

Speilterapi – en illusjon som kan fremme aktivitet og deltakelse?

ERGOTERAPEUTERS ERFARINGER MED BRUK AV SPEILTERAPI I BEHANDLING AV FANTOMSMERTER ETTER AMPUTASJON AV OVEREKSTREMITETER

Av Cecilie G. Martens, Bing Zeng, Tina Taule, Kari Margrete Hjelle & Eli Færeveag Jacobsen



Cecilie Grutle Martens arbeider som miljøterapeut i Aktiv Omsorg Vest. Hun var student på Bachelor i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet i Bergen.



Bing Zeng arbeider som ergoterapeut for Helse Førde. Hun var student på Bachelor i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet i Bergen.

Tina Taule er ergoterapeut og arbeider på Bachelor i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet og Ergoterapiavdelingen på Ortopedisk klinikk ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen.

Kari Margrete Hjelle er ergoterapeut og arbeider på Bachelor i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet og Master in healthy aging and rehabilitation, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet i Bergen

Eli Færeveag Jacobsen er ergoterapeut og arbeider på Ortopedisk klinikk ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne fagartikkelen.

Sammendrag

Bakgrunn: Speilterapi kan redusere fantomsmerter etter amputasjon. Kunnskapsgrunnlaget for praktisk bruk av behandlingsmetoden er imidlertid mangelfull.

Formål: Å presentere et forslag til en prosedyre for speilterapi på bakgrunn av ergoterapeuters erfaringer med behandlingsmetoden for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon.

Metode: Kvalitativt design med semistrukturert intervju ble brukt som metode for datainnsamling. Fire ergoterapeuter fra spesialisthelsetjenesten ble intervjuet, og systematisk tekstkondensering ble benyttet for å analysere innsamlet data.

Funn: Mangel på en prosedyre og tid til oppfølging gjør det utfordrende for ergoterapeuter å anvende speilterapi. Ergoterapeuter erfarer likevel at pasienter som gjennomfører speilterapi, kan oppleve fremmet selvstendighet og mestring i hverdagen, samt mer aktivitet i kroppsdelen med amputasjon. Brukermedvirkning, brukersentrert behandlingsprosedyre, samt tilrettelagte omgivelser beskrives som avgjørende for å lykkes med speilterapi.

Konklusjon: Resultatene i denne studien indikerer at speilterapi kan være et godt supplement til konvensjonell behandling. Ergoterapeutenes etterspørsmål om evidens for bruk av behandlingsmetoden indikerer et behov for å undersøke bruk av speilterapi knyttet til hyppighet, varighet og innhold.

Nøkkelord: Amputasjon, ergoterapi, fantomsmerter, speilterapi, spesialisthelsetjenesten

Introduksjon

I spesialisthelsetjenesten kan ergoterapeuten møte personer med komplekse aktivitetsutfordringer, blant annet etter amputasjon (1). Amputasjon er å fjerne en kroppsdel operativt, oftest en arm eller en fot (2). Mellom 60-80 prosent av pasienter som har amputert en ekstremitet opplever fantomsmerter i ulik grad (3). Fantomsmerter oppleves som smerter eller ubehag fra den ekstremiteten som er amputert og ikke lenger har nerveforsyning (3). Smertene utløses fra nerveendene i en amputasjonsstump når hjernen, som fortsatt husker den amputerte ekstremiteten, ikke får respons på signalene den sender ut. Hjernen tolker den manglende responsen som en feilmelding og reagerer med å utløse smerter (4). Fantomsmerter kan begrense en persons deltakelse i hverdagsaktiviteter, noe som kan føre til redusert livskvalitet (5).

Ergoterapeuter bidrar med å fremme aktivitet og deltakelse ut fra individets forutsetninger og ønsker (1). Kartlegging av individets meningsfulle aktiviteter ved bruk av dialog og observasjon bidrar til brukersentrert tilrettelegging av intervensjoner, som igjen kan bidra til fremmet aktivitetsutførelse på individets egne premisser (1).

Økt aktivitetsutførelse og selvstendighet er også mål som står sentralt i rehabilitering (6). I Norge har vi retningslinjer for rehabilitering etter ervervet overekstremitetsamputasjon (7). Retningslinjene informerer om at spesialisert og tverrfaglig rehabilitering direkte etter operasjon er viktig for å ivareta blant annet styrke og bevegelighet i amputert ekstremitet, samt forebygge psykiske plager. I anbefalinger av ikke-farmakologisk behandling av fantomsmerter er speilterapi et behandlingsalternativ. Evidensgrunnlaget for speilterapi er vurdert som svakt av de norske dysmeli- og armamputasjon-teamene, da det mangler kunnskap om hvordan speilterapi skal anvendes (7). Forskning viser likevel at speilterapi kan ha tilfredsstillende resultater for noen pasienter, dersom de får tilstrekkelig informasjon om hva metoden innebærer, framgangsmåte, potensielle bivirkninger og suksesshistorier (8;9;10).

Behandlingsmetoden er, som vist i illustrasjon 1, basert på visuell stimulering og utføres slik at pasienten plasserer den friske over- eller underekstremiteten foran et speil, og den amputerte over- eller underekstremiteten bak speilet (11).

Den visuelle tilbakemeldingen fra speilet er med på å stimulere speilnevronene i hjernen (12). Speilnevroner er grunnleggende for menneskets



Illustrasjon 1. Speilterapi med speilboks. (<https://mmrjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40779-018-0151-z>)

læring da de aktiveres gjennom handling og observasjon og lar mennesket gjenta eller imitere fra det øyeblikket en handling utføres. Når pasienten utfører øvelser med den friske ekstremiteten foran speilet, aktiveres speilnevroner. Det skapes da en illusjon hvor hjernen «lures» til å oppfatte kroppen som den var før amputasjon, og at bevegelsen gjøres bilateralt. Ved å gjennomføre speilterapi forventes det å redusere smertene ved å løse konflikten mellom motorisk intensjon, proprioepsjon og synssystemet (13).

Formålet med denne studien er å utarbeide et forslag til en prosedyre for speilterapi, basert på ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten sine erfaringer med behandlingsmetoden for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Forslaget kan brukes som inspirasjon til å utvikle en standard prosedyre for speilterapi i senere tid.

Metode

DESIGN

Denne studien benyttet kvalitativ design, som egnet seg godt til å utforske ergoterapeuters erfaringer

med speilterapi for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon (14).

DELTAKERE

For å rekruttere informanter til studien ble det sendt e-post til 15 ulike rehabiliteringssenter og sykehus som tilbyr rehabilitering for amputasjonspasienter. Av disse svarte fire rehabiliteringssentre at de ikke benyttet speilterapi. De resterende 11 svarte ikke på forespørselen. Vi tok dermed direkte kontakt med fire andre ergoterapeuter fra spesialisthelsetjenesten som vi hadde kjennskap til arbeidet med pasienter med amputasjoner. Alle disse fire ergoterapeutene ønsket å delta i studien. Ergoterapeutene oppga ulik arbeidserfaring med speilterapi i henhold til hvor lenge og hvor mye de hadde arbeidet med behandlingsmetoden. To av informantene arbeidet på samme institusjon. Vi har samlet erfaring fra tre ulike institusjoner lokalisert i tre ulike kommuner i landet. For å opprettholde anonymiteten til informantene vil de videre i artikkelen bli referert til som Informant A, B, C og D.

DATAINNSAMLING

Semistrukturert intervju er en datainnsamlingsmetode som kan bidra til struktur i intervjuet slik at informantens tanker, erfaringer, holdninger og opplevelser kan belyse forskningsspørsmålet (14). Intervjuguiden ble utarbeidet på forhånd med innledningsspørsmål, hovedspørsmål og avslutningsspørsmål. Innledningsspørsmålene, som omhandlet informantens kliniske erfaringer, var enkle å besvare og kunne fremme en avslappet atmosfære. Hovedspørsmålene ble formulert på bakgrunn av tidligere forskning som påpekte et kunnskapshull om hvordan utføre speilterapi. Det var satt av tid mot slutten av intervjuene, slik at informantene fikk anledning til å tilføye informasjon som ikke hadde kommet fram tidligere i intervjuet, eller om vi hadde oppfølgings-spørsmål. Alle intervjuene ble gjennomført digitalt grunnet COVID-19-restriksjoner. Det ble tatt lydopptak av intervjuene.

DATAANALYSE

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter gjennomført intervju, hvor den verbale informasjonen ble gjengitt så detaljert som mulig. Første og andre forfatter transkriberte to intervjuer hver. Systematisk tekstkondensering ble benyttet for å systematisere og organisere datamaterialet i fire trinn (14). I analyseprosessen er det viktig å være bevisst

egen forforståelse, da den kan påvirke tolkning av resultatene (14). Vår forforståelse baserte seg på kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi som vektlegger menneskers behov, forutsetninger og muligheter for aktivitet og deltakelse i eget hverdagsliv (15). I tillegg var studien motivert av praksiserfaringer fra tredje studieår hvor ergoterapeutene på praksisplasesene uttrykte et ønske om å anvende speilterapi, men ikke har benyttet behandlingsmetoden grunnet manglende kunnskap om metoden og manglende prosedyre. Dette førte til et ønske om å undersøke hvordan ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten anvender speilterapi.

Første trinn i analysemetoden var å få oversikt og danne et helhetsinntrykk av datamaterialet (14).

Videre i trinn to samlet vi datamaterialet som var relevant for å besvare forskningsspørsmålet. De meningsbærende enhetene ble samlet og sortert i 11 koder. Kodene omhandlet blant annet ergoterapeuters erfaring med speilterapi i henhold til hyppighet, varighet og innhold.

I trinn tre ble det laget kondensat hvor materialet fra kodene ble kondensert til abstraherte meningsinnhold. Det transkriberte materialet ble omformulert til meningsfulle setninger og kondensatet ble skrevet i jeg-form.

I siste trinnet i analysen ble den kondenserte teksten rekontekstualisert til beskrivelser og begreper som presenterte våre funn. Det var viktig at resultatene beholdt den originale konteksten av informantenes erfaringer og opplevelser med speilterapi. Funnene ble videre analysert og tolket i lys av begrepsmodellen «Model of Human Occupation» (MOHO) sine kjernebegrep: mennesket, aktivitet og miljø (16). Modellen bidro til å gi en bedre forståelse av aktivitetsutfordringene som ergoterapeutene beskrev i intervjuene, og hvordan utførelsen av speilterapi ble påvirket av pasientens motivasjon, livsstil og ferdigheter i sammenheng med omgivelsene (16). Relevant tekst ble skrevet som en analytisk tekst, og sammen med «gullsitater» utgjør dette resultatene i studien.

ETISKE BETRAKTNINGER

Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (ref.nummer: 415729). Deltakelsen i prosjektet var frivillig, og informantene hadde muligheten til å trekke seg fra studien dersom de ikke lengre ønsket å delta. I henhold til retningslinjene fra NSD ble det tatt lydopptak med en mobiltelefon satt i flymodus. Lydopptaket ble overført til

passordbeskyttet PC og slettet etter transkripsjon. Informantenes anonymitet og personvern ble ivare tatt gjennom hele studien.

Resultat

Ergoterapeutenes erfaringer med speilterapi for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon ble strukturert i to hovedtema: «Fordeler og utfordringer med speilterapi» og «Tre elementer som kan bidra til å lykkes med speilterapi». Resultatene blir presentert med undertema.

FORDELER OG UTFORDRINGER MED SPEILTERAPI

Informantene har ulike erfaringer med speilterapi, men uttrykker at det er viktig å belyse det de har opplevd som styrker og svakheter med behandlingsmetoden slik at den kan forbedres. Dette presenteres i to undertema:

- mindre smerte kan gi bedre muligheter for aktivitet og deltakelse
- mangel på en prosedyre og tid til oppfølging

MINDRE SMERTE KAN GI BEDRE MULIGHETER FOR AKTIVITET OG DELTAKELSE

Informantene har erfart at speilterapi kan bidra til en opplevelse av mindre fantomsmerter, som igjen bidrar til at pasientene slapper bedre av, noe som kan fremme konsentrasjon i hverdagen. Det kan gi pasientene overskudd til å delta i og mestre meningsfulle aktiviteter. Flere informanter sier styrken med speilterapi er at den kan fremme pasientenes aktivitet og deltakelse. Informant A sier dette: «*Vi opplever at speilterapi kan bidra til mindre smerter, noe som kan gi bedre muligheter og forutsetninger for aktivitet og deltakelse*».

Videre forteller informantene at enkelte pasienter som opplever fantomsmerter unngår å bruke den amputerte kroppsdelene i aktivitet. I slike situasjoner kan informantene tilby pasientene å prøve speilterapi, da behandlingsmetoden kan dempe fantomsmerter til pasientene og fremme bruk av den amputerte kroppsdelene. Noen av informantene anbefaler speilterapi før utførelse av en krevende aktivitet da pasientene kan få en opplevelse av ro etter speilterapi. Bruk av den amputerte kroppsdelene kan fremme pasientens opplevelse av selvstendighet i utførelse av hverdagslivets aktiviteter, og dermed bedre humør og livskvalitet.

Enkelte pasienter som må amputere en kroppsdel etter en traumatisk ulykke, kan oppleve at den amputerte kroppsdelene er låst i en ubehagelig posisjon,

slik den var under ulykken. Informantene forteller at flere pasienter opplever at speilterapi gir en opplevelse av å kunne strekke ut den «låste» kroppsdelene. Pasienter som ikke har gjennomgått traumatiske ulykker kan også etter speilterapi oppleve følelsen av å kunne strekke ut og kontrollere bevegelsene på den amputerte ekstremiteten, noe som i seg selv kan gi smertelindring. Informant B sier dette: «*Den følelsen av at en får rettet ut enten arm eller ben er det veldig mange som beskriver. Noen forteller at det var godt, og at de kjente en endring og en lettelse etterpå*».

Informantene uttrykker at det er ønskelig å benytte speilterapi som behandlingsmetode hyppigere ettersom det er en enkel og billig intervensjon. Ifølge informantene ønsker noen pasienter å ha et spill tilgjengelig på rehabiliteringsavdelingen, slik at de kan utføre behandlingsmetoden selvstendig. De positive erfaringene informantene beskriver med speilterapi, viser at behandlingsmetoden kan bidra til å redusere fantomsmerter og gi overskudd til deltakelse i hverdagsaktiviteter. Imidlertid beskriver informantene usikkerheter når det gjelder en prosedyre på anvendelsen av behandlingsmetoden.

MANGEL PÅ EN PROSEDYRE OG TID TIL OPPFØLGING

Informantene forteller at mangel på en prosedyre for anvendelse av speilterapi gjør at flere ergoterapeuter velger bort behandlingsmetoden. Ergoterapeuter som benytter behandlingsmetoden må utarbeide egne prosedyrer, noe som kan føre til ulike anvendelser og opplæring til pasientene. En standard prosedyre kan bidra til struktur ved bruk av speilterapi, slik at alle pasienter har lik forutsetning for å lykkes med behandlingsmetoden. Ulike erfaringer med pasientgruppen og begrenset kunnskap om speilterapi gjør det utfordrende å utvikle en standard prosedyre for anvendelse av speilterapi. Informant C sier dette:

«*Vi (ergoterapeutene) skulle hatt en skikkelig rutine på anvendelse av speilterapi. Om vi skulle gjort det mer strukturert hadde vi hatt et behov for å gjøre det tilsvarende likt. Det er alltid viktig når en skal implementere noe, å ha gode rutiner og god struktur på hvordan vi skal gjøre det*».

Informantene uttrykker at det også kan være utfordrende å sette av nok tid til oppfølging av pasienter som skal benytte speilterapi. Det er dermed viktig at

ergoterapeuter kartlegger pasientene grundig for å avgjøre om behandlingsmetoden er gjennomførbar. Faktorer som type amputasjon, årsak til amputasjon, psykisk helse og antall amputasjoner er sentrale når ergoterapeuten skal vurdere hvem som kan ha utbytte av speilterapi.

Ved noen amputasjoner opplever informantene blant annet at kan det være utfordrende å plassere speilet tett nok inntil pasientens kropp. Dette kan påvirke hvordan pasienten opplever illusjonen i speilet, og speilterapi kan derfor være utfordrende å gjennomføre for dem med kompliserte amputasjoner.

Dersom speilterapi skal være mulig å brukes hyppig, er det viktig for informantene å ha en prosedyre for anvendelse av behandlingsmetoden. Uten en standard prosedyre opplever samtlige ergoterapeuter at speilterapi er energi- og tidkrevende, og velger derfor ofte andre intervensjoner.

TRE ELEMENTER SOM KAN BIDRA TIL Å LYKKES MED SPEILTERAPI

Informantene beskriver tre elementer som bør forbedres for at speilterapi skal fungere mest mulig optimalt for pasientene. Disse elementene blir presentert i tre undertema:

- Speilterapi må struktureres ut fra pasientens ønsker og behov.
- Speilterapi må inneholde riktig kombinasjon av hyppighet, varighet og innhold.
- Rolige og trygge omgivelser gjør speilterapi mer realistisk for pasientene.

SPEILTERAPI MÅ STRUKTURERES UT FRA PASIENTENS ØNSKER OG BEHOV

Ifølge flere informanter er brukermedvirkning et nøkkelbegrep for å lykkes med speilterapi. Informantene understreker at pasientene må være villige til å sette seg inn i tanken om at speilbildet er ekte og at bevegelsene utføres bilateralt. Pasientenes ønsker og behov skal alltid være i fokus, og pasientene må være motivert gjennom hele prosessen for at behandlingsmetoden kan gi resultater. Informant D sier dette:

«Det som er viktig er at pasienten er med på det (behandlingen). Om en pasient som får speilterapi opplever det positivt, kan man tilby det (speilterapi) igjen. Om pasienten opplever at behandlingsmetoden ikke var bra, kan ergoterapeuten spørre om de vil prøve en gang til. Behandlingen må være ut fra pasientens ønsker og behov».

Informantene forteller at pasientene kan oppleve

behandlingsmetoden på ulike måter. Noen opplever umiddelbar virkning som redusert smerte, mens andre har behov for speilterapi flere ganger daglig for å oppleve virkning. Noen av informantene presiserer derfor at speilterapi er en behandlingsmetode som bør tilpasses individuelt.

SPEILTERAPI MÅ INNEHOLDE RIKTIG KOMBINASJON AV HYPPIGHET, VARIGHET OG INNHOLD

I vår studie forteller informantene at de er inspirert av forskning som anbefaler korte økter flere ganger daglig, da speilterapi kan være krevende og utmatende. Hyppighet og varighet varierer i liten grad hos informantene. Noen gjennomfører fem til åtte minutter med pasient, andre ti til femten minutter, ut fra pasientens ønsker og behov. En informant viser til forskning som sier at behandlingsmetoden bør utøves flere ganger daglig, men mangel på tid i arbeidshverdagen gjør anbefalingen vanskelig å følge. Det var derfor lettere for informanten å gjennomføre korte og få økter daglig.

Innholdet i aktiviteten speilterapi er en usikkerhet blant informantene. De opplyser at de har søkt kunnskap i forskning når speilterapi skal benyttes, og har derfor fokusert på enkle motoriske øvelser uten bruk av gjenstander.

ROLIGE OG TRYGGE OMGIVELSER GJØR SPEILTERAPI MER REALISTISK FOR PASIENTENE

For at pasienten skal få best mulig utbytte av speilterapi mener informantene det er viktig å tilpasse omgivelsene slik at pasienten får ro til å fokusere på tanken om at speilbildet er realistisk. Det blir også fortalt at det kan være lettere for pasienten å uttrykke følelser i et rolig og trygt miljø. Én av informantene forteller at relasjonsbygging mellom terapeut og pasient bør være i fokus. Informant B sier dette: *«For at speilterapi skal fungere er det viktig å ha fasilitetene til stede. En er nødt til å være på et rolig sted, og det er nødt til å være et sted hvor pasienten opplever det (illusjonen) som realistisk».* I en situasjon hvor pasienten er sårbar, for eksempel ved oppståtte bivirkninger, er det viktig med en god relasjon mellom terapeut og pasient slik at de sammen skal kunne løse situasjonen på en hensiktsmessig og god måte (17). Grunnlaget terapeuten legger i relasjonsbygging, skal fremme at pasient-terapeutforholdet er bygget på tillit.

Noen av informantene opplever at speilterapi kan være utfordrende å gjennomføre i spesialisthelsetjenesten da det ofte er mye støy og potensielle

forstyrrelser i avdelingen, samt få egnede rom å benytte. Én informant sier det er mulig at pasientene kan lære speilterapi på rehabiliteringsavdelingen og siden utføre behandlingsmetoden hjemme i trygge omgivelser. Ergoterapeutene har ikke mulighet til å følge opp pasientene etter hjemreise, men oppfordrer pasienten til å benytte speilterapi hjemme dersom pasienten har nytte av metoden. Informant B sier: «Noen pasienter kan utføre speilterapi i fire uker så har de ikke behov for speilterapi lenger, mens andre som har vedvarende fantomsmerter, bruker speilterapi etter de er utskrevne (fra rehabiliteringsoppholdet)».

Selv om ergoterapeutene i spesialisthelsetjenesten ikke har mulighet til oppfølging etter hjemreise er de pålagt et samarbeid med kommunehelsetjenesten slik at hver pasient får god tverrsektoriell samhandling i sin rehabiliteringsprosess (6). Retningslinjer for rehabilitering etter ervervet overekstremitetsamputasjon opplyser at overekstremitetsamputerte ofte er unge personer som ofte ellers er friske og har normal forventet levetid (7). Dette medfører et behov for koordinerte og integrerte helsetjenester i et livslangt perspektiv. God informasjonsutveksling er grunnleggende for god tverrsektoriell samhandling. Tydelige tverrfaglige epikriser og henvisninger, samt telefonisk kontakt med kommunale ergoterapeuter vil være nødvendig for å sikre optimal informasjonsoverføring (7). Slik kan pasienten få god oppfølging etter hjemreise fra rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten, også med speilterapi.

Diskusjon

Målet med denne studien var å utforske ergoterapeuters erfaringer med speilterapi som behandlingsmetode for pasienter med fantomsmerter etter amputasjon. Analysen av intervjuene beskriver to hovedfunn, og resultatene blir diskutert i lys av tidligere forskning og aktuell teori.

- Første funn belyser fordeler og utfordringer med speilterapi.
- Det andre funnet indikerer hvilke elementer som bør være til stede for at speilterapi skal være mest mulig gjennomførbart.

SPEILTERAPI SOM ET MIDDEL TIL Å OPPNÅ SELVSTENDIGHET I HVERDAGEN

I ergoterapi blir meningsfulle aktiviteter brukt som mål eller middel i pasientens intervensjoner (18). I våre funn beskriver informantene speilterapi som

et middel for å fremme aktivitet og deltakelse for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Informantene forteller at utførelse av speilterapi med den amputerte ekstremiteten kan bidra til økt selvstendighet i hverdagslige aktiviteter. Det er imidlertid ikke funnet forskning som støtter dette. Informantenes erfaringer kan likevel bidra til å styrke nytteverdien av speilterapi.

Tidligere forskning er med på å fremme bruken av speilterapi som behandlingsmetode da studiene indikerer at speilterapi kan redusere fantomsmerter (8;9). Studiene beskriver ikke hvordan speilterapi ble utført, og dette etterlater et kunnskapshull. Et annet styrkende element er at informantene opplyser at speilterapi er en enkel og billig behandlingsmetode som krever lite utstyr. Speilterapi er også enkelt og billig for pasientene å gjennomføre etter hjemreise fra rehabiliteringsopphold.

Ifølge forskning kan noen av pasientene oppleve bivirkninger av speilterapi i form av blant annet sorg etter tap av en kroppsdel (8). Informantene framhever også at det er viktig å være bevisst på at noen pasienter kan oppleve bivirkninger som for eksempel kvalme eller økt fantomsmerter, ved bruk av speilterapi. Ingen av informantene har opplevd at deres pasienter har fått bivirkning av behandlingsmetoden. Det er likevel viktig å informere pasienten om mulige bivirkninger før oppstart av speilterapi (8).

SAMSPILLET MELLOM PERSON, AKTIVITET OG OMGIVELSER

Elementene *Speilterapi må struktureres ut fra pasientens ønsker og behov, Speilterapi må inneholde riktig kombinasjon av hyppighet, varighet og innhold og Rolige og trygge omgivelser gjør speilterapi mer realistisk for pasientene*, kan sees i lys av de tre kjernebegrepene i «Model of Human Occupation». Modellen framhever samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser som avgjørende for å oppnå god aktivitetsutførelse i meningsfulle aktiviteter (16). Funnet i vår studie tilsier at mange ergoterapeuter opplever utfordringer med å avgjøre hvilke pasienter som kan ha nytte av speilterapi da de ikke har strukturerte vurderingskriterier. Forskning (10) beskriver pasientens vilje og motivasjon som viktige vurderingskriterier og avgjørende for behandlingen (10). Dette støttes av MOHO, som belyser at persons vilje, vaner og motivasjon er avgjørende for å oppnå god aktivitetsutførelse i meningsfulle aktiviteter (16). Pasienten må være motivert til å integre-

re speilterapi som en del av hverdagens rutiner, selv om det kan oppstå komplikasjoner eller ta lengre tid enn forventet før en oppnår ønsket resultat. Videre anbefaler forskning (10) at syn og kognitive evner inkluderes i vurderingskriteriene da det er to elementer som påvirker hvor god illusjonen i speilterapi kan bli (10).

Resultater fra vår studie tilsier at speilterapi er et middel hvor elementene hyppighet, varighet og innhold bør være tilpasset for å oppnå gode resultater av behandlingen. Behandlingsmetoden er brukersentrert, og det vil være hensiktsmessig å tilpasse anvendelsen av speilterapi individuelt da alle har ulike preferanser og opplevelser av egen tilstand og situasjon. Funn i vår studie er i tråd med forskning (10;19) som beskriver at hyppighet og varighet bør være fem til ti minutter, tre til fem ganger daglig. Det anbefales å starte med korte økter for å bli kjent med behandlingsmetoden for deretter å øke varigheten (19). Det er imidlertid stor forskjell på fem minutter tre ganger daglig og ti minutter fem ganger daglig. Vi ser derfor behov for videre forskning på hyppighet og varighet, men vil fremme at per nå er det best å finne den kombinasjonen av minutter og økter som fungerer best for pasienten.

Noen av informantene mener at omgivelsene bør tilpasses for at speilterapi skal fungere for pasientene. Det medfører at rehabiliteringsavdelingene bør ha et egnet rom med tilpasset speil. I intervjuene kommer det fram at noen pasienter ikke får tilbud om speilterapi grunnet mangel på tilpasset speil for mer kompliserte amputasjoner. Speilet skal ideelt være nær kroppen og kunne dekke den amputerte kroppsdelen for å skape en realistisk illusjon i anvendelsen av speilterapi (19). Det kan være ideelt å få tilpasset speil slik at pasienter som har kompliserte amputasjoner også får muligheten til å prøve behandlingsmetoden.

I studien til Rothgangel m.fl. (10) anbefaler terapeutene å starte speilterapi på rehabiliteringsopphold med et mål om at pasienten skal kunne benytte behandlingsmetoden som egentrening etter avsluttet opplæring. Våre funn støttes derfor av forskning (10) som beskriver at det kan det være optimalt å starte med å identifisere pasientens preferanser rundt hyppighet, varighet og innhold, for så å utarbeide en brukersentrert behandlingsprotokoll tilpasset hver pasient. Slik vil hver pasient få en behandling som fungerer optimalt for dem samt en protokoll de kan gjennomføre selvstendig etter opplæring.

METODEDISKUSJON

Informantene i denne studien er begrenset til ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten og deres oppfølging av amputasjonspasienter på rehabiliteringsopphold. Intervjuguiden hadde fokus på åpne spørsmål for å få rike beskrivelser av temaet, men for forståelsen vår har påvirket utforming av spørsmålene og tolkning av funn, samt bidratt til mangel på mer inngående oppfølgingsspørsmål. Vi ser i ettertid at spørsmål om oppfølging av speilterapi etter hjemreise og mulighetene for samarbeid mellom ergoterapeuter i spesialist- og kommunehelsetjenesten kunne styrket studien. Det hadde også styrket studien å stille informantene spørsmål om hvordan aktivitetsutfordringene hos pasienter med fantomsmerter blir kartlagt. Mangel på svar om disse to temaene ansees som en svakhet i studien. Vi ser derfor et videre behov for mer forskning og svar rundt disse konkrete temaene.

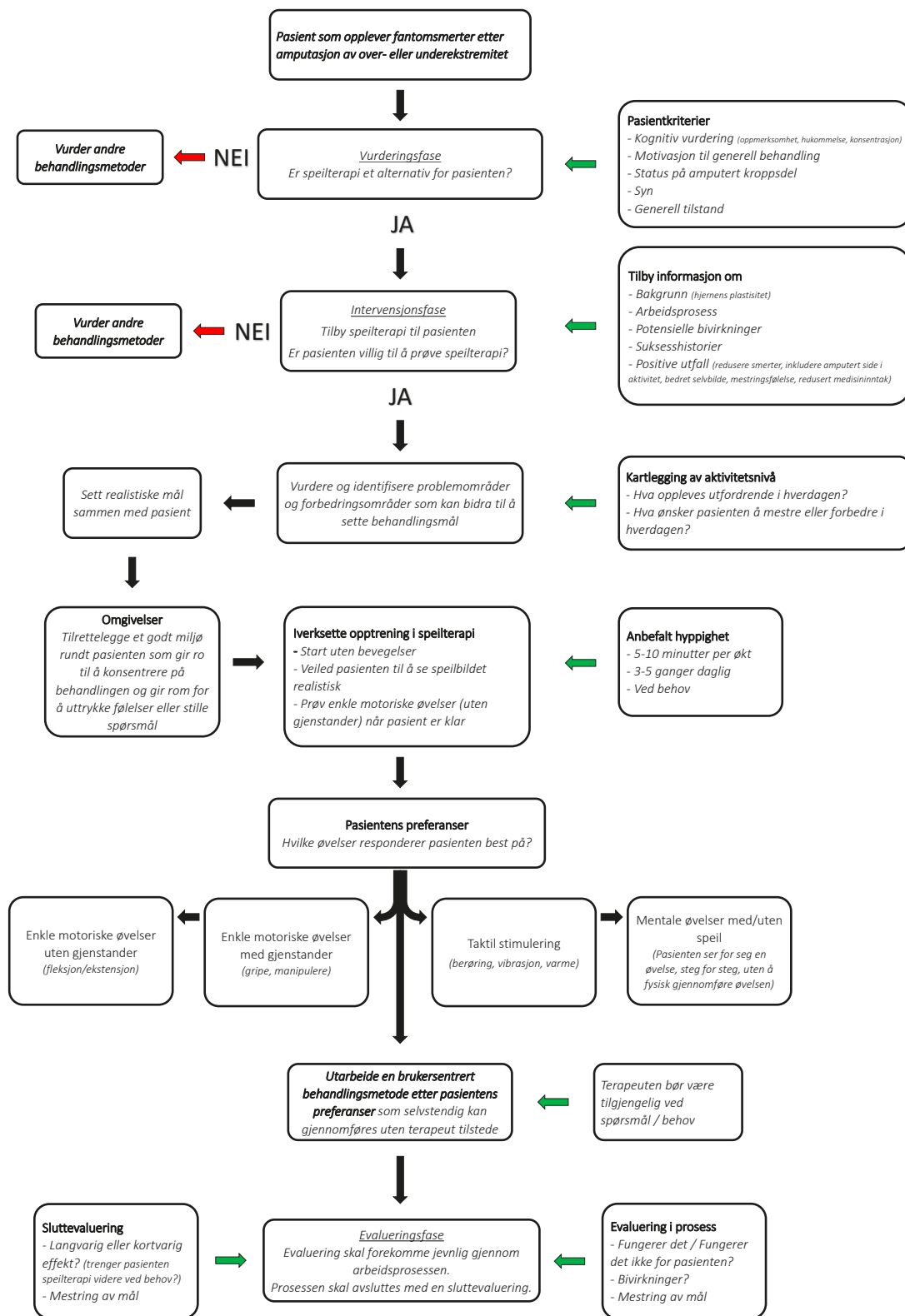
Nytteverdi for praksis

På bakgrunn av funnene i studien presenterer vi et forslag til en prosedyre for speilterapi (se figur 1). Forslaget er ikke en fasit, men kan være til inspirasjon og motivasjon for terapeuter som ønsker å utarbeide en standard prosedyre.

Forslaget presentert i figur 1 bygger på en tredelt tilnærming: vurdering, intervensjon og evaluering. I vurderingsfasen skal terapeuten undersøke om speilterapi kan være et godt alternativ for pasienten ut fra fem pasientkriterier. Dersom pasienten oppfyller kriteriene kan terapeuten tilby informasjon om behandlingsmetoden. Om pasienten ønsker å prøve speilterapi kan intervensjonen starte.

I intervensjonsfasen skal pasient og terapeut samarbeide om å sette realistiske mål. Deretter må terapeuten tilrettelegge omgivelsene og finne ut hva som fungerer best for pasienten med tanke på hyppighet, varighet og innhold. Denne tilnærmingen synes å fremme sannsynligheten for en vellykket behandling.

Når pasient og terapeut har kommet fram til hva som fungerer best for pasienten, utarbeides en brukersentrert metode for videre behandling med speilterapi. Evaluering bør gjennomføres fortløpende og underveis i hele arbeidsprosessen. Et eksempel på egnet ergoterapeutisk vurderingsverktøy er «The Canadian Occupational Performance Measure (COPM)», som har som formål å måle pasientens egen vurdering av aktivitetsutførelse i viktige hverdagsaktiviteter (20).



Figur 1: Forslag til en systematisk arbeidsprosess i anvendelse av speilterapi, utviklet av Cecilie G. Martens og Bing Zeng.

Et annet eksempel på egnede ergoterapeutiske vurderingsverktøy er «Ergoterapi Virksomhetsbasert Analyseskjema (EVA)», som er utviklet for å strukturere observasjon av aktivitetsutførelse (21). Med jevnlig evaluering kan pasient og terapeut sammen vurdere om behandlingsmetoden funge-

rer for pasienten, hva som fungerer godt, eller om pasienten opplever bivirkninger og behandlingsmetoden eventuelt må avsluttes. Arbeidsprosessen skal avsluttes med en sluttevaluering for å vurdere om pasientens mål er oppnådd. Om pasienten opplever langtidseffekt av speilterapi og målene er oppnådd

kan behandlingsmetoden avsluttes. Opplever pasienten korttidseffekt av behandlingsmetoden kan det være behov for å gjennomføre speilterapi jevnlig for å opprettholde reduksjonen av fantomsmerter. Opplæring under rehabiliteringsoppholdet, kombinert med en brukersentrert behandlingsmetode, kan gjøre det enklere for pasientene å gjennomføre speilterapi også etter hjemreise.

Konklusjon

Våre funn indikerer et behov for en prosedyre for speilterapi for pasienter med fantomsmerter etter amputasjon. Ergoterapeuters erfaringer med speilterapi antyder at behandlingsmetoden kan redusere fantomsmerter, fremme økt energinivå hos pasienten, fremme selvstendighet og mestring i aktiviteter, samt øke bevissthet rundt bruk av den amputerte kroppsdelen i aktivitet. Selv om behandlingsmetoden er svakt anbefalt i retningslinjene for overekstremitetsamputasjon, betyr det ikke at speilterapi ikke bør praktiseres. Behandlingsmetoden er svakt anbefalt grunnet manglende evidensgrunnlag på hvordan speilterapi kan/skal anvendes. Det vil være hensiktsmessig med flere studier som undersøker anvendelsen av speilterapi, spesielt knyttet til hyp-pighet, varighet og innhold. Vi håper denne studien kan bidra til diskusjon rundt mangelen på evidensgrunnlag for speilterapi.

Referanser

1. Jepsen, B.G., Larsen, A.E. Basisbog i ergoterapi: intervensjon. 3.utg. Danmark: Munksgaard; 2013. 574 s.
2. Schlichting, E. Amputasjon [Internett]. 13.02.2009 [oppdatert 24. aug 2018; hentet 23.apr 2021] Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/amputasjon>
3. Kaur, A., Guan, Y. Phantom limb pain: A literature review [Internett]. 04.12.2018. [hentet 27. apr 2022] Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6354174/>
4. Lindvåg, D. Speilterapi hjelper mineskadde i Kambodsja [Internett]. 16.06.2014 [oppdatert 16. jun 2014; hentet 23. apr 2021]. Tilgjengelig fra: <https://fysioterapeuten.no/amputasjoner-speilterapi/speilterapi-hjelper-mineskadde-i-kambodsja/107585>
5. Padovani, M. T., Martins, M. R. I., Venâncio, A., Forni, J. E. N. Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain [Internett]. 08.01.21 [hentet 25. apr 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4813406/>
6. Forskrift om habilitering og rehabilitering. 2011. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator m.v. av 2011-12-16 nr 1256.
7. Kunnskapsbasert faglig retningslinje for rehabilitering etter ervervet overekstremitetsamputasjon i Norge [Internett] 25.06.2019 [hentet 23. apr 2021]. Tilgjengelig fra: <https://app.magicapp.org/#/guideline/3491>
8. Chan, B. L., Witt, R., Charrow, A. P., Magee, A., Howard, R., Pasquina, P.F., Heilman, K.M., Tsao, J.W. Mirror Therapy for phantom limb pain [Internett]. 22.11.2007 [hentet 27. apr 2021]. Tilgjengelig fra: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc071927?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
9. Tilak, M., Isaac, S. A., Fletcher, J., Vasanthan, L. T., Subbaiah, R. S., Babu, A., Bhide, R., Tharion, G. Mirror Therapy and Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Management of Phantom Limb Pain in Amputees – A Single Blinded Randomized Controlled Trial [Internett]. 01.04.2015 [hentet 27. apr 2021]. Tilgjengelig fra: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25832306/>
10. Rothgangel, A., Braun, S., Witte, L.D., Beurskens, A., Smeets, R. Development of Clinical Framework for Mirror Therapy in Patients with Phantom Limb Pain: An Evidence-based Practice Approach [Internett] 16.04.2015 [hentet 29. apr 2021]. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papr.12301>
11. Solberg, S. Speilterapi i rehabilitering av arm- og håndfunksjon etter hjerneslag. 2016; 3: 24-27
12. Acharya, S., Shukla, S. Mirror neurons: Enigma of the metaphysical modular brain J Nat Sci Biol Med. 2012; 3(2): 118-124
13. Kim, S. Y., Kim, Y. Y. Mirror Therapy for Phantom Limb Pain. KJP. 2012; 25:272-274
14. Malterud, K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2018. 254 s.
15. Brandt, Å., Madsen, A. J., Peoples, H. Introduksjon til ergoterapi. 3.utg. Danmark: Munksgaard; 2013. 574 s.
16. Kielhofner, G. MOHO: Modellen for menneskelig aktivitet: Ergoterapi til utdanning og praksis. 2 utg. Danmark: Munksgaard; 2010. 600 s.
17. Fisher, A. G., Marterella, A. Powerful practice: A model for authentic occupational therapy. Fort Collins, CIOTS: Center for Innovative OT Solutions; 2019.
18. Bonsaksen, T., Vøllestad, K. & Taylor, R. R. (2013). The Intentional Relationship Model – Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice. Ergoterapeuten, 2013, nr.5, side 26-31.
19. Baun, K. Graded Motor Imagery: Mirror Therapy Explanation and Steps [Internett] 14.09.2020 [hentet 21. sep 2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.armdynamics.com/upper-limb-library/mirror-therapy-explanation-steps>
20. Kjekken, I. & Sand-Svartrud, A. L. The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. 2012; 1: 11-18
21. Jespersen, L. F., Clark, E. G. & Ellingham, B. Klinisk bruk av ferdighetsanalyse fra EVA-systemet i observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse. 2014; 4: 60-69