; Pettersson & Iwarsson, 2017; Tessier et al., 2016; Tuntland et al., 2015). Alle studiene, med unntak av Tuntland 2015, viste en positiv effekt på helserelatert livskvalitet,

men det fremheves at hverdagsrehabilitering har en holistisk tilnærming, hvor flere faktorer spiller inn, som for eksempel samarbeid og tillit til helseutøveren (Cochrane et al., 2016; Pettersson & Iwarsson, 2017).

I Norge har regjeringen støttet opp under etableringen av hverdagsrehabilitering, og rehabiliteringsformen fremheves med et eget kapittel i stortingsmeldingen om Morgendagens omsorg (St. meld. nr. 29 (2012-2013), 2013). I alt 43 kommuner som etablerte tilbud om hverdagsrehabilitering fikk økonomisk støtte i oppstartsperioden og ble evaluert gjennom en nasjonal følgestudie i regi av Helsedirektoratet. Mange kommuner opprettet hverdagsrehabiliteringsteam med ergoterapeut i teamet (Langeland et al., 2016). I studien til Tuntland (2015) var gjennomsnittsalderen for intervensjonsgruppen 80 år og for kontrollgruppen 78 år.

Det er behov for å undersøke endringer i daglige aktiviteter, fysisk funksjon og livskvalitet etter hverdagsrehabilitering også for personer i yrkesaktiv alder. Målet med denne studien er derfor å undersøke om personer i alderen 18-65 år som deltok i hverdagsrehabilitering, bedret sin hverdag i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet etter ti uker fra behandlingsstart, og om dette vedvarte i et tolv måneders perspektiv.

Metode

DESIGN OG KONTEKST

Hovedstudien

Det ble i perioden 2013-2016 utført en stor klinisk kontrollert studie med 43 kommuner involvert hvor man så på effekt av hverdagsrehabilitering (Langeland et al., 2016). Studien ble utført av Senter for omsorgsforskning Vest og Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models & Services (CHARM) på oppdrag fra Helsedirektoratet. I studien undersøkte man effekten av hverdagsrehabilitering for brukere, økonomisk effekt for kommunen, modeller for tiltak, faglig forsvarlighet og i hvilken grad prosjektmidler sikrer implementering i ordinær drift i de 43 deltagende kommunene som hadde søkt og fått tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet. Totalt 833 deltakere (712 i intervensjonsgruppen og 121 i kontrollgruppen) ble inkludert i studien og ble vurdert ved oppstart, og etter ti uker, seks måneder og tolv måneder. Intervensjonsgruppen fikk hverdagsrehabilitering. Av de 833 deltakerne var 90 personer under 65 år, 78 i intervensjonsgruppen og tolv i kontrollgruppen. Hovedutfallsmål i studien var utførelse og tilfredshet med

daglige aktiviteter. I hovedstudien var det 217 deltakere som falt fra studien underveis. Hyppigste grunn til frafall var dårlig helsetilstand, at de ikke lenger mestret å delta, eller fikk institusjonsplass. Noe frafall skyldes og mangelfull rapportering fra kommunene. Da all datainnsamling ble avsluttet desember 2015 var det i hovedstudien 233 (32 prosent) av 720 deltakere som mottok hverdagsrehabilitering som ikke rakk tolv måneders kartlegging. Det ble gjort styrkeberegninger for å vurdere hvor stort utvalg som var nødvendig for å kunne hente ut sikre og pålitelige funn fra dataene (Langeland et al., 2016). Detaljer om studien og resultatene fra den kliniske kontrollerte studien er publisert (Langeland et al., 2019).

Delstudien

Utvalget som er benyttet i denne aktuelle studien, er et subutvalg fra den klinisk kontrollerte studien, og består av deltagerne mellom 18 og 65 år som deltok i hverdagsrehabilitering. Vi valgte å ikke ha med deltagere i kontrollgruppen som sammenligningsgrunnlag, fordi antallet ($n=12$) var for lite til å få pålitelige resultater. I delstudien var det 41 deltakere som falt fra underveis. Størst frafall var mellom seks og tolv måneder. Det er ikke kartlagt grunn til frafall på hver enkelt deltaker i denne studien.

DELTAGERE

Da utvalget i denne delstudien er et subutvalg fra hovedstudien, vil inklusjons -og eksklusjonskriterier, samt instrumenter for datainnsamling være de samme. Inklusjonskriterier var følgende: Personer som var hjemmeboende og hadde behov for hverdagsrehabilitering, nye søkere av hjemmebaserte tjenester eller personer henvist til hjemmebaserte tjenester, personer som opplevde funksjonsfall og hadde problemer med å mestre minst en hverdagsaktivitet, personer som var 18 år og eldre og var klare og orienterte. Eksklusjonskriterier var personer i terminal fase og personer som ble vurdert til å ha behov for sykehjems plass eller dag/døgntilbud for rehabilitering (Langeland et al., 2016, s. 30).

I delstudien ble data fra de 78 deltakere i aldersgruppen 18-65 år i intervensjonsgruppen anvendt. Disse kom fra 23 ulike kommuner.

DATAINNSAMLING

Det ble hentet inn informasjon om deltagerens alder, kjønn, sivil status, utdanningsnivå og om de bodde alene. De skulle og oppgi sin hoveddiagnose/største helseutfordring. Før oppstart skåret informantene

hvor motiverte de var for rehabilitering på en skala fra 1-10 med 10 som mest motivert. Alle data ble samlet inn av ergoterapeut, fysioterapeut eller sykepleier i den aktuelle kommunen.

Vurderingsredskapene som ble benyttet i denne studien er; Canadian Occupation Performance Measure (COPM), Short Physical Performance Battery (SPPB) og European Quality of Life Scale (EQ-5D-5L).

PRIMÆRE UTFALLSMÅL

Primære utfallsmål var utførelse av daglige aktiviteter og tilfredshet med utførelsen, målt med COPM, som er et klientsentrert vurderingsredskap utformet for å fange opp endringer i en persons selvrapporterte vurdering av egen aktivitetsutførelse over tid. COPM ble opprinnelig laget av og for ergoterapeuter (Law et al., 2015), men brukes i dag av mange profesjoner og tverrfaglige behandlingsteam. Undersøkelsen utføres som et semistrukturert intervju, hvor personen beskriver sine aktivitetsproblemer. Gjennom en samtale er hovedfokus i COPM å identifisere daglige aktiviteter som personen opplever som utfordrende, men viktige å trene på og forbedre. COPM benyttes som en del av vurderingen ved oppstart for å kunne gi et godt grunnlag for å utvikle rehabiliteringsmål og planlegge innholdet i hverdagsrehabiliteringen. COPM inkluderer områdene personlig stell, produktivitet og fritid. Utfordrende aktiviteter kan være av fysisk, psykisk og/eller sosial art. Personen skårer på en skala fra 1-10 hvor viktig det er å kunne utføre aktiviteten, (10 = «veldig viktig»). Deretter velger personen inntil fem aktiviteter ut fra de som er skrevet ned som det er viktig å gjøre noe med, og vurderer utførelse nå og hvor tilfreds han/hun er med denne utførelsen på disse aktivitetene, igjen på en skala fra 1 – 10, (10 = «Kan utføre veldig bra» eller «Veldig tilfreds med utførelsen»). Gjennomsnittsskår for utførelse og tilfredshet regnes ut ved å legge sammen antall poeng for utførelse eller tilfredshet og dele på antall aktiviteter. De prioriterte aktivitetene danner grunnlaget for valg av mål og tiltak i hverdagsrehabiliteringen. Etter en periode gjøres en revurdering av utførelse og tilfredshet av de prioriterte aktivitetene.

COPM er valid, reliabelt og et anvendbart vurderingsredskap for å kartlegge daglige gjøremål som er betydningsfulle for personen (Carswell et al., 2004; Enemark Larsen, Wehberg, & Christensen, 2020). En norsk studie konkluderte med at COPM har adekvat validitet, responsivitet og gjennomfør-

barhet brukt i hverdagsrehabilitering for eldre, og at 3.0 poeng for utførelse og 3.2 poeng for tilfredshet er grenseverdier for hva som utgjør en klinisk relevant bedring eller forverring i hverdagsrehabilitering med eldre (Tuntland, Aaslund, Langeland, Espehaug, & Kjekken, 2016). COPM egner seg til ulike aldersgrupper og klientgrupper (Gimeno et al., 2014; McColl, Paterson, Davies, Doubt, & Law, 2000).

SEKUNDÆRE UTFALLSMÅL

Fysisk funksjon (balanse, gangfunksjon og muskelstyrke i bena) ble målt med SPPB. Dette vurderingsredskapet består av tre deler:

- 1 Statisk balanse testes ved at personen skal stå med samlede føtter i ti sekunder, deretter hæl inntil den andre foten i ti sekunder og til sist hæl inntil tå på den andre foten i ti sekunder.
- 2 Gangfunksjon vurderes gjennom at personen skal gå fire meter over gulvet i vanlig tempo.
- 3 Muskelstyrke i bena måles ved å be personene reise/sette seg i raskt tempo fem ganger fra kjøkkenstol uten armlene med armene i kryss over brystet. Hvis hun/han klarer dette, skal personen reise/sette seg så raskt hun/han kan fem ganger. Hvis ikke personen klarer å reise seg uten å bruke armene avsluttes denne delen av testen.

Hver dimensjon graderes fra 0-4 med 4 som best funksjon. Skåren legges sammen til en totalskår som varierer fra 0-12 (Bergh et al., 2013). I følge SPPB-manualen er en forbedring på ett poeng i totalskår en klinisk meningsfull endring (Bergh et al., 2013). Freiburger et al. har vurdert SPPB til å være en reliabel og valid test. Den er brukt i store, prospektive studier der den viser å ha en godt dokumentert evne til å predikere funksjonsnivå frem i tid, noe som igjen kan si noe om hjelpebehov og funksjonstap (2012).

EQ-5D-5L ble benyttet for å vurdere helserelatert livskvalitet. EQ-5D-5L er et vurderingsredskap som består av EQ-5D-5L index og en visuell analog skala (VAS) (Euroqol-group, 1990). EQ-5D-5L index er et standardisert mål for generell helsestatus med en femgradert skala, og består av fem områder (gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerte/ubehag og angst/depresjon). Personen skårer på en skala fra 1-5 hvor 1 er best. VAS måler den totale helsen. Personen vurderer på en skala fra 1 til 100 med 100 som best, hvordan helsen er i dag. En psykometrisk testing av EQ-5D-5L konkluderer med god evidens for validitet og reliabilitet (Golicki et al., 2015).

| Variabel | N=78 |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Alder, gjennomsnitt (SD), spredning | 54 (19-65) |
| Kvinne, antall (%) | 48 (61.5) |
| Bor alene, antall (%) | 42 (53.8) |
| Høyere utdanning, antall med høyere utdanning (%) | 17 (21.8) |
| Uføretrygdet/arbeidsavklaring, antall (%) | 58 (74.4) |
| Motivasjon for hverdagsrehabilitering, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD) | 8.9 (1.39) |
| Utførelse av daglig aktivitet COPM, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD) | 3.1 (1.31) |
| Tilfredshet med daglig aktivitet COPM, skala 1-10, 10 er best, gjennomsnitt (SD) | 2.5 (1.48) |
| Helsen i dag EQ-5D-5L, skala 1-100, 100 er best, gjennomsnitt (SD) | 38.9 (20.34) |

Tabell 1: Deltakere ved oppstart.

COPM: Canadian Occupational Performance Measure.

SPPB: Short Physical Performance Battery.

EQ-5D-5L: European Quality of Life Scale. P-verdi: 0.05

INTERVENSJONEN

Representanter fra alle kommunene som skulle utføre hverdagsrehabilitering, fikk et to dagers kurs med opplæring i bruk av COPM. Hensikten var å sikre at alle prosedyrer ble fulgt i henhold til intervensjonen (Langeland et al., 2016, s. 29; Langeland et al., 2015). Alle deltakerne i studien ble intervjuet med COPM ved oppstart for å identifisere utfordringer og lage en plan for hverdagsrehabiliteringen. En deltaker fra hverdagsrehabiliteringsteamet (ergoterapeut, fysioterapeut eller sykepleier) utførte COPM-intervjuet i deltakerens hjem (Langeland et al., 2015). Intervjuet startet med spørsmålet: «Hva er de viktigste aktivitetene i livet ditt nå?» Etter kartlegging og målsetting ble det utarbeidet en plan for trening på utfordrende hverdagsaktiviteter som personen ønsket å trene på. Intensiv oppfølging ble gitt med hjemmebesøk og individuell trening. Helsepersonell var til stede under treningen for å motivere og trygge i læring av ferdigheter. Hver enkelt deltaker fikk sitt individuelle treningsprogram som var tilpasset den enkeltes mål. Intervensjonen varierte fra person til person, avhengig av hva de hadde definert som utfordrende aktiviteter som de ønsket å trene på. Intervensjonen var tidsavgrenset med en varighet på tre til ti uker.

STATISTISKE ANALYSER

Kategoriske variabler er presentert med antall og prosent. Kontinuerlige variabler er presentert med sentraltendens og variasjon. Normalfordelte kontinuerlige variabler er presentert med gjennomsnitt og standardavvik (SD), og ikke normalfordelte variabler med median og minimum/maksimum.

Cohen's D er beregnet for å kunne sammenligne

endringene i de ulike utfallsmålene. Utregning er gjort ved å ta gjennomsnitt av andre måling av den aktuelle variabelen minus gjennomsnitt av første måling delt på standardavviket. En endring på 0.2 vurderes som liten, 0.5 som middels, og 0.8 som stor (Pallant, 2016). Det er ikke gjort styrkeberegning i denne delstudien. Dataene ble analysert ved å benytte dataprogrammet IBMSPSS-Statistical Package for the Social Sciences version 27. Statistisk signifikansnivå var satt til $p < 0.05$.

ETISKE GODKJENNINGER

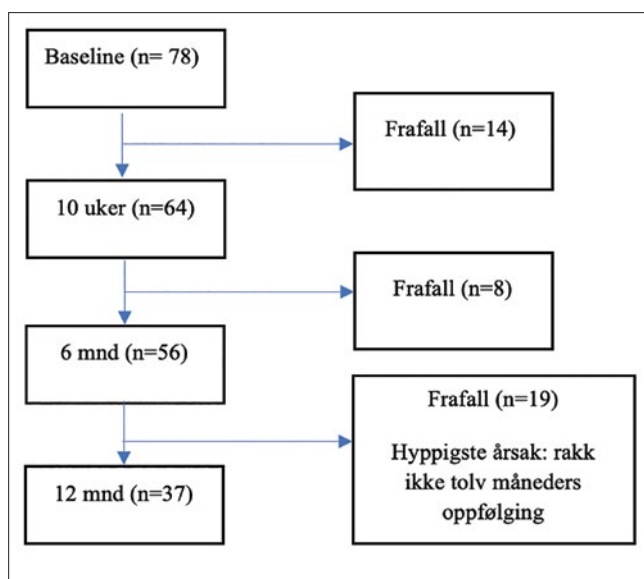
Følgeevalueringen som denne delstudien utgår fra, er registrert i ClinicalTrials.gov (NCT02273934) og er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest Norge (REK 2014/57). Da dataene er anonymiserte er det ikke behov for en endringsmelding. Ved inklusjon i hovedstudien fikk alle deltakerne informasjon om studien og underskrev en erklæring hvor hensikt var beskrevet og informasjon om at de kunne trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn.

Resultat

BESKRIVELSE AV DELTAKERNE

Tabell 1 beskriver de 78 deltakerne i studien. Gjennomsnittsalder i utvalget var 54 år. Til sammen 74.4 prosent ($n = 58$) var uføretrygdet eller på arbeidsavklaringsmidler. Deltagerne rapporterte stor motivasjon for hverdagsrehabilitering før oppstart.

Flytskjema (Figur 1) viser antall deltakere ved vurdering av COPM utførelse på de ulike måletidspunkt i denne studien. Studien hadde et frafall på 47 prosent fra baseline til tolv måneder.



Figur 1 Flytskjema: Antall deltakere ved vurdering av COPM utførelse gjennom studien.

Deltakernes største helseutfordring er vist i Tabell 2. Det var 14.1 prosent (n=11) som oppga svimmelhet/problem med balanse som største helseproblem og 12.8 prosent (n= 10) som oppga brudd som største helseutfordring. De fleste hadde i tillegg to andre helseutfordringer. Kategorien «annet» som utgjør 6.4 prosent (n= 5), inkluderte ulike helseproblemer som ikke passet inn i de andre forhåndsdefinerte kategoriene.

PRIMÆRE UTFALLSMÅL

Endring mellom måletidspunkt oppstart-ti uker, oppstart-seks måneder og oppstart-tolv måneder er vist i Tabell 3, se neste side. Det var signifikante bedringer i utførelse av daglige aktiviteter, vurdert med COPM ved alle måletidspunkt, henholdsvis 2.98, 3.32 og 2.71 poeng ($p < 0.001$ for alle måletidspunkt). Det var stor endring på alle måletidspunkt (Cohen's D = 1.3, 1.3 og 0.9).

Tilfredshet med utførelse av daglige aktiviteter vurdert med COPM viste og signifikant bedring ved alle måletidspunktene (henholdsvis 3.37, 3.87 og 3.47 poeng, $p < 0.001$ på alle måletidspunkt) med stor effektstørrelse (Cohen's D = 1.43, 1.39 og 1.12)

SEKUNDÆRE UTFALLSMÅL

Når det gjelder fysisk funksjon målt med SPPB viser resultatene signifikant bedring ved dimensjonene gange, reise/sette seg og totalskår ved alle måletidspunkt. Endringen er dog liten til middels, med unntak av reise/sette som har en endring på 0.81 ved 12 måneder. Det var signifikant bedring ved ba-

| Største helseutfordring, antall (%) | n=78 |
|-------------------------------------|-----------|
| Svimmelhet/problem med balanse | 11 (14.1) |
| Brudd | 10 (12.8) |
| Hjerneslag | 9 (11.5) |
| Nevrologisk sykdom | 7 (9.0) |
| Leddgikt/artrose | 6 (7.7) |
| Smerte | 6 (7.7) |
| Hjertesykdom | 4 (5.1) |
| Psykisk lidelse | 4 (5.1) |
| Ortopedisk sykdom | 4 (5.1) |
| Kreft | 3 (3.8) |
| Amputasjon | 3 (3.8) |
| Søvnforstyrrelser | 1 (1.3) |
| Luftveissykdommer | 1 (1.3) |
| Fordøyelsesproblemer | 1 (1.3) |
| Ryggsykdom/problemer | 1 (1.3) |
| Annet | 5 (6.4) |

Tabell 2: Deltakernes største helseutfordring ved oppstart.

lanse ved ti uker, men ikke ved seks og tolv måneder sammenlignet med oppstart (Tabell 3).

Når det gjelder helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D-5L viser resultatene signifikant bedring for totalskår og dimensjonene gange, vanlige gjøremål og personlig stell ved alle oppfølgingstidspunkt (Tabell 3). For dimensjonen angst/depresjon viser resultatene ingen signifikant bedring etter ti uker, men signifikant bedring ved seks måneder og tolv måneder sammenlignet med ved oppstart. Det er ingen signifikante endringer i smerte/ubehag på noen måletidspunkt.

Diskusjon

Hovedmålet med studien var å undersøke om personer i alderen 18-65 år som deltar i hverdagsrehabilitering bedrer utførelse og tilfredshet med daglige aktiviteter, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet, og om eventuelle positive endringer vedvarer i et tolv måneders perspektiv. Hovedfunnene i denne studien viste positive endringer i form av selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet. Det var generelt positive endringer i alle utfallsmål bortsett fra egenvurdering av smerte/ubehag. Balanse viste signifikant bedring etter ti uker. I tidligere forskning viste Tuntland sin studie (2015) positiv effekt ved utførelse, men ingen positiv effekt for tilfredshet ved tre måneder. Hovedstudien som denne delstudien utgår fra (Langeland

Tabell 3: Endring i selvopplevd aktivitetsutførelse og tilfredshet, fysisk funksjon og helserelatert livskvalitet ved trening med hverdagsrehabilitering hos aldersgruppen 18-65 år.

COPM: Canadian Occupational Performance Measure. Utførelse og tilfredshet, skala 1-10, 10 er best.

SPPB: Short Physical Performance Battery. Balanse, gange og reise/sette seg: skala 1-4, 4 er best.

Totalskår 1-12, 12 er høyest.

EQ-5D-5L: European Quality of Life Scale. Gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerte/ubehag og angst/depresjon: skala 1-5, 1 er best. Helsen i dag: skala 1-100, 100 er høyest.

Cohen's D: gjennomsnitt andre måling-gjennomsnitt første måling/standardavviket, D = 0.2 liten, D = 0.5 medium, D = 0.8 stor. Statistisk test: Parret t-test. P=0.05

| | N=78 | Gjennomsnitt differanse (95% Konfidensintervall (KI)) | P-verdi | Endring (Cohen's D) |
|----------------------------------|------|----------------------------------------------------------|---------|------------------------|
| Utførelse COPM | | | | |
| 10 uker-oppstart | 64 | 2.98 (2.42, 3.55) | <0.001 | 1.32 |
| 6 mnd.-oppstart | 56 | 3.32 (2.64, 4.00) | <0.001 | 1.31 |
| 12 mnd.-oppstart | 37 | 2.71 (1.74, 3.69) | <0.001 | 0.93 |
| Tilfredshet COPM | | | | |
| 10 uker-oppstart | 64 | 3.37 (2.78, 3.96) | <0.001 | 1.43 |
| 6 mnd.-oppstart | 56 | 3.87 (3.12, 4.61) | <0.001 | 1.39 |
| 12 mnd.-oppstart | 37 | 3.47 (2.45, 4.50) | <0.001 | 1.12 |
| Balanse SPPB | | | | |
| 10 uker-oppstart | 60 | 0.40 (0.04, 0.76) | 0.02 | 0.29 |
| 6 mnd.-oppstart | 51 | 0.35 (-0.08, 0.79) | 0.11 | 0.22 |
| 12 mnd.-oppstart | 33 | 0.09 (-0.38, 0.56) | 0.70 | 0.06 |
| Gange SPPB | | | | |
| 10 uker-oppstart | 60 | 0.58 (0.86, 3.86) | <0.001 | 0.50 |
| 6 mnd.-oppstart | 51 | 0.65 (0.99, 3.76) | <0.001 | 0.52 |
| 12 mnd.-oppstart | 33 | 0.57 (0.15, 1.00) | 0.01 | 0.48 |
| Reise/sette seg SPPB | | | | |
| 10 uker-oppstart | 60 | 0.78 (0.48, 1.06) | <0.001 | 0.70 |
| 6 mnd.-oppstart | 51 | 0.90 (0.55, 1.24) | <0.001 | 0.72 |
| 12 mnd.-oppstart | 33 | 1.00 (0.56, 1.43) | <0.001 | 0.81 |
| Totalskår SPPB | | | | |
| 10 uker-oppstart | 60 | 1.76 (1.06, 2.47) | <0.001 | 0.65 |
| 6 mnd.-oppstart | 51 | 1.90 (1.04, 2.76) | <0.001 | 0.62 |
| 12 mnd.-oppstart | 33 | 1.67 (0.69, 2.64) | 0.001 | 0.60 |
| Gange EQ-5D-5L | | | | |
| 10 uker-oppstart | 64 | -0.61 (-0.90, -0.31) | <0.001 | 0.51 |
| 6 mnd.-oppstart | 56 | -0.57 (-0.87, -0.27) | <0.001 | 0.51 |
| 12 mnd.-oppstart | 37 | -0.56 (-0.95, -0.18) | 0.005 | 0.49 |
| Personlig stell EQ-5D-5L | | | | |
| 10 uker-oppstart | 64 | -0.59 (-0.83, -0.35) | <0.001 | 0.60 |
| 6 mnd.-oppstart | 56 | -0.46 (-0.78, -0.15) | 0.005 | 0.39 |
| 12 mnd.-oppstart | 37 | -0.07 (-0.89, -0.25) | 0.001 | 0.59 |
| Vanlige gjøremål EQ-5D-5L | | | | |
| 10 uker -oppstart | 64 | -0.08 (-1.06, -0.53) | <0.001 | 0.74 |
| 6 mnd.-oppstart | 55 | -0.69 (-0.99, -0.38) | <0.001 | 0.67 |
| 12 mnd.-oppstart | 37 | -0.70 (-1.07, -0.34) | <0.001 | 0.63 |
| Smerte/ubehag EQ-5D-5L | | | | |
| 10 uker-oppstart | 64 | -0.20 (-0.46, 0.06) | 0.12 | 0.19 |
| 6 mnd.-oppstart | 55 | -0.15 (-0.45, 0.15) | 0.34 | 0.16 |
| 12 mnd.-oppstart | 36 | -0.17 (-0.52, 0.19) | 0.35 | 0.16 |
| Angst/depresjon EQ-5D-5L | | | | |
| 10 uker-oppstart | 62 | -0.19 (-0.42, 0.04) | 0.103 | 0.20 |
| 6 mnd.-oppstart | 55 | -0.34 (-0.56, -0.12) | 0.002 | 0.43 |
| 12 mnd.-oppstart | 37 | -0.54 (-0.80, -0.27) | <0.001 | 0.67 |
| Helsen i dag EQ-5D-5L | | | | |
| 10 uker-oppstart | 62 | 13.20 (8.26, 18.14) | <0.001 | 0.67 |
| 6 mnd.-oppstart | 53 | 13.81 (7.79, 19.82) | <0.001 | 0.63 |
| 12 mnd.-oppstart | 36 | 14.40 (6.25, 22.55) | 0.001 | 0.58 |

et al., 2019) viste effekt etter ti uker, men effekten vedvarer ikke like godt etter tolv måneder. Det skal tilføyes at de to sistnevnte studiene har analysert forskjeller mellom to grupper. Så langt vi vet, er det ikke utført studier som utforsker endring i hverdagsrehabilitering for personer i alderen 18-65 år.

Selv om deltakerne viste statistisk signifikant bedring i aktivitetsutførelse ved alle måletidspunkt, var det kun ved seks måneder denne endringskåren var klinisk relevant (>3.0 poeng) (Tuntland et al., 2016). Når det gjelder vurdering av tilfredshet med daglige aktiviteter, var endringen signifikant ved alle måletidspunkt. Endringsskåren var over 3.2 poeng ved alle måletidspunkt og er dermed også klinisk relevant (Tuntland et al., 2016). I tillegg var det stor effektstørrelse ved alle måletidspunkt både for aktivitetsutførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. I to klinisk kontrollerte studier som har undersøkt effekt av hverdagsrehabilitering varierer resultatene ved vurdering av tilfredshet. I en studie fra Voss kommune var det ingen statistisk signifikant endring i skår ved sammenlikning av grupper ved seks måneder (Tuntland et al., 2015), mens det i studien av Langeland et al. ikke var statistisk signifikant endring i skår ved tolv måneder ved sammenlikning av grupper (2019). I begge disse studiene var flertallet av deltagerne over 65 år. Våre funn av klinisk relevant bedring i tilfredshet i aktivitetsutførelse ved alle måletidspunkt, kan indikere at personer i alderen 18-65 år har nytte av hverdagsrehabilitering, men vi kan ikke utelukke at endringene i vår studie også kan skyldes andre årsaker enn hverdagsrehabilitering. Eksempelvis vil aldersgruppen 18-65 år i større grad ha en spontan bedring som følge av kroppens selvhelbredende prosesser etter skade/funksjonsfall. Fremtidige studier bør evaluere og sammenligne nytten av hverdagsrehabilitering for ulike aldersgrupper.

Når det gjelder bedring av fysisk funksjon målt med SPPB, viste resultatene at deltakerne har en gjennomsnittlig bedring i totalskår etter tolv måneder på 1.67 poeng, som er godt over grensen for å være en klinisk meningsfull endring i henhold til SPPB manualen (Bergh et al., 2013). Studien vår viste at personer i aldersgruppen 18-65 år bedrer fysisk funksjon, og at de opprettholder sin fysiske funksjon etter ett år. Det er ikke funnet andre studier som har undersøkt resultater av hverdagsrehabilitering i aldersgruppen 18-65 år når det gjelder bedring av fysisk funksjon, men funn i en studie med eldre deltagere viste en positiv bedring i fysisk funksjon

målt med SPPB (Parsons et al., 2013). I sin scoping review viste Mjøsund et al. til bedre fysisk funksjon hos deltagerne i hverdagsrehabilitering (2020).

Hele 74.4 prosent av deltakerne i studien var utføre eller på arbeidsavklaringsmidler. Å komme inn tidlig med tiltak kan bidra til å utsette eller redusere hjelpebehovet hos personer i yrkesaktiv alder. Funnene i denne studien indikerer at hverdagsrehabilitering bør være et tilbud hvor man i større grad kan vektlegge aldersgruppen 18-65 år. Regjeringen fremhever hverdagsrehabilitering som et eksempel på at tidlig innsats gir økt mestring og livskvalitet (St.meld. nr. 29 (2012-2013), 2013), og ønsker mer rehabilitering på kommunenivå (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Siden hverdagsrehabilitering allerede er innført i mange kommuner, vil det sannsynligvis ikke medføre store ekstrakostnader å ha en større andel av yrkesaktive deltagere i hverdagsrehabiliteringsprogrammet. Aldersgruppen 18-65 år ser og ut til å opprettholde bedringen over tid i større grad enn eldre personer, noe som er positivt både for personen og samfunnsøkonomisk for kommunen.

Denne studien har både styrker og svakheter. En styrke med tanke på representativitet er et utvalg med deltakere fra 23 kommuner over hele landet. Videre er det brukt ulike vurderingsredskap, (COPM, SPPB og EQ-5D-5L), noe som bidrar til å fange opp bredden av viktige utfall i hverdagsrehabilitering. COPM som vurderingsredskap bidrar til å få frem personens ønsker og mål. SPPB er en robust observatørbasert test som undersøker fysisk funksjon. EQ-5D-5L, hvor personen selv vurderer sin helse-relaterte livskvalitet, fanger opp hvordan personen opplever sin hverdag og kvaliteten på den. Måleredskapene er vitenskapelig utprøvd og vurdert i forhold til reliabilitet, validitet og responsivitet. De kan brukes med alle aldersgrupper og diagnoser.

Denne studiens begrensninger er først og fremst at den er en oppfølgingsstudie uten kontrollgruppe. Vi kan derfor ikke vite om endringen skyldes intervensjonen eller andre faktorer. Deltakerne skåret høy grad av motivasjon ved oppstart av hverdagsrehabilitering. Det er ikke undersøkt motivasjonsforskjeller mellom den eldre og den yngre aldersgruppen. Vi vet derfor ikke om det var stor forskjell i gruppe- ne ved motivasjon før oppstart. Videre inkluderer hverdagsrehabilitering en personsentrert tilnærming (Metzelthin et al., 2020), hvor deltakerne selv blir utfordret på funksjoner som er viktigst for dem. Både motivasjon og høy grad av deltagelse kan knyttes til

meningskaping (Antonovsky, 2012). Dette vet vi på generelt grunnlag er viktig for å skape endring (Braaten, 1999; Langeland, 2018). Det er derfor sannsynlig at disse faktorene har medvirket til den positive endringen. I tillegg har kanskje personer mellom 18-65 år generelt et større rehabiliteringspotensial enn eldre.

En betydelig andel av deltakere var uføre eller fikk arbeidsavklaringspenger. En svakhet ved studien er at det er uvisst hvor representativt utvalget er for hjemmeboende voksne med rehabiliteringsbehov/hjelpebehov. En annen svakhet er det relativt lave antallet deltakere i denne delstudien. Utvalget var så lavt som 33 deltakere ved tolv måneders oppfølging for noen av utfallsmålene. Dette kan tilskrives et stort frafall ved tolv måneders oppfølging. I denne studien har vi ikke kartlagt grunn til frafall ved de ulike måletidspunktene. Fra baseline til tolv måneder var det et frafall på 47 prosent. I hovedstudien nevnes hyppigste grunn til frafall at deltakernes helsetilstand var dårlig, at de ikke lenger orket, at de døde eller at de fikk midlertidig eller permanent institusjonsplass (Langeland et al., 2016). Vi vet ikke hvordan disse frafallsgrunnene ved aldersgruppen 18-65 år kan ha påvirket resultatet i denne studien. Årsakssammenheng bør undersøkes grundigere.

Det er behov for forskning som studerer hverdagsrehabiliteringens effekt i aldersgruppen 18-65 år ved bruk av randomiserte, kontrollerte studier.

Konklusjon

Deltakerne i denne hverdagsrehabiliteringsstudien var i alderen 18-65 år og hadde ulike helseutfordringer. Våre funn viste at denne aldersgruppen har større bedring når det gjelder aktivitetsutførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse enn personer over 65 år. Hverdagsrehabilitering kan være gunstig også for personer i yrkesaktiv alder. Ettersom vår studie ikke er en kontrollert studie, er det knyttet usikkerhet om endringen i vårt utvalg skyldes hverdagsrehabilitering eller andre forhold.

Med en økende andel av personer i yrkesaktiv alder som mottar omsorgstjenester, er en klinisk implikasjon av denne studien at hverdagsrehabilitering til denne gruppen kan bidra til å redusere eller utsette omsorgstjenester til personer under 65 år. Resultatene kan indikere at denne aldersgruppen profiterer på hverdagsrehabilitering, men studien er utført uten kontrollgruppe og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Referanser

- Bergh, S., Lyshol, H., Selbæk, G., Strand, B. H., Taraldsen, K., & Thingstad, P. (2013). Short Physical Performance Battery (SPPB). Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/contentassets/870420284b7d4cb98100191ff93e7983/sppb.pdf>.
- Braaten, L. J. (1999). To what extent do clients discriminate among the group leader's basic therapeutic attitudes? *A person-centered contribution. The Person-Centered Journal*, 6(1), 32-45.
- Buma, L., Vluggen, S., Zwakhalen, S., Kempen, G., & Metzelthin, S. (2022). Effects on clients' daily functioning and common features of reablement interventions: a systematic literature review. *European Journal of Ageing*, 19(2). doi:DOI: 10.1007/s10433-022-000693-3.
- Burton, E., Lewin, G., Clemson, L., & Boldy, D. (2013). Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: a pragmatic randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1591-1601. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854921/>
- Carswell, A., McColl, M. A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: A Research and Clinical Literature Review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-222. doi:10.1177/000841740407100406.
- Cochrane, A., Furlong, M., McGilloway, S., Molloy, D. W., Stevenson, M., & Donnelly, M. (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, Cd010825. doi:10.1002/14651858.CD010825.pub2.
- Doh, D., Smith, R., & Gevers, P. (2019). Reviewing the reablement approach to caring for older people. *Ageing and Society*, 40(6), 1-13. doi:10.1017/s0144686x18001770.
- Enemark Larsen, A., Wehberg, S., & Christensen, J. R. (2020). Looking into the Content of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM): A Danish Cross-Sectional Study. *Occupational Therapy International*, 2020, 1-11. doi:10.1155/2020/9573950.
- Euroqol-group. (1990). EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208. doi:10.1016/0168-8510(90)90421-9.
- Freiberger, E., de Vreede, P., Schoene, D., Rydwick, E., Mueller, V., Frändin, K., & Hopman-Rock, M. (2012). Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. *Age and Ageing*, 41(6), 712-721. doi:10.1093/ageing/afs099.
- Gimeno, H., Tustin, K., Lumsden, D., Ashkan, K., Selway, R., & Lin, J.-P. (2014). Evaluation of functional goal outcomes using the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) following Deep Brain Stimulation (DBS) in childhood dystonia. *European Journal of Paediatric Neurology*, 18(3), 308-316. doi:10.1016/j.ejpn.2013.12.010.
- Golicki, D., Niewada, M., Buczek, J., Karlińska, A., Kobayashi, A., Janssen, B., & Pickard, S. (2015). Validity of EQ-5D-

- 5L in stroke. *Quality of Life Research*, 24(4), 845-850. doi:10.1007/s11136-014-0834-1.
- Hartviksen, T., & Sjøli, B. (2017). *Hverdagsrehabilitering Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester m.m.(helse- og omsorgstjenesteloven)*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forforståelse i sykepleie. In Å. Gammersvik & T. Larsen (Eds.), *Helsefremmende arbeid for sykepleiere i teori og praksis* (side. 157-178): Fagbokforlaget.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., . . . Tuntland, H. (2016). *Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner*. Bergen: Senter for omsorgsforskning Vest.
- Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., . . . Tuntland, H. (2019). A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatrics*, 19(1). doi:10.1186/s12877-019-1038-x.
- Langeland, E., Tuntland, H., Førland, O., Aas, E., Folkestad, B., Jacobsen, F. F., & Kjekken, I. (2015). Erratum to: study protocol for a multicenter investigation of reablement in Norway. *BMC Geriatrics*, 15(1), 120. doi:10.1186/s12877-015-0115-z.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2015). *COPM Canadian Occupational Performance Measure (Norwegian version)* (5 ed.). Oslo: NKRR National advisory unit on rehabilitation in rheumatology.
- Lewin, G., De San Miguel, K., Knuiiman, M., Alan, J., Boldy, D., Hendrie, D., & Vandermeulen, S. (2013). A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. *Health and Social Care in the Community*, 21(1), 69-78. doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01088.x.
- Lewin, G., & Vandermeulen, S. (2010). A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. *Health and Social Care in the Community*, 18(1), 91-99. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00878.x.
- McColl, M. A., Paterson, M., Davies, D., Doubt, L., & Law, M. (2000). Validity and Community Utility of the Canadian Occupational Performance Measure. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(1), 22-30. doi:10.1177/000841740006700105.
- Metzelthin, S., Rostgaard, T., Parsons, M., & Burton, E. (2020). Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing and Society*, 1-16. doi:10.1017/S0144686X20000999.
- Mjøsund, H. L., Moe, C. F., Burton, E., & Uhrenfeldt, L. (2020). Integration of Physical Activity in Reablement for Community Dwelling Older Adults: A Systematic Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1291-1315. doi:10.2147/JMDH.S270247.
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival manual a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6 ed.). England: Mc Graw Hill.
- Parsons, J., Rouse, P., Robinson, E., Sheridan, N., & Connolly, M. (2012). Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? *Age and Ageing*, 41(1), 24-29. doi:10.1093/ageing/afr118.
- Parsons, J., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E., & Connolly, M. (2013). A Randomized Controlled Trial to Determine the Effect of a Model of Restorative Home Care on Physical Function and Social Support Among Older People. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1015-1022. doi:10.1016/j.apmr.2013.02.003.
- Pettersson, C., & Iwarsson, S. (2017). Evidence-based interventions involving occupational therapists are needed in re-ablement for older community-living people: A systematic review. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(5), 273-285. doi:10.1177/0308022617691537.
- Rooijackers, T. H., Kempen, G. I. J. M., Zijlstra, G. A. R., Rossum, E., Koster, A., Lima Passos, V., & Metzelthin, S. F. (2021). Effectiveness of a reablement training program for homecare staff on older adults' sedentary behavior: A cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 69(9), 2566. doi:10.1111/jgs.17286.
- Sims-Gould, J., Tong, C. E., Wallis-Mayer, L., & Ashe, M. C. (2017). Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(8), 653-663. doi:10.1016/j.jamda.2016.12.070.
- Solvang, P. K. (2019). *(Re)habilitering : terapi, tilrettelegging, verdsetting* (1. utgave. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- St.meld.nr. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Statistisk sentralbyrå. (2021). Sjukeheimar, heimetjenester og andre omsorgstenester. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>.
- Tessier, A., Beaulieu, M.-D., McGinn, C. A., & Latulippe, R. (2016). Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare Policy*, 11(4), 49-59.
- Tinetti, M. E., L. Baker, D., Gottschalk, M., Williams, C. S., Pollock, D., Garrett, P., . . . Acampora, D. (1999). Home-based multicomponent rehabilitation program for older persons after hip fracture: A randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(8), 916-922. doi:10.1016/S0003-9993(99)90083-7.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Espehaug, B., Førland, O., & Kjekken, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 15(1), 145-145. doi:10.1186/s12877-015-0142-9.
- Tuntland, H., Aaslund, M. K., Langeland, E., Espehaug, B., & Kjekken, I. (2016). Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 411-423.
- Whitehead, P. J., Worthington, E. J., Parry, R. H., Walker, M. F., & Drummond, A. E. (2015). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 29(11), 1064-1076. doi:10.1177/0269215514564894.



NAVN:
Kjersti Velde Helgøy

STILLING:
**Førsteamanuensis ved
VID vitenskapelige
høgskole**

Av Else Merete Thyness

Forsker på utdanningsvitenskap

– Hvem er Kjersti Velde Helgøy?

– Jeg ble utdannet ergoterapeut ved HIST i 2003 og startet deretter direkte på en mastergrad i helsevitenskap ved NTNU. I tillegg var jeg så heldig at jeg hadde fått jobb ved Haugesund Sanitetsforenings Revmatisme-sykehus like før jeg var ferdig utdannet ergoterapeut, så jeg ville veldig gjerne ta mastergrads-utdanningen i tillegg til full jobb. Like før jeg var ferdig med mastergradsutdanningen min, ble jeg oppfordret til å søke på en stilling som høgskolelektor ved Diakon-hjemmet høgskole Rogaland, som høgskolen het på den tiden. Grunnen til at jeg tok mastergraden var at jeg i framtiden hadde lyst til å jobbe med forskning. Jeg tenkte at det var en flott mulighet å søke på stillingen som høgskolelektor, selv om det også var litt tidlig i karrieren min da jeg bare var 24 år på det tidspunktet. Jeg fikk jobben og er takknemlig for alle de flotte og inspirerende årene jeg har hatt ved VID viten-

skapelige høgskole. I 2018 startet jeg i en stipendiatstilling ved VID, der jeg skulle forske på temaet forskningsbasert utdanning. Dette var i all hovedsak en fantastisk tid, og i desember 2022 disputerte jeg.

– Hva forsker du på?

– Mitt forskningsfelt er innen utdanningsvitenskap. Doktorgradsavhandlingen min har utforsket temaet forskningsbasert utdanning tilknyttet bachelorprogram i ergoterapi sett fra studenters, vitenskapelig ansattes og praksisveilederes ståsted. Avhandlingen bygger på tre delstudier, der den første har utforsket tredje års studenter og vitenskapelig ansattes opplevelser og erfaringer knyttet til forskningsbasert utdanning. Den andre delstudien har utforsket praksisveilederes vektlegging av forskning i sin veiledning av studenter i praksisperioder. Den tredje delstudien var en scoping review. Den hadde som formål å identifisere studier som har beskrevet forskningsba-

sert utdanning innen ergoterapi og fysioterapi bachelorprogram for å dokumentere gjeldende kunnskapsstatus og å kartlegge faktorer som reflekterer og støtter implementering av forskningsbasert utdanning innen disse studieprogrammene. Et hovedfunn fra avhandlingen tyder på at studenter, vitenskapelig ansatte og praksisveiledere framhevet at vektlegging av forskning i utdanningen er av sentral betydning for at studenter skal kunne tilby en kunnskapsbasert praksis i framtiden. Øvrige funn peker i retning av at studenter bør introduseres for forskning tidlig i utdanningsprogrammet og at opplæring i forskningsmetode er sentralt. Videre bør det settes høyere forventninger til bruk av forskning og viktigheten av at studenter møter rollemodeller som anven-der forskning både i praksis og i utdanningen. En egnet metode for at studenter skal tilegne seg forskningsferdigheter kan være gjennom deltakelse i forskningsprosjekter, og ved at studenter

selv gjennomfører kunnskapsoppsummeringer. Deltakelse i journal club kan også være en egnet læringsaktivitet for studenter til å lære forskningsferdigheter. Samarbeid mellom praksisveiledere og vitenskapelig ansatte når det kommer til studenters opplæring i bruk av forskning, er også sentralt. Det kan være et behov for støtte og videre opplæring i hvordan praksisveiledere kan vektlegge forskning i veiledning av studenter i praksisperioder. Resultater fra avhandlingens scoping review peker i retning av at temaet forskningsbasert utdanning slik det beskrives i nasjonale føringer og forskningslitteratur, er et lite utforsket tema innen bachelorprogram for ergoterapi og fysioterapi. I tillegg har temaet forskningsbasert utdanning i liten grad blitt belyst sett fra studenters, vitenskapelig ansattes og praksisveilederes ståsted i tidligere forskningslitteratur innen helsefaglige bachelor utdanningsprogram.

Nå holder jeg på med et forskningsprosjekt om journal club og ergoterapistudenter sammen med mine gode kolleger Gry Mørk og Tore Bonsaksen. Prosjektet er en videreføring av funnene i avhandlingens scoping review, der journal club ble løftet fram som et egnet virkemiddel for studenter til å lære forskningsferdigheter. Videre har jeg vært så heldig å få innvilget kvalifiseringsstipend for fire måneder våren 2024, der jeg får mulighet til å konsentrere meg helt og fullt om forskning og publikasjoner.

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

– Det er vanskelig å trekke fram en bestemt artikkel. Jeg opplever at litteraturtilfanget øker

innen faget vårt, så det er positivt. I mitt arbeid søker jeg i stor grad etter forskningsartikler innen utdanningsvitenskap, og da må jeg også se til andre fagområder for å få inspirasjon. Noen av artiklene som har inspirert meg handler i stor grad om forskningsbasert utdanning og studenters innlæring av forskningsferdigheter. Jeg vil trekke fram disse artiklene som spesielt interessante for utdanningskonteksten:

- En systematisk kunnskapsoppsummering av Arifin et al (2022) med tittelen *Implementation, Outcomes, and Effectiveness of Research-Based Learning: A Systematic Literature Review* (1). Denne kunnskapsoppsummeringen har inkludert 40 artikler, og forskerne konkluderer med at det er et mål å koble forskning og undervisning tettere sammen. Det vises til ulike læringsstrategier for å oppnå dette. Det er imidlertid verdt å merke seg at kun et fåtall av de inkluderte artiklene i denne studien er fra en helsefaglig utdanningskontekst.
- Kunnskapsoppsummeringen til Elken & Wollscheid (2016) med tittelen *The relationship between research and education: typologies and indicators* (2) som beskriver ulike modeller for forskningsbasert utdanning.
- Undervisning i forskningsferdigheter er tett sammenkoblet med kunnskapsbasert praksis, og derfor vil jeg trekke fram kunnskapsoppsummeringen til Bala et al. 2021 som særlig relevant. *What are the effects of teaching Evidence-Based Health Care (EBHC) at different levels of health professions education? An updated overview of systematic reviews.*

(3) Denne studien har fokus på undervisningstrategier relatert til kunnskapsbasert praksis innen helsefaglige utdanningsprogram.

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

– Forskning som kan gi indikasjoner på om ergoterapi har en effekt, tenker jeg kan være et nyttig bidrag innen vårt fagområde. I tillegg gjerne mixed methods studier som undersøker effekten av ergoterapeutiske tiltak kombinert med brukernes erfaringer med det aktuelle tiltaket. Systematiske kunnskapsoppsummeringer innen flere av fagets felt er også sentralt. Videre når det gjelder utdanningsvitenskap, er det behov for flere studier relatert til utdanningsprogram i ergoterapi.

Referanser

1. Arifin, Z; Sukristyanto, A.; Widodo, J.; Rahman, M.R. (2022). Implementation, Outcomes, and Effectiveness of Research-Based Learning: A Systematic Literature Review. *International Journal of Education & Literacy Studies*. Vol 10, No 4, ISSN: 2202-9478
2. Elken, M., & Wollscheid, S. (2016). The relationship between research and education: typologies and indicators. A literature review. <http://hdl.handle.net/11250/2386141>
3. Bala, M. M., Poklepović Perićić, T., Zajac, J., Rohwer, A., Klugarova, J., Välimäki, M., Lantta, T., Pingani, L., Klugar, M., Clarke, M., & Young, T. (2021). What are the effects of teaching Evidence-Based Health Care (EBHC) at different levels of health professions education? An updated overview of systematic reviews. *PLOS ONE*, 16(7), e0254191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254191>.

OPPSUMMERT FORSKNING

Ergoterapeuters arbeidsmiljø og mentale helse

EN KVANTITATIV STUDIE BLANT TERAPEUTER I SPESIALIST- OG KOMMUNEHELSETJENESTEN I NORGE

Av Steffen Torp & Linn Therese Jacobsen Bergheim



Steffen Torp er fysioterapeut og professor i helsefremmende arbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN). Han har vært med på å starte og drive masterstudiet i helsefremmende arbeid ved USN og forsker i hovedsak på arbeidsinkludering og sammenhenger mellom arbeidsmiljø og helse.



Linn Therese Jacobsen Bergheim er spesialergoterapeut med videreutdanning i ergoterapi-allmennhelse og master i helsefremmende arbeid fra USN. Hun arbeider i en prosjektlederstilling i Norges idrettsforbund. Den presenterte studien bygger på Jacobsen Bergheims masteroppgave i helsefremmende arbeid.

BAKGRUNN

Helsepersonell utsettes for høy arbeidsbelastning som kan føre til stress og helseplager. Ergo- og fysioterapeuter har i likhet med annet helsepersonell stor betydning for tilbudet og utviklingen av dagens helsetjenester. Få studier har undersøkt arbeidsmiljø, jobbengasjement og mentale helseplager blant offentlig ansatte ergoterapeuter.

Ifølge jobbkrav-ressursmodellen (Bakker & Demerouti, 2007) bestemmes jobbrelaterte mentale helseplager i første rekke av høye jobbkrav der utbrenthet fungerer som en «mediator» mellom krav og sykdom/helseplager. Utbrenthet og sykdom/helseplager blant ansatte kan ha en negativ effekt på kvaliteten av de produkter og tjenester som produseres i virksomheten. Modellen hevder også at positive organisatoriske utfall som produktivitet og kvalitet påvirkes positivt av arbeidstakers jobbengasjement. Det som bestemmer arbeidstakers jobbengasjement, er i første rekke jobbredder som sosial støtte, selvbestemmelse og meningsfulle arbeidsoppgaver. Jobbengasjement kan anses som et mål for arbeidsrelatert «positiv helse» (dvs. helse definert som noe annet enn fravær av sykdom) (Torp et al., 2013a,b). Man kan derfor si at arbeidsrelatert helse påvirkes gjennom to relaterte, men ulike prosesser; en patogen prosess som fører til utbrenthet og helseplager og en salutogen prosess som fører til «positiv helse» og gode jobbprestasjoner (Figur 1).

Hensikten med denne studien var, med utgangspunkt i jobbkrav-ressursmodellen, å undersøke sammenhenger mellom ergoterapeuters arbeidsmiljø og deres jobbengasjement og mentale helseplager. I tillegg ønsket vi å sammenlikne ergoterapeuters arbeidsmiljø, engasjement og helseplager med fysioterapeuters, og om det var forskjeller mellom ergoterapeuter ansatt i spesialist- og kommunehelsetjenesten med hensyn til de samme faktorene.

METODE

Undersøkelsen ble gjennomført som en tverrsnittstudie blant 170 ergoterapeuter og 273 fy-



Artikkelen ble publisert 16. desember 2022 på *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* sin hjemmeside: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038128.2022.2154261>.

Takk til alle de 443 ergo- og fysioterapeutene som tok seg tid til å besvare spørreskjemaundersøkelsen.

sioterapeuter som arbeidet i spesialist- eller kommunehelsetjenesten i ulike deler av Norge. Data ble innhentet ved bruk av et anonymt elektronisk spørreskjema, hvor vi benyttet en modifisert versjon av Survey for helsefremmende arbeidsplasser (SHEFA) med spørsmål om jobbkrav, jobbressurser, mentale helseplager, sykefravær, sykenærvær og jobbengasjement.

RESULTAT

Undersøkelsen viste at ergoterapeuter rapporterte mer jobbkrav (bl.a. generelle jobbkrav og fragmenterte arbeidsoppgaver) og mentale helseplager enn sine fysioterapeutkolleger. Ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten opplevde å ha noe mer tilgang til jobbressurser (bl.a. selvbestemmelse, forutsigbarhet og feedback fra leder) enn sine ergoterapeutkolleger i spesialisthelsetjenesten. Til tross for noe mer ressurser var sykefraværet og sykenærværet noe høyere blant ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten sammenlignet med de i spesialisthelsetjenesten.

Forekomst av mentale helseplager blant ergoterapeutene viste sammenheng med både høye jobbkrav og lite jobbressurser. Den viktigste faktoren for mye mentale helseplager var lavt jobbengasjement.

Ergoterapeuter som opplevde å ha fragmenterte arbeidsoppgaver, rollekonflikt og konflikter med kolleger eller ledelse rapporterte lavt jobbengasjement, mens de som hadde generelt mye å gjøre på jobben rapporterte noe overraskende høyere jobbengasjement enn de som hadde mindre arbeidspress. Det som viste seg å ha størst betydning for jobbengasjementet var likevel jobbressursene meningsfulle arbeidsoppgaver og mulighet for å få brukt sine faglige og personlige styrker i jobben som ergoterapeut.

KONKLUSJON

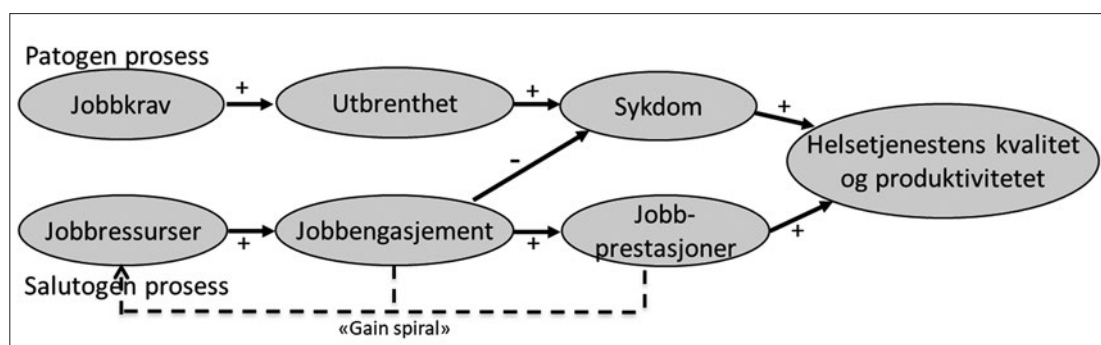
Denne studien bekrefter kun delvis jobbkrav-resursmodellens hypoteser om at helseplager primært drives av høye arbeidskrav mens jobbengasjement

drives av jobbressurser. Selv om det er viktig å redusere konflikter og fragmenterte arbeidsoppgaver for å forebygge ergoterapeuters mentale helseplager, anbefaler vi at det primært settes søkelys på jobbressurser for å fremme jobbengasjement. Et økt jobbengasjement vil igjen forebygge mentale helseplager. Det viktigste er da at ergoterapeuter får meningsfulle arbeidsoppgaver og får benyttet sine faglige sterke sider, det vil si å gjøre en faglig god jobb til det beste for både pasienter og helsetjeneste.

I tråd med Bonsaksen et al. (2018) mener vi det er nødvendig at ergoterapeuter etablerer seg tydeligere i tverrfaglige helsetilbud gjennom at de tar på seg lederroller og spesialiserer seg gjennom master- og doktorutdanninger, samt at Ergoterapeutforbundet og utdanningsinstitusjonene systematisk arbeider for å synliggjøre ergoterapeuters unike og viktige bidrag i helsetjenestene.

Referanser

- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The Job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bonsaksen, T., Sveen, U., Dolva, A.-S., Høghagen, S., Thyness, E. M., Hagby, C. & Arntzen, C. (2018). Perceived influence on service goals among community-working occupational therapists in Norway. *Journal of Primary Care & Community Health*, 9. <https://doi.org/10.1177/2150132718813491>
- Jacobsen, L. T. (2021). *Ergo- og fysioterapeuters jobbengasjement og mentale helseplager. En kvantitativ undersøkelse blant ansatte i spesialist- og kommunehelsetjenesten i Norge*. Universitetet i Sørøst-Norge. <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/handle/11250/2831626>
- Torp, S., Grimsø, A., Hagen, S., Duran, A. & Gudbergsson, S. B. (2013a). Work engagement: a practical measure for workplace health promotion? *Health Promot Int*, 28(3), 387-396. <https://doi.org/10.1093/heapro/das022>
- Torp, S. (2013b). Hva er helsefremmende arbeidsplasser - og hvordan skapes det? *Socialmedicinsk Tidsskrift*, 90(6), 768-779 <https://socialmedicinsk Tidsskrift.se/index.php/smt/article/view/1051>



Figur 1: Revidert og forenklet jobbkrav-resursmodell (etter Bakker & Demerouti 2007).

REISEBREV FRA NEW ZEALAND

Hvorfor og hvordan ble Journal of Occupational Science startet?

I denne artikkelen gjengir vi en samtale mellom Sissel Horghagen og professor Clare Hocking, som er redaktør for Journal of Occupational Science, det internasjonale vitenskapelige tidsskriftet for aktivitetsvitenskap. Høsten 2022 var Horghagen invitert til ergoterapeututdanningen ved Auckland University of Technology på New Zealand.

Av Sissel Horghagen & Clare Hocking



Sissel Horghagen er ergoterapeut, førsteamanuensis og aktivitetsvitenskapsforsker ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU.



Clare Hocking er professor i Aktivitetsvitenskap/Occupational Science ved Auckland University of Technology, New Zealand.

Clare Hocking er til daglig ansatt som professor ved Auckland University of Technology på New Zealand. Mens vi vandret i det vakre landskapet med brede daler og høye fjell nær Queenstown, snakket vi om at Journal of Occupational Science i år feirer sitt 30-årsjubileum. Vi var enige om at dette var et godt tidspunkt for å prate om hvordan og hvorfor tidsskriftet ble etablert, og hva som er planene for framtiden.

Sissel: Ergoterapifaget i Norge og New Zealand ble etablert i cirka 1950, og vi ble medlemmer av Verdensforbundet for ergoterapeuter omtrent på samme tid. Jeg har fulgt med på utviklingen av Journal of Occupational Science og har lest mange av dine publikasjoner gjennom årene.



Auckland University of Technology er New Zealands tredje største universitet med cirka 29 100 studenter. Auckland er en by på Nordøya av New Zealand.

Det har vært spennende å lese om hvordan ergoterapeuter har utviklet kunnskap om menneskelig aktivitet og satt aktivitet i en samfunnsmessig kontekst.

Clare: Journal of Occupational Science ble etablert i 1993, fire år etter den formelle etableringen av Aktivitetsvitenskap (Occupational science) ved University of Southern California. Ann Wilcock var tidsskriftets første redaktør, og jeg var master-student hos henne. Hun ga meg en plass på kontoret sitt, og både utviklingen av aktivitetsvitenskapen og tidsskriftet foregikk rundt oss. På den måten ble jeg satt godt inn i tidsskriftets praktiske oppgaver, og jeg ble involvert i diskusjoner om faglig fokus og retning.

Ann Wilcock ble introdusert til aktivitetsvitenskap mens hun



Under en walk-and-talk reflekterte Horghagen og Hocking over Journal of Occupational Science.

Foto: Knut Ivar Johansen.



Journal of Occupational Science kan feire sitt 30-årsjubileum.

arbeidet med doktorgraden sin. Aktivitetsvitenskap bunner i et behov for kunnskap om det mennesker gjør, hvordan det mennesker gjør påvirker deres helse, hvilke aktiviteter de har muligheter for å delta i og forholdet mellom mennesker og samfunn. Ann tenkte at en moderne livsstil ikke nødvendigvis er tilpasset menneskers naturlige biologiske natur, og at mange av de endringene som kommer av teknologi og industrialisering, ikke er bra for oss verken fysisk, psykisk eller sosialt og at moderne teknologi ikke fremmer inkluderende samfunn (Wilcock, 2007).

Relasjonen mellom helse og aktivitet motiverte Ann Wilcock til å etablere tidsskriftet. I doktorgradsarbeidet sitt var hun opptatt av helsefremming og folkehelse, og hun ønsket å løfte menneskers gjøren opp til et samfunnsnivå, fordi alt vi gjør henger sammen med den konteksten vi lever i. Ann syntes at det var en god idé å etablere et tidsskrift, og hun var den sorten kvinne som kunne gjøre ideer om til handling og trekke med seg nok entusiastiske mennesker til å gjøre det mulig.



Ann Wilcock var den første redaktøren av Journal of Occupational Science.

Sissel: Jeg husker godt avhandlingen din og noen av dine tidlige arbeider der du blant annet utviklet kunnskap om aktivitetens form, funksjon og mening relatert til objekter som er viktige og nødvendige for mennesker (Hocking, 2009). Jeg synes det var faglig interessant, ettersom ergoterapeuter på mange måter hadde vært mest fokusert på funksjon, og ikke vært gode nok på det faglige arbeidet med teknologi og hjelpemidler.

ENTUSIASME FOR JOURNALEN

Sissel: Nå har du hatt rollen som redaktør i mange år. Hva opprettholder din entusiasme?

Clare: Jeg synes Journal of Occupational science er mer interessant enn de fleste andre fagtidsskrifter, og selvsagt er jeg subjektiv. Jeg var jo studenten til Ann Wilcocks, og alle hennes studenter ble smittet av hennes entusiasme. Det handlet om det å ville vite mer om menneskelig aktivitet, og relasjonen mellom helse og aktivitet. Alt dette er jo temmelig komplekst. Så svaret på hvorfor jeg fremdeles er engasjert, ligger i at det hele tiden er mye mer jeg

skulle ønske vi hadde kunnskap om og som jeg finner det inspirerende å arbeide med, som for eksempel «retten til aktivitet og deltakelse» (Hocking, 2017). *Her ble samtalen avbrutt fordi en horde sauer ble flyttet fra et beiteområde til et annet.*

Sissel: New Zealand er virkelig et land med mange sauer. Jeg har hørt at det er cirka 26 millioner sauer her, mens det er drøyt en million i Norge. Nå breker de som bare det. De har nok noe de vil si når det gjelder meningsfull livsstil, vil jeg tro.

Clare: Journalens intensjon, og dette har jeg fra Ann, er at den skal romme ulike meninger. Ann sa til meg da hun betrodde meg stillingen som redaktør, at: «Du vil ikke like alle artiklene som blir sendt inn og du skal ikke like alle, men de skal få sin plass». Det var en god påminnelse. Det er mange meninger om og ulike forståelser av aktivitetsvitenskap. I redaksjonskomiteen har vi utvidet vår visjon og tilrettelagt tidsskriftet for mennesker fra ulike steder i verden med ulike kulturer og språk slik at flere kan ta del i dialogen om aktivitetsvitenskap. Vi må bygge på det som har blitt gjort tidligere og samtidig ta inn nye ideer og perspektiver. Dette gir næring til min interesse for tidsskriftet. Jeg er fortsatt nysgjerrig, og jeg liker å høre hva andre mennesker er opptatt av og hvordan de tenker. Det er fremdeles spennende å få tilsendt nye artikler til fagfelleevaluering.

Men du da, Sissel. Husker du når du først hørte om Journal of Occupational Science?

Sissel: På ergoterapiutdanningen i Trondheim hørte vi om etableringen av aktivitetsvitenskap tidlig på 1990-tallet. Flere av oss hadde et godt internasjonalt nett-

verk, særlig Nils Erik Ness, som senere reviderte Minimum Standards for Occupational Therapist for Verdensforbundet (WFOT) sammen med deg, Clare (Hocking & Ness, 2004). Videre hadde vi Sissel Alsaker som i forbindelse med sitt doktorgradsarbeid reiste til University of Southern California, som etablerte aktivitetsvitenskap. Da Sissel disputerte, ble professor Virginia Dickie invitert som opponent. Hun var sentral i diskusjonen om pragmatismen i aktivitetsvitenskap. Tidligere hadde vi invitert Jeannie Jackson til et seminar for å høre om en av de første studiene som ble gjort med forankring i aktivitetsvitenskap. Dette var The Well Elderly Study eller Lifestyle Redesign-prosjektet som handlet om hvordan gjøre livsstilsendringer slik at eldre mennesker kan delta i egendefinerte, meningsfulle aktiviteter i sitt hverdagsliv.

Utdanningen begynte å abonnere på Journal of Occupational science, brukte artiklene fra tidsskriftet i undervisningen og etter hvert publiserte noen av oss artikler der. De fleste av oss var begeistret for tidsskriftet fordi artiklene styrket kunnskapen om aktivitet i ergoterapi. Etter hvert fikk vi etablert et videreutdanningsemne i aktivitetsvitenskap som i dag er et masteremne.

Fra mitt eget synspunkt passet profilen i journalen meg godt, da mine prosjekter handlet om aktivitet, inkludering og hverdagsliv. Jeg arbeidet med mental helse og mitt arbeid handlet om mennesker i ulike, sårbare livssituasjoner med eksistensielle utfordringer. Derfor trengte jeg mer kunnskap og kompetanse om mestring av hverdagslivets aktiviteter, samt en mer vitenskapelig og kritisk forståelse av menneskers muligheter

i ulike samfunn. Vi hadde lært om omgivelser av Kielhofner (Model of Human Occupation), men vi hadde, ut fra min oppfatning, behov for mer kritisk, politisk og rettighetsfokustert kunnskap for å forstå hvorfor noen blir stengt ute og ikke får de samme mulighetene som andre. Vi trengte aktivitetsvitenskap for å bli bedre ergoterapeuter med fokus på aktivitet.

Clare: Aktivitetsvitenskap fremmer kritisk kunnskap om aktivitet. Jeg vil gjerne oppfordre dagens studenter til å være med på å utvikle både ergoterapi og aktivitetsvitenskap videre. Aktivitetsvitenskap utvikles hele tiden av personer som engasjerer seg i ulike roller, både i redaksjonskomiteen og som bidragsytere til journalen eller som deltakere på seminarer og konferanser. Selv om journalen nå fyller 30 år, så er den fortsatt ny og ikke satt.

FRAMTIDENS JOURNAL OF OCCUPATIONAL SCIENCE

Sissel: Clare, det var fint sagt. Nå ga du morgendagens ergoterapeuter en utfordring. Har du flere oppfordringer å gi for å involvere dem i utviklingen av aktivitetsvitenskap?

Clare: Jeg mener at den kunnskapen vi utvikler om aktivitet, hjelper oss å sette ord på det vi gjør som ergoterapeuter, noe som igjen er nyttig i vårt arbeid, for eksempel med rehabilitering. Vi lærer hvordan vi skal analysere aktiviteter og gå fram med trening og tilrettelegging, men mye av det studentene lærer er på et teoretisk og intellektuelt nivå. De trenger innsikt i hvordan mennesker selv erfarer det å utføre aktiviteter, hvorfor de ikke får det til eller hvordan de opplever det å ikke bli inkludert. Journal of

Occupational Science presenterer flere studier om ulike gruppers beskrivelser av hva som er viktig og verdifullt for dem og hva de legger i sine hverdagaktiviteter og hobbyaktiviteter. Gjennom gode artikler om aktivitet kan terapeuter og studenter få en forståelse for hva de skal lytte etter for å finne ut hva aktivitetene betyr for andre mennesker og også få en forståelse for hvor komplekst det kan være for enkelte å gjenoppta hverdagsaktiviteter etter å ha vært gjennom livsendringer (Hocking, 2009).

En dypere forståelse for aktivitet vil også hjelpe oss til å bli agenter for sosiale endringer. Aktivitetsvitenskap er en kilde til kunnskap om aktivitet og hva som gjør deltakelse mulig. Mange faller utenfor på grunn av sykdom, skade eller stigma. Ergoterapeuters arbeid de siste hundre årene har betydd at mange mennesker med funksjonsnedsettelse har kunnet delta i samfunnet igjen og bli synlige. Det er mange som trenger en profesjonsgruppe som kan tilføre mestringsforståelse og mestringsstrategier i hverdagslivet (Bailliard, 2016), og som kan sikre at alle mennesker i samfunnet har det som skal til for å mestre sitt hverdagsliv og oppleve tilhørighet.

DE VIDERE PLANENE FOR TIDSSKRIFTET

Sissel: Helt til slutt, Clare, hvordan vil du utvikle tidsskriftet videre?

Clare: Ett av de målene våre er å gjøre journalen mer tilgjengelig for mennesker med andre språk enn engelsk. Det har vært mange diskusjoner i den siste tiden om dekolonialisering. Vi har som mål å publisere artikler om dekolonialisering, men også tilrettelegge journalen slik at mennesker med

spansk som morsmål lettere kan publisere på sitt eget språk. Som Magalhães og kolleger (2019) har debattert, så er det mye makt i språk. Vi som har engelsk som førstespråk har fordeler når det gjelder internasjonal publisering. Vi skjønner at det er enklere å publisere og lese på sitt eget morsmål.

Mitt håp er at Journal of Occupational Science skal være et transformativt medium. Jeg ønsker at tidsskriftet stadig skal utvide aktivitetsvitenskapens grenser, noe som igjen vil bidra til utviklingen av en bedre verden der menneskerettighetene overholdes.

Sissel: Tusen takk for denne spaserturen og for en god samtale, Clare. Lykke til med feiringen av journalens 30-årsjubileum og utvikling av journalen.

Referanser

- Bailliard, A. (2016). Justice, difference, and the capability to function. *Journal of Occupational Science*, 23(1), 3-16.
- Hocking, C., & Erik Ness, N. (2004). WFOT minimum standards for the education of occupational therapists: Shaping the profession. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 50(1), 9-17.
- Hocking, C. (2009). The challenge of occupation: Describing the things people do. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 140-150.
- Hocking, C. (2017). Occupational justice as social justice: The moral claim for inclusion. *Journal of Occupational Science*, 24(1), 29-42.
- Horghagen, S., & Hocking, C. (2017). Shout out who we are! How might engagement in cultural activities enhance participation in everyday occupations for people in vulnerable life situations? In Eide, A. H., Josephsson, S., Vik, K., & Ness, N-E. (Eds.), *Participation in health and welfare services: Professional concepts and lived experience. The role of health and welfare services* (pp.128-140). Oxon: Taylor and Francis, Routledge. ISBN 978-1-138-64485-4. s. 128-140. <https://lovdata.no/dokument/SF/for-skrift/2019-03-15-413>
- Magalhães, L., Farias, L., Rivas-Quarneri, N., Alvarez, L., & Malfitano, A. P. S. (2019). The development of occupational science outside the Anglophone sphere: Enacting global collaboration. *Journal of Occupational Science*, 26(2), 181-192.
- Wilcock, A. A. (2007). Occupation and health: Are they one and the same? *Journal of Occupational Science*, 14(1), 3-8.



Maxi

Med Maxi samtaleforsterker kan behandler og pasient forstå og høre hverandre.

Et sykehusopphold kan være stressende for en pasient med hørselstap, utfordrende for behandler som gjerne vil unngå å heve stemmen av respekt for pasientens integritet, og at kritisk informasjon blir gitt og tatt imot.

Maxi er veldig enkel å bruke og benyttes bl.a i ambulanser og helseinstitusjoner.

apoter

Bestilles også på
www.apotera.no



Kontakt AurisMed
Telefon: 33 42 72 50
E-post: aurismed@aurismed.no
www.aurismed.no

 Bellman & Symfon®
DESIGN FOR EARS





Til høsten er det landsmøte

I oktober møtes landsmøtedelegatene på Gardermoen for å diskutere og vedta Ergoterapeutenes program for den neste perioden. – Et landsmøte er et politisk verksted der vi blir enige om veien videre. Det er spennende, stimulerende og engasjerende, sier forbundsleder Tove Holst Skyer.

Av Else Merete Thyness

I disse dager pågår det mange prosesser i organisasjonen, som skal munne ut i innspill til landsmøteprogram for neste periode. Regionstyrene har blitt oppfordret til å innhente forslag fra medlemmene om hvilke saker som er viktige for dem.

– De innspillene ser jeg frem til å sette meg inn i. Det er helt avgjørende at vi staker ut retningen sammen. Det handler om den røde tråden som binder sammen medlemmene, de tillitsvalgte, regionstyrene og forbundsstyret. Det er kun når vi spiller på lag at vi kan oppnå visjonen vår om

aktivitet og deltakelse for alle, sier hun.

VI MÅ TENKE NYTT

På det forrige landsmøtet ble det bestemt at forbundet skulle synliggjøre hvordan ergoterapeuters kjernekompetanse bidrar til en bærekraftig helsetjeneste. Tove Holst Skyer er fornøyd med at forbundet har bidratt godt til at den helsepolitiske virkelighetsforståelsen har endret seg.

– Helsepersonellkommisjonens rapport er en bekreftelse på at vi har kommet noen gode skritt videre. Den stadfester det

– Det er kun når vi spiller på lag at vi kan oppnå visjonen vår om aktivitet og deltakelse for alle, sier Tove Holst Skyer.

vi har sagt i snart ti år nå: Vi må tenke nytt hvis helse- og velferds-tjenestene skal bli bærekraftige.

Samtidig er hun klar på at jobben på langt nær er over.

– Vi skal fortsette å jobbe for at ergoterapiressursene skaleres opp.

– Hvordan jobber forbundet med å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse?

– Det foregår på mange plan, blant annet gjennom å gi innspill til politiske prosesser og dokumenter. Det kommer flere, interessante styringsdokumenter framover som Opptappingsplan

«Vi skal fortsette å jobbe for at ergoterapiressursene skaleres opp»

Tove Holst Skyer

for psykisk helse og rus, Folkehelsemelding, Bo trygt hjemme-reformen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan. I januar var Tonje Hansen Guldhav og jeg så heldige at vi kunne gi direkte innspill til helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkholt på Nasjonal helse- og samhandlingsplan – på vegne av landets ergoterapeuter. Hun var enig i at vi ikke kan fortsette som før fordi det vil bli mangel på helsepersonell.

Arbeidet med å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse er også avhengig av at forbundet og medlemmene målbærer det samme budskapet: at ergoterapeuters kjernekompetanse bidrar til mestring og deltakelse – og lønner seg.

– Her har vi fått god hjelp av dokumentet om *Ergoterapeuters kjernekompetanse*. Det gir oss en trygghet i å fortelle om hvorfor ergoterapi er viktig. Vi har også lykket i å knytte ergoterapeuters kompetanse til samfunnets utfordringer, noe som synliggjør behovet for ergoterapi.

BEGYNNE I RIKTIG ENDE

– På landsmøtet i 2020 ble det vedtatt at forbundet skulle satse på mestring og tidlig innsats for barn og unge. Hvor står dette arbeidet?

– Her tar jeg meg selv i å være en blanding av tålmodig og utålmodig. Da vi spurte medlemmene og de tillitsvalgte hva vi trengte på dette området, var svaret at det var behov for bedre redskaper. Derfor har vi tilbudt det digitale, modulbaserte fagkurset *Ergoterapi for barn og unge* og arrangert kurs i kartleggingsverktøy. Vi var nødt

til å starte i riktig ende, men jeg tenker at det fortsatt er mye ugjort.

– Ser dere effekt av at ergoterapi ble en lovpålagt tjeneste?

– Ja, den rekrutteringen som har forgått ute i kommunene hadde ikke skjedd i samme tempo uten lovpålegget. Samtidig har det gått altfor tregt. Ved utgangen av 2022 var det fortsatt 44 kommuner som ikke hadde ergoterapeut.

Hun mener at noe av dette kan skyldes behovet for flere ergoterapeuter og forteller at det jobbes med å opprette flere studieplasser.

– Vi skal snart ha et møte med Helsedirektoratet for å snakke om utdanningskapasitet. Hvis vi tar utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås framskrivninger om hvilken kompetanse det er behov for i årene som kommer, må det opprettes 80 nye studieplasser for ergoterapeuter.

DRA I SAMME RETNING

– Dersom du blir gjenvalgt som forbundsleder, hva vil du prioritere de tre neste årene?

– Først og fremst skal strategien for de neste tre årene bestemmes på landsmøtet, men jeg mener at vi er helt nødt til å fortsette innsatsen for bærekraftige helse- og velferdstjenester. I det ligger at ergoterapeuters kompetanse må benyttes i mye større grad.

– Er det noe forbundet kan bli bedre på?

– Vi kan bli bedre på medlemsrekruttering. Det er kanskje en klisje å si at desto flere vi er, desto sterkere blir vi, men med flere medlemmer får vi en tydeligere stemme på arbeidsplassene og vi blir flere som drar i samme retning.



Til høsten er det tre år siden Tove Holst Skyer ble valgt til Ergoterapeutenes forbundsleder.



I møte med helse- og omsorgsministeren fikk Ergoterapeutenes leder og nestleder formidlet at et bærekraftig helsevesen forutsetter tydelig og modig prioritering av forebygging og rehabilitering.

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

DIGITALT KURS I ADL-TAXONOMIEN



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

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

Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist.

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

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Nett og Teams

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 1. oktober 2023.

Tid: Oppstart 16. oktober 2023.

Livearrangement på Teams 30. oktober 2023.

Livearrangement på Teams 20. november 2023.

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



Oppdater din kompetanse.
 Ta et kurs!

ergoterapeutene.org/kurskalender



Digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering



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

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

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

MODUL 2. PRAKTISK KJØREVURDERING OG P-DRIVE

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

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

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

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

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

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

P-Drive manualen (svensk eller norsk versjon) er inkludert i kursavgiften.

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

KALIBRERING

Etter det første året med vurderinger, vil deltakerne har mulighet for kalibrering og kalibrerings-sertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialistordningen.

Pris: 1 000,- NOK. Frist for innlevering av kalibrering juni 2023. Kartlegginger sendes til Ann-Helen Patomella. E.post: ann-helen.patomella@ki.se.

Følg med i kurskalenderen.





Les mer!



Vi lanserer Eloflex til barn og ungdom!

Eloflex K er en innovativ sammenleggbar elektrisk rullestol for barn og ungdom. Rullestolen kan brukes både inne og ute, den tar liten plass og er enkel å få med seg i bil, tog og andre transportmidler. Eloflex K har mange justeringsmuligheter og bruksområder, dette er en elektrisk rullestol som enkelt kan vokse med barnet!