

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



**Verdenskongress i ergoterapi i Paris og
Norsk fagkongress i ergoterapi i Stavanger**

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. 6 – 1. des. / 31. des.

Nr. 1 – 1. feb. / 28. feb.

Nr. 2 – 3. april / 28 april

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine 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



14



46



70

REPORTASJE

- 6 Paris åpnet dørene for verdens ergoterapeuter**
Av Unni Sveen
- 12 Fem på kongress**
Av Unni Sveen
- 14 Mangfold, muligheter, mestring i samfunn, fag og forskning**
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 18 Jobber som demenskontakt**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 20 Ønsker mer debatt**
Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

- 22 Tips for å unngå pipebrann**
Av Roar Hagen
- 24 Ergoterapeutene har ansatt ny fagsjef**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 26 Ergoterapi i vinden**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

- 28 Fremtidig fokus i ergoterapiforskning**
Av Ingvild Kjekken

Forsidefoto:
WFOT/Chris Peus Photography

VITENSKAP

- 36 Er det regionale skilnader når det gjeld kommuneergoterapeutane i Noreg?**
Av Astrid Gramstad, Linda Stigen, Ruca Maas, Unni Sveen, Sissel Horghagen, Cathrine Arntzen og Tore Bonsaksen
- 46 Forsker i farten: Kine Strømstad**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 48 The approach of sexuality with persons with Acquired Brain Injury in chronic stage**
Av Nuria Rico Alonso, Pablo Cantero-Garlito og Thais Pousada
- 51 MATCH: When Occupational Therapy meets with robotics and artificial intelligence**
Av Nuria Rico Alonso, Pablo Cantero-Garlito og Thais Pousada
- 52 Within moments of becoming – Everyday citizenship in nursing homes**
Av Marianne Sund
- 54 Erfaringer med deltakelse i en aktivitetsreguleringsgruppe for personer med revmatisk sykdom og fatigue**
Av Margaret Ljosnes Søvik, Ruth Else Mehl Eide, Bjørg Rene, Margaret M. Strand, Ingvill Devik, Ingvild Kjekken og Tina Taule

56 Ergotrip med Siv Iren og Ingunn

Av Siv Iren Gjermsstad og Ingunn Myraunet

58 Robotikk i rehabilitering av arm og hånd for pasienter med hjerneslag

Av Linda Sørensen og Truls Sveløkken Johansen

60 Hvorfor er seniorene så opptatt med prosjekter?

Av Liv Hopen

62 «Vi vil ikke prate om sykdom, men om hverdagen»

Av Vår Mathisen og Rita Sørly

66 Bruk av Falls Efficacy Scale International (FES-I) i spesialisthelsetjenesten

Av Tyri Karoline Aukland, Eli Færevaaag Jacobsen, Julianne Morken Haukeland og Tina Taule

DEBATT

68 Kvalitet eller kvantitet? – Hvilken fot skal du skyte deg i?

Av Yrkesetisk utvalg

PÅ DE SISTE SIDENE

70 Din mening teller

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

73 Kursannonser

Velkommen til to kongresser

Denne utgaven av *Ergoterapeuten* er viet de to fagkongressene i ergoterapi som har preget denne høsten. Den ene foregikk i Paris, den andre i Stavanger.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Begge kongressene har vært utsatt flere ganger på grunn av korona, og derfor fant de sted nesten samtidig.

Da Paris dørerne for *Verdenskongress i ergoterapi* 28. august i år, samlet byen ergoterapeuter fra over 100 forskjellige land. Temaet for verdenskongressen var: *Occupational (R)evolution*, eller for å si det på norsk *Aktivitet(R)evolusjon*. Presentasjonene spente fra teknologi, lederskap, rehabilitering, krisehåndtering og migrasjon. WFOT ønsket at kongressen skulle videreutvikle faget gjennom nytenkning og innovasjon.

Den norske fagkongressen i Stavanger startet 19. september. Her møttes ergoterapeuter fra alle deler av landet og presenterte sine prosjekter, lærte av hverandre, diskuterte og hadde det hyggelig. Temaet for denne kongressen var *Mangfold, muligheter, mestring i samfunn, fag og forskning*. Bærekraft var et tema som gikk igjen.

Hvorfor er det så viktig å reise på konferanser? Først og fremst er jeg enig med Anette Eidesen som sier: «Det er en helt spesiell opplevelse når mange ergotera-

peuter er samlet på ett sted.» Hun er denne utgavens «Våre tillitsvalgte».

En annen opplagt grunn til å delta på konferanser er å bygge nettverk. Konferanser samler mennesker fra forskjellige geografiske områder så det er en fin måte å møte nye mennesker innenfor fagfeltet.

En konferanse er også et velegnet sted å utvide sin egen kunnskap. Det kan være nye terapiformer, nye typer utstyr og ikke minst ny forskning. Det beste er kanskje at konferansen gir en mulighet for å få menneskene bak presentasjonene i tale.

Det er også mulig å presentere eget arbeid. Det kan gi nye perspektiver via tilbakemeldinger og spørsmål. Mange av de man møter på konferanser, ville man ellers ikke truffet i løpet av et vanlig arbeidsliv.

Jeg håper at noe av magien fra de to kongressene vil stråle gjennom dette bladet, og at det vil utvide kunnskapsfeltet til ergoterapeuter der ute. Og skulle dere ønske å stille spørsmål eller åpne opp for en diskusjon: Husk debattsidene!

Verdens beste kjernekompetanse!

Vi ergoterapeuter jobber med å gjøre hverdagslivet mulig for innbyggerne. Jeg kan knapt tenke meg et samfunnsoppdrag som er viktigere eller mer meningsfullt. Vår kjernekompetanse om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser er, etter min mening, verdens beste kjernekompetanse.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Denne kjernekompetansen fikk skinne under gjennomføringen av den syvende norske fagkongressen i ergoterapi. Endelig kunne vi møtes i Stavanger, til tre dager med ergoterapi og ergoterapeuter. Gjennom pandemiens to utsettelse gledet jeg meg både tålmodig og utålmodig, og forventningene rakk å bli skyhøye. Skyhøye forventninger kan lett føre til skuffelse, men alle mine forventninger ble innfridd, i stort monn. For en fagfest det ble!

Under overskriften «Mangfold, muligheter og mestring i samfunn, fag og forskning», ble vi servert fantastiske plenumsforedrag, 147 parallellsesjoner og 40 postere. Fagkongressen gav oss solide bevis på at faget vårt er i en drivende utvikling. Jeg var stolt over ergoterapifaget fra før, og jeg var enda mer stolt da jeg reiste hjem. Tre dagers fellesskap med 600 engasjerte ergoterapeut-kolleger var akkurat det vi trengte, i en tid hvor kjernekom-

petansen vår trengs mer enn noen gang.

Jeg gjentar utrettelig at det er nødvendig med et paradigmeskifte i helse- og velferdstjenestene. Kjernekompetansen vår trengs for å skape smartere og mer bærekraftige tjenester. Det haster med en dreining til mye større vektlegging av helsefremmende, forebyggende, habiliterende og rehabiliterende tjenester-tjenester som utløser ressursene i den enkelte og som kan bidra til å dempe behovet for de mest ressurskrevende tjenestene. Derfor er det viktig at vi forsker og utvikler oss, som profesjon. Derfor er det viktig at vi synliggjør at vi er en nødvendig del av løsningene. Derfor er det viktig at vi, som fagpersoner, er oppdatert på ny kunnskap og hva som er smart i ergoterapifaget.

Forskerne våre og alle faglige ildsjeler er av uvurderlig betydning, både for oss som faggruppe og for visjonen om

aktivitet og deltakelse for alle. Fagutvikling krever bekreftelser, avkreftelser og ny kunnskap om hvordan vi best gir ergoterapi til innbyggerne.

Tusen hjertelig takk til kongresstyret og alle komitémedlemmene, som gjorde fagkongressen i Stavanger mulig. Dere gav oss en fantastisk fagkongress. Takk, også, til alle bidragsytere som driver faget videre gjennom forskning og fagutvikling. Ikke minst; takk til alle som kom, og som sørget for at fagkongressen ble tre dager med begeistring, glede, stolthet og entusiasme over verdens beste kjernekompetanse.

I skrivende stund forbereder vi oss til Ergoterapiens dag, 27. oktober, og nok en gang setter vi ny rekord i antall markeringer. Nesten 150 innmeldte markeringer tyder på at fagfesten fortsetter over hele vårt langstrakte land. Gratulerer med Ergoterapiens dag!

Paris åpnet dørene for verdens ergoterapeuter

- MED AMBISJONER FOR FAGETS «R-EVOLUTION»

Etter år med pandemi og fravær av kongresser og konferanser, kunne endelig verdens ergoterapeuter sees! Møteplassen for den 18. WFOT-kongressen var det enorme Paris Convention Centre i Paris.

Av Unni Sveen



Fra 28. til 31. August 2022 var det verdenskongress for ergoterapeuter i Paris.



Arnaud Schabaille er forbundsleder i vertslan- det Frankrike.



WFOTs president Samantha Shann.

Ergoterapeuter fra alle verdenshjørner strømmet til denne Europas vakre metropol, og byen viste seg fra sin aller beste side, med solfylte dager og behagelige temperaturer. Kongress-senteret ga en god ramme for det etterlengtede arrangementet der ergoterapeuter fra over 100 land deltok. Av disse var det foredragsholdere fra over 60 land og sponsorer fra hele verden. I alt 14 norske kolleger hadde muntlig presentasjon, og flere hadde postere. Mellom «slagene» koste ergoterapeutene seg i Paris på bulevardene, fortausrestaurantene og i noen av de vakre parkene.

Forbundslederen fra vertslan- det Frankrike, Arnaud Schabaille, uttrykte det slik: Vi kjente på fortvilelsen da covid kom, og vi måtte utsette planene for kongressen



R-evolution viser til hvordan innovativ ergoterapi praksis, utdanning og forskning transformerer menneskers liv.



i 2021. Etter hvert som tiden for arrangementet nærmet seg, har vi kjent på en skrekkblandet fryd! Blir det mulig å møtes? Endelig kan vi ønske dere velkommen.

Kongressen åpnet med å hedre alle forbundslederne fra landene som er en del av WFOT. De kom i prosisjon inn i salen der et par tusen forventningsfulle ergoterapeuter fra alle verdens kanter hadde benket seg. Noen deltok også digitalt. I talen til presidenten i WFOT, Samantha Shann, adresserte hun hvordan de siste årene har vært en stor belastning for alle som arbeider innen ergoterapifaget.

- Ergoterapeuter har respondert på utfordringen og er «in the forefront» for å ivareta mennesker, familier og samfunn slik at de kan leve et liv der de kan velge «what matters for them», sa hun.

Frankrikes helseminister, Agnes Le Bodo, understreket at ergoterapeuter er en svært viktig gruppe som kan bidra til et godt hverdagsliv for mennesker. Hun oppfordret oss som deltok på kongressen å dele kunnskap, lytte til hverandre, diskutere og finne svar.

- Her har dere en anledning til å sørge for spredning av innovative ideer. Slagordet for



Her er de fleste av de norske deltakerne samlet på et Brett.

kongressen, R-evolution, peker mot å utvikle faget videre, være nyskapende, kreative og gjøre en omveltning og et skifte som vil løfte faget.

ERGOTERAPI I ET GLOBALT PERSPEKTIV

Det neste plenumsinnslaget med klare oppfordringer til ergoterapeuter om å bidra globalt, kom fra Alarcos Cieza fra Verdens Helseorganisasjon (WHO). Hun snakket varmt om behovet for rehabilitering, og at ergoterapeuter har et svært viktig bidrag her. WHO's storsatsing, Rehabilitation 2030, har som mål å bidra til et bedre, verdensdekkende helse-tilbud med kvalitativt god og rettidig rehabilitering, i tillegg til viktige helsefremmende og forebyggende tjenester.

– En forutsetning for å gi et helsetilbud av høy kvalitet er at vi har en godt fungerende arbeidsstyrke

innen rehabilitering som inkluderer ergoterapeuter. En R-evolution av faget må omfatte styrking og oppgradering av både praksis, utdanning og forskning. Ergoterapi er en integrert del på alle nivåer i helsetjenesten i samfunnet, i primærhelsetjenesten sekundær- og tertiær-tjenesten, sa hun.

Hun utdypet videre forventningen og ansvaret som ligger i slagordet for kongressen, R-evolution, og betydningen som ergoterapi kan ha for menneskers helse og velbefinnende. Hun understreket den «impact» ergoterapi har i rehabilitering og folks liv, der så mange som 2,4 milliarder mennesker trenger rehabilitering.

– Behovet for rehabilitering har økt med 63 prosent de siste 30 årene, og det forventes at det vil bli enda større. Grunnen til dette er negative konsekvenser av skader, infeksjoner, ikke-smittsomme, kroniske sykdommer og



Frankrikes helseminister Agnes Le Bodo.



Alarcos Cieza representerte WHO.



Karen Hammell snakket om systematisk rasisme i helsetjenestene.



Den forrige WFOT-presidenten, Kit Sinclair, ledet sesjonen om ergoterapi for mennesker i krise.



Den ukrainske ergoterapeuten Olya Mangusheva ga et innenfra perspektiv om det å utvikle profesjonell identitet midt i en krig. Foto: Chris Peus Photography.

naturkatastrofer. Det er en skremmende tanke at bare 50 prosent av verdens befolkning har tilgang til rehabiliteringstjenester. WHO's Rehabilitation 2030 har som ambisjon å møte disse utfordringene.

OCCUPATIONAL UNJUSTICE

En meget profilert person innen ergoterapifag og forskning er kanadiske Karen Hammell. Hun holdt en presentasjon i en av parallellsesjonene med tittelen «Blinded by Whiteness; It's time for occupational therapy to recognize systemic racism as an unjust determinant of occupation». Hun er en sterk talsperson for å ta det ansvaret som ligger i ergoterapeuters fagutøvelse med å ivareta menneskers rett til likeverdige helsetjenester, og hun snakket om en «transformation of the profession».

– Vi må styrke arbeidet for

rettferdige tjenester og møte mennesker der de er, med sine behov. Ergoterapeuter er forpliktet til å fremme «occupational rights as the actualization of human rights», sa hun.

Hun mente at det har vært liten interesse for «occupational justice» innen faget.

– Vi lever i en verden der urettferdighet er satt i system, med utbredt undertrykking, urettferdighet og diskriminering. Et eksempel på dette er i arbeidsfeltet, der mennesker diskrimineres på grunn av funksjonshemming, rase, kjønn, tro og kultur.

Hun påpekte at kolonialisering har vært et stort hinder for at folk kan ta egne valg for sine liv og sin helse.

– Man snakker om «occupational choice and possibilities», som om mennesket står fritt til å gjøre

egne valg. Men her er konteksten svært avgjørende. «People have to choose from the choices they actually have», sa hun.

ERGOTERAPI FOR KRISERAMMEDE

Et beslektet tema ble tatt opp i en plenumssesjon med paneldebatt om ergoterapi for mennesker i krise, på engelsk kalt «disaster occupational therapy». Sesjonen ble ledet av den forrige WFOT-presidenten, Kit Sinclair, som har engasjert seg i dette temaet. Her deltok flere ergoterapeuter med erfaring fra arbeid i regioner med mennesker i krise. Det ble en svært spennende og tankevekkende debatt blant de fire foredragsholderne, som også åpnet for en interessant diskusjon med tilhørerne.

Deltakerne i panelet bisto på



Pricille Deborah gjorde et sterkt inntrykk på tilhørerne. Foto: Chris Peus Photography.

ulike måter folk i nødsituasjoner som naturkatastrofer, krig og pandemier. Noen hjalp flyktninger og asylsøkere. Verdensforbundet har engasjert seg i slikt arbeid siden 2005, da representanter for WFOT kom på banen i forbindelse med tsunamien i Asia. Senere har verdensforbundet utviklet en manual for å bygge opp kompetanse på forberedelse og respons på naturkatastrofer, engasjert seg i arbeidet med flyktninger og asylsøkere og i tiden fram mot 2020 har WFOT utarbeidet en «educational modul» for «emergency operations, emergency medicine and rehabilitation».

Den ukrainske ergoterapeuten Olya Mangusheva gjorde stort inntrykk. I sin presentasjon ga hun oss et innenfra perspektiv om det å utvikle profesjonell identitet midt i en krig. Hun ble etter hvert

tvunget til å forlate Ukraina på grunn av krigen og er for tiden bosatt i USA der hun underviser og forsker.

FRA MOTSTANDSKRAFT TIL FRIHET

En av de mest interessante plenumsforeleserne var Pricille Deborah, som gjorde et sterkt inntrykk på tilhørerne. Hun representerte brukerperspektivet og er samtidig en sann aktivist, som har vært alvorlig skadet, gjennomgått rehabilitering og fått tilbake troen på livet. Hennes liv, aktivitet og deltakelse er helt spesiell. Begrepet aktivist her handler både om hvordan hun har R-evolusjonert sitt eget liv, men også bidratt på mange ulike måter med å berike andres liv.

For en del år siden fødte hun en datter og fikk i etterkant en

dyp fødselsdepresjon. Etter et selvmordsforsøk mistet hun begge bena og høyre arm og er i dag trippelamputert. Etter dette var hun virkelig langt nede, følte hun hadde mistet kroppen og ikke hadde noen framtid. Men livet fikk en vending under et rehabiliteringsopphold, både i møte med helsepersonell og i møte med noen unge kvinner som også hadde vært igjennom amputasjoner. Hun så at de lo sammen og var optimistiske, tross alt. Hun ble så inspirert av det støttende miljøet, at hun etter hvert klarte å se fremover og verdsette at hun hadde mye verdifullt i livet, som sin mann og sin lille datter. Også kunsten var en sterk motivator. Derfor bestemte hun seg for å forfølge sin drøm om å bli profesjonell maler og utdanne seg innen kunsthaget. I presentasjonen



Brasilianske Ana Malfitano snakket om ulikhet og sosial urettferdighet. Foto: Chris Peus Photography.

brukte hun flere av sine svært uttrykksfulle malerier. Hun formidlet at hverdagen ikke bare er enkel, at ting tar tid, og å akseptere at alt ikke må være perfekt.

– Jeg kan ikke lage flotte fletter i håret til min datter, men slik er det, sa hun.

Da hun og mannen gikk fra hverandre, fortsatt hun sin kunstnerkarriere og engasjement innen funksjonshemmedes interesseorganisasjoner. Her traff hun sin nye mann, Fred, og sammen har de blant annet drevet humanitært arbeid i Afrika.

– Han hadde paraplegi, men det hindret oss ikke i å ha et aktivt liv og få et barn sammen.

I de sist par årene har hun fått tilpasset en avansert Bionic arm-protese, TMR (targeted muscle reinnervation) som den første i Frankrike. Hun har et kirurgisk

team rundt seg og har fått mye støtte til å finansiere protesen. Nå jobber hun aktivt for at også andre kan få finansiert slike proteser via forsikringsselskaper. Hun framsto som en svært sterk og generøs person, og da hun fortalte at hennes kjære Fred døde for tre måneder siden av hjerteinfarkt, ble det felt flere tårer i salen. Deborah er et sterkt eksempel på hvordan mennesker kan oppleve store kriser og påkjenninger, men bevare håpet og gå videre i livet.

ERGOTERAPI I ET SAMFUNNSPERSPEKTIV

Ana Malfitano fra Brasil hadde en plenumsforelesning om «social occupational therapy». Hun er førsteamanuensis ved Federal University of Sao Carlos, Brasil. Begrepet sosial ergoterapi er

utviklet i Brasil og har fokus på ulikheter og sosiale urettferdigheter. Hun utfordret tilhørerne til å stille spørsmål ved hva som skal være fokus for ergoterapeuters handlinger og profesjonelle praksis. Hun argumenterte for en orientering mot occupational engagement, social participation and social inclusion.

– Et argument for å fremme «sosial ergoterapi» i vår tid er at vi lever i mørke tider med kriger, katastrofer og konstant sosial ulikhet. Vi bør stille spørsmål ved den samfunnsforpliktelsen vi har som ergoterapeuter, sa hun.

Med begrepet «sosial ergoterapi» viste hun til en holistisk orientering i vår praksis og vektla at ergoterapeuter kan bidra til menneskers frigjøring og autonomi. Ergoterapeuters største bidrag er at handling kan rettes mot de



Gateliv i Paris med Notre-Dame i bakgrunnen.



Forbundslederne fra de nordiske landene inviterte til nordisk treff.



Restauranten var full av smilende ergoterapeuter.

sosiale dimensjonene i folks liv.

– Hvilke behov og utfordringer i samfunnet responderer ergoterapeuter på? Hvilken kunnskap tilbyr «sosial ergoterapi» til dagens samfunn? Svaret er at ergoterapeuter kan bidra til å «enable, facilitate, and create forms of social inclusion and participation in social life», sa hun.

NORDISK TREFF

I anledning av at SJOT blir et open access tidsskrift i 2023, ble det invitert til feiring med et nordisk treff. Forbundslederne fra de nordiske landene som eier SJOT, sto for arrangementet. Vi møttes i en koselig restaurant som etter hvert ble smekkfull av ergoterapeuter fra alle Nordens

hjørner. Praten og stemningen sto i taket, med vin og deilig bespisning.

Flere av de muntlige presentasjonene på kongressen ble holdt av våre norske kollegaer, noe som gjorde de norske tilhørerne riktig så stolte. De jobber med spennende prosjekter og holdt inspirerende innlegg.

NORSKE PRESENTASJONER

Sissel Horghagen - Dilemmas experienced by occupational therapists in community health services in relation to generalist, specialist, and generic positions. (Cathrine Arntzen, Linda Stigen, Unni Sveen, Tore Bonsaksen)

Cecilia Celso og Lene Fogtman Jaspersen - Two supervision models - a coaching program for fieldwork supervisors and group supervision for students during clinical placements.

Malin Mongs og Therese Lindberg - The role of the Occupational Therapist in the Intensive Care Unit (ICU)

Hilde Thygesen - The role of telecare and smart home technologies in elderly care

Tore Bonsaksen - Associations between occupational therapy students' academic performance and their study approaches and perceptions of the

learning environment (Trine Magne, Linda Stigen, Astrid Gramstad, Lene Åsli, Gry Mørk, Susanne Johnson, Tove Carstensen)

Trine Magne - Do the students have all the answers? - a qualitative study of students' experiences of the learning environment (Tore Bonsaksen og Tove Carstensen)

Linda Stigen - Designing an intervention study in collaboration with practitioners

Helle Gregersen - Occupational therapists' identity when working in community rehabilitation with persons after acquired brain injuries (Per K Solvang)

Lisebet Skarpaas - An international perspective on occupational therapy: understanding of OT and contextual influences on practice. (Mona Asbjørnslett, Linda Stigen)

Björg Thordardóttir - The mis-fit of the 'ville' and the 'cité' : how occupational therapy students can investigate and influence physical and social accessibility in the city for all through learning. Lessons from Accessibility Week in Oslo 2021.

Anne Sølvsberg - Older adults and use of tablets for internet-based activities: an observational study

Tove Carstensen - How can ADL-training contribute to improve health literacy? (Camilla Renaa, Ruca Maass)

Astrid Gramstad - What does the research tell us about occupational therapy services in primary health care in the Nordic countries? (Cathrine Arntzen, Linda Stigen, Unni Sveen, Ruca Maass, Sissel Horghagen, Tore Bonsaksen)

Guri Einbu - Community based occupational therapists' role and professional identity (Linda Stigen)

5 på kongress

Hva syns de norske deltakerne om kongressen? Vi spurte noen:

- 1 Hva har gjort størst inntrykk på deg?
- 2 Hva var spesielt bra, og hvor er det forbedringspotensial?
- 3 Hva tar du med deg av kunnskap som du kan bruke videre i praksis, undervisning eller forskning?



Ruth-Ellen Slåttsveen er ph.d.-stipendiat på OsloMet.

1. Det gjorde inntrykk å være samlet så mange ergoterapeuter, kjenne på fellesskapet og stoltheten over å være ergoterapeut og det felles engasjementet i å være med å utvikle faget.
2. Det var en godt organisert og spennende kongress med stor variasjon i innhold og tematiske områder. Som forbedringspotensial kunne det vært bedre visninger av de digitale posterne, for eksempel at de rullerte på storskjerm i tillegg til de små skjermene. Det kunne også ha vært bedre oversettelse på de franske innleggene, eventuelt at alle innleggene var på engelsk.
3. Jeg tar med meg en økt kunnskap om at metode og teorier er nyttig, samtidig med en innsikt i hva som «rører» seg i andre land. Det å se og høre hvordan andre legger fram sine prosjekter er det også alltid god læring i.



Marte Ørud Lindstad er universitetslektor og ph.d.-stipendiat ved NTNU Gjøvik.

1. Det gjorde inntrykk å få impulser fra alle verdenshjørner, og å se hvor mangfoldig ergoterapi kan brukes. Det er vel kanskje både en styrke og en utfordring.
2. Det var inspirerende å være sammen med så mange andre ergoterapeuter fra hele verden, jobbe med nettverk og møte igjen folk fra tidligere kongresser. Det nordiske treffet var topp. Det var en imponerende flyt og gjennomføring av arrangøren. Simultanoversettelsen fra fransk fungerte ikke optimalt og jeg savnet work-shops og rundebordskonferanser.
3. Jeg tar med meg videre kunnskap fra flere presentasjoner. Samtaler med ergoterapeuter som holder på med samme type forskningsmetodikk som meg, var også nyttig. Videre hørte jeg presentasjoner som bekreftet egne måter å drive undervisning på til studenter, eller som ga inspirasjon til hvordan formidle temaer. Vi har også snakket med lærere ved andre universiteter i andre verdensdeler om å ha digitalt studentsamarbeid.



Cecilia Celo er fagutviklingsergoterapeut og ergoterapi-spesialist ved Oslo universitetssykehus.

1. Det gjorde stort inntrykk at ikke alle land har en ergoterapiutdanning og hvor hardt enkeltmennesker jobber for å bygge det opp i hjemlandet. Det gjorde også inntrykk hvordan krig tvinger frem behov for blant annet ergoterapi.
2. Jeg likte spesielt de som snakket om hvordan kultur påvirker fagutøvelsen og forståelsen av individet og hvordan ergoterapeuter ikke må tilrettelegge for hjelpeløshet og avhengighet. Videre var det inspirerende da Lene Jespersen og jeg presenterte «Coaching av Praksisveiledere, CAP-modellen». Noen ville implementere lignende modeller i eget land, mens andre ble fortvilede over ikke å bli hørt og sett i praksissituasjoner. Forbedringspotensialet på en så stor kongress er alltid til stede. Selv om jeg liker at vi fremmer ulike språk, var det utfordrende at keynote-speakers valgte å snakke fransk framfor engelsk.
3. Vi må ta med det kulturelle perspektivet i fagutøvelsen hjemme også, både fra ulike land og ulike kulturer innad i landet. Jeg ble inspirert av hvor gode noen er på «networking». Malins Mongs nettverk for ergoterapeuter innen intensivergoterapi vokste fra skandinavisk til verdensomspennende i løpet av timer.

- REPORTASJE -



Lene Fogtmann Jespersen er fagutviklingsergoterapeut/ studentkoordinator ved Oslo universitetssykehus.

1. Det gjorde inntrykk å se hvordan verdenssituasjonen påvirker yrkesutøvelsen på alle nivåer. Hvordan kan vi personlig skape bevissthet rundt beredskap, hvordan kan vår yrkesgruppe bidra til beredskap? Hvordan kan beredskap gjennomføres på systemnivå?
- 2 Det var spesielt bra å treffe ergoterapeuter fra hele verden og få muligheten til å delta i dialoger og refleksjoner over ulike temaer med et mangfold av perspektiver. En «fysisk» poster var et godt utgangspunkt for dette. De elektroniske fungerte ikke tilfredsstillende, heller ikke de digitale innleggene, der foreleser ikke var til stede. Men plussiden med det digitale er at flere kan delta. Det var også noen utfordringer med å ha en tolk «på øret».
3. Jeg tar med meg engasjementet vi opplevde rundt viktigheten av praksis for ergoterapistudiet, og er inspirert til å jobbe målrettet videre med å utvikle systemer for kvalitetssikring i alle ledd i praksis og øke statusen og arbeidsforholdene for praksisveiledere.



Helle Gregersen er ergoterapeutspecialist i Nes kommune.

1. Den enorme fellesskapsfølelsen gjorde inntrykk på meg. Jeg snakket med ergoterapeuter fra flere forskjellige land, og alle delte åpent og ærlig om hvordan forskning og praksis er hos dem. I store trekk står vi overfor de samme utfordringene i hverdagen. Det var også et sterkt innlegg om at ergoterapeuter kan ha en viktig rolle under akutte situasjoner som naturkatastrofer og krig.
2. Jeg syntes overordnet sett at det var et bra arrangement som viste variasjonen i ergoterapi. Det var tydelig at ergoterapeuter rundt omkring i verden har fokus på å holde godt fast i aktivitetsperspektivet. Jeg kunne ønsket meg at noen innlegg varte lengre for å komme mer i dybden med enkelte temaer.
3. En ting jeg tar med meg tilbake til min praksis i kommunen er at vi må ha større fokus på aktivitetene og aktiviteter som intervensjon. Det er så mye potensiale i meningsfulle aktiviteter, da det ofte også er her motivasjonen ligger.



Malin Mongs er fagutviklingsergoterapeut ved Oslo universitetssykehus.

1. Jeg ble så stolt over å se hva faget kan bidra med, fra individ- til samfunnsnivå. Det var også hyggelig å kunne møtes fysisk igjen og treffe så mange forskjellige ergoterapeuter fra ulike kulturer og fagfelt.
2. Jeg var med å presentere «Skandinavisk nettverk for ergoterapeuter på intensiven», og etter kongressen må vi nok etablere et globalt nettverk. Jeg har møtt mange forskjellige mennesker med ulik erfaring og kunnskap på området, fra den eneste ergoterapeuten på intensivavdeling i hele Hellas til det store miljøet i London som har Storbritannias største ergoterapigruppe innen intensiv. Jeg møtte også forskere fra hele verden som ønsker å utvikle feltet.
3. Jeg tar med meg videre viktigheten av å utvikle «katastrofeplaner» og at ergoterapeuter er en ressurs ved kriser og katastrofer.



Anne Myhre Sølvsberg er universitetslektor ved NTNU Gjøvik.

1. Det gjorde størst inntrykk å møte ergoterapeuter fra hele verden og se spennet i hvordan en kan jobbe som ergoterapeut.
2. Jeg synes det var interessant å danne seg et inntrykk av hvor ergoterapifaget er på vei de neste årene, men jeg savnet arenaer hvor vi i større grad kunne diskutert aktuelle temaer. At enkelte presentasjoner ble holdt på fransk gjorde innholdet utilgjengelig, da jeg ikke kan språket og dessverre hadde for gammel mobil til å kunne laste inn kongressappen med oversetterfunksjon.
3. Jeg tar med meg videre at vi må utdanne ergoterapeuter som i enda større grad kan jobbe på system- og gruppenivå innenfor helsefremmende- og forebyggende arbeid. Jeg har også fått kontaktinformasjon til potensielle samarbeidspartnere internasjonalt.

MANGFOLD, MULIGHETER, MESTRING I SAMFUNN, FAG OG FORSKNING

19. september i år samlet 600 ergoterapeuter seg til norsk fagkongress i ergoterapi. Den bleke høstsolen skinte over Stavanger, mens den faglige solen lyste enda sterkere inne på Clarion hotell. Ergoterapeutene Vest var vertskap for kongressen, og sammen med over 40 frivillige ergoterapeuter bød de på et program med plenumsforedrag, parallellsesjoner, postere og ikke minst sosiale treffpunkt.

Av Else Merete Thyness



Marianne Sund åpnet konferansen med en sang.



Randi Skumsnes ønsket 600 ergoterapeuter velkommen til kongressen.



Forbundsleder Tove Holst Skyer sammenlignet ergoterapeuter med universalnøkler.

DAG 1

Marianne Sund fra ergoterapeututdanningen ved VID vitenskapelige høgskole åpnet kongressen med en selvkomponert sang om ergoterapi.

Det ska så lite te å skape
mulighet. 🎵

Vi trenger alle noen andre. 🎵
Mangfold gjør oss bare bedre.
Hvis du støtter mæ te å mestre
🎵 det æ treng.

Voks æ litt etter litt,
🎵 steg etter steg. 🎵

Etter den sterke åpningen var det en stolt kongressleder, Randi Skumsnes, som kunne ønske det forventningsfulle publikummet velkomne til den syvende, norske fagkongressen.

– Det har vært mye usikkerhet, men skjebnen, eller korona, har ført til at vi nå samles her nøyaktig 25 år etter at den første norske kongressen fant sted – også den i Stavanger, sa hun.

UNIVERSALNØKLER

Også forbundsleder Tove Holst Skyer entret scenen for å si noen velkomstord.

– At vi ergoterapeuter jobber ut fra et bærekraftig perspektiv, kommer godt frem i det rikholdige programmet for denne

fagkongressen. Sammen må vi nå synliggjøre og argumentere for at det må satses mer på våre ressursutløsende tjenester. Det sies at gamle nøkler ikke låser opp nye dører. Jeg vil overføre det til at opprettholdelse av det tradisjonelle fokuset på pleie og omsorg ikke bidrar til å finne de smarte løsningene som skaper bærekraftige tjenester. Mer av det samme, gir ikke dreiningen som trengs. Gamle nøkler låser ikke opp nye dører. For å få låst opp noen nye dører, må ressursutløsende kompetanse prioriteres, og vår kjernekompetanse er en universalnøkkel til de dørene.

Holst Skyer minnet også tilhørerne på at selv om det er flere sysselsatte ergoterapeuter nå enn noen gang, er det fremdeles kamper igjen å kjempe.

– Det er fortsatt er 43 kommuner uten ergoterapeut, så vi skal på ingen måte tillate oss å trekke inn årene.

Så ønsket hun alle en riktig god fagkongress i dette som er Norsk Ergoterapeutforbunds syttiende år.

– Nyt faget og fellesskapet, og ta med dere stoltheten over at vi har verdens beste kjernekompetanse – som er universalnøkkelen til de ressursutløsende, bærekraftige tjenestene, sa forbundslederen.

MEDBORGERSKAP OG MENNESKERETTIGHETER

Etter en hilsen fra både helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol og varaordfører i Stavanger kommune, Dagny Sunnanå Hausken var det tid for den første plenumsforelesningen. Den holdt Kjersti Helene Harr, førstelektor og studieleder for et tverrfaglig masterprogram i medborgerskap og samhandling ved VID vitenskapelige høgskole. Hun utforsket hva medborgerskap kan bety for ulike innbyggere nå og framover, med utgangspunkt i at vi alle har og deler en felles menneskelig sårbarhet, og at det er mange måter å leve gode liv på.

– For å oppnå størst mulig rettferdighet, må vi strekkes oss etter større anerkjennelse av disse forskjellene. Medborgerskap handler nemlig om retten og muligheten til å leve som likeverdige borgere i et samfunn og retten til å leve gode liv, uavhengig av etnisitet, kjønn, alder, språk, kultur, seksuell legning og funksjonsevne eller andre kjennetegn.

Hun pekte på at også ergoterapeuter trenger å tenke kritisk gjennom sine praksiser for å oppfylle menneskerettighetene og egne etiske retningslinjer.

– Ergoterapeutene vil og kan bidra til bærekraftige tjenester, og det beste er at bærekraften også blir sosial og innbefatter å ta i bruk alle folks ressurser. På den måten hindrer vi utenforskap – «leaving no one behind»!

ENABLING SOCIAL INCLUSION AND BELONGING

Professor Elelwani Ramugondo fra University of Cape Town i Sør-Afrika, snakket til salen via en skjerm på scenen. Hun hadde imidlertid ingen problemer med å fange tilhørernes interesse i sitt



Endelig kunne Ergomannen ønske velkommen til Stavanger. Foto: Elise Hauge.

innlegg «Enabling Social Inclusion and Belonging: A Decolonial Approach». Her pekte hun blant annet på utfordringene rundt å bruke majoritetsspråk til å kommunisere helseinformasjon til personer fra en nasjonal urbefolkning med et annet morsmål. Hun oppfordret også salen til å huske på at rekrutteringen til faget må gjenspeile befolkningen faget skal betjene.

Etter formiddagen med forelesninger i plenum, fortsatte resten av dagen med parallellsesjoner og workshops.

Dag 2

Tirsdagen startet Hanne Kaae Kristensen, fra universitetet i Lillebælt i Danmark, med sin innledning «Aktivitetsvitenskap – en viktig kunnskapskilde for aktivtetsfokus i ergoterapeutisk praksis».



Elelwani Ramugondo snakket fra Cape Town. Foto: Linda Stigen.



Kjersti Helene Harr utforsket hva medborgerskap kan bety for ulike mennesker.



Hanne Kaae kristensen vektla aktivitetsvitenskap i sin forelesing.

Foto: Linda Stigen.



Mona Asbjørnslett delte sine visjoner om om barns deltakelse.

Foto: Linda Stigen.



Tadalla Weriku Birmadji informerte tilhørerne om ALFIN.

Foto: Linda Stigen.

- Aktivitetsvitenskap bidrar til en bred forståelse av mennesker som aktivitetsvesener, og hvordan dette kan medvirke til at forstå menneskers helse og trivsel. I Aktivitetsvitenskap oppfattes mennesker som aktive vesener med evner og behov for at delta i aktivitet og uttrykke seg gjennom handlinger. Forholdet mellom aktivitet og helse er viktig fordi menneskers aktiviteter kan medvirke til å styrke eller svekke en persons helse og velbefinnende. Det dynamiske samspillet mellom helse, sykdom og den enkeltes livskvalitet kan skape nye muligheter, men også sette begrensninger for aktivitetsutøvelse.

BARNES DELTAKELSE

Etter denne gode begynnelsen delte Mona Asbjørnslett, førsteamanuensis fra fakultet for helsevitenskap ved OsloMet, sine visjoner om funksjonshemming, inkludering og barns deltakelse.

- Funksjonshemming og inkludering er aktive begreper. Alle er medskapere og medansvarlige for funksjonshemming i hverdagsliv og praksis, sa hun.

Asbjørnslett opplevde gjennom sine intervjuer med barn med funksjonshemming at barna selv oppfattet seg som vanlige, men med noen små forskjeller som skilte dem fra andre barn.

- De inkluderer seg selv gjennom hardt arbeid og på bakgrunn av andres forventninger.

Hun pekte på at ergoterapeuter var gode på å jobbe med aktivitet og deltakelse og er viktige bindeledd mellom barnehage, skole hjem og fritid.

- Vi skal fortsette å arbeide barnesentrert og familiesentrert fra et bærekraftig perspektiv, altså med grunnlag i aktivitet og deltakelse der barnet lever og har sin tilhørighet.

KOMMUNAL ERGOTERAPI

Ruca Maass, førsteamanuensis ved Program for ergoterapeututdanningen i Trondheim er leder for prosjektet: «Helsefremming og forebygging i den kommunale ergoterapitjenesten - et samarbeidsprosjekt mellom forskning og praksis». Sammen med seg på scenen hadde hun Camilla Renå, universitetslektor ved ergotera-

peututdanningen i Trondheim, Tove Carstensen, førstelektor ved Program for ergoterapeututdanningen i Trondheim, Cecilie Nervik avdelingsleder for ergoterapi i Trondheim kommune og Marianne Mesteig, leder for enheten for kommunal ergoterapi for voksne uten demens i Trondheim Kommune.

Prosjektet tar utgangspunkt i målsettingen om helsefremming og forebygging i den kommunale helsetjenesten, og hvordan disse kan ivaretas innenfor rammene av kommunal ergoterapi.

NORSKE ASYLMOTTAK

Tadalla Weriku Birmadji kom selv til Norge som flyktning og har bodd på asylmottak. Senere har han fullført ergoterapeututdanningen, fått jobb som miljøterapeut og stiftet ALFIN.

- Målet til ALFIN er å fremme innvandreres deltakelse i meningsfulle aktiviteter gjennom helse, medborgerskap, integrering og fellesskap, fortalte han.

Etter hans innlegg var det tid for parallellsesjoner og deretter kongressmiddag.



Ingvild Kjekken holdt æresforelesning.



Tove Holst Skyer delte ut Erganeprisen til Randi Wågø Aas.



Ergoterapeuter fra Trondheim snakket om helsefremming og forebygging. Foto Linda Stigen.



Generalsekretær Torhild Laberg gikk gjennom Ergoterapeutenes historie. Foto: KEB.



Liv Hopen presenterte Seniorforums prosjekter. Foto Linda Stigen.

MIDDAG OG ERGANEPRIIS

Under kongressmiddagen ble ergoterapeut og professor Randi Wågø Aas tildelt Erganeprisen. Hun har i mange år forsket på blant annet folkehelse og arbeidshelse og har også satt søkelyset på kunnskapstranslasjon og implementering av ny kunnskap.

- Forbundsstyret har vedtatt å gi deg Erganeprisen 2022 for din innsats med å synliggjøre ergoterapeuters kjernekompetanse, sa forbundsleder Tove Holst Skyer.

Kongressdeltakerne feiret også 25-årsjubileum for Fagkongress i ergoterapi, og Norsk Ergoterapeutforbunds 70-årsjubileum. Norsk Ergoterapeutforbund ble stiftet i 1952, og generalsekretær

Toril Laberg foretok en humørfyllt gjennomgang av forbundets første 70 år.

Deretter sang Marianne Sund «Ergoterapeutenes vise». De første versene ble skrevet av Grete Alve i 2001, men etter som årene har gått har flere ergoterapeuter skrevet nye vers, de siste er av Marianne Sund selv.

Hva er det som vi
drømmer om? ♪
Vår syvende kongress skal
gå på skinner.
På tredje forsøk skal det skje.
For i Stavanger skal vi
skape minner! 🎵



Dag 3

Den siste dagen presenterte Liv Hopen, leder av Seniorforum, prosjektet: «Pasientens rolle i endring fra 1950-2020». Ergoterapeutenes Seniorforum har alltid vært opptatt med prosjekter, og nå er de i full gang med «Pasientrolleprosjektet».

Ingvild Kjekken, professor i ergoterapi ved Oslo Met og seniorforsker ved Diakonhjemmet sykehus, var invitert som æresforeleser. Det var høye forventninger til hennes presentasjon, og de ble innfridd. Hun snakket om: «Hva er viktig for oss? Fremtidig fokus i ergoterapiforskning».

- Vi må tenke stort og være modige, sa hun.



NAVN
Ståle Sætervold
STILLING
Demenskontakt
HVOR
Trondheim kommune

Jobber som demenskontakt

Av Else Merete Thyness

- Hvor jobber du?

- Jeg jobber i Enhet for ergoterapitjeneste i Trondheim Kommune.

- Hva jobber du som?

- Jeg jobber som demenskontakt.

- Hvor lenge har du hatt jobben?

- Jeg har jobbet i Trondheim kommune som ergoterapeut i 11 år og har hatt rollen som demenskontakt i cirka fem.

- Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

- Ergoterapeuter med spesialisert kompetanse på området

demens og kognitiv svikt jobber for at personer med demens skal kunne delta og mestre viktige aktiviteter i sitt liv og bo lengst mulig hjemme i egen bolig. I tillegg gir vi støtte til pårørende.

De viktigste arbeidsoppgavene er:

- Utredning til diagnose i samarbeid med fastlege. Her foretar vi funksjonsvurderinger i ADL for å avdekke svikt og ressurser og valide og reliable undersøkelser av kognisjon og kognitive screeningtester
- Tillitsskapende tiltak for å få innpass hos bruker. Her er det viktig å ha høy relasjonskompetanse og gode kommunikasjonsferdigheter med personer med demens og deres pårørende
- Motivasjonsarbeid. Her bistår vi ved å motivere til oppstart på aktivitetstilbud, aktiviteter i hjemmet eller på andre arenaer.
- Vurdering av samtykkekompetanse opp mot ulike tiltak i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven hos personer med demens.
- Kartlegge brukers funksjonsnivå. Her ser vi på ressurser og begrensninger ved hjelp av aktivitetsintervju, observasjon og aktivitetsanalyse. Vi vurderer og analyserer sammenhengen mellom personen med demens, funksjonsnivået, aktivitetene som skal utføres og omgivelsene de utføres i. Hvilke aktiviteter utfører bruker og i hvilke omgivelser? Hvilke vaner og rutiner har bruker som er viktig å spille videre på? Hva greier bruker selv og hva trenger bruker hjelp til? Hva er viktig for bruker?
- Kartlegge brukers aktivitets- og livshistorie og dokumentere dette i pasientjournal.

- Gi helsefremmende og forebyggende råd og veiledning om tilpasning og gradering av aktivitet og deltakelse til bruker, pårørende og samarbeidspartnere
- Jobbe med tilrettelegging og strukturering av hverdagen med mål om at bruker skal opprettholde sitt aktivitetsmønster på en trygg måte. Dette baseres på aktivitetsanalyse (observasjon) av bruker i de ulike aktivitetene og vurdering av kognitive ferdigheter. For eksempel kan vi dersom bruker går ut, se om bruker går ut på riktig dag hvis han eller hun har en avtale, tar med seg nøkler og er adekvat kledd etter sesong. Deretter vurderes behov for tilrettelegging som eventuelt kan være å bruke mobilen for å strukturere hverdagen og å feste nøklene på jakken.
- Gi støtte til bruker og pårørende gjennom råd og veiledning. Ergoterapeutens kompetanse brukes blant annet til å vise pårørende hvordan de kan gradere og tilpasse aktiviteter slik at de kan gjennomføres. Vi kan også vise dem hvordan deler av aktiviteten kan gjennomføres eller hjelpe dem med å finne frem til alternative aktiviteter, som kan gi opplevelse av mening, glede og mestring.
- Kartlegge behov for tilrettelegging av bolig, hjelpemidler og velferdsteknologi med mål om å vedlikeholde aktivitetsnivå, selvstendiggjøre bruker og avlaste og trygge pårørende. Dette kan være GPS, døralarm, sensorer og annen hensiktsmessig teknologi som smarttelefon og nettbrett. Ergoterapeuten kan

gi råd og opplæring i bruk av aktuelle hjelpemidler og sikre at boligen er trygg i forhold til brannfare, fallfare, fare for oversvømmelse etc.

En demenskontakt jobber proaktivt med målgruppen, og vi ser at dette arbeidet gir gevinster i form av at pasient og pårørende klarer å stå lenger i hjemmesituasjonen.

- Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

- Jeg har med meg den grunnleggende tanken om at alle individer har behov for å være i aktivitet, være en del av samfunnet og å ha og bevare sin identitet. Dette er viktige elementer i demensarbeidet. Vi bistår pasienten i å mestre hverdagen med sykdom blant annet gjennom å legge til rette slik at det er mulig å leve med den. Da vil de fortsatt ha en opplevelse av at hverdagen gir mening, og at de er betydningsfulle.

- Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

- I Trondheim kommune har ergoterapeutene over mange år hatt en oppgave som demenskontakt. På bakgrunn av demografisk utvikling, framtidig behov for kompetanse og helsetjenester for personer med demenssykdom, utviklet vi ergoterapeutenes rolle i demensarbeid.

Ergoterapeuter egner seg som demenskontakter fordi vi er gode på å fokusere på det friske, se personen med demens og de pårørende der de er i prosessen og vurdere hvilke behov de har. Det finnes ingen A4-løsning, alle må få individuelt tilpassede råd, veiledning og tiltak.

Vi er også gode på å styrke

individets ressurser slik at de kan mestre hverdagen.

Videre jobber ergoterapeuter helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende med målgruppen.

Vi benytter pasientens aktivitetshistorie for å se hvilke interesser pasienten har utbytte av nå, om det er hensiktsmessig å starte opp tidligere aktiviteter, eller om det er andre tilsvarende aktiviteter som kan dekke et behov.

Vi motiverer til ulike aktiviteter eller del-aktiviteter og øver med pasienten på hvordan de kan være aktive i hverdagen.

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

- Dette arbeidet oppleves meningsfullt og betydningsfullt. Det er en arbeidshverdag hvor vi møter mange skjebner og med egentlig bare en utvei: At de blir dårligere, men man vet aldri når. Derfor kan arbeidet også være tungt og vanskelig. Man knytter bånd til sine pasienter og pårørende og følger dem på godt og vondt i hverdagen, over kortere

eller lengre tid. Man møter mange utfordringer da ingen «sak» er lik, og alle vi kommer i kontakt med, pasient, ektefelle og pårørende, har ulike forutsetninger og ressurser for å mestre hverdagen med demens.

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

- Jeg vil helt klart anbefale andre ergoterapeuter å jobbe som demenskontakt, eller i andre stillinger der de jobber med personer med demens. Det er et givende arbeid som oppleves som betydningsfullt. Vi er inne på kjernen av ergoterapi i møtet med pasienter som kjemper en indre kamp om sin identitet, for å fortsatt kunne inneha roller som far, mor, søster, bror, venninne, kompis, nabo, samfunnsborger og for å fortsatt få bruke sine ressurser til å bidra i samfunnet. Vi hjelper dem å opprettholde selvverdet, og i kampen om å bli sett og hørt. Det fører til at de kan mestre hverdagen og livet sitt, og det oppleves som viktig.



Sammen med Ingrid Korsvold holdt Ståle Sætervold innlegget «Ergoterapeut som demenskontakt i kommunehelsetjenesten» på fagkongressen. I Trondheim kommune har ergoterapeutene over mange år hatt en oppgave som demenskontakt.

**NAVN**

Anette Eidesen

VERVMedlem av
Yrkesetisk utvalg

Ønsker mer debatt

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg er en utflyttet Finnmarking som nå er leder av et bofellesskap i Sandnes kommune.

– Hvor er du tillitsvalgt?

– Jeg er medlem av Yrkesetisk utvalg. Vi blir valgt på landsmøtet, og i denne perioden består utvalget av Tone Magna Torgersen, Astrid Gramstad, Sigrid Beate Olaussen, Grete Tørres og meg. Utvalget skal arbeide for at yrkesutøvelsen er i tråd med forbundets yrkesetiske retningslinjer, og vi skal være en pådriver for høy yrkesetisk bevissthet hos ergoterapeuter.

Videre har jeg vært med i planleggingen av kongressen gjennom å være med i kommunikasjonkomiteen. Yrkesetisk utvalg hadde en rundebordskonferanse på kongressen rundt begrepet «ErgoteratID». Formålet var å få fram etiske dilemmaer og utfordringer deltakerne opplever i hverdagen. I utvalget ser vi at vi ikke får inn saker fra ergoterapeutene, og vi ønsker å skape debatt ved å løfte frem de utfordringene som kom fram på seminaret.

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– Jeg har alltid vært tillitsvalgt, både som fagpolitisk, leder av tidligere fylkeslag, sekretær og hovedtillitsvalgt. Det er fordi jeg ønsker å være med å påvirke samt være en aktiv del av forbundet.

Nå er jeg i min fjerde periode i Yrkesetisk utvalg. Grunnen til det er at jeg som fylkesleder i sin tid fikk være med å utforme Samfunnskontrakten. Dermed ble gnisten tent for å reflektere over og løfte opp etiske dilemmaer som ergoterapeuter erfarer i hverdagen.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har vært tillitsvalgt fra 1996 da jeg begynte å jobbe i Nordkapp kommune og fram til nå som medlem av Yrkesetisk utvalg.

– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

– I Yrkesetisk utvalg handler det om å drøfte de sakene vi får å jobbe med, og ha oversikt over etiske utfordringer i hverdagen til ergoterapeuter.

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– At vi ikke klarer å få til en felles debatt om yrkesetiske utfordringer blant medlemmene.

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

– Den viktigste egenskapen er å være engasjert og nysgjerrig.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Det har vært mange spennende og morsomme øyeblikk, men jeg velger meg mitt første landsmøte. Det å møte så mange ergoterapeuter fra hele landet som alle var så interessert i fagpolitikk, ble en spire til alltid å engasjere meg og gjennom det få delta og møte bredden av ergoterapeuter. Fortsatt er det en helt spesiell opplevelse når mange ergoterapeuter er samlet på ett sted.

Jeg kom på en annen morsom ting fra et landsmøte. Da Nordland, Troms og Finnmark skjønte at vi ville bli en region, så vi kuppet vi litt hele prosessen med å lage en sang om temaet sammen. Det var mye spennende som skjedde i de tre nordligste fylkene da jeg bodde og jobbet der.



Sandnes er en by og kommune på Nord-Jæren i Rogaland fylke. Sandnes by ligger innerst i Gandsfjorden.

SecuCare terskeleliminator

- påkjøring fra flere sider og mulighet for reposløsning



Lasal posisjoneringsputer - posisjonering - avlastning - stillingsforandring



Corpoform badeputer - støtter, stabiliserer og gir trygghet



Arcona posisjoneringsputer - posisjonering - avlastning - stillingsforandring



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



www.ovrebo.no


Øvrebo rehab

Tips for å unngå pipebrann

Høy strømpris gir økt bruk av vedfyring. Resultatet er en økning i antall pipebranner på 38 prosent sammenlignet med tidligere år, ifølge DSB.

Av Roar Hagen

Når strømprisene går opp, øker også prisene på ved. Dermed frister det kanskje å bruke den fuktige veden du har liggende?

Det er ikke lurt. Fyrer du med fuktig ved dannes det beksot og tjære i skorsteinen. Beksot kan også dannes dersom du fyrer med for lite trekk eller har for mye ved i ovnen.

HVA ER GOD VED?

At man ikke skal bruke fuktig ved vet de fleste, men hva regnes som fuktig ved, og hvilken tresort er best?

Ved med 17 til 20 prosent fuktighet regnes som tørr ved. Jo høyere fuktighet, desto mer røyk og dårligere brennbarhet.

For å sjekke om veden er tørr, kan du bruke en fuktmåler. Om du ikke har fuktmåler tilgjengelig, kan du se etter store tørrsprekker som dannes når fuktigheten trekker seg ut at treverket. Du kan også slå to kubber mot hverandre. En hul lyd er et tegn på at veden er tørr.

Trykkimpregnert og malt treverk avgir svært skadelige giftgasser og skal aldri brukes. Bruk heller ikke vrakved fra sjøen som brensel, da den inneholder salt som blir til klor ved forbrenning.



Det å fyre riktig er nøkkelen for å forebygge pipebrann.

HVILKEN TRESORT ER BEST?

Det å fyre riktig er altså nøkkelen for å forebygge pipebrann. Mange sprengfyrer fordi effekten av veden er dårlig. De ulike tresortene har nemlig veldig ulik brennverdi. De tresortene som regnes som den beste peisveden er rogn, bøk, eik, ask, lønn og bjørk. Bøk og rogn varmer mest per volum, og lønn, eik og ask er nest best. Bjørk, furu, svartor og selje deler tredjepllassen.

De tresortene som egner seg minst for vedfyring er osp, gran og gråor. Disse brenner raskt opp og gir minst varmeutbytte per volum. Når du skal kjøpe ved,

og du blir tilbudt blandingsved, lønner det seg å spørre om hvilke tresorter den inneholder og gjerne fordelingen av dem.

Husk at enkelte tresorter gir mer gnister enn andre. Nåletre, furu og gran er eksempler på dette og bør ikke brukes i åpen peis.

HVORDAN FYRE RIKTIG?

For å unngå dannelse av beksot i skorsteinen er riktig fyreteknikk viktig. I eldre peiser skal du antenne fra bunn, men i nyere peiser skal man antenne veden fra toppen.

Sørg for rikelig trekk i starten, riktig fyring krever mye luft. Når



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

veden brenner godt og ovnen begynner å bli god og varm, kan du redusere avtrekket.

Skulle det danne seg mye røyk må du øke trekken. Med tørr ved og riktig avtrekk skal det ikke være røyk i peisen.

Enkelte velger å fyre med vedbriketter eller peiskubber når de har gått tom for vanlig ved. Det bør du være forsiktig med. Vedbriketter har et mye høyere energinivå enn vanlig ved. Dette kan gi ekstrem varme som kan skade peisen og være brannfarlig.

NÅR UHELLET ER UTE

Hører du knitring, buldring eller andre uvanlige lyder fra skorsteinen må du ut for å sjekke om det er pipebrann. Ofte blir slike branner oppdaget av naboer og ikke huseier. Ved pipebrann må

du tilkalle brannvesenet umiddelbart på 110.

Ikke prøv å slukke en pipebrann selv, dette kan medføre at pipeløpet sprekker. Derfor bruker brannvesenet pulver.

Det du imidlertid bør gjøre selv, er å lukke alle ventiler og luker som går til pipa.

VÅRE BESTE TIPS:

- Ikke bruk fuktig ved (20 prosent fuktighet).
- Sørg for godt avtrekk.
- Ikke bruk for mye ved.
- Bare bruk tennkubber i startfasen.
- Gjerne bruk ved med god brennverdi.
- Sørg for mye trekk i starten.

Kilde: Tryg forsikring



Knitring, buldring eller andre uvanlige lyder fra skorsteinen kan tyde på pipebrann.

Løsninger som fungerer
Både innendørs og utendørs. Kraft nok og et bredt utvalg av tilbehør og setealternativer. Gir best mulig stabilitet, trygghet og sittekomfort gjennom hverdagen.

For mer informasjon, kontakt oss på 67 06 49 00 eller www.medema.no

medemagruppen

Ergoterapeutene har ansatt ny fagsjef

Kristin Jess-Bakken er Ergoterapeutenes nye fagsjef fra november 2022.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Kristin er utdannet ergoterapeut fra Høgskolen i Oslo og Akershus (nå OsloMet) i 2012. Siden den gang har hun tatt videreutdanning i Ergoterapi og allmennhelse og er nå i gang med master i ergoterapi. Hun har jobbet innen psykisk helse, eldres helse og rehabilitering, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Hun kommer fra en stilling i Østre Toten kommune, der hun har vært fagleder og blant annet jobbet med hverdagsrehabilitering.

Kristin har vært leder og

nestleder i to av regionstyrene i Ergoterapeutene, og sitter nå i kommunestyret i Østre Toten.

- Det gikk opp for meg at det ikke alltid er nok å være leder eller hovedtillitsvalgt for å få til overordnede endringer i kommunen, sa hun i jobbintervjuet.

Kristin er opptatt av at Ergoterapeutene leverer på samfunnets utfordringer, med blick på hvor ergoterapeuters kjernekompetanser kan gjøre størst mulig forskjell.

- Jeg er glad for at vi kan ønske kunnskapsrike og enga-

sjerte Kristin velkommen som ny fagsjef, sier Toril Laberg, som går av med pensjon etter 14 år i stillingen.



Kristin Jess-Bakken.

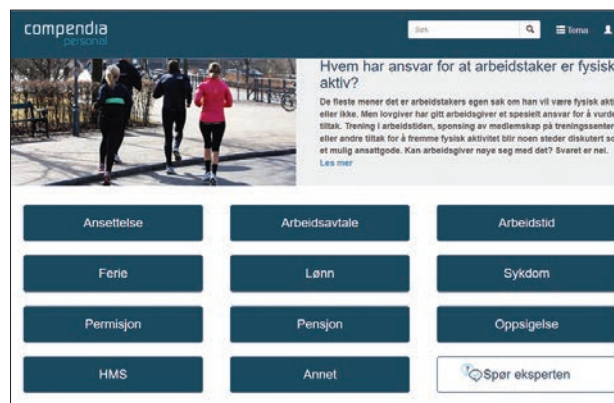
LØNNSUNDERSØKELSE I DESEMBER

Også i år vil vi i Ergoterapeutene gjennomføre en elektronisk lønnsundersøkelse blant våre medlemmer. Undersøkelsen gir medlemmer og tillitsvalgte informasjon om lønn ved ulik ansiennitet, tariffområde og utdanningsnivå. Jo flere som deltar i undersøkelsen, jo mer anvendbart blir resultatet.



COMPENDIA - HJELP TIL SELVHJELP

Hvem skulle hatt fri i høstferien? Dette og mange andre spørsmål finner du svar på i Compendia, Oppslagsverket om arbeidslivet. I Ergoterapeutene tenker vi at Compendia skal være hjelp til selvhjelp. Compendia er skrevet av eksperter for oss som ikke er det. Du finner Compendia på Min side.



LØNNSOPPGJØRENE AVSLUTTET

Etter at Virke-forhandlingene ble gjennomført i september, er den sentrale delen av tariffoppgjøret for 2022 gjennomført. Nå gjenstår bare lokale forhandlinger i noen av virksomhetene våre.



ASSISTEP

Bidrar til egenmestring og selvstendighet



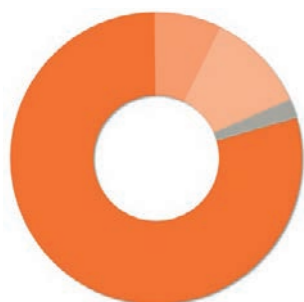
VINNER
POST 17

AssiStep er trappeassistenten som gir støtte og trygghet til å fortsatt kunne gå trappen på egenhånd.

Ny norsk forskning viser at personer som fortsetter å gå trappa har betydelige helsegevinster. AssiStep kan både hindre fall og gi ergonomisk støtte for å kunne oppnå denne helsegevinsten.

Siden oppstarten har AssiStep blitt montert i over 1.500 hjem. Statistikken viser at for det store flertallet av brukere, så er AssiStep en varig løsning som legger til rette for egenmestring og oppretholdelse av funksjon. Av alle AssiStep'er som ble montert i perioden 2017 - 2019 er over 80% fortsatt i daglig bruk.

ASSISTEP LEVERT TIL HJEMMEBOENDE 2017 - 2019:



- Fortsatt i bruk juni 2021
- Mors
- Flyttet
- Annet



FORDELENE MED ASSISTEP

- ✓ Fallsikring og støtte for å gå trappen selv
- ✓ Servicefri løsning som ikke bruker strøm
- ✓ Kan leveres til nesten alle typer trapper
- ✓ Norsk produksjon med rask leveringstid
- ✓ Forebygger fall i trapp
- ✓ Nå på rammeavtale hos NAV

 RING OSS PÅ
46 74 55 55

www.assistep.no

FORHANDLES AV
HEPRO

Ergoterapi i vinden – også etter Fagkongressen

Etter at den syvende Fagkongress i ergoterapi ble avsluttet onsdag 21. september, fortsatte forbundstyret og regionstyrene sitt arbeid på Høst-Vinterkurset.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



Karl-Erik Tande Bjerkaas er organisasjons-sjef i Ergoterapeutene.

Kurset ble avholdt på det samme hotellet som Fagkongressen ble avsluttet på, noen timer tidligere.

60 deltakere oppdaterte sin kompetanse som skal legge til rette for aktivitet og deltakelse i regionene våre.

– Vi har lært nye ting, utvekslet erfaringer, forsterket den røde tråden og blitt enda bedre kjent. Takk for fine dager, beste laget, sa forbundsleder Tove Holst Skyer etter at Høst-Vinterkurset var avsluttet.



– Takk for fine dager, sa forbundsleder Tove Holst Skyer.

Aktivitet og deltakelse for alle.
Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem



Visste du at 1 av 3 eldre over 65 år faller hvert år?

Men med litt enkel styrke- og balansetrening er det overraskende enkelt å hindre fall i fremtiden. Hjelp eldre med å leve stødigere liv gjennom dette gratis e-læringskurset.

BASIS er et gratis e-læringsprogram som skal styrke kunnskapen om fallforebyggende trening blant personer som jobber ved landets treningsentre, aktivitetssentre og institusjoner for eldre. Kurset finnes i tre ulike versjoner – en tilpasset hver av disse målgruppene. Et kurs tar en drøyt time å gjennomføre. Etter gjennomført kurs får man tilgang til en øvelsesbank med drøyt 120 balanse- og styrkeøvelser tilpasset ulikt funksjonsnivå.

Sjekk ut e-læringskurset på basis-fallforebygging.no

Hva er viktig for oss?

Fremtidig fokus i ergoterapiforskning

Første februar 1990 ble jeg mor for første gang. Fram til da hadde foreldre blitt rådet til å la spedbarn sove på magen. På barselavdelingen ble vi nå fortalt at de skulle sove på ryggen. Hvorfor var praksis plutselig forandret?

Av Ingvild Kjeken



Ingvild Kjeken er ergoterapeut og professor ved Oslo Metropolitan University, Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi og seniorforsker ved Nasjonal Kompetanse-tjeneste for revmatologisk rehabilitering og REMEDY, Klinikk for revmatologi, poliklinikk og forskning, Diakonhjemmet Sykehus. e-postadresse: ingvild.kjeken@diakonsyk.no

Artikkelen er basert på æresforelesningen ved den norske fagkongressen i ergoterapi. Det er ingen interessekonflikter knyttet til det innsendte manuskriptet.

I 1946 kom første utgave av barnelegen Benjamin Spocks bok «The Common Sense Book of Baby and Child Care» (1). Den ble en umiddelbar suksess og solgte mer enn 50 millioner eksemplarer frem til årtusenskiftet. I boken skriver han blant annet at (min oversettelse): «Det er to ulemper ved at et spebarn sover i ryggleie. Hvis han kaster opp, er sjansen større for at han kveles av oppkastet. Dessuten vil han som oftest sove med hodet vendt mot samme side ... noe som kan medføre at hodet blir flatt på den siden. Jeg anbefaler derfor å venne et spebarn til å sove på magen helt fra starten av».

Spock ble etter hvert kritisert for å basere sine råd mer på egne meninger enn på forskning. I 1992 kom en oversiktsartikkel hvor man oppsummerte resultatene fra 25 studier av sammenhenger mellom krybbedød og soveleie (2). Disse viste uten unntak at å sove på magen økte sjansen for krybbedød, med anslag som varierte fra en tredobling til en ti-dobling av risikoen. Resultatene førte til at praksis ble endret, og verden over ble det igangsatt kampanjer for å få småbarnsforeldre til å la spebarna sine sove på ryggen. I Norge fikk vi «Denne siden opp»-kampanjen, som i de første fem årene etter lanseringen halverte forekomsten av krybbedød. Det tilsvarer 100

sparte liv i denne perioden, og at tilsvarende mange familier slapp å oppleve dette.

Når praksis går ut på dato

Ergoterapeuters råd har heldigvis sjelden så alvorlige konsekvenser. Jeg har imidlertid, i lys av ny forskning, ofte angret på råd jeg har gitt pasienter. Et eksempel er leddvern for mennesker med revmatiske leddsykdommer. Da jeg var ung og nyansatt ved revmatologisk avdeling på Diakonhjemmet Sykehus, la boken «Leddsydd och rehabilitering vid inflammatorisk leddsjukdom mye av grunnlaget for ergoterapi og fysioterapitilbudet til pasientene (3). Ut fra en antagelse om at aktivitet og belastning bidrar til mer betennelse i leddene, var et hovedprinsipp å spare leddene for uheldig belastning. Trening skulle derfor være skånsom, og man skulle ikke overskride smerteterskelen. Ellers handlet mye om hva man ikke skulle gjøre, som å unngå «tynne grep», og repeterende bevegelser og tyngre aktiviteter over tid. Basert på dette, rådet jeg pasienter til for eksempel å være forsiktige med å strikke, noe jeg i etterpåkløskapens lys angret på.

I 2004 kom det en randomisert kontrollert studie (RCT) som snudde opp-ned på ledd-

vernsfilosofien. I alt 309 deltakere med revmatoid artritt ble tilfeldig fordelt til enten å trene skånsomt (kontrollgruppe) eller intensivt med vektbelastning (intervensjonsgruppe) i to år (4). Hovedeffekt ble målt som grad av leddødeleggelse, basert på røntgenbilder av hender og føtter tatt ved oppstart og etter to år. I motsetning til hva mange trodde, viste resultatene at intensiv trening med vektbelastning beskyttet mot leddødeleggelse i føttene, mens det ikke var noen forskjell mellom gruppene når det gjaldt leddødeleggelse i hendene. Vi tok, ikke helt uten motstand, inn over oss at praksis måtte forandres. Senere har nye og effektive medisiner ført til at man unngår store feilstillinger og ødelagte ledd, noe som også har konsekvenser for hvilken informasjon og behandling vi gir pasientene.

Det er ellers verdt å merke seg at resultatene fra en fersk RCT viser at strikking ikke fører til mer smerte og stivhet hos personer med håndartrose, mens strikkeglede («knitting enjoyment») og etterlevelse av strikkeprogrammet blant deltakerne var høy (5). Som ivrig strikker gjenkjenner jeg gleden ved å mestre denne aktiviteten og tenker at aktivitetsglede kanskje er noe ergoterapeuter skal vektlegge og måle i fremtidige studier.

Hva er forskning?

Hva er det så som kjennetegner helsefaglig forskning? Helse Sør Øst sin definisjon er ganske typisk og beskriver medisinsk og helsefaglig forskning som «virksomhet som utføres med vitenskapelige metoder for å frembringe ny gyldig kunnskap som er relevant for klinisk praksis og organiseringen av denne». Til forskjell fra man-

ge andre definisjoner legges det også til at forskningen skal «...kvalitetssikres og formidles gjennom fagfelleverderte publikasjoner». Dette er et viktig poeng. Om ikke forskningsresultater når frem til og omsettes i klinisk praksis er studiene så å si bortkastet.

Ofte skiller vi mellom *grunnforskning* og *klinisk forskning*. I Store norske leksikon defineres *grunnforskning* som «Eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å skaffe til veie ny kunnskap om det underliggende grunnlaget for fenomener og observerbare fakta, uten sikte på spesiell anvendelse eller bruk». Et godt kjent eksempel er May-Britt og Edvard Moser, som mottok Nobelprisen i medisin for oppdagelsen av hjernens gitterceller. I sine museforsøk utforsket de romlig orientering, uten konkrete siktemål om at denne kunnskapen skulle være relevant for klinisk praksis. Det viste seg imidlertid raskt at resultatene hjelper oss til å forstå hvorfor personer med demens kan ha problemer med å finne frem i sine omgivelser.

Ergoterapiforskere jobber sjelden med laboratorieforsøk. Vår grunnforskning grenser kanskje mere til filosofi, i form av tenkning som utfordrer vedtatte faglige sannheter. Et eksempel er Karen Hammels artikler om «doing, being, becoming and belonging» (6). Her spør hun om klinikers og forskeres opptatthet av diagnose og aktivitetsbegrensninger kan gå på bekostning av et mer dyptliggende fokus på selve meningen med livet: Hvem er jeg, hvordan utfolder jeg meg gjennom aktivitet, hvilke fremtidsdrømmer har jeg og hvem er «flokken min»?

Et annet eksempel er den pågående debatten rundt aktivitetens mørke sider, hvor forfatterne

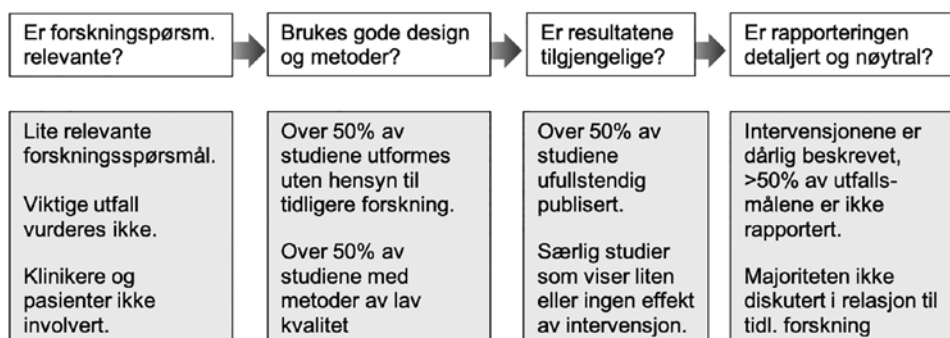
diskuterer om all aktivitet nødvendigvis er helsebringende (7).

I motsetning til grunnforskning er *klinisk forskning* primært rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelse i praksis. Data innhentes som regel fra pasienter, klienter eller (hjelpesøkende) familier, og tar sikte på å forebygge sykdom og forbedre diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering. Avstanden mellom klinisk forskning og klinisk praksis er som regel liten. Eksempler på slik forskning er studier hvor man utforsker ulike gruppers erfaringer med å leve med en sykdom eller funksjonsnedsettelse, og RCT'er hvor man evaluerer effekten av en spesifikk intervensjon.

I klinisk praksis drives det også mye *utviklingsarbeid*. Dette er systematisk virksomhet som bruker eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring til å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger eller å øke helsepersonells kompetanse. Hensikten er å bedre kvaliteten i prosesser, systemer eller tjenester. Utviklingsarbeid er altså ikke forskning, men inngår ofte i kliniske studier, ved at vi for eksempel bruker observasjon eller vurderingsredskap på en systematisk måte. Når vi jobber systematisk vil vi også ofte stille spørsmål ved det vi observerer og erfarer, som igjen kan utvikles til nye forskningsspørsmål og studier.

Forskere og pasienter har ulike forskningsagendaer

På samme måte som med kunnskapsbasert praksis, bør god klinisk forskning baseres på forskningsbasert kunnskap, klinikers erfaringsbaserte kunnskap og brukernes kunnskap og verdier. Når vi diskuterer hva som er



Figur 1: Fire hovedgrunner til at studier er lite relevante eller bortkastede, etter Chalmers & Glaziou, 2009 (9).

viktig å forske på i ergoterapi, bør vi altså spørre våre målgrupper, pasienter og pårørende. Dessuten bør vi følge nøye med på hva våre oppdragsgivere, politikere og helsemyndigheter, er opptatt av.

Slik er det ikke alltid. Et eksempel er en studie hvor forskerne så på hva studier av behandling av kneartrose i hovedsak omhandlet (8). Resultatet viste at nær 60 prosent evaluerte medikamentell behandling (n=550/59 prosent), og 26 prosent kirurgi. Når de så spurte pasienter med kneartrose om hva de synes var viktig å forske på, var bildet annerledes. Riktignok kom forskning på innsetting av kneproteser på første plass, men forskning på informasjon og pasientopplæring kom på en god andreplass, tett fulgt av forskning på fysioterapi. Det er altså ofte et gap mellom det forskere synes er viktig å forske på, og hva pasienter og klinikere mener.

Bortkastet forskning

Denne og lignende artikler førte til en serie på fire artikler med fokus på kvalitet i klinisk forskning. I den første artikkelen hevder forfatterne Chalmers og Glasziou at 85 prosent av midlene som brukes på forskning er bortkastet og innførte begrepet «research waste», på norsk kalt «bortkastet

forskning» eller «søppelforskning» (9).

De beskrev videre fire hovedfeller man kan gå i som fører til bortkastet forskning (se figur 1). Den første handler nettopp om lite relevante forskningsspørsmål, hvor en av årsakene er at pasienter og klinikere ikke blir involvert i utforming av spørsmålene.

RELEVANTE FORSKNINGSSPØRSMÅL I ERGOTERAPI?

Går vi til vår egen profesjon er det flere studier som har undersøkt hva ergoterapeuter prioriterer som viktige forskningsspørsmål (10-12). Fire tema som går igjen i disse studiene er effekt av ergoterapi, utvikling og kvalitetssikring av gode vurderingsinstrumenter, kostnadseffektivitet og implementering av forskningsresultater for å sikre kunnskapsbasert praksis. Som en profesjon som påberoper seg å være klientsentrert, bør vi imidlertid også lytte til hva våre målgrupper mener.

Det gjorde det britiske ergoterapeutforbundet da de innledet et samarbeid med the James Lind Alliance om å utvikle en forskningsagenda. The James Lind Alliance (www.jla.nihr.ac.uk) er en ideell organisasjon som samler pasienter, pårørende og klinikere i såkalte Priority Setting Partnerships, på norsk ofte kalt

«behovsidentifisert forskning». Gjennom en styrt prosess identifiserer og prioriterer deltakerne sammen viktige, ubesvarte spørsmål og kunnskapshull, slik at forskere og de som finansierer helseforskning, får kunnskap om hva de som er direkte berørt ønsker at det skal forskes på. På hjemmesidene til organisasjonen er det publisert en rekke «Topp ti-lister» innen ulike sykdommer og tilstander som er vel verdt å kikke på. Samarbeidet med det britiske ergoterapeutforbundet førte også til en slik liste og er også beskrevet i en egen artikkel (13). I Tabell 1 er de ti høyest prioriterte forskningsspørsmålene gjengitt (min oversettelse).

Det er interessant å se at «pasientsentrert og inkluderende ergoterapi», «hverdagsmestring», og «samarbeid med pasienter, pårørende og i tverrfaglige team» er sentrale tema i denne Topp ti-listen. Det å inkludere pasient- og pårørendeperspektivet kan synes å medføre at nye og viktige forskningsspørsmål løftes frem.

Når disse spørsmålene skal adresseres i nye kliniske studier, er det viktig at pasienter og klinikere involveres også i den videre utviklingen av forskningsspørsmål og studiedesign, igjen for å sikre at forskningen er relevant for de det gjelder. Brukermedvirkning i forskning er de siste tiårene blitt satt i system gjennom retningslinjer og anbefalinger (14, 15) og er ofte en forutsetning for å få tildelt forskningsmidler fra for eksempel Norges Forskningsråd og de regionale helseforetakene. Basert på egen erfaring vet jeg at slikt samarbeid bidrar til bedre forskning.

Viktige effektmål vurderes ikke

Chalmers og Glasziou skriver i sin

TOPP 10 PRIORITERTE FORSKNINGSPØRSMÅL INNEN ERGOTERAPI (13)

- 1 Hvordan kan ergoterapi gjøre en forskjell i folks hverdagsliv?
- 2 Hvordan kan ergoterapeuter sikre at deres praksis er personsentrert?
- 3 Hvordan kan ergoterapeuter samarbeide bedre med pårørende?
- 4 Hva er langtids-effekten av ergoterapi?
- 5 Hva er effekt av ergoterapi i kommunehelsetjenesten?
- 6 Hvordan kan ergoterapitjenestene bli mere inkluderende i forhold til både psykisk og fysisk helse?
- 7 Hvordan kan ergoterapi bidra til at folk mestrer sine helseutfordringer i hverdagen?
- 8 Hva er ergoterapeuters rolle i forhold til å forebygge sykehusinnleggelser?
- 9 Hvordan kan ergoterapeuter samarbeide best mulig med andre for å bedre utfallene hos brukerne?
- 10 Hvor kostnadseffektivt er ergoterapi?

Tabell 1: De ti høyest prioriterte forskningsspørsmålene innen ergoterapi (13).

artikkel om bortkastet forskning at viktige effektmål (utfall) ofte ikke vurderes (9). En god nyhet er at ergoterapeuter har mange gode instrumenter for å vurdere aktivitet og deltakelse. Disse er ofte basert på ergoterapimodeller og utviklet gjennom en grundig prosess. Videre er mange ikke diagnosespesifikke, men kan brukes på tvers av pasientgrupper og problemstillinger. Noen av instrumentene er også klientsentrerte og etterspør brukerens verdier, prioriteringer og vurderinger. I tillegg pågår det en kontinuerlig prosess for å kvalitetssikre instrumentenes måleegenskaper og anvendelighet.

Noen eksempler på slike instrumenter er Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (16) og Interessesjekkliste (17), som bygger på the Model of Human Occupation, og the Canadian Occupational Performance Measure (COPM)(18), som bygger på the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement. Dette er instrumenter som

er godt kjent blant norske ergoterapeuter. I en studie fra 2013 med 898 deltakere rapporterte 54 prosent at de brukte COPM, 24 prosent at de brukte Interessesjekkliste og 14 prosent at de brukte AMPS (19).

Bortkastet forskning – felle nummer to

Skal kliniske studier ha høy kvalitet må design og metoder være gode (se figur 1). I følge Chalmers og Glaziou, utformes halvparten av alle studier uten å ta hensyn til tidligere relevant forskning (9). Halvparten av alle studier bruker dessuten metoder av lav kvalitet.

Et søk etter systematiske kunnskapsoppsummeringer av effekt av ergoterapi i Cochrane Library, som er den største databasen for kunnskapsoppsummeringer, understøtter dette. Søket ga syv treff. Den nyeste oppsummeringen handler om effekt av ergoterapi for kognitive utfall hos slagpasienter (20). Noen av konklusjonene er at (min oversettelse): «Effekten av ergoterapi

er usikker»... «Gitt stor grad av usikkerhet knyttet til mesteparten av resultatene, trengs det mer forskning for å bekrefte eller avkrefte effekten av ergoterapi», og «Fremtidige studier må bruke bedre metoder for å redusere fare for feiltolkning, og beskrive utfallsmål og intervensjoner med grundig». Da er det en fattig trøst at dette er konklusjoner som går igjen i de aller fleste kunnskapsoppsummeringer, uavhengig av intervensjon og profesjon.

En vanlig svakhet i studier av effekt er at studiene har for få deltakere, noe som reduserer muligheten for å oppdage effekt av intervensjonen. Skal man gjennomføre effektstudier kan det derfor være lurt å samarbeide på tvers av sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner for å sikre nok deltakere. For å beskrive studiedesign bør man følge retningslinjer og sjekklister som er utarbeidet nettopp for å sikre bedre kvalitet i rapportering (21).

Publikasjonsskjevhet

Felle nummer tre handler om manglende eller ufullstendig publisering, særlig av studier som viser liten eller ingen effekt av intervensjoner. Dette omtales som publikasjonsskjevhet (publication bias), fordi det gir et ubalansert bilde av effekt av en intervensjon når kunnskapsoppsummeringer ikke har tilgang til denne typen studier. For å forebygge dette stiller de fleste tidsskrift nå krav om at studier skal være beskrevet i et tilgjengelig register før man starter å inkludere deltakere. I beskrivelsen skal alle utfallsmål inngå sammen med oppfølgings-tidspunkt, hva som er primært (viktigste) utfallsmål og måletidspunkt for dette og en plan for analysene som skal gjøres.



Figur 2: Rammeverk for utvikling og evaluering av komplekse intervensjoner, etter Skivington et al 2021 (23).

Dette bidrar til at forskere ikke i etterkant kan la være å rapportere negative resultater eller velge ut kun de utfallsmålene hvor resultatene er positive. Det gjør også at forfattere av kunnskapsoppsummeringer kan kontakte ledere av studier som ikke har rapportert resultatene som planlagt og etter spørre disse.

Intervensjoner må beskrives godt

Den siste fellen handler om dårlig beskrivelse av intervensjonene som er brukt, og at resultatene ikke er diskutert i relasjon til tidligere forskning. I mange, særlig eldre, artikler kan man for eksempel lese at en av gruppene fikk «tradisjonell ergoterapi», eller «rehabilitering». Da er det vanskelig for andre å gjenta studien, og klinikere som kanskje ønsker å ta i bruk intervensjonen har lite konkret å forholde seg til. For å bedre dette er det utarbeidet retningslinjer for hva som skal inkluderes for å gi en beskrivelse som holder mål (22).

Rammeverk for studier

I sin artikkelserie skriver Chalmers og Glaziov mye om hva forskere

ikke skal gjøre. Heldigvis er det også utviklet rammeverk for hvordan studier av god kvalitet bør utvikles og gjennomføres. Nylig kom en oppdatering av rammeverket for utvikling og evaluering av komplekse intervensjoner (23), (se figur 2).

En kompleks intervensjon kjennetegnes blant annet av at den består av flere komponenter, krever ulike typer kunnskap, ferdigheter og adferd hos de som mottar og leverer intervensjonen, kan tilpasses forskjellige grupper av pasienter eller befolkningen i forskjellige kontekster og nivåer av helsetjenesten, og at det er stor grad av fleksibilitet i tilpasning av intervensjonen. Det er liten tvil om at ergoterapi passer godt til denne beskrivelsen.

Rammeverket beskriver en prosess i fire faser, (se figur 2). I det følgende eksemplifiseres prosessen ved å beskrive utvikling og pilottesting av en behandlingsapp.

Happy Hands – en behandlingsapp

Bakgrunnen for å utvikle appen er at håndartrose er en leddsykdom som rammer halvparten av alle

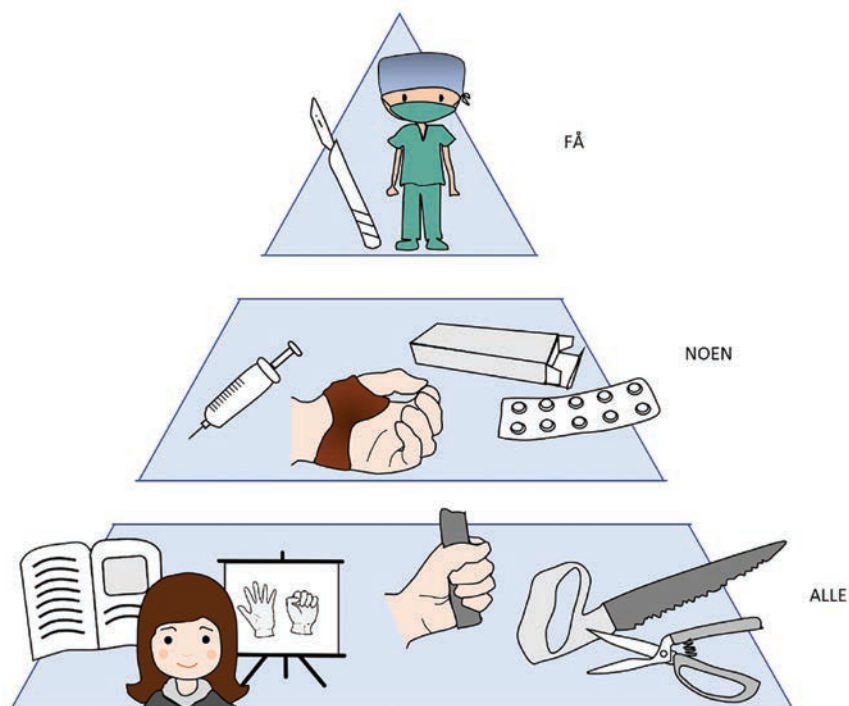
kvinner og en fjerdedel av alle menn i løpet av livet. Vanlige konsekvenser er smerter, stivhet og nedsatt håndfunksjon, som igjen medfører problemer med å utføre daglige aktiviteter og å delta i arbeids- og samfunnsliv. Det finnes ingen kur for håndartrose, og anbefalt kjernebehandling er informasjon og veiledning i håndøvelser, bruk av hjelpemidler og gode arbeidsteknikker (se figur 3). De som har artrose i tommelens rotledd bør i tillegg få tilbud om tilpasning av tommelortose (24). Smertelindrende medisiner kan brukes i korte perioder, mens kirurgi først skal vurderes når annen anbefalt behandling ikke har tilfredsstillende effekt.

I følge politiske strategier skal artrose i hovedsak behandles i kommunehelsetjenesten. Forskning viser imidlertid at tilbudet her er nærmest fraværende, og i en av våre studier fant vi at kun en av fem med artrose i rotleddet hadde fått anbefalt behandling før de ble henvist til vurdering av kirurg i spesialisthelsetjenesten (25).

Vi vurderte derfor at en behandlingsapp ville gjøre anbefalt behandling mer tilgjengelig for alle med håndartrose, uavhengig av bosted og tilgjengelig helsepersonell (26).

FASE 1: UTVIKLING AV APPEN HAPPY HANDS

Et litteratursøk viste at det ikke fantes noen behandlingsapper for håndartrose. Vi etablerte da en tverrfaglig prosjektgruppe med to brukerrepresentanter, ergoterapeuter, fysioterapeut, revmatolog, fastlege og sykepleier. I utviklingen fulgte vi retningslinjer for utvikling av digitale intervensjoner (27). Teorigrunnlaget for utforming av appen var en



Figur 3: Behandlingspyramide for personer med håndartrose. Ill: Anne Therese Tveter.

kombinasjon av biomedisin, salutogenese og kognitiv adferdsterapi, mens innholdet var basert på tidligere forskning, nyere behandlingsanbefalinger og grundige diskusjoner med de to brukerrepresentantene. Deres innspill var førende for hva som ble hovedtema, hvordan disse ble delt opp og presentert og oppbygging av og progresjon i appen gjennom de tre månedene programmet varer. Parallelt søkte vi og fikk to millioner kroner i utviklingsmidler fra DAM-stiftelsen. Det ga oss muligheten til å bruke profesjonell fotograf og animatør til å lage korte videosnutter og filmer. I appen inngår også ukentlige quizer og oppmuntrende tilbakemeldinger. Selve programmeringen ble gjort av Universitetets Senter for Informasjonsteknologi ved Universitetet i Oslo (UiO), og vi brukte Tjeneste for Sensitive Data ved UiO for å innhente og lagre brukerrapporterte data i behandlingsperioden. Brukerne registrerte blant annet hver gang

de hadde sett en film eller utført en øvelse, og de rapporterte smerter og stivhet i hendene etter hver treningsøkt. De vurderte også aktivitetsutførelse ved å fylle ut skjemaet MAP-Hand (28) ved oppstart og etter en, to og tre måneder. På bakgrunn av dette kunne vi oppsummere og tilgjengeliggjøre progresjon av utvikling smerte, stivhet og aktivitetsutførelse i enkle grafer for hver bruker.

I hele utviklingsperioden hadde vi jevnlig møter med utviklerne og brukerrepresentantene for å sikre at innholdet var forståelig og passe dosert.

Fase 2: Vurdering av anvendelighet

Da appen var klar til pilottesting rekrutterte vi 73 deltakere med håndartrose via en fastlegepraksis, poliklinikken på Diakonhjemmet Sykehus, Norsk Revmatikerforbund, omtale i media og ved at inkluderte brukere spurte om bekjente med håndartrose også kunne få være med. Deltakerne fikk hjelp til

å laste ned app'en, målt håndkraft i begge hender, og en liten brosjyre med veiledning i bruk av app'en. Etter tre måneder målte vi igjen håndkraft og intervjuet deltakerne enkeltvis eller i grupper om deres erfaringer med app'en.

Foreløpige analyser viser lovende resultater, og brukerne var jevnt over veldig fornøyde med app'en. Basert på tilbakemeldingene ble det gjort en del tekniske justeringer. Vi la til en kort animasjonsfilm med tips om bruk av app'en og laget en innledende motivasjonsfilm hvor to av brukerne forteller om hvordan de etter tre måneder har mindre smerte og stivhet, bedre håndkraft og mestrer aktiviteter de tidligere ikke klarte.

Flere brukere fortalte dessuten at det var vanskelig å registrere smerte og stivhet i hender, og anbefalte å endre til registrering av hver hånd for seg, noe vi tok til følge. Parallelt med dette har vi søkt om forskningsmidler til en større utprøving, og var igjen heldige og fikk midler fra DAM-stiftelsen.

FASE 3 OG 4: EVALUERE OG IMPLEMENTERE

I oktober starter vi inklusjon i en RCT med 400 deltakere, som rekrutteres ved rundt 20 sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, fastlegepraksiser og kommuner i hele landet. Deltakerne følges med målinger ved oppstart og etter tre og seks måneder. Hovedutfallsmål måles etter tre måneder ved å sammenligne hvor mange i hver gruppe som har en klinisk relevant bedring i følge OMERACT/OARSI-kriteriene, som er et kombinasjonsmål av smerte, sykdomsaktivitet og aktivitetsutførelse (29).

I utvikling av strategier for

implementering vil vi igjen samarbeide tett med brukere, klinikere og brukerorganisasjoner. Så langt har vi erfart at interessen fra pasienter, helsepersonell og media er stor, og mange har meldt sin interesse for å delta i inklusjon eller som brukere av app'en. Det at så mange er involvert i og har påvirket utvikling og utprøving, fører dessuten til at de har et eierforhold til app'en: Det tror vi øker motivasjonen for å ta den i bruk i klinisk praksis når den store studien er avsluttet, og app'en er tilgjengelig på vanlige plattformer som App-store og Google Play.

Vi må tenke stort og være modige

Å utvikle og evaluere komplekse intervensjoner er krevende både i forhold til tid, penger og tålmodighet. Min erfaring er imidlertid at prosessen er kreativ, spennende og morsom. Det tette samarbeidet med brukere og klinikere er lærerikt og givende, og de mange konstruktive tilbakemeldingene og justeringene gjør at vi føler oss ganske trygge på at studien vår vil gi resultater som gjør en forskjell i hverdagen for mange med håndartrose.

Erfaringer fra tidligere store satsinger, som innføring av hverdagsrehabilitering, viser også at grundig forskning gir gode resultater, både for brukere av tilbudet og i form av medieoppmerksomhet og nye ergoterapistillinger i mange kommuner (30).

Jeg tenker at vi, som profesjon, aldri har stått bedre rustet til å gjennomføre gode studier enn vi gjør nå. Noen av våre styrker er:

- gode teorier, modeller og instrumenter vi kan bruke når vi skal designe studier av høy kvalitet
- stadig flere ergoterapeuter



Erfaringer fra tidligere store satsinger, som innføring av hverdagsrehabilitering, viser at grundig forskning gir resultater både for brukere av tilbudet, i form av medieoppmerksomhet og nye ergoterapistillinger i mange kommuner.

- med videreutdanning, mastergrad, doktorgrad og/eller erfaring med forskning
- gode faglige nettverk
- engasjerte og motiverte klinikere
- et engasjert og strategisk fagforbund

Mitt ønske er at vi samler krefter

ne, tør å tenke stort og strategisk og samarbeider på tvers av miljøer for å få til gode studier som evaluerer effekt av ergoterapi. En siste utfordring til oss alle er å være modige og si ja når vi blir invitert til å delta i forskning, og å endre praksis når nye resultater utfordrer dagens metoder og intervensjoner.

Stor takk

Jeg vil rette en stor takk til studieleder Mona Dahl og OsloMet for forskningstid til utarbeiding av foredrag og artikkel, mine gode ergoterapeutkolleger på Diakonhjemmet for kloke innspill til utforming av æresforedraget, seniorforsker Anne Therese Tvetter som leder Happy Hands-studien og brukerrepresentantene Thalita Blanck og Sissel Nyheim og resten av prosjektgruppen for godt samarbeid i utvikling og pilottesting av Happy Hands.

Referanser

1. Spock B. The Common Sense Book of Baby and Child Care. 1st ed. New York: Duell, Sloan, and Pearce; 1946.
2. Guntheroth WG, Spiers PS. Sleeping prone and the risk of sudden infant death syndrome. *JAMA*. 1992;267(17):2359-62.
3. Brattström M. Leddskydd och rehabilitering vid inflammatorisk ledtsjukdom. Lund: Studentlitt.; 1980.
4. de Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH, Kroon HM, Roodhooft KH, Lems WF, et al. Long term high intensity exercise and damage of small joints in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(11):1399-405.
5. Leonard G, Paquet N, Guitard P, Toupin-April K, Cavallo S, Paterson G, et al. The effects of an 8-week knitting program on osteoarthritis symptoms in elderly women: A pilot randomized controlled trial. *J Bodyw Mov Ther*. 2021;27:410-9.
6. Hammell KW. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Can J Occup Ther*. 2004;71(5):296-305.
7. Horne V, Edvardsen E. Videre refleksjoner rundt aktivitetens mørke sider. *Ergoterapeuten (norsk)*. 2022;65(3):2.
8. Tallon D, Chard J, Dieppe P. Relation between agendas of the research community and the research consumer. *Lancet*. 2000;355(9220):2037-40.
9. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Obstet Gynecol*. 2009;114(6):1341-5.
10. AOTA, AOTF. Occupational therapy research agenda. 2011;65(Suppl.):4.
11. Bannigan K, Boniface G, Doherty P, Nicol M, Porter-Armstrong A, Scudds R. Priorities for Occupational Therapy Research in the United Kingdom: Executive Summary of the POTTER Project. *Br J Occup Ther*. 2008;71(1):13-6.
12. Mackenzie L, Coppola S, Alvarez L, Cibule L, Maltsev S, Loh SY, et al. International Occupational Therapy Research Priorities. *OTJR (Thorofare N J)*. 2017;37(2):72-81.
13. Watson J, Cowan K, Spring H, Donnell JM, Unstead-Joss R. Identifying research priorities for occupational therapy in the UK: A James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *Br J Occup Ther*. 2021;84(12):735-44.
14. de Wit MP, Berlo SE, Aanerud GJ, Aletaha D, Bijlsma JW, Croucher L, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the inclusion of patient representatives in scientific projects. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(5):722-6.
15. Nilsen TK, Gustafsson A, Dahl U, Aaadahl P, Serigstad S, Lund A, et al. Brukermedvirkning i helseforskning i Norge. Forslag til retningslinjer og tiltak.: Helse og omsorgsdepartementet; 2014.
16. Chi IJ, Lin LY. Using the Assessment of Motor and Process Skills and the Pediatric Evaluation of Disability Inventory to Assess Self-Care Performance Among Preschool Children With Autism Spectrum Disorder. *Am J Occup Ther*. 2022;76(2).
17. Reinseth L, Uhlig T, Kjekken I, Koks-vik HS, Skomsvoll JF, Espnes GA. Performance in leisure-time physical activities and self-efficacy in females with rheumatoid arthritis. *Scand J Occup Ther*. 2011;18(3):210-8.
18. Tuntland H, Aaslund MK, Langeland E, Espehaug B, Kjekken I. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2016;9:411-23.
19. Dolva AS, Sveen U, Bonsaksen T, Hagby C, Horghagen S, Solbakken AI, et al. Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 3. . *Ergoterapeuten (norsk)*. 2015(2):44-9.
20. Gibson E, Koh CL, Eames S, Bennett S, Scott AM, Hoffmann TC. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients. The Cochrane database of systematic reviews. 2022;3(3):Cd006430.
21. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Moher V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *Int J Surg*. 2012;10(1):28-55.
22. Dijkers MP. Reporting on interventions: issues and guidelines for rehabilitation researchers. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(6):1170-80.
23. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061.
24. Kloppenburg M, Kroon FP, Blanco FJ, Doherty M, Dziedzic KS, Greibrokk E, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(1):16-24.
25. Gravas EMH, Tvetter AT, Nossum R, Eide REM, Klokkeide A, Matre KH, et al. Non-pharmacological treatment gap preceding surgical consultation in thumb carpometacarpal osteoarthritis - a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):180.
26. Tvetter AT, Blanck T, Nyheim S, Maarnes M, Christensen BS, Pedersen SJ, et al. Development of a smartphone application for treatment of hand osteoarthritis - happy hands. EULAR 2022; Copenhagen. *Ann Rheum Dis* 2022. p. 79.
27. Johnson C, Turley J. A New Approach to Building Web-based Interfaces for Healthcare Consumers. *HIC 2006: Health Informatics Society of Australia*; 2006. p. 296-302.
28. Fernandes L, Grotle M, Darre S, Nossum R, Kjekken I. Validity and responsiveness of the Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-Hand) in patients with hand osteoarthritis. *J Rehabil Med*. 2012;44(10):869-76.
29. Pham T, van der Heijde D, Altman RD, Anderson JJ, Bellamy N, Hochberg M, et al. OMERACT-OARSI initiative: Osteoarthritis Research Society International set of responder criteria for osteoarthritis clinical trials revisited. *Osteoarthritis Cartilage*. 2004;12(5):389-99.
30. Førland O, Skumsnes R. Hverdagsrehabilitering. Senter for omsorgsforskning, vest 2016.

Er det regionale skilnader når det gjeld kommuneergoterapeutane i Noreg?

Av Astrid Gramstad, Linda Stigen, Ruca Maas, Unni Sveen, Sissel Horghagen, Cathrine Arntzen & Tore Bonsaksen

Astrid Gramstad er ergoterapeut og førsteamanuensis ved UiT Noregs arktiske universitet og Senter for omsorgsforskning, nord.

E-post: astrid.gramstad@uit.no

Linda Stigen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved NTNU.

Ruca Maas er ergoterapeut og førsteamanuensis ved NTNU.

Unni Sveen er ergoterapeut og professor emerita ved OsloMet.

Sissel Horghagen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved NTNU.

Cathrine Arntzen er ergoterapeut og professor ved UiT Noregs arktiske universitet og Senter for omsorgsforskning, nord.

Tore Bonsaksen er ergoterapeut og professor ved Høgskulen i Innlandet.

Manuset ble mottatt 02.09.2021 og godkjent 14.05.2022.

Er det regionale skilnader når det gjeld kommuneergoterapeutane i Noreg?

Abstract

The aim of this study was to identify similarities and differences between the four health regions in Norway, with regards to the characteristics of occupational therapy staff working in the municipal health services. A cross-sectional study was performed where occupational therapists working in the municipalities were invited to fill out an online survey about the context of their work, work relationships within and outside the profession, competence level, participation in research, development projects and demographic characteristics. A total of 561 occupational therapists participated in the study. The data were analyzed with descriptive statistics, and differences between groups were analyzed with Chi-Square tests and one-way analysis of variance. The results showed unexpectedly that overall, the differences between health regions were small and not statistically significant regarding age, gender composition and competence level of the occupational therapists. However, we found differences between the health regions regarding the professional background of the occupational therapists' line manager; the number of occupational therapists in the same work unit; the proportion having served as fieldwork supervisor during the preceding year; and perceived influence on the service goals of the unit. More research is needed to explore how such differences may influence occupational therapists' practice and perceptions of their practice.

Keywords: Geografisk ulikheit, kommunale tenester, spørjeundersøking

Det er ingen ueinigheter mellom forfattarane når det gjeld rettane til denne artikkelen.

INNLEIING

Å sikre likeverdig tilgang til helsetenester, uavhengig av diagnose, geografi, sosioøkonomisk status, kjønn og alder, er eit viktig helsepolitisk premiss i Noreg (1). Ei av målsettingane med å gjere ergoterapi til ei lovpålagt teneste i norske kommunar i 2020 var nettopp å utjamne skilnadar mellom kommunar og sikre alle borgarar lik tilgang til ergoterapikompetanse. I følgje Statistisk sentralbyrå (SSB) var det ei stabil auke i ergoterapeutstillingar i kommunane, frå 1945 stillingar i 2015 til 2439 stillingar i 2019 (25 prosent auke totalt) (2). Om lag halvparten av norske ergoterapeutar arbeider i primærhelsetenestene, og ein reknar med at talet på kommuneergoterapeutar kjem til å auke framover (3). Sjølv om ergoterapi slik er ein sentral profesjon i kommunehelsetenestene, veit ein relativt sett lite om samansettinga og organiseringa av denne gruppa i Noreg. I denne studien vil me sjå nærare på om samansettinga av ergoterapeutar er i tråd med prinsippet om lik tilgang til helsetenester, men først vil me skildre eksempel på ulikheit i helse og knytte dette opp mot nokre geografiske høve.

Det er stadfesta at sosioøkonomiske og sosiale høve er med på å skape og oppretthalde ulikheit i helse mellom grupper i befolkninga. Til dømes er lang utdanning og høg inntekt assosiert med meir positive helseeffektar enn dei som manglar dette (4). Sosiale helseskilnadar fell ofte saman med geografiske skilnader. Eit døme på dette er at det innad i Oslo kommune er skilnad på åtte års forventa levealder på menn som bur i høvesvis bydel Sagene eller bydel Vestre Aker (4). På landsbasis fann ein at levealderen er høgast på Vestlandet og lågast i Finnmark, Østfold og Hedmark (tal før regionreforma) (5).

Statistikk frå Helsedirektoratet viser at det er store skilnader mellom helseregionane i høve til kor mange liggedøgn sjukehusa rapporterer. Pasientar som er utskrivingsklare skal skrivast ut til kommunane, som skal ivareta eventuelle behov for pleie og helsehjelp. Helsedirektoratet fann at talet på liggedøgn auka i 2021, og at auken var størst i Helse Nord

og Helse Midt, medan det var ein reduksjon i Helse Vest og Helse Sør-Øst (6). Sjølv om ikkje alle pasientar vil trenge oppfølging frå kommunehelsetenestene etter utskrivning, er det likevel mogleg at desse skilnadane indikerer ulikheit i ressursar og kapasitet til å ta i mot, pleie og drive rehabilitering i kommunane som høyrer til dei ulike helseregionane.

Ergoterapi er eit helsefag som handlar om å fremme helse gjennom aktivitet og å støtte menneske i å utføre aktivitetar og delta i samfunnet (7). Fagforeininga til ergoterapeutane oppsummerer faggruppa sitt bidrag til å møte behova i samfunnet og den enkelte sine helseutfordringar med at ergoterapeutar bidrar til deltaking og inkludering, gjennom å anvende kompetansar om samspelet mellom person, aktivitet og omgjevnader (8). Ergoterapeutane sin fagkompetanse er innretta på å redusere gapet mellom individet sine føresetnader og omgjevnadene sine krav og bidreg med det til å utjamne ulikheiter i helse. Ergoterapikompetanse er òg berekraftig i høve til at ein satsar på å løyse ut ressursar hos den enkelte og fokusere på forebygging og rehabilitering framføre kompenserande og passiviserande tiltak. Sjølv om ergoterapi er ei lovpålagt teneste, er det enno fleire kommunar som ikkje har knytt til seg ergoterapiressursar. Om kommunane ikkje har tilgang på ergoterapikompetanse, vil dette kunne føre til at personar med behov for rehabilitering og støtte til meistring i dagleglivet i større grad får tilbod om kompenserande pleie. Ein kan difor spørje seg om samansettinga av ergoterapeutar i norske kommunar er ein faktor som bidreg til geografisk ulikheit i helse. Eller ein kan stille spørsmålet annleis: Er samansettinga av kommuneergoterapeutar i norske kommunar i tråd med prinsippet om lik tilgang til helsetenester uansett kva helseregion ein tilhøyrar?

Noreg er delt inn i fire helseregionar: Sør-Øst, Vest, Midt og Nord. Nokre av skilnadane mellom helseregionane går fram av tabell 1. I kvar helseregion er det eit regionalt helseføretak som har ansvar for å sørge for spesialiserte helsetenester til personane

Region	Areal	Innbyggjarar (n)	Tilsette (årsverk)	Inntekter 2016 NOK
Helseregion Sør-Øst	110 000 km ²	2 900 000	78 300 (59 800)	81,1 mrd.
Helseregion Vest	43 432 km ²	1 100 000	27 400 (21 300)	28,8 mrd.
Helseregion Midt	56 300 km ²	700 000	22 000 (15 000)	22,0 mrd.
Helseregion Nord	112 000 km ² (+ Svalbard: 61 000 km ²)	480 000	17 900 (13 200)	17,9 mrd.

Tabell 1. Helseregionar – innbyggjarar, areal, tilsette og inntekter.

som bur i regionen. Helse Sør-Øst har ansvar for dei som bur i Agder, Vestfold og Telemark, Viken, Oslo og Innlandet. Helse Vest har ansvar for Rogaland og Vestland, medan helse Midt har ansvar for Møre og Romsdal og Trøndelag. Helse Nord har ansvar for dei som bur i Nordland, Troms og Finnmark og på Svalbard.

Helseføretaka sitt ansvar for å sørge for spesialiserte helsetenester avgrensar seg ikkje berre til å ivareta pasientar som treng spesialisert sjukehusbehandling. Ansvar til Helseføretaka omfattar òg å bidra til oppfølging av og samarbeid med primærhelsetenestene slik at ein sikrar gode pasientforløp. Etter Samhandlingsreforma har oppgåver og ansvar blitt overført frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenestene (9). Formålet med Samhandlingsreforma var mellom anna å:

«sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles.» (9).

Eit døme på styrka samhandling mellom regionar og kommunar er at kvar av helseregionane og kommunane skal ha ei regional koordinerande eining for habilitering og rehabilitering (10). Den regionale koordinerande eininga i spesialisthelsetenesta skal ha oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbodet i sin respektive helseregion, og vere eit knutepunkt for samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetenesta.

Sjølv om helseføretaka er ein sentral samarbeidspartnar, må kommunane løyse sine oppgåver innanfor dei rammene dei har, med det personalet dei har til rådvelde. I følge SSB vil det vere mangel på ergoterapeutar i Noreg framover, med ei estimert underdekning på 500 ergoterapeutar fram mot 2035 (11). Ei offentleg utgreiing frå 2019 viser at rekrutteringsproblema våren 2018 var størst innan helse- og sosialtenestene, der rundt 29 prosent av verksemdene rapporterte at dei enten ikkje hadde lukkast med å rekruttere kvalifisert helse- og sosialpersonell dei siste månadane, eller at dei hadde tilsett nokon med lågare eller annleis kompetanse enn det dei leita etter (12). Forsking på nyoppretta kommuneergoterapeutstillingar sidan 2014 indikerer at dei fleste nye

stillingane vart oppretta i større, sentrale kommunar (13). Å rekruttere og behalde helsepersonell er ein viktig tematikk i heile Noreg, men særleg i Nord-Noreg. Av helseføretaka var det Helse Nord som hadde størst mangel på arbeidskraft i helse- og sosialtenestene i høve til ønska sysselsetting våren 2018 (12). Ei slik skeivrekuttering kan i verste fall føre til geografiske ulikheiter i tilgang til ergoterapitenester, noko som kan gå ut over innbyggjarane si helse og livskvalitet.

På landsbasis veit me noko om kven kommuneergoterapeutane er; dei fleste er kvinner, om lag helvta har vidareutdanning, og dei har gjennomsnittleg 16,4 års erfaring frå tenestene (14). Dei fleste (tre av fire) jobbar fulltid, og dei bruker om lag halvta av arbeidstida til klientretta verksemd (14). Det manglar likevel kunnskap om kompetansenivå og stillingshøve blant kommuneergoterapeutane i dei fire helseregionane. Meir kjennskap til kommuneergoterapeutane sine stillingshøve i et samanliknande perspektiv vil kunne bidra til ei betre forståing av korleis ergoterapeutar har det i jobbane sine i ulike delar av landet. Til dømes vil det vere viktig å avdekke om rekrutteringsutfordringar kan knyttast til organisatoriske forhold og høve ved arbeidsplassen, som opplevd autonomi på arbeidsplassen og relasjonar med kollegaer og leiar. Slik kunnskap vil òg kunne bidra med kunnskap i høve til å avdekke eventuell geografiske ulikheit i helsetilbod, ergoterapikompetanse og kapasitet i kommunehelsetenestene, mellom dei fire helseregionane.

FORMÅLET MED STUDIEN

Formålet med denne studien er å undersøke likheiter og skilnadar mellom helseregionane i Noreg med tanke på dei tilsette kommuneergoterapeutane.

METODE

DESIGN OG FØREBUINGAR

For å finne ut om det var skilnadar mellom kommuneergoterapeutar i ulike regionar, valte me å gjennomføre ei tverrsnittsundersøking ved hjelp av ei elektronisk spørjeundersøking. Populasjonen var ergoterapeutar som var:

- (i) medlem av Ergoterapeutene
- (ii) registrerte som tilhøyrande kommunesektoren (KS-området)

For å sikre at spørsmåla og svaralternativa var forståelege og relevante, vart det gjort ei pilotundersøking blant sju personar i målgruppa. Desse ergo-

terapeutane var vald ut på bakgrunn av forskarane si kjennskap til dei på førehand. Pilotane fekk tilsend den gjeldande versjonen av spørjeundersøkinga. Dei vart bedne om å gå gjennom alle spørsmål og svaralternativ og merke seg eventuelle kommentarar dei måtte ha. Dei vart bedne om å vere spesielt merksame på om spørsmål og svaralternativ kunne oppfattast på ulike måtar. Om dei hadde forslag til betre eller klarare uttrykksmåtar vart dei bedne om å melde frå om det. Tilbakemeldingar på spørjeundersøkinga frå pilotane vart mottekne gjennom telefonsamtalar. Deira forslag om forbetringar og omformuleringar vart i stor grad tatt til følge i siste revisjon av spørsmåla før dei vart sendt ut til deltakarane.

SPØRJEUNDERSØKINGA

Alle spørsmål i spørjeundersøkinga vart laga spesifikt for denne studien. Dei omfatta mellom anna spørsmål om deltakarane sin sosiodemografiske bakgrunn (alder og kjønn), deira kompetanse (utdanningsnivå, vidareutdanningar, spesialistgodkjenningar og år med erfaring frå yrket), informasjon om ulike høve knytt til den enkelte si stilling (samløysing med andre ergoterapeutar, fulltids- eller deltidsstilling, personalansvar, yrkesbakgrunn hos næraste leiar, talet på ergoterapeutar i same eining, kor mykje av stillinga som vart nytta til klientretta arbeid) samt om ulike høve relatert til deltaking i utvikling av faget (deltaking i FOU-arbeid, rettleiing av ergoterapistudentar, opplevd påverknad på kommunane sine målsettingar). Alle spørsmål og svaralternativ som er brukt i denne delstudien er gjengjevne i vedlegg 1. (Se side 44)

DELTAKARAR

I alt 1833 ergoterapeutar vart identifisert som aktuelle deltakarar. Invitasjonar til å delta vart sendt til 1767 ergoterapeutar som hadde gyldig e-postadresse, med påminning og oppmoding til å svare sendt ved to høve etterpå. Det var 561 (31,8 prosent) ergoterapeutar som valte å delta i studien og svarta på alle spørsmåla i undersøkinga. Alders- og kjønnsaman- settinga for dei som deltok var samanfallande med oversikta over medlem i Ergoterapeutforbundet, som var den identifiserte populasjonen. Difor vurderte me utvalet til å vere representativt for alders- og kjønnsamansettinga i populasjonen.

ANALYSE

Data vart analysert i statistikkprogrammet SPSS

(15) med både deskriptive og komparative metodar. Deskriptive analysar vart nytta for å skildre utvalet. Samanlikningar mellom ergoterapeutar frå dei ulike helseregionane vart utført med kji-kvadrat-test for kategoriske data, og med einvegs variansanaly- sar (ANOVA) for kontinuerlege data. Ved parvise samanlikningar vart Tukeys HSD nytta for å korrigere for den aukande sannsynlegheita for å oppdage statistisk signifikante skilnader. Phi (ϕ) var nytta som effekt mål for kategoriske variablar (eit mål for styrken på assosiasjonen mellom variablane), og målet ligg alltid mellom -1 (perfekt negativ samanheng) og 1 (perfekt positiv samanheng), der 0 indikerer ingen samanheng. Effektmålet tolkast slik at absolutte verdiar av ϕ omkring 0,10 betyr svak samanheng, omkring 0,30 betyr moderat samanheng, og omkring 0,50 betyr ein sterk samanheng (16). Cohens d vart nytta som effekt mål for gruppeskilnader på kontinuerlege variablar, kor absolutte verdiar av d omkring 0,20, 0,50 og 0,80 indikerer høvesvis svake, middels og sterke effektar (17). Statistisk signifikans vart sett til $p < 0,05$.

ETIKK

Norsk Senter for Forskingsdata (NSD) gav godkjenning til å samle, oppbevare og bruke innsamla data (prosjekt 52827). I introduksjonen til spørjeundersøkinga vart deltakarane informert om at det var friviljug å delta, og at det å sende inn den utfylte spørjeundersøkinga var å sjå som deira informerte samtykke til deltaking i studien.

RESULTAT

I denne studien var det 561 ergoterapeutar (31,8 prosent) som svarte på undersøkinga. Om lag 90 prosent av deltakarane var kvinner, og om lag ti prosent av deltakarane var over 60 år. Om lag fem prosent av deltakarane hadde mastergrad, mens over halvparten rapporterte at dei hadde vidareutdanning. Mellom dei fire helseregionane var det ingen statistisk signifikante skilnader i høve til mellom anna alder og kjønn. Me fann òg at helseregionane ikkje skilde seg signifikant frå kvarandre med tanke på utdanninga og yrkeserfaringa til kommuneergoterapeutane.

Me fann i hovudsak fire skilnadar mellom helseregionane. For det første såg me at helseregionane skilde seg frå kvarandre i høve til andelen med ergoterapeut som næraste leiar. Ergoterapeutar i Helse Nord hadde ein høgare andel med ergoterapeut som næraste leiar (36,7 prosent) enn ergoterapeutar

i Helse Sør-Øst (22,0 prosent, $p=0,02$, $\phi =0,13$) og i Helse Vest (11,2 prosent, $p< 0,001$, $\phi =0,30$). Andelen som hadde ergoterapeut som næraste leiar var og høgare i Helse Sør-Øst (22,0 prosent) enn i Helse Vest (11,2 prosent, $p=0,01$, $\phi =0,12$). Andre gruppeskilnader var ikkje statistisk signifikante.

For det andre fann me skilnader mellom regionane i høve til å ta i mot praksisstudentar. Blant ergoterapeutar i Helse Midt var det ein større andel som hadde tatt i mot studentar i praksis i løpet av siste år (42,1 prosent), samanlikna med ergoterapeutar i Helse Sør-Øst (24,5 prosent, $p<0,01$, $\phi =0,16$) og samanlikna med ergoterapeutar i Helse Nord (21,7 prosent, $p=0,01$, $\phi =0,22$). Andre gruppeskilnader var ikkje statistisk signifikante.

For det tredje fann me skilnader i høve til talet på ergoterapeutar i same eining. Det vart rapportert gjennomsnittleg fleire ergoterapeutar i same eining i Helse Midt ($M=13,5$) samanlikna med det som vart rapportert i Helse Sør-Øst ($M=8,4$, $p<0,001$, $d=0,30$), medan dei andre skilnadane mellom helseregionane ikkje var statistisk signifikante.

Sist fann me òg regionale skilnader i høve til innflytelse på eiga eining. Deltakarane i Helse Midt hadde den høgaste gjennomsnittsskåren når det gjaldt kor mykje innflytelse dei meinte dei hadde på målsettinga til eininga dei var tilknytt ($M=3,1$), og dette var signifikant høgare enn dei gjennomsnittlege skårene for Helse Sør-Øst ($M=2,7$, $p<0,001$, $d=0,43$) og Helse Vest ($M=2,6$, $p<0,001$, $d=0,56$). Andre gruppeskilnader var ikkje statistisk signifikante.

Resultata frå analysane av dei regionale skilnadane er presentert i tabell 2.

DISKUSJON

Formålet med denne studien var å undersøkje likheiter og skilnader mellom helseregionane med tanke på tilsette kommuneergoterapeutar i Noreg. Helseregionane viste seg å vere like på fleire område. Mellom anna fann denne studien ingen skilnader mellom utdanningsnivå eller erfaringsgrunnlag blant ergoterapeutane. At det er likheiter mellom helseregionane er positivt, då det kan indikere at kompetansenhøva til norske kommuneergoterapeutar er relativt like på tvers av helseregionar, og at arbeidsvilkåra deira stort sett er like, ut i frå det respondentane har svart. Ut i frå dette kan ein anta at det ikkje er geografisk ulikheit i høve til kommuneergoterapikompetanse. Likheiter i tilbod og kompetansenivå i tenestene er viktige bidrag til å redusere geografisk ulikheit i helse, ved å tilby helsetenester av tilsvarende kvalitet

over heile landet. Sjølv om Kunnskapsdepartementet fann at ein i Helse Nord kan oppleve vanskar med å rekruttere kvalifisert personell (12), indikerer resultata frå denne undersøkinga at det likevel vert tilsett kommuneergoterapeutar i Helse Nord regionen med tilsvarende kompetanse som andre stader i landet.

Resultata viste òg nokre regionale skilnader; til dømes i forhold til organisering og lokalisering av tenester, og i forhold til ergoterapeutane sine arbeidsoppgåver. Me fann mellom anna skilnader mellom regionane i høve til om respondentane hadde ergoterapeut som næraste leiar. Å rekruttere og behalde kompetent helsepersonell kan sjåast i samanheng med faktorar som fremmer trivsel på arbeidsplassen. For ergoterapeutar kan dette vere om profesjonen er kjend og verdsatt (18), om ein har autonomi i stillinga si (19), eller om ein har nok sosial støtte i teamet sitt og hos leiinga (20). For ei relativt lita faggruppe som ergoterapeutar er det mogleg at mål om verdsetting, fagleg støtte og autonomi lettare kan realiserast i jobbar der leiar har same fagbakgrunn og der det er andre ergoterapeutar i same eining. For å sikre tenester av god kvalitet er det naudsynt at ergoterapeutar som profesjon oppretthald profesjonens faglege kjerne slik at dei ikkje vert lik alle andre helseprofesjonar når ein vert ein del av tverrfaglege team. Oppretthalding av ein sterk fagleg identitet og fagleg kjerne kan òg vere vanskeleg om ein vert leia av nokon som ikkje er kjend med kva som er ergoterapeutar sin kjernekompetanse (21). Korleis ein klarer å bevare sin faglege identitet, er delvis påverka av ergoterapeuten sin bakgrunn, til dømes kor lenge ein har arbeidd som ergoterapeut, eller om ein har spesialistkompetanse eller tilsvarende. Personlege karakteristikkar som kjønn og alder, så vel som organisatoriske høve ved arbeidsplassen (som stillingsandel og tid brukt på klientretta arbeid), kan spele ei rolle både i høve til rekruttering og i høve til korleis kompetansen vert brukt for å sikre høg kvalitet på tenestene (21).

Leiarar har stor betydning for trivsel og for å førebygge utbrentheit på arbeidsplassen (22). Ei studie frå Horghagen og kollegaer fann at ergoterapeutar i større grad kan utvikle ei generisk rolle og oppleve rolleforvirring når leiaren deira har ein annan profesjonsbakgrunn (21). Det kan vera at leiarar frå andre profesjonar kan forstå faget annleis enn ergoterapeutane i til dømes kva oppgåver som ergoterapeutane bør prioritere. Ei anna studie fann at ergoterapeutar kan oppleve eit press frå leiarar utan ergoterapifagleg profesjonsbakgrunn til å prioritere

Variablar n (%)	Alle n (%)	Helse Sør-Øst n (%)	Helse Vest n (%)	Helse Midt n (%)	Helse Nord n (%)	p
Alle	561 (100)	318 (57)	107 (19)	76 (13)	60 (11)	
<i>Sosiodemografiske forhold</i>						
Alder over 60 år	48 (9)	32 (10)	5 (5)	9 (12)	2 (3)	0.10
Kvinner	521 (92.9)	291 (91)	105 (98)	72 (95)	53 (88)	0.05
<i>Kompetanseforhold</i>						
Mastergrad	31 (5)	17 (5)	5 (5)	5 (7)	4 (7)	0.92
Vidareutdanning	299 (53)	172 (54)	56 (52)	40 (53)	31 (52)	0.98
Spesialistgodkjenning	20 (4)	14 (4)	1 (1)	1 (1)	4 (7)	0.13
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
År med erfaring som ergo- terapeut	16 (10)	17 (10)	15 (9)	17 (10)	16 (9)	0.32
<i>Stillingsforhold</i>						
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Samlokalisering med andre ergoterapeutar	376 (67)	223 (70)	71 (66)	47 (62)	35 (58)	0.22
Full stilling	425 (76)	248 (78)	72 (67)	56 (74)	49 (82)	0.10
Personalansvar	36 (6)	16 (5)	8 (7)	6 (8)	6 (10)	0.43
Næraste leiar er ergoterapeut	128 (23)	70 (22)	12 (11)	24 (32)	22 (37)	< 0.001
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Talet på ergoterapeutar i samtale eining	9 (13)	8 (10)	9 (13)	13 (22)	10 (10)	< 0.05
Prosentdel tid brukt på klientretta arbeid	48 (20)	48 (19)	49 (20)	50 (22)	44 (21)	0.34
<i>Deltakingsrelaterte forhold</i>						
		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	
Deltek i prosjektarbeid	245 (44)	140 (44)	42 (39)	35 (46)	28 (47)	0.74
Rettleiar for student i løpet av siste år	156 (28)	78 (24)	33 (31)	32 (42)	13 (22)	< 0.05
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
Opplevd påverknad på einings sine målsettingar	3 (1)	3 (1)	3 (1)	3 (1)	3 (1)	< 0.01

Tabell 2. Regionale skilnader med tanke på sosiodemografiske, kompetanserelaterte, stillingsrelaterte og deltakingsrelaterte forhold (n = 561).

Note. p-verdiene i tabellen kommer fra kjiqvadrat-tester (for kategoriske variablar) og ANOVA F-tester (for kontinuerlege variablar), og uttrykker sannsynligheten for at det ikke er forskjeller mellom helseregionene sett under ett (null-hypotese). M står for gjennomsnitt (mean), medan SD står for standaravvik (standard deviation). Resultata er runda av til næraste heile tal.

oppgåver som dei sjølve opplever at dei ikkje får brukt sin særlege kompetanse til (23). Nokre andre forskarar undersøkte betydninga av å ha ein ergoterapeut som leiar når ein sjølv var ergoterapeut, og fann at leiarane spela ei nøkkelrolle i å fremme jobbtilfredsheit. Særleg viktig var det å vise støtte til sine tilsette, kunne ta avgjersler som var til gagn for heile avdelinga og å vere ein tydeleg fagleg rollemodell (22). Dette funnet kan kanskje delvis forklare kvifor kommunane som tilhøyrar Helse Nord, til trass for

rekrutteringsutfordringar, likevel lukkast i å tilsette like kompetente ergoterapeutar i kommunale stillingar som andre helseregionar. Ein ergoterapeut som leiar, kan kanskje bidra til meir attraktive jobbhoëve, særleg med tanke på fagutvikling og vidare kompetanseheving, for andre ergoterapeutar (23). Utan at spørsmålet om jobbtilfredsheit er tatt opp i denne undersøkinga, kan det altså vere grunn til å peike på ein mogleg samanheng mellom jobbtilfredsheit og fagbakgrunnen til eigen leiar. Seinare undersøkin-

gar av ergoterapeutar sine jobbhøve bør inkludere spørsmål om jobbtilfredsheit.

Me fann òg skilnadar mellom helseregionane i høve til kor mange av respondentane som hadde vore rettleiar for ergoterapeutstudentar. Det var flest i Helse Midt (42,1 prosent) og færrest i Helse Nord (21,7 prosent) som rapporterte at dei har vore rettleiar for student i praksis i løpet av det siste året. Ut i frå dette kunne ein ha venta at det var ein større del av dei i Helse Midt som var samlokalisert med andre ergoterapeutar, sidan samlokalisering i tidlegare studiar (24) har vore assosiert med større sjanse for å vere praksisrettleiar, men det fann me altså ikkje. I staden kan det tenkjast at det er ulik kulturell praksis i dei ulike delane av landet i høve til å ta i mot studentar i praksis. Det er og rimeleg å peike på skilnadar mellom storleiken på utdanningsstadene i dei ulike regionane, der mellom anna Helse Midt har langt fleire ergoterapeutstudentar som skal ut i praksis, enn Helse Nord. Dette kan vidare bidra til å forklare dei regionale skilnadane med høve til praksisrettleiing. Tidlegare forskning fann at eit mindretal av norske kommuneergoterapeutar tek i mot studentar, noko som kan indikere at kommunehelsetenestene er eit underutnytta praksisfelt (24).

Helseregionane skilte seg frå kvarandre i høve til kor mange ergoterapeutar som jobba i same eining. I Helse Midt var det fleire som rapporterte at dei hadde eit større tal på ergoterapeutar i same eining (13,5 i gjennomsnitt), samanlikna med deltakarane frå dei andre tre regionane. Å ha godt og nært samarbeid med kollegaer, både frå same profesjon, og frå andre faggrupper, har betydning for jobbtilfredsheit (18). Om ein er tilsett som den einaste ergoterapeuten i eininga, stiller jobben høge krav til sjølvstende og sjølvleiing, og det blir viktig å kunne lene seg på kollegaer frå andre faggrupper som kan vere meir tilgjengelege. Me fann ikkje systematiske skilnader i kompetansenivå mellom regionane, noko som kan indikere at vilkåra for sjølvleiing kan vere like på tvers av regionane. Ei spørjeundersøking blant australske ergoterapeutar som arbeidde i gravgrendte og avsidesliggende område, fann at ergoterapeutane erfarte fleire utfordringar i arbeidet sitt (25). Mellom anna var dette knytt til lange ventelister, at mykje av arbeidstida vart brukt på reising og transport og at klientgruppene og arbeidsoppgåvene var svært varierte. For å overkomme desse utfordringane nytta ergoterapeutane fleire strategiar. Til dømes la dei stor vekt på å bygge nettverk innanfor

eigen profesjon og å samarbeide tett med både andre ergoterapeutar og andre profesjonar. Støtte frå andre ergoterapeutar var viktig, og dei nytta fleire problemløysingsstrategiar (25). I regionar med store avstandar og spreitt busetnad, som til dømes Nord og Midt, kan det vere utfordrande å sikre godt kollegaskap med andre ergoterapeutar. Regionsstyra i Ergoterapeutene har vore pådrivarar for å utvikle digitale arenaer for kollegastøtte, noko som kan vere ein fruktbar veg å gå for å utvikle gode kolleganettverk i regionen ein arbeider i.

Kommuneergoterapeutane i Helse Midt hadde den høgaste gjennomsnittsskåren på innflytelse på eininga sine målsettingar. Det er mogleg at dette kan sjåast i samanheng med den høge villigheita til ta i mot studentar i praksis. Ergoterapeutar som kjenner at dei har innflytelse på korleis organisasjonen utviklar seg, kan kanskje kjenne det lettare å la studentar kome til arbeidsplassen, og dei kan kjenne det lettare å formidle sin eigen praksis. For ergoterapeutar som kjenner lite slik innflytelse kan det vere lite ønskeleg å vise fram ein relativt makteslaus posisjon, og det å ta i mot studentar i praksis vil kunne forsterke ei kjensle av lite kontroll og innflytelse. Ein kan og undre seg over om et positivt samarbeid med utdanningsstadane kan auke villigheita til å vere praksisvegleiar: Samarbeidet kan bidra til å auke medvit og kunnskap om organisasjonen ein arbeider i, samstundes som at ein får eit utanifråblikk på verksemda.

STUDIENS STYRKER OG BEGRENŚINGAR

Denne kvantitative undersøkinga har gitt kunnskap om nokre likheiter og skilnader som finst mellom ergoterapeutar i ulike regionar i Noreg. Me veit likevel lite om kva desse skilnadane mellom helseregionane betyr i høve til kommuneergoterapeutar sine prioriteringar, sjølvleiing, moglegheit til fagleg utvikling og tilfredsheit i jobben. Me kan heller ikkje seie noko om betydninga av tverrfagleg og monofagleg samarbeid og kollegaskap for fagutvikling og praksis i dei ulike regionane.

Denne studien er basert på ei tverrsnittsundersøking, og me kan difor ikkje seie noko om årsaks-samhengar. Det var også få deltakarar innanfor enkelte kategoriar i spørjeundersøkinga, noko som aukar sjansen for å gjere Type II-feil: At reelle gruppeforskjellar ikkje vert oppdaga i analysane. Spørsmåla i undersøkinga er utvikla særleg for denne studien. Utforming av spørjeskjema er ein krevjande og komplisert prosess. Særleg utfordrande kan

det vere å få valide spørsmål som gjer at mottakar lett forstår kva forskarane er ute etter. Dersom me hadde funne tilsvarende undersøkingar, så hadde det difor kunne vore ein fordel å nytta spørsmål frå desse. Sidan me likevel ikkje fann dette, arbeidde forskargruppa grundig i fleire møte med å utforme, diskutere og revidere spørsmåla. For å sikre at spørsmåla og svaralternativa var forstålege og relevante, vart det òg gjort ei pilotundersøking blant sju personar i målgruppa. Deira forslag om forbetringar og omformuleringar vart i stor grad tatt til følge i siste revisjon av spørsmåla, før dei vart sendt ut til deltakarane. Likevel kan det enno hende at deltakarane har tolka spørsmåla på andre måtar enn det me hadde tenkt.

Sjølvsagt om responsraten var heller låg (31,8 prosent), så var den i tråd med kva ein kan forvente i populasjonsundersøkingar (26), og me vurderte storleiken på utvalet til å vere tilfredsstillande for dei analysane me har gjort. Ut i frå datagrunnlaget er det likevel vanskeleg å konkludere bastant på resultatane, og det er behov for meir forskning på dette området.

Konklusjon

Kommuneergoterapeutar er ei sentral gruppe i kommunale helse- og omsorgstenester som det er forska lite på. Denne studien bidrar til å lukke kunnskaps-gapet ved å undersøkje om det er likheiter og skilnadar mellom helseregionane med tanke på tilsette kommuneergoterapeutar, og i så fall kva for nokre. Resultata frå denne undersøkinga indikerer at det er små skilnadar mellom kommuneergoterapeutane i dei ulike helseregionane med tanke på aldersfordeling, kjønnsamansetnad og kompetanseforhold. Likevel viser resultatane òg nokre interessante skilnader mellom helseregionane med tanke på kommuneergoterapeutane sine stillingshøve og deira deltaking på ulike område. Det er behov for meir forskning for å klarleggje desse og utforske kva dei har å seie for ergoterapeutar og for ergoterapitilbodet i dei ulike regionane. Sjølvsagt om det ikkje er grunnlag for å konkludere at det ikkje er geografisk ulikheit i helsetilbod, forstått som kommuneergoterapeutane sin kompetanse og stillingshøve, mellom dei fire helseregionane, er det behov for meir forskning for å sjå om dette vert opprettholdt i tråd med oppretting av nye kommuneergoterapistillingar. Denne studien vil difor vere eit utgangspunkt for å studere eventuelle endringar i distribusjon av ergoterapistillingar i framtida.

Referansar

1. Helsedirektoratet. Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer. Rapport 2012. Oslo
2. Statistisk sentralbyrå (SSB). 12191: Kommunehelse - supplerende grunnlagstall og nøkkeltall (K) 2015-2020 2021 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/12191/>]
3. Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Oslo 2011.
4. Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011-2012) Melding til Stortinget. Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo 2011.
5. Folkehelseinstituttet. Forventet levealder i Norge Oslo2014 [updated 08.07.2021. Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/levealder/#forskjeller-mellom-kommuner-bydeler-og-fylker>]
6. Helsedirektoratet. Liggetid som utskrivingsklar økte i Midt- og Nord-Norge: Helsedirektoratet; 2021 [cited 2021 27.12.2021]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/liggetid-som-utskrivningsklar-okte-i-midt-og-nord-norge>
7. Kunnskapsdepartementet. Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning. 2019. Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-413>
8. Ergoterapeutene. Hva kan og gjør ergoterapeuter? Og hvorfor? 2019 [Available from: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/hva-kan-og-gjor-ergoterapeuter-og-hvorfor/>]
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: 2009.
10. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011. Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
11. Hjemås G, Zhiyang J, Kornstad T, Stølen NM. Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. Statistisk sentralbyrå; 2019.
12. Kunnskapsdepartementet. NOU 2019: 2. Fremtidige kompetansebehov II - Utfordringer for kompetansepolitikken. Oslo 2019.
13. Maass R, Bonsaksen T, Gramstad A, Sveen U, Stigen L, Arntzen C, et al. Factors Associated with the Establishment of New Occupational Therapist Positions in Norwegian Municipalities after the Coordination Reform. Health Services Insights. 2021;14:1-8
14. Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2020;27(1):39-46.
15. IBM Corporation. IBM SPSS for windows version 25. Armonk, NY: IBM Corporation; 2017.
16. Field A. Discovering statistics using SPSS (and sex, drugs and rock 'n' roll). 2nd ed. ed. London: Sage; 2005.
17. Cohen J. A Power Primer. Psychological Bulletin. 1992;112(1):155-9.
18. Moore K, Cruickshank M, Haas M. Job satisfaction in

- occupational therapy: a qualitative investigation in urban Australia. Australian occupational therapy journal. 2006;53(1):18-26.
19. Bendixen HJ, Ellegård K. Occupational therapists' job satisfaction in a changing hospital organisation-A time-geography-based study. Work. 2014;47(2):159-71.
 20. Mason VC, Hennigan ML. Occupational therapy practitioners' ratings of job satisfaction factors through a lens of social capital. Occupational therapy in health care. 2019;33(1):88-107.
 21. Horghagen S, Bonsaksen T, Sveen U, Dolva AS, Arntzen C. Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. Irish Journal of Occupational Therapy. 2020;48(2):133-46.
 22. Moore K, Cruickshank M, Haas M. The Influence of Managers on Job Satisfaction in Occupational Therapy. The British Journal of Occupational Therapy. 2006;69(7):312-8.
 23. Arntzen C, Sveen U, Hagby C, Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S. Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2019;26(5):371-81.
 24. Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Community-Working Occupational Therapists Serving as Fieldwork Supervisors: Characteristics and Associated Factors. The open journal of occupational therapy. 2017;7(3)
 25. Boshoff K, Hartshorne S. Profile of occupational therapy practice in rural and remote South Australia. Australian journal of rural health. 2008;16(5):255-61.
 26. Holbrook AL, Krosnick JA, Pfent A. The Causes and Consequences of Response Rates in Surveys by the News Media and Government Contractor Survey Research Firms. Hoboken, NJ, USA: Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc; 2007. p. 499-528.

Vedlegg 1. Oversikt over alle brukte spørsmål og svaralternativ

Spørsmål	Svaralternativ
Hvilket år er du født?	Selvvalgt årstall
Hvilket kjønn er du?	Mann, kvinne
Hva er ditt utdanningsnivå?	Grunnutdanning/bachelorgrad, mastergrad, doktorgrad
Har du videreutdanning etter grunnutdannelsen som ergoterapeut?	Ja, nei
Er du ergoterapispesialist?	Ja, nei (hvis ja, oppgi spesialistområde)
Hvor mange år med yrkeserfaring som ergoterapeut har du?	Selvvalgt antall år
Hvilket fylke arbeider du i?	Selvvalg blant alle landets fylker
Er din stilling samlokalisert med andre ergoterapeutar?	Ja, nei
Omtrent hvor stor er din stillingsstørrelse?	10%, 20%, 30%100%
Har du personalansvar?	Ja, nei
Hvilket yrke tilhører din nærmeste overordnede?	Sykepleier, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, vernepleier, psykolog, sosionom, barnevernspedagog, førskolelærer, lærer, annet/ukjent
Omtrent hvor mange ergoterapeutstillinger er det totalt i din kommune/etat/bydel i dag?	Selvvalgt antall
Hvor stor andel av din arbeidstid bruker du på arbeidsoppgaver som er direkte klientrettet?	0%, 10%, 20%, ..., 100%
Deltar du i prosjekt eller fagutvikling som del av din stilling?	Ja, nei
Har du vært veileder for ergoterapeutstudent i praksis?	Ja, nei,
Hvis du svarte ja på forrige spørsmål: Når var du sist veileder for ergoterapeutstudent i praksis?	I løpet av siste år, 1-2 år siden, 3-4 år siden, 5 år eller mer siden
I hvilken grad opplever du at du er med og påvirker kommunens/etatens/bydelens målsettinger?	Ikke i det hele tatt, lite, middels, mye, svært mye

Teknologi kan være komplisert. Kontakt med familien burde ikke være det.

Med videosamtaler og bildedeling fra venner og familie gir Komp trygghet og selskap til de som ikke mestrer moderne teknologi.



Forskning viser at Komp...

1. Skaper et digitalt familienærvær som forebygger ensomhet
2. Er lettere å bruke enn smarttelefoner og nettbrett
3. Bedrer Eldres livskvalitet
4. Bedrer Eldres følelse av å bli inkludert
5. Bedrer Eldres trygghetsfølelse
6. Bedrer kontakten mellom eldre og pårørende/helsepersonell
7. Hjelper eldre med å bo hjemme lenger

Les mer på noisolation.no/komp

Kontakt: isaksen@noisolation.com



NAVN:
Kine Strømstad
STILLING:
**Stipendiat ved Avdeling for
Folkehelse, Universitetet i
Stavanger**

Av Else Merete Thyness

Forsker på arbeidsplassvurdering som en del av komplekse intervensjoner

– Hvem er Kine Strømstad?

– Jeg er ergoterapeut og jobber nå med en doktorgrad om kartlegging som del av intervensjoner for langtidssykmeldte. Norsk fagkongress er den første kongressen jeg har deltatt på, og den første kongressen hvor jeg presenterte foreløpige resultater fra arbeidet med doktorgraden. Jeg er del av et aktivt forskningsmiljø og del av ett større prosjekt, Now What?, som er et samarbeid mellom Universitetet i Stavanger og OsloMet. Now What-prosjektet skal bidra til et større fokus på barrierene for arbeidsdeltakelse med formål om at flere kan jobbe på tross av helseplager.

På kongressen fikk jeg gleden av å bidra på flere måter. Jeg holdt et muntlig innlegg om en kunnskapsoppsummering om kartleggingsredskaper brukt ovenfor sykmeldte i en tilbakeføringsprosess og presenterte en poster om «Hva erfarer langtidsykmeldte som barrierer for å vende tilbake i arbeid». Jeg fikk også være med på å holde en interaktiv workshop om «Arbeidsplassvurdering med AWP (Assessment of Work Performance) og AWC (Assessment of Work Characteristics)» sammen

NOW WHAT?

Now What-prosjektet blir ledet av professor Randi Wågø Aas og er et samarbeid mellom Universitetet i Stavanger og OsloMet. Målet å utvikle et nytt tiltaksprogram for langtidssykmeldte.

med mine kjekke kolleger. Så jeg fikk virkelig prøvd mange formidlingsformer på min første kongress! Ikke minst fikk jeg gleden av interessante samtaler med andre ergoterapeuter og gleden av å høre på mange flotte innlegg som ga faglig påfyll.

– Hva forsker du på?

– Now What-prosjektet prøver ut en ny oppfølgingsmodell for langtidssykmeldte. I mitt ph.d.-prosjekt forsker jeg på arbeidsplassvurdering som del av slike komplekse intervensjoner for å vende tilbake til arbeid etter lang tids sykmelding. Arbeidsplassvurderinger inngår som ett ledd av sammensatte intervensjoner, men det finnes foreløpig ikke noe definisjon av hva som inngår i en vurdering. Jeg ønsker å bidra til økt kunnskap av kartlegging brukt i tilbakeføringsprosesser, og hvilke kartlegginger som egner seg for å identifisere de barrierene langtidsykmeldte opplever.

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

Det var et godt, men vanskelig spørsmål. Det gjøres så mye viktig forskning som er relevant for oss ergoterapeuter! Jeg har likevel lyst til å bruke anledningen til å trekke frem spesielt en artikkel som jeg tenker kan være relevant for ergoterapeuter som jobber med arbeidshelse. Det er den oppdaterte kunnskapsoppsummeringen av Cullen et.al. 2018. Denne systematiske kunnskapsoppsummeringen

handler om effektiviteten av arbeidsplassbaserte intervensjoner rettet mot sykemeldte med muskel- og skjelettplager, kroniske smertetilstander eller vanlige psykiske lidelser. Studien adresserer utfordringen med at selv om det forskes mye på tilbakeføring til arbeid, finnes det relativt få studier av god kvalitet som ser på arbeidsplassbaserte intervensjoner. Cullen og kolleger konkluderer med at intervensjoner for tilbakeføring til arbeidet bør bestå av flere elementer, de bør være multidimensjonale. Tilrettelegging av arbeid og arbeidsplass kan inngå som ett av disse elementene. Og det har vi som ergoterapeuter mye god kompetanse om.

Generelt vil jeg si at det er veldig nyttig å lese kunnskapsoppsummeringer, ikke minst er det flott å få servert oppsummert kunnskap, det er også en fin måte å få oversikt over de sentrale artiklene på ett område. Og så må si at jeg i arbeidet med å skrive kunnskapsoppsummering om arbeidsplassvurdering, virkelig setter pris på de utallige timene forskere legger ned i arbeidet med gode kunnskapsoppsummeringer.

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

- I tilknytning til mitt eget forskningsfelt skulle jeg ønske det ble forsket mer på ergoterapi og tilbakeføring til arbeid. Jeg tenker også det burde vært forsket mer på hvordan identitet og rolle er knyttet opp til yrkesutøvelse, særlig med tanke på mennesker som ikke lenger kan utføre et yrke de har sterk tilknytning til og som velger/ikke velger å begynne med et nytt yrke.

Referanse

Cullen, K.L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P.A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., Mckenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D.M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D., Amick, B.C., 2018. Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation* 28, 1-15.. doi:10.1007/s10926-016-9690-x



Ida Goplen Gulliksen og Kine Strømstad (bildet) holdt workshop om AWP og AWC sammen med Randi Wågø Aas og Emilie Aas Torland.

Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.








- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling



For mer informasjon se:
www.bamseprodukter.no
www.hjelpemiddeldatabasen.no
Varekataloger og brosjyrer.



OPPORTUNITIES THROUGH OCCUPATIONAL THERAPY

The approach of sexuality with persons with Acquired Brain Injury in chronic stage

This article presents the main findings of the research that has been done through a thesis of a master's degree from the University of A Coruña, with the title «The approach of sexuality with persons with ABI in chronic stage: Opportunities through Occupational Therapy».

Av Nuria Rico Alonso, Pablo Cantero-Garlito & Thais Pousada



Thais Pousada is a graduate in occupational therapy with a master's degree in Health Assistance and Research and a ph.d. in Health Science. She is a Professor in the Faculty of Health Science at the University of A Coruña and a member of CITIC Research Center and of TALIONIS Research Group.

Nuria Rico Alonso is an occupational therapist and a researcher at the Universidade da Coruña.

Pablo Cantero-Garlito is an occupational therapist and researcher at Universidad de Castilla La Mancha.

First, and to contextualize the topic of the study, it is important to highlight that sexuality not only includes sex but also gender identities, eroticism or sexual orientations, and it is conditioned by different personal and contextual factors (WHO, 2006). Sexuality is conceptualized as an activity of daily life, but some persons, due to their health status can experiment barriers to participating actively in this activity (Torices Rodarte, 2007; Schorr, 2010). Therefore, it is assumed that occupational therapists (OTs) must direct their interventions to promote the personal autonomy of the user, considering the needs, demands and priorities of the person and his/her partner ((AOTA, 2020); Kielhofner, 2006).

Acquired Brain Injury (ABI) is an event that impacts all vital areas of the person and his or her family (FEDACE, 2019; FEDACE, 2010). Normally, sexuality is a forgotten aspect during the rehabilitation process, but it may be an important issue for the user and the partner. Therefore,

in the chronic stage of ABI, the intervention of Occupational Therapy (OT) could be relevant for them.

With this in mind, it proposed this research with two main objectives in order to

- 1 explore the significance of sexuality after having an ABI
- 2 determine the importance that people with ABI and their partners place on sexuality in their daily lives

To meet these goals, the authors proposed a qualitative design, with a phenomenological approach. This is the best strategy to know the perspective of the participants and to enhance them in terms of giving voice to an important aspect of their lives.

SELECTION

The selection of participants, through an NGO of people with ABI, was done on basis of the inclusion and exclusion criteria, with sampling non-probabilistic for convenience. The data were collected through semi-structured interviews, which then were codi-

fied, transcribed and categorized. The sample was formed by eight persons with ABI and six intimate partners.

APPROVAL

This research obtained approval from the Ethics Committee of the University of A Coruña, and the data were processed respecting the confidentiality and privacy of participants.

RESULTS

The results can indicate that, although the topic of research could result embarrassed and compromised, participants were very collaborator and open-minded in their answers. The number of women (8) was higher than that of men (6), and the majority were in maturity, with the mean age fixed at 57.

After analyzing the data, and according to their speeches, four main categories emerged, that are the following ones:

1 *Defining the taboo of sexuality.*

This activity is understood as a transversal aspect of the life of participants, and they have had to change the way how to participate in that. The taboo is considered an important issue, that influences the professional's intervention.

Couple (C) 3: «(...)it is important, but it would be something... transversal, as a normal aspect in the life, but it doesn't highlight above any. It would be something that surrounds activities.»

Person with ABI (P) 1: «But that (sexuality) is also basic, for many things. (...) but no one asks you, it's like a taboo.»

2 In the category of *life changes* the participants manifested

that they had modified their life priorities, according to their new health status. In this respect, fears, worries and doubts about sexuality and participation in it were emerged and verbalized by participants.

P3: «*Maybe at first, she had doubts (her husband about her) for not hurting me during sex or something. (...)*».

P6: «*It changes everything, let's see you prioritize, you see things differently, let's see, I was on the verge of death. It changes you*».

C3: «*(...) you don't have (between sobs) that support that you had (...) You feel alone (cries). It's just... it's really what I miss the most. The power... to be able to count on him*».

C4: «*I didn't know if she could affect him (having a sexual relationship) (...). I was afraid that she would affect him, of course, that it would cause another one*».

3 In addition, *age and gender* have been highlighted as conditioning factors. In this sense, old age and the feminine gender are personal aspects that could influence negatively on the participation of sexuality.

C1: «*So you imagine looking at yourself in a mirror, (she describes her partner)...from a woman's point of view. (...). So, how can you feel, how can it affect you? As a woman*».

C2: «*(...) we have reached an age where that is not so important because that depends a lot on age, well then that is replaced by other things*».

C4: «*(...) before because you felt like it more times, (...) it can be motivated by age because the older you are, the less you*

want to... (...) I give more priority to daily affection».

4 The category *Who, how, and when to intervene* refers to which are the professionals that have to intervene to promote sexuality and when is the best moment for that. Also, it is remarkable that participants manifested unknowledge about the role of occupational therapists during the intervention of this area of sexuality.

C5: «*(...) you would go directly to a psychologist because you don't know to what extent it is studied by other professionals*».

P8: «*Especially when he goes home, but... starting before (...) when he leaves the hospital to prepare him, of course*».

C3: «*(...) maybe if it were from the beginning if there were some talks about how it could be*».

C2: «*(...) OT could probably help, but I don't know how (...)*».

C1: «*(...) OT can also help (...) in how you have to develop in your sexuality when you mainly have motor problems (...)*».

REFLECTIONS

Some relevant data obtained in this research led us to think and reflect on how our discipline can position itself and improve its intervention with this population.

In fact, sexuality is a vital and important aspect of a person's life but is over-missed by OTs and other professionals (Deschênes et al., 2019; McRae, 2013; Moreno et al., 2013). To facilitate the approach of sexuality there are some models of practice (ie EX-PLISSIT) (Daneshfar F et al., 2017, and the best moment to start with that approach is before going out of the hospital

(Deschênes et al., 2019; Honrubia, 2018).

Concretely, the ABI implies a biographical rupture, causing important changes in sexuality, for the person and the partner. The approach to sexuality and the response to the changes are determined by age and gender. Some issues were identified as conditions of worse relationships in the couples, such as the presence of cognitive or emotional dysfunctions, the assumption of the role of caregiver by the partner, or the changes in the life's plan (Häggström et al. 2008; López et al. 2013; McGrath et al. 2018; Kautz et al. 2017; Cruz et al. 2018).

As has been commented before, age can be considered a determining factor that could influence negatively in the participation of sexuality. In fact, older couples prefer a situation of mutual accompaniment and daily support (Træen et al., 2016; Arias et al. 2011). Like gender is another important conditional factor to enhance sexuality (Haag et al. 2016; Curvis 2018), OTs have to take into account the understanding of differences in occupation priorities.

CONCLUSION

To conclude and to communicate the main contributions of this research, it can say that:

- Sexuality is a transversal activity in the daily life of the couple, even though there is still a taboo about this aspect.
- Sexuality remains neglected in the rehabilitation process of people with ABI, even though it is regarded as a key aspect for couples.
- The new health status after the ABI represents a great change, but it is also considered a

second chance in life.

- Gender and age have to be addressed by professionals during the intervention because they are considered influent factors in participating in sexuality.
- Thus, under a holistic conception, occupational therapists must reconsider their common practice to include the approach of sexuality, since it is a core part of everyone.

References:

- AOTA. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process—Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(Supplement_2), 7412410010p1-7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/AJOT.2020.74S2001>
- Arias CJ, Polizzi L. La relación de pareja . Funciones de apoyo y sexualidad en la vejez. *Rev Temática Kairós Gerontol*. 2011;14(10):49-71.
- Cruz Fernández KE, Castillo Cuello JJ, Coronados Valladares Y, Pérez Díaz Y de la C, Martínez Cuba S, Semino García LE. Propuesta de un programa de atención a la sexualidad de pacientes ingresados con afección neurológica Proposal of a sex education program for neurology inpatients. *Rev Cuba Med Física y Rehabil*. 2018;10(2):1-12.
- Curvis W, Simpson J, Hampson N. Factors associated with self-esteem following acquired brain injury in adults: A systematic review. *Neuropsychol Rehabil*. 2018;2011(28):1.
- Daneshfar F, Behboodi-Moghadam Z, Khakbazan Z, Nabavi SM, Nayeri ND, Ghasemzadeh S, et al. The Influence of Ex-PLISSIT (Extended Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) Model on Intimacy and Sexuality of Married Women with Multiple Sclerosis. *Sex Disabil*. 2017;35(4):399-414.
- Deschênes PM, Lamontagne ME, Gagnon MP, Moreno JA. Talking About Sexuality in the Context of Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury : An Integrative Review of Operational Aspects. *Sex Disabil* [Internet . 2019;1-18. Available in: <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09576-5>
- Federación Española de Daño Cerebral. El DCA en cifras [Internet]. Federación Española de Daño Cerebral. 2016 [cited 22th May 2019]. p. 3-5. Available in: https://fedace.org/epidemiologia_dano_cerebral.html
- Federación Española de Daño Cerebral. Modelo de atención al daño cerebral [Internet]. 2019 [cited 23th May 2019]. p. 1. Available in: https://fedace.org/modelo_atencion_dano_cerebral.html
- Häggström A, Lund ML. The complexity of participation in daily life: A qualitative study of the experiences of persons with acquired brain injury. *J Rehabil Med*. 2008;40(2):89-95.
- Honrubia Pérez M, Sánchez Raja E. Valoración de un programa de sexualidad a personas con Daño Cerebral Adquirido. *Int J Dev Educ Psychol*. 2018;3(1).
- Kautz DD, VanHorn ER. Sex and Intimacy after Stroke. *Rehabil Nurs*. 2017;42(6):333-40.
- Kielhofner G. El paradigma contemporáneo: un retorno a la ocupación como el centro de la profesión. En: Kielhofner G, editor. *Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional*. 3.a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 64-71.
- McRae N. Sexuality And the Role of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. EEUU: American Occupational Therapy Association; 2013. p. 1-2
- Moreno JA, Arango Lasprilla JC, Gan C, McKerral M. Sexuality after traumatic brain injury: A critical review. *NeuroRehabilitation*. 2013;32(1):69-85.
- López Espuela F, González Gil T, Jiménez García MA, Bravo Fernández S, Luengo Morales E, Amarilla Donoso J. ¿Y después del ictus? Reconstrucción de la biografía de pareja. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2013;38(1):35-41.
- Mcgrath M, Lever S, McCluskey A, Power E. How is sexuality after stroke experienced by stroke survivors and partners of stroke survivors? A systematic review of qualitative studies. *Clin Rehabil*. 2018;0(0):1-11.
- Træen B, Hald GM, Graham CA, Enzlin P, Kvallem IL, Carvalheira A, et al. Sexuality in Older Adults (65+)— An Overview of the Literature, Part 1: Sexual Function and its Difficulties. *Int J Sex Heal ISSN* [Internet]. 2016;29(1):1-10. Available in: <https://doi.org/10.1080/19317611.2016.1224286>
- World Health Organization (WHO). Defining sexual health [Internet]. WHO. World Health Organization; 2006 [cited 16th Feb 2019]. Available in: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/



POSTER

MATCH: When Occupational Therapy meets with robotics and artificial intelligence

The good match between any person and his/her assistive technology(AT) is achieved through a complete assessment of significant occupations, capabilities, needs, and priorities in his/her life.

Thais Pousada, Betania Groba, Laura Nieto, Nereida Canosa & Javier Pereira

Introduction: The good match between any person and his/her assistive technology (AT) is achieved through a complete assessment of significant occupations, capabilities, needs, and priorities in his/her life.

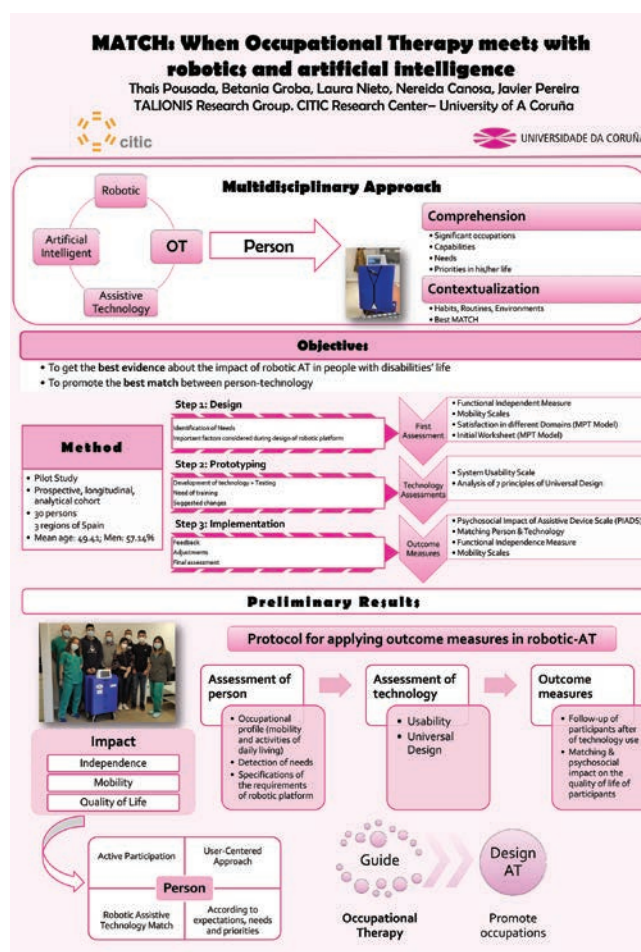
The present is multidisciplinary research that aims to develop novel Artificial Intelligence (AI) based robotic-AT to improve the independence and mobility of people with disabilities. The subproject led by occupational therapists (OT)-MATCH is focused on the implementation of outcome measures to improve the efficacy, effectiveness and real utility of AT in daily life.

Objectives: (1) to get the best evidence about the impact of robotic AT in the life of people with disabilities; (2) to promote the best match between person-technology.

Method: Pilot study: Prospective, longitudinal and analytical cohort. Sample was formed by 30 persons with disabilities from three Spanish regions, older than 25. To collect the data, outcome measures instruments (FIM, PIADS and MPT model), scales of usability and universal design and specific questionnaires were used.

Results: Robotic-AT based on AI was created; tested and used by participants. The impact of the devices in their lives was high, and results reflected differences with respect to age and level of mobility. A descriptive protocol of the application of outcome measures in robotic-AT was developed.

Conclusion: Active participation, with user-centered approach, allows defining and generating technological solutions that really adjust to the expectations, needs and priorities of users, to enhance their participation in the community. The role of OT in this



process is vital to guide the development of robotic AT promoting empowerment in occupations.



Access to the article with the Study Protocol.



OPPORTUNITIES THROUGH OCCUPATIONAL THERAPY

Within moments of becoming – Everyday citizenship in nursing homes

Denne artikkelen er basert på innlegg både på verdenskongressen i ergoterapi i Paris og den norske fagkongressen i Stavanger. Her la jeg fram noen av resultatene fra den andre artikkelen i min doktorgradsavhandling. Artikkelen ble publisert i *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* tidligere i år og kaster lys på medborgerskap som ordinære, hverdagslige praksiser.

Av Marianne Sund



Marianne Sund er høgskolelektor på ergoterapeututdanningen ved VID vitenskapelige høgskole. Hun er nå i innspurten på sin doktorgradsavhandling om medborgerskap i hverdagslivet til personer med demens som bor i sykehjem.

Original article:

Sund, Fjetland and Hanisch (2022). Within moments of becoming – everyday citizenship in nursing homes. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* DOI: 10.1080/11038128.2022.2085621

BAKGRUNN FOR STUDIEN

Ett av målene med Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) er at personer med demens skal sikres medbestemmelse og deltakelse, slik at de kan leve aktive og meningsfulle liv. I arbeidet med planen fortalte personer med demens om opplevelser av å miste kontroll og møte fordommer i samfunnet, og det rapporteres om manglende aktivitet i hverdagen både for hjemmeboende og personer som bor i sykehjem. Demensplanen fremhever betydningen av å tilby aktiviteter og fremme sosiale interaksjoner, i tråd med en personsentrert forståelse av omsorg. Den omtaler i liten grad medborgerskap eller essensielle dimensjoner av hverdagslivet i sykehjem.

Medborgerskap ble tradisjonelt forstått som en status, knyttet til rettigheter og plikter i samfunnets sosiale og politiske arenaer. Senere år har forskere argumentert for en bredere forståelse av medborgerskap som praksiser, realisert gjennom relasjoner og handling. Nedlund, Bartlett og Clarke (2019) fremhever anerkjennelse av kompetansen personer med demens har

til å handle i, og påvirke, verden rundt seg (aktørskap) gjennom ordinære hverdagslige aktiviteter. De problematiserer at personer med demens i sykehjem ofte har reduserte muligheter til å utøve slikt medborgerskap. Stafford (2003) skriver at sykehjemmet forsøker å være både et hjem og sykehus, noe som skaper spenninger mellom hjemmets autonomi og sykehusets organisering. Sykehusets logikk bygger på medisinske og omsorgsbaserte perspektiver som kan redusere personer til passive pasientroller fremfor agenter i eget liv. På linje med Bartlett, O'Connor og Mann (2010), svarer vår artikkel på et behov for et utvidet syn på demens, for anerkjennelse av menneskers evner og handlefrihet og deres rettigheter til det samme fra livet som andre.

METODE OG RESULTATER

Artikkelen bygger på etnografisk feltarbeid (O'Reilly, 2009) i to sykehjem for personer med demens. Jeg var deltakende observatør i sykehjemmenes fellesarealer, deltok i aktiviteter og rutiner og snakket med beboerne og ansatte for å forsøke å forstå hvordan livet ble levd og opplevd. Basert

på feltnotatene, og inspirert av Polkinghorne (1995), ble det konstruert fortellinger om noen av beboerne, med fokus på måtene de engasjerte seg i hverdagslige aktiviteter i sine omgivelser. Fortellingene ble fortolket gjennom teori om hverdagsmedborgerskap (Nedlund et al., 2019) og Wilcock og Hocking's (2015) aktivitetsdimensjoner *doing, being, becoming* og *belonging*. Beboerne May og Janne trekkes her frem. May uttrykte ofte tilfredshet med personalet. Hun fortalte at de gjorde så mye for henne, og hun ville gjerne avlaste de. Janne tok flere ganger initiativ til å rydde etter seg på slutten av måltidet.

MAY

Personalet hentet en sekk med klær og tok den med til spisebordet. May gikk bort til henne, de tømte posen med klær på bordet, og May startet å brette klærne. Den ansatte måtte ta seg av noe annet og før hun gikk sa hun: «Jeg kommer snart tilbake». May svarte «Du trenger ikke skynde deg, dette er mitt arbeid».

JANNE

En annen dag, når hun var ferdig å spise frokost, tok Janne fatet sitt og sa «Jeg får vel ta denne ut» mens hun gjorde seg klar til å reise seg. Den ansatte var rask. Hun tok fatet og svarte «Jeg kan ta den» og gikk til kjøkkenet med den. Janne sa ingenting, men hadde et overrasket uttrykk i ansiktet.

BECOMING - ET ESSENSIELT ASPEKT AV MEDBORGERSKAP

May og Janne handlet på måter som viste et ønske om å bidra til sine omgivelser. Noen ganger ble initiativene støttet, andre ganger ble de avledet oppmerksomhet

fra eller avslått. Kompetansen deres for slik *gjøren* kan forstås som en del av en kroppslig kunnskap innarbeidet gjennom et langt liv, mulig gjort gjennom engasjement i kjente aktiviteter. Det fremsto ikke som det var rutine for at beboerne engasjerte seg i slike daglige gjøremål, men mange deltok jevnlig på aktiviteter personalet inviterte dem til. Ifølge Wilcock og Hocking (2015) er det en interdynamisk relasjon mellom å *gjøre* (doing), å *være* (being), å *bli* (becoming) og å *tilhøre* (belonging). Aktivitetsdimensjonen *becoming* kan sees som en kontinuerlig prosess, mot utvikling og endring i tråd med egen aktivitetsidentitet og aspirasjoner for fremtiden. Tittelen «Within moments of *becoming*» setter fokus på hvordan beboerne selv utøvde sitt medborgerskap i hverdagslivet. Resultatene belyser den problematiske siden av institusjonelle oppfatninger av aktivitet som noe *gitt* av andre, som del av fastsatte aktivitetsplaner eller bygget på forståelse av *becoming* som målrettede, bevisste eller planlagte aktiviteter.

Resultatene fremhever betydningen av et hverdagsperspektiv i sykehjem. Medborgerskap gjennom *becoming* legger til grunn at institusjonelle forståelser av aktivitet burde utvides mot å støtte beboernes naturlige ønsker og initiativ i dagligdagse situasjoner. I en slik forståelse er ikke aktivitet nødvendigvis strukturert eller planlagt, men anerkjenner initiativ som viser seg i nåtiden. Vi argumenterer for at *becoming* kan skje i øyeblikk, der May og Janne tok på seg roller som mer enn pasienter eller mottakere av omsorg. *Becoming* må ikke være styrt av mål eller fremtidige ambisjoner, som ofte beskrevet i litteraturen,

men kan vise seg på kroppslige og relasjonelle måter her-og-nå. Artikkelen vår belyser beboernes behov og rettigheter til å bo i omgivelser der de kan «bli» i tråd med egne evner og aktivitetsidentitet. Slik *becoming* er sårbar og samtidig en essensiell del av beboernes hverdagsmedborgerskap. Hvis vi anerkjenner slike skjøre øyeblikk som betydningsfulle kan vi sikre omgivelser der beboernes potensiale og kompetanse gis oppmerksomhet og realiseres.

Referanser:

- Bartlett, R., O'Connor, D., & Mann, J. (2010). *Broadening the dementia debate: Towards social citizenship*. Policy Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020) Demensplan 2025
- Nedlund, A.-C., Bartlett, R., & Clarke, C. L. (2019). *Everyday citizenship and people with dementia*. Dunedin.
- O'Reilly, K. (2009). *Key concepts in ethnography*. SAGE.
- Polkinghorne. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. In J.A. Hatch & R. Wisniewski (Eds.), *Life History and Narrative* (1st ed.). The Falmer Press.
- Stafford, P. B. E. (2003). *Grey Areas: Ethnographic encounters with nursing home culture*. Santa Fe: School of American Research Press.
- Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health*. Slack Incorporated.



Marianne Sund på scenen i Paris.

Erfaringer med deltakelse i en aktivitetsreguleringsgruppe for personer med revmatisk sykdom og fatigue

Fatigue rapporteres av 35-82 prosent av personer med revmatisk sykdom (1, 2), har stor innvirkning på utførelse av daglige aktiviteter, og er vanskelig å håndtere alene (3). Medikamentell behandling har ikke tilstrekkelig effekt på fatigue ved revmatisk sykdom (2). Tilnærminger som fokuserer på mestring av hverdagen er derfor anbefalt (2, 3), som aktivitetsregulering (4).

Av Margaret Ljosnes Søvik, Ruth Else Mehl Eide, Bjørg Rene, Margaret M. Strand, Ingvill Devik, Ingvild Kjekken & Tina Taule



Margaret Ljosnes Søvik er fagseksjonsleder ved Fagseksjon ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen.
E-post: margaret.ljosnes.sovik@hvl.no

Ruth Else Mehl Eide er ergoterapispesialist ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus, Bergen.

Bjørg Rene er ergoterapispesialist ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus, Bergen.

Margaret M. Strand er brukerrepresentant.

Ingvill Devik er overlege ved Revmatologisk avdeling, Haugesund sanitetsforenings revmatismesykehus, Haugesund.
Ingvild Kjekken er professor ved OsloMet og seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering i Oslo.

Tina Taule er ergoterapispesialist og forsknings- og fagutviklingsleder ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus, Bergen.

Ved en revmatologisk avdeling i Norge har personer med ulike revmatiske diagnoser og fatigue deltatt i en aktivitetsreguleringsgruppe som del av deres rehabiliteringsforløp. Hensikten med aktivitetsregulering er å fremme deltakelse i meningsfulle aktiviteter. Dette kan innebære økt bevissthet om hvordan påvirke og mestre egen hverdag, å vurdere hvilke aktiviteter som er meningsfulle og å planlegge og prioritere aktiviteter. Utforskning av erfaringer med aktivitetsreguleringsintervensjoner er anbefalt (5).

HENSIKT

Studiens hensikt er å utforske deltakernes

- 1 erfaringer med aktivitetsreguleringsgruppen
- 2 opplevde mestring av hverdagen etter gruppedeltakelse
- 3 refleksjoner om hvordan mestring av hverdagen med fatigue kan fremmes

METODE

Aktivitetsreguleringsgruppen ledes av ergoterapeut, og består av to gruppemøter i løpet av rehabiliteringsforløpet. Hensikten er å bidra til å fremme motivasjon for endring og øke mestring av hverdagen. Aktivitetsreguleringsgruppens innhold og studiens

deltakere beskrives i en tidligere publikasjon (6).

Deltakernes erfaringer med og refleksjoner over gruppetilbudet ble utforsket gjennom semistrukturerte individuelle intervju fire til seks måneder etter gruppedeltakelse. Intervjuene ble transkribert og induktiv tematisk analyse ble gjennomført (7).

FUNN

To menn og åtte kvinner deltok i studien. De kvalitative funnene ble organisert i to hovedtema med tilhørende sub-tema (tabell 1). Det første hovedtemaet, «Å anerkjenne fatigue og bruke selvhjelpsstrategier - det er fortsatt vanskelig å mestre hverdagen», omhandler deltakernes erfaringer med aktivitetsreguleringsgruppen og deres refleksjoner over mestring av hverdagen etter gruppedeltakelse. Erfaringsutveksling og diskusjoner mellom gruppedeltakere og ergoterapeut bidro til bedre forståelse av fatigue og økt bevissthet om strategier som kan fremme mestring av hverdagen. Gruppen bidro også til at deltakerne anerkjente at de lever med fatigue, som beskrevet av en deltaker:

Det var veldig godt å høre at det ikke bare er jeg som føler det sånn. (...) det var kjekt å få litt perspektiv på hvordan

jeg tenker, hva jeg ønsker, og å sette noen mål og sånne ting. (...) Du ble «pushet» litt av de andre, sant. (Deltaker 5)

Til tross for at deltakerne etter gruppedeltakelse brukte aktivitetsreguleringsstrategier, opplevde flere bekymring knyttet til mestring av ulike roller i ulike livsfaser:

Så tenker jeg at en dag ønsker jeg kanskje å få barn. Men så tenker jeg at jeg kanskje ikke vil klare det. (...) Først så kan jeg ikke jobbe så mye, hvis jeg får barn, sant? Det er ok, men... (Deltaker 4)

Flere gav uttrykk for at det var vanskelig å fordele energien utover dagen og uken, og noen opplevde derfor hverdagen som utfordrende også etter gruppedeltakelse.

Det andre hovedtemaet, «*Bedre mestring av hverdagen krever anerkjennelse av fatigue og tar tid*», handler om deltakernes refleksjoner over hva som ytterligere kan bidra til å fremme mestring av hverdagen med fatigue. Flere deltakere mente at revmatologer bør fokusere mer på fatigue, og henvise pasienter til for eksempel ergoterapeut ved behov. De fleste deltakerne uttrykte at endring av

vaner og implementering av nye strategier tar tid. De etterspurte derfor oppfølging etter aktivitetsreguleringsgruppen, som flere gruppemøter i løpet av rehabiliteringsforløpet, eller oppfølging etter rehabiliteringsforløpet. Viktigheten av å verdsette egen innsats og fokusere på hva en klarer ble også vektlagt av gruppedeltakerne:

Jeg fokuserer på hva jeg kan klare, i stedet for på hva jeg ikke kan. (...) fordi jeg faktisk klare ganske mye, selv om det ikke føles sånn. (Deltaker 10)

KONKLUSJON

Deltakerne hadde positive erfaringer med aktivitetsreguleringsgruppen. De fikk bedre forståelse av fatigue og bevissthet om at de selv kan bruke strategier for å mestre hverdagen bedre. Til tross for bruk av strategier opplevde flere hverdagen som utfordrende etter endt rehabilitering. Videre oppfølging ble etterspurt.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Aktivitetsreguleringsgruppe virker å være nyttig for personer med revmatisk sykdom og fatigue. Oppfølging over tid kan være nødvendig, og mulighet for oppfølging i deltakernes hjemkom-

muner – gjerne for personer med ulike diagnoser og fatigue – bør vurderes som en mulighet.

Referanser

- Overman CL, Kool MB, Da Silva JAP, et al. The prevalence of severe fatigue in rheumatic diseases: an international study. *Clin Rheumatol.* 2016;35(2):409-415.
- Seifert O, Baerwald C. Impact of fatigue on rheumatic diseases. *Best Pract Res: Clin Rheumatol.* 2019;33(3):101435.
- Primdahl J, Hegelund A, Lorenzen AG, et al. The experience of people with rheumatoid arthritis living with fatigue: a qualitative metasynthesis. *BMJ Open.* 2019;9(3):e024338-e024338.
- Antcliff D, Keenan A-M, Keeley P, et al. Survey of activity pacing across healthcare professionals informs a new activity pacing framework for chronic pain/fatigue. *Musculoskelet Care.* 2019;17(4):335-345.
- Cuperus N, Vliet Vlieland T, Brodin N, et al. Characterizing the concept of activity pacing as a non-pharmacological intervention in rheumatology care: results of an international Delphi survey. *Scand J Rheumatol.* 2016;45(1):66-74.
- Søvik ML, Eide REM, Rene B, et al. (2021): Rheumatic disease and fatigue: Participants' experiences of an activity-pacing group, *Scand J Occup Ther*, DOI: 10.1080/11038128.2021.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3(2):77-101.

Tabell 1. Oversikt over hovedtema og sub-tema og hvilke deltakere som omtalte temaene.

Hovedtema og sub-tema	Deltaker									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Å anerkjenne fatigue og bruke selvhjelpsstrategier – det er fortsatt vanskelig å mestre hverdagen										
Behov for å bli anerkjent og anerkjenne at en lever med fatigue	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Strategier for å leve det livet jeg ønsker å leve	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Bekymring knyttet til aktivitets- og rolleutførelse	x	x	x	x	x			x	x	x
Bruk av energi – en balanserende øvelse	x	x	x							x
Bedre mestring av hverdagen krever anerkjennelse av fatigue og tar tid										
Revmatologer bør være mer oppmerksomme på fatigue	x	x	x	x				x	x	x
Behov for oppfølging og av å verdsette egen innsats med selvhjelp		x	x	x	x	x	x	x	x	x

Ergotrip med Siv Iren og Ingunn

Siv Iren og Ingunn elsker ergoterapi og podkasten Ergotrip ble utgitt en høstdag i 2019 av de to studievenninnene som møttes på OsloMet, den tid Høgskolen i Oslo, tilbake i 2005. Podkast hadde for alvor slått rot som et elsket medium hos det norske folk, så hvorfor ikke starte en pod om ergoterapi?



Siv Iren Gjermsstad har master i folkehelsevitenskap fra NMBU og videreutdanninger i forvaltning, veiledning, økonomi og ledelse. Hun jobber som seksjonssjef for seksjon HMS og beredskap i Utdanningsetaten i Oslo kommune.



Ingunn Myraunet har master i klinisk psykisk helsearbeid fra USN og er ergoterapispesialist i psykisk helse. Hun er ph.d.-stipendiat ved, Vid vitenskapelige høgskole og har en .20 prosent stilling som universitetslektor ved ergoterapeututdanningen på OsloMet.

Ergotrip er en litt annerledes helsepod som ønsker å formidle ergoterapeutisk tankegang på en folkelig og lett forståelig måte fordi faget fortsatt er ukjent for mange i befolkningen. Gjennom podkasten får lytterne mulighet til å bli kjent med hverdagslivet på en ny måte, oppdage skjulte ressurser og se løsninger man ikke visste fantes. Ergotrip er en lett blanding av hverdagsprat og fagspesialer til glede for alle – ikke bare ergoterapeuter. Målet med podkasten er nemlig å spre ergoterapi til folket!

VIL GJERNE HA FORSLAG

I fagspesialene inviteres ergoterapeuter som har spesialkompetanse på et felt på besøk i «studio» for å fortelle mer om dette. Det kan være alt fra spesifikke verktøy og modeller vi som ergoterapeuter benytter til et mer utradisjonelt arbeidssted hvor ergoterapi-kompetansen er god å ha.

I tillegg har podkasten korte inspirasjonsepisoder for eksempel til de tillitsvalgte. Ergotrip ønsker å dekke alle spesialistområdene i tillegg til andre spennende tema for ergoterapeuter. Derfor vil vi gjerne ha forslag fra deg som leser dette, og våre lyttere for å komme i kontakt med flere spennende ergoterapeuter fra hele Norden.



Av Siv Iren Gjermsstad & Ingunn Myraunet

400 FASTE FØLGERE

Ergotrip er den eneste podkasten i Norge om ergoterapi. Vi kan derfor også driste oss til å si at det er den beste! Vi formidler fag på en ny måte til et større publikum. Hver episode har cirka 400 faste følgere fra hele Norden, og vi vokser stadig. Episoden som har flest avspillinger er den hvor vi snakker med Nils Erik Ness, tidligere forbundsleder, om «Hva er ergoterapi?» Den har hele 1500 unike avspillinger. Totalt har podkasten nådd ut til mer enn 30 000 lyttere verden over, og om det er ergotrippere på ferie eller andre som har oppdaget podkasten ute i verden, vet vi ikke. Det vi vet er at den har blitt avspilt i alle kontinentene rundt om i verden.

SI JA

Å starte en podkast har vært en bratt læringskurve med alt fra innspilling og redigering til å gjøre den synlig på sosiale medier. Her har vi nå 1350 følgere, og det øker stadig med engasjerte nye lyttere. Vi får stadig nye utfordringer, som å gjøre en livepod foran 600 engasjerte ergoterapeuter, og det liker vi. For som Ingvild Kjekken sa i sin æresforelesning på kongressen – Si JA! Og det har vi gjort, og mye på grunn av de herlige tilbakemeldingene vi får fra våre lyttere. Det gleder våre hjerter å vite at

vi kan være en kollega på øret for de som jobber alene. Vi roper hurra når vi hører om studenter som har funnet oss og slik valgt å studere ergoterapi. For andre er vi et oppslagsverk, og noen ønsker bare litt trøndersk kiling i øret. Vi er så takknemlige for alt engasjementet dere gir tilbake til Ergotrip. Ikke minst er vi utrolig stolte av vår største bragd som skjedde i høsten 2020. Da vant Ergotrip Erganeprisen, hedersprisen til Ergoterapeutene som deles ut hvert fjerde år. Norsk Ergoterapeutforbund ønsket å tildele oss prisen for den innovative måten Ergotrip sprer kunnskap om ergoterapi til folket på.

LOGO OG MERKEVARE

Ergotrip er ganske så profesjonell til amatørpodkast å være. Og det kunne vi ikke vært uten alt som foregår backstage. Visste du for eksempel at Ergotrips jingle er

produsert av artisten Afri? Eller at vi har fått opplæring i radiohåndtering, produksjon og redigering av en tidligere radioprodusent og journalist i NRK? Eller at vi hadde en kjempegøy photoshoot av en dyktig fotograf for profilering av sesong 2? Og sist, men ikke minst, design- og innholdsbyrå Vild sa ja til å hjelpe oss med å bygge logo og merkevare? Så tusen takk til våre fantastiske hjelpere som har virkelig hjulpet oss med å heve nivået: Andreas Hansen, Andreas Meier Eide, Andreas Krogvold og Eva Wiken.

LIVEPOD

Ergotrip med Siv Iren og Ingunn fikk æren av å oppsummere fagkongressen i Ergoterapi i Stavanger med en livepod fra hovedscenen. Etter tre intense dager med hele 92,5 timer ergoterapi og ergosnakk fra tidlig morgen til

sene kvelder var det litt av hvert det måtte snakkes om i trådtrekkingen. Er du nysgjerrig på hva som egentlig foregikk i Stavanger fordi du ikke fikk vært med i år eller bare ønsker å høre igjen hvor bra kongressen var? Oppsummeringen finner du som episode 65 av Ergotrip: Fagspesial - Trådtrekking fra den 7. fagkongress i ergoterapi.

SPRE ERGOTERAPI TIL FOLKET

Tusen takk for alt engasjement vi møtte på Fagkongressen i Stavanger. Det var så gøy å møte mange kjentfolk og ergotrippere fra fjern og nær, høre på spennende plenumsforedrag og engasjere seg i parallellsesjoner, workshops og rundebordskonferanser. Det manglet ikke på interessante tema å invitere inn i podden, og vi gleder oss til å fortsette å spre ergoterapi til folket!



Ingunn Myraunet og Siv Iren Gjermstad oppsummerte fagkongressen med en livepod fra hovedscenen. Foto: Linda Stigen.

Robotikk i rehabilitering av arm og hånd for pasienter med hjerneslag

Hvert år mottar 60 000 pasienter spesialisert rehabilitering. Likevel er det langt fra estimert behov på 265 000 pasienter. Med et økende press på helsevesenet er det behov for å finne nye effektive, bærekraftige metoder for å behandle flere pasienter, men innenfor de samme økonomiske rammene.

Av Linda Sørensen & Truls Sveløkken Johansen

Linda Sørensen er ergoterapispesialist i somatisk helse og leder for Senter for Teknologisk Intervensjon ved Sunnaas Sykehus HF. Hun har en master fra UIO: «A single-subject study of robotic upper limb training in the subacute phase for four persons with cervical spinal cord injury.» Hun er ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Agder.

Truls Sveløkken Johansen er ergoterapispesialist i somatisk helse og leder for VR-lab ved Sunnaas Sykehus HF. Han har en master fra UIO: «Effectiveness of training with motion-controlled commercial video games on hand and arm function in youth with cerebral palsy – a systematic review and meta-analysis». Han er ph.d.-stipendiat ved OsloMet.



Fra venstre: Matthijs Wouda, Linda Sørensen og Truls Sveløkken Johansen. Foto: Sunnaas sykehus HF/Konsis.

Ny teknologi kan bidra til å utvikle nye arbeidsformer der flere pasienter får kunnskapsbasert behandling. Sunnaas sykehus er den eneste rehabiliteringsinstitusjon i Norge som driver med avansert, robotassistert håndtrening for pasienter med hjerneslag. «Robotlab for arm og håndtrening» ble startet opp ved Sunnaas sykehus i 2019, basert på tilbud en har sett i Tyskland og Sveits. I treningen er robotene festet til pasientens arm og fingre, og pasienten spiller så dataspill med ulike bevegelser som ligner bevegelser pasienten har behov for, som å spise og drikke. I dataspillet oppnår pasienten poeng, kan konkurrere med sine egne resultater og se bedring over tid.

Det er mulig for en terapeut å trene tre pasienter samtidig med armrobotene, noe som har ført til at flere pasienter nå får dobbelt så mye trening enn man kunne tilby tidligere. Trening kan erstatte mye av den repetitive treningen terapeuten gjør sammen med pasienten, gjerne sittende ved bord, for å oppnå bedre styrke, bevegelse, kontroll og funksjon. Robottreningen kan ikke erstatte treningen på daglige aktiviteter som personlig stell og påkledning. Ansatte ved Sunnaas sykehus har videreutdanning og sertifisering i bruk av robotikk som trening.

Sunnaas sykehus ønsker å være et kompetansesenter innenfor bruk av robotikk i rehabilitering i Norge for å dele kunnskap og erfaring om slik rehabilitering til både brukere, kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Robottreningen har vært populær blant pasientene med hjerneslag på Sunnaas. LHL Hjerneslag har etterspurt et slikt tilbud som kan være tilgjengelig for flere av deres brukere, også andre steder i landet.

STOR INTERESSE

Også andre helseinstitusjoner har vist interesse for treningen Sunnaas sykehus tilbyr. Flere har fått hospitere ved Sunnaas sykehus for å se utstyret i bruk. I USA ser vi bruk av armrobotikk både på sykehus, i rehabiliteringsinstitusjoner og som poliklinisk behandling på kommunenivå. Men utstyret er dyrt, og i Norge synes det å være vanskelig å prioritere når det kunnskapsbaserte grunnlaget for slik trening ikke er fullt etablert. Til tross for betydelig forskning på området, finnes det ingen retningslinjer som beskriver hvilke «roboter» som er aktuelle for hvilke pasienter, riktig intensitet eller mengde trening. LHL Hjerneslag og Sunnaas Sykehus har fått midler av stiftelsen DAM til å utvikle slike retningslinjer. Prosjektet ARIS (Armrobotikk i slagrehabilitering)

ble startet opp i 2021 og har som mål å utvikle en retningslinje for bruk av robottrening for arm og håndfunksjon for pasienter med hjerneslag, og dermed gjøre denne treningsformen lettere tilgjengelig for helsepersonell og brukere som kan ha nytte av den.

I prosjektet benyttes AGREE-metoden som grunnlag for utvikling av de nye rutineene (figur 1). I første fase av prosjektet er det gjennomført et systematisk litteratursøk, som er grunnlaget for utvikling av en test- og treningsprotokoll, som i dag prøves ut på inneliggende pasientene som trener i robotlab ved Sunnaas sykehus.

RESULTATER PUBLISERES I 2023

Resultatene av søket vil bli publisert fullstendig i en systematisk review og metaanalyse i starten av 2023. I korte trekk viser metaanalysene signifikant større bedring i robotikkgruppene, sammenlignet med kontrollgruppene. Resultatene må til tross for dette tolkes med forsiktighet, da de inkluderte studiene har høy heterogenitet på grunn av stor variasjon i funnene. Denne variasjonen kan komme av store forskjeller i dosering, ulike typer robotikk og variasjon i tid etter hjerne-

slaget. I tillegg er det sannsynlig at publikasjonsbias har påvirket resultatene.

Det gjennomføres i disse dager funksjonstester av arm og hånd samt semistrukturerte intervjuer av pasienter og terapeuter. Registrering av tids- og ressursbruk skal avdekke om arbeidsformen er kostnadseffektiv, og i hvilken grad den kan frigjøre ansatte til andre pasientrettede arbeidsoppgaver.

Gode retningslinjer for bruk av armrobotikk vil kunne føre til økt, mer kunnskapsbasert og systematisk bruk av robotikk i rehabilitering på tvers av spesialist- og kommunehelsetjeneste i hele Norge. Slike retningslinjer er også etterspurt utenfor Norge. De

AGREE-metoden	
– 6 trinn med 23 krav	
1.	Refleksjon (Finne behovet)
2.	Spørsmålsformulering (PICO)
3.	Litteratursøk (med bibliotekar)
4.	Kritisk vurdere, sammenfatte og gradere
1.	Metaanalyser
2.	Risk of Bias vurderinger
3.	GRADE
5.	Anvende (publisere i 2 versjoner)
6.	Oppdatere jevnlig (ansvar som må være prespesifisert)

Figur 1. Agree er en metode for å beskrive eller vurdere metoden bak utarbeidelsen av faglige og administrative prosedyrer, retningslinjer, prosjekter og annet faglig skriftlig materiell.

ferdige retningslinjene og kurs i bruk av robotikk vil bli tilgjengelig i slutten av 2023.



Fingertrening med roboten AMADEO. Foto: Sunnaas sykehus HF/Konsis.

Stannah

- Trappeheiser
- Løfteplattformer
- Plattformheis til trapper
- Boligheiser

Vi skreddersyr løsninger til alle hjem.

Stannah AS
☎ 957 61 000
post@stannah.no
Brobekkeveien 80C
0552 Oslo
www.stannah.no

Hvorfor er seniorenne så opptatt med prosjekter?

Helt siden 2009 har Ergoterapeutenes Seniorforum vært opptatt med prosjekter, blant annet bokprosjektet «Pionerenes fortellinger» og «Livsarket». Nå er vi i full gang med «Pasientrolleprosjektet». Hvorfor velger vi å drive med prosjekter hele tiden?

Av Liv Hopen



Hvorfor vil vi ikke heller bare slappe av og hygge oss når vi har gått av med pensjon?

BOKPROSJEKT

Det startet i 2009 med at styret i Seniorforum ønsket å ta vare på historiene til de første ergoterapeutpionerene i Norge. Vi startet et bokprosjekt og vi var ute i siste liten, for tre av seniorenne døde innen bokprosjektet ble ferdig. Men vi rakk å få deres verdifulle bidrag.

Boka «Pionerenes fortellinger – da ergoterapifaget var nytt i Norge» ble utgitt i 2013. Da hadde Seniorforum jobbet med prosjektet i fire år, og over 60 ergoterapeutpionerer bidro med fortellinger!

OPPSPORINGSPROSJEKT

Prosjekt «Anegalleriet» startet på forespørsel fra forbundet. Ved hjelp av seniormedlemmenes mange kontakter klarte styret å spore opp bilder og opplysninger om samtlige forbundsledere fra 1952 til i dag.

LIVSARKET

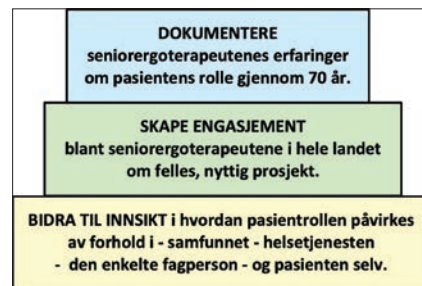
Etter dette startet Seniorforum med et nytt prosjekt «Livsarket», der trivsel og verdighet er i

fokus for den som trenger hjelp i hverdagen. Det er hyggelig at helsemyndighetene har anbefalt «Livsarket» i flere offentlige dokumenter.

PASIENTROLLEN I ENDRING

I 2019 satte Seniorforum i gang et prosjekt hvor vi ønsker fortellinger som kan beskrive pasientens rolle gjennom de siste 70 årene.

MÅLET MED PROSJEKTET



MINNENE KOMMER VED Å SNAKKE SAMMEN

Det viser seg at nesten ingen seniorer sender inn skriftlige bidrag på oppfordring. Vi må møtes og snakke sammen. Da kommer minnene. Utfordringen vår var at korona-restriksjonene satte en stopper for å samles de første to årene av prosjektet.

KAFÉMØTER MED TRE SENIORER

Dette løste vi ved at to stykker

Pasientrollen i endring

fra 1950 – 2020

Hvordan opplevde pasientene det?



fra styret inviterte en og en senior på kaféintervju. Vi hadde laget en intervjuguide som i første rekke handlet om å inspirere til å huske fortellingene. Alle som har blitt spurt om å delta i kaféintervju har sagt ja til dette, og erfaringene er gode.

FORTELLERDAGER ANDRE STEDER ENN I OSLO

Så snart det ble mulig å samles flere, har Seniorforum gjennomført Fortellerdager der inntil 12 seniorer har møttes for å snakke om hvordan pasientrollen har endret seg gjennom tidene.

FORTELLERDAGER

Fortellerdager har blitt gjennomført i Frognerparken og Forbundets lokaler i Oslo, i Meierigården på Lillehammer, hos Fetter Tyggen i Bergen og planlegges blant annet i Fredrikstad.

GJENNOMGANG AV GAMLE FAGBLAD

Ved gjennomlesing av fagblader gjennom tidene, merket vi oss at det sjelden var skrevet noe om pasientens opplevelse av sin rolle i møte med behandler. Det meste

har handlet om terapeutens rolle og det faglige aspektet.

KNAGGER FOR HUKOMMELSEN

For å ha noen «knagger» å hekte hukommelsen på har prosjektet utarbeidet skjematisk oversikt over hva som har skjedd med samfunnet, pasientrollen og helsevesenet i de ulike tiårsepokene fra 1950-2020.

Våre prosjekter finner dere på Seniorforums nettside: <https://ergoterapeutene.org/seniorforum>.

HVA PÅVIRKER PASIENTROLLEN?

Pasientrollen har gjennomgått store forandringer de siste 70 årene. Som resultat av bedre allmennutdanning og langt enklere tilgang på medisinsk kunnskap, blant annet gjennom internett, har pasientene blitt mer kunnskapsrike og ressurssterke. Både samfunnsutviklingen og pasientrettighetene har vært med på å bryte ned tidligere tiders underdanighet i forholdet mellom lege og pasient.

Samtidig har helsevesenet blitt stadig med spesialisert og differensiert, med mange ulike

yrkesgrupper. Disse kan korrigere hverandre og sammen få bedre innblikk i pasientens behov.

DET ER STORE ULIKHETER

Vi ser at enkelte avdelinger med sterke ledere har ligget langt foran andre med å gi pasienter og pårørende en rolle som likeverdig samarbeidspartner.

Fortellingene viser også at modige pasienter og pårørende har klart å få gjennom nye rutiner som har bedret situasjonen, for eksempel i forhold til besøkstider og medvirkning. Og mye avhenger av den enkelte fagutøver.

DET SPESIELLE MED PROSJEKTER

Prosjekter er tidsbegrensete, noe som passer godt for oss seniorer.

Styret anser det som viktig at vi i Seniorforum har et felles prosjekt å jobbe med, noe som kan engasjere oss og binde oss sammen uansett hvor vi bor i landet.

Det er godt å oppleve at våre kunnskaper og lange erfaring kan være til nytte for andre.



En trivelig pause i Seniorforums Fortellerdag 5. mai 2022.



Liv Hopen holdt innlegget «Pasientens rolle i endring fra 1950-2020» på den norske fagkongressen i ergoterapi. Hun fortalte om et prosjekt Seniorforum har gjennomført der de har fokusert på pasientens rolle gjennom 70 år. En av konklusjonene i prosjektet er at pasientrollen har forandret seg dramatisk på denne tiden. Foto: Linda Stigen.

«Vi vil ikke prate om sykdom, men om hverdagen»

På bakgrunn av en kvalitativ studie av brukermidvirkning for samiske pasienter i psykisk helsevern som vi gjennomførte i 2018-2020, har vi utformet en modell for brukermidvirkning i Sápmi. Modellen har som mål å fremme mer tilpassede og brukervennlige tjenester for samiske pasienter i psykisk helsevern.

Av Vår Mathisen & Rita Sørly



Vår Mathisen er førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT Norges arktiske universitet.



Rita Sørly er førsteamanuensis ved Institutt for barnevern og sosialt arbeid ved UiT Norges arktiske universitet.

Historisk bakteppe

I 2020 avsluttet vi den første studien som er gjennomført med søkelys på brukermidvirkning i psykisk helsevern for samisk befolkning i Norge. Bakgrunnen var behov for mer kunnskap om hva som fremmer økt brukermidvirkning for samiske pasienter og hvordan fagpersoner som jobber med pasientgruppen kan legge til rette for brukermidvirkning. Totalt bor 100 000 samer i Sápmi, fordelt i Norge, Sverige, Finland og Kolahalvøya i Russland. Flertallet bor i Norge, rundt regnet 70 000 mennesker (Statistisk sentralbyrå, 2018). Det samiske samfunnet har bestandig vært mangfoldig og variert, med store språklige, kulturelle og næringsmessige forskjeller (Kuokkanen, 2014). I nyere tid har vi i tillegg sett nye samiske fellesskap tre frem og nye måter å artikulere samiskhet på (Blix, 2015).

Samtidig har omgivelsene for mange samer vært preget av norske myndigheters fornorskningsspolitikk. Fra 1850 til 1980 ble samer utsatt for en brutal fornorskningsspolitikk, planlagt og gjennomført av norske myndigheter (Minde, 2005). Per Fuggeli hevder myndighetenes grep kan forstås som offentlig omsorgssvikt (Fuggeli, 2017). At samene ikke ble ratifisert som urbefolkning før i 1990 (i tråd med ILO konvensjon nr. 169 om urbefolkning og stammefolk av 1989) har bidratt til at smertefulle erfaringer av fornorskningsspolitikken fremdeles lever i den samiske befolkningen. Forhistorien og opplevelser av manglende autonomi og rettigheter gjør det særskilt viktig å sette søkelys på forutsetninger for å få til brukermidvirkning og godt samarbeid med samiske pasienter i fremtiden.

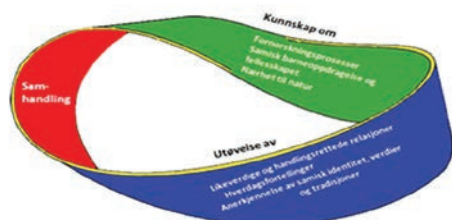
Modellens empiriske materiale

UiT Norges arktiske universitet og NORCE samfunn samarbeidet med Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS). SANKS har kontorer spredt fra Karasjok, Narvik, Tysfjord, Snåsa, Røros og Oslo. I tillegg har SANKS samarbeidsavtale med Regionen Jämtland Härjedalen i Sverige. Vi intervjuet fagpersoner ved alle kontorer, unntatt Snåsa. I tillegg var vi på feltarbeid i reingjerde, samt hjemmebesøk hos samiske familier. Ni fagpersoner og ni pasienter og pårørende fra nord-, sør- og lulesamiske områder ble intervjuet.

SANKS og Sametinget finansierte studien. NAP-HA var samarbeidspartner. Brukerinvolvering ble ivaretatt gjennom forskningsprosessen. Brukerorganisasjonen RIO var medspiller og bidro med faglige innspill både på intervjuguider og analyseprosesser.

ANALYSER AV DATAMATERIALET

Først analyserte og skrev vi frem resultater med tilhørende diskusjoner ut ifra det pasienter og pårørende snakket om (se Sørly, Mathisen og Kvernmo, 2021, Sørly, Mathisen og Nygaard, 2021a), så fagpersoner (Se Mathisen og Sørly, 2020). Oppsummert viste våre analyser at standardiserte tjenester med en biomedisinsk tilnærming ikke er overførbar til en samisk kontekst, og at samiske kjerneverdier kan forstås å være i konflikt med norsk majoritetsforståelse av brukermedvirkning. Kryssanalyser av det totale materialet viste at lokale forståelser av samhandling vektlegger en rekke forutsetninger som må være på plass for å få til god brukermedvirkning og samhandling mellom pasienter/pårørende og fagpersoner i nord, sør – og lulesamiske områder. Forutsetningene har vi fremstilt i en modell som videre presenteres i artikkelen. (Se Sørly, Mathisen og Nygaard, 2021b for utdyping).



1. kategori for forutsetninger for BM

Det er tre elementer det er sentralt å ha kunnskap om:



Det er viktig at barna er med på slaktning, for det er på den måten man får respekt for naturen. Foto: Rita Sørly.

1 FORNORSKNINGSPROSESSER

Det er grunnleggende viktig å kjenne til den samiske nære historien om fornorskningstiden i møte med pasienter og pårørende. Vindmøller, skuterløyper og hyttefelt (for å nevne noe) utfordrer reindrift og gir økonomiske bekymringer. Å bli utsatt for offentlig sjikane, utstøting i nærmiljø, skole, jobb og sosiale medier setter også folk under en umenneskelig belastning. At norske myndigheter ikke bryter inn, forstås og kjennes på kroppen som en fortsatt fornorskningsspross.

2 BARNEOPPDRAGELSE OG FELLESKAPET

En tydelig kjerneverdi i barneoppdragelse er selvstendighet. Det kan føre til at det går (for) lang tid før hjelp etterspørres. Å streve med helse og vurdere nedlegging av reindrift, vil føre til konsekvenser for hele slekta. Avgjørelser du tar gjelder også fellesskapet. Når noen skal «brukermedvirke», er det faktisk på vegne av hele storfamilien.

3 NÆRHET TIL NATUR

«Vi tilhører naturen» sa flere. Naturen forstås i et praktisk og økonomisk perspektiv; for livberging, læring av praktiske ferdigheter, barneoppdragelse, for den enkelte - og fellesskapet. Ved SANKS brukes naturen i både døgntilrettelagt, familiebehandling og poliklinisk behandling. Å ha møter i lavvo kjennes mer naturlig ut enn på kontor.

2. Kategori med forutsetninger

Det er tre elementer det er viktig å utøve:

1 LIKEVERDIGE OG HANDLINGSRETTEDE RELASJONER

Å møte opp i en norsk behandlingskontekst på et kontor «for å kureres» oppleves fremmed. Relasjoner må etableres og trygges over tid før man kan snakke sammen om det vanskelige. For å oppnå likeverdige og handlingsrettede relasjoner er det å dele erfaringer og gjøre aktiviteter sammen sentralt.

2 HVERDAGSFORTELLINGER

Å snakke om psykisk helse i samisk kultur kan være utfordrende. Å snakke om det som er vanskelig gjøres derfor på indirekte måter. Fortellinger går derfor «via» hverdagslivet, relatert til aktiviteter i dagliglivet, natur og familie. Det er i hverdagslivet at livet leves, og uhelse merkes.

3 ANERKJENNELSE AV SAMISK IDENTITET, VERDIER OG TRADISJONER

Samisk identitet var sentralt for alle deltagerne i studien. Manges skepsis til offentlige helsetjenester på grunn av forhistorien har formet SANKS sin tilnærming, virke og tilrettelegging. Å være på tur og gjennomføre møter ved bålplasser og/eller i lavvoer foretrekkes.

Hva har majoriteten å lære av minoriteten?

Tid og tillit er grunnleggende, samt å bli møtt som noe annet enn en pasient. Det å ha søkelys på hverdagen og praktiske gjøremål gir grobunn for en annen tilnærming til helse. Det mener vi også er et viktig perspektiv i normalisering av psykiske helseutfordringer.

Referanser

Blix, B. H. (2015). »Something Decent to Wear«: Performances of Being an Insider and an Outsider in Indigenous Research. *Qualitative Inquiry*, 21(2), 175-183. doi.org/10.1177/107780041542702

Fuggeli, P. (2017). Per Fugelli med åpent brev til statsministeren: Hvorfor ble Amundsen justisminister? VG Debatt. <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/xnWdQ/per-fugelli-med-aapent-brev-til-statsministeren-hvorfor-ble-amundsen-justisminister>

Mathisen, V., & Sørly, R. (2020). Brukermedvirkning i kjerne-samiske områder. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og*



I reingjerdet. Foto: Rita Sørly.



«Vi tilhører naturen», sa flere. Foto: Leif Öhman/Mostphotos

Samfund, 17(33).

Minde, H. (2005). Fornorsking av samene – hvorfor, hvordan og hvilke følger? *Kautokeino: Galdu čala- tidsskrift for urfolks rettigheter* Nr. 3/2005.

Statistisk sentralbyrå (2018). Samiske forhold. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/samisk> Lest: 29.09.2019.

Sørly, R., Mathisen, V., & Kvernmo, S. (2021). "We belong to nature": Communicating mental health in an indigenous context. *Qualitative Social Work*, 20(5), 1280-1296.

Sørly, R., Mathisen, V., & Nygaard, V. (2021a). Mental health research in an Arctic Indigenous context: The presence of silent dominant narratives. In *Stories of Change and Sustainability in the Arctic Regions* (pp. 72-87). Routledge.

Sørly, R., Mathisen, V. & Nygaard, V. (2021b). Brukermedvirkning I Sapmi . I Sørly, R., Karlsson, B. E. & Sjøfjell, T. (red) *Medvirkning I psykisk helse- og rusarbeid* (s. 218-231). Oslo: Universitetsforlaget.

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.



SELVRAPPORTERT BEKYMRING FOR FALL I AKTIVITET HOS PERSONER MED BENAMPUTASJON

Bruk av Falls Efficacy Scale International (FES-I) i spesialisthelsetjenesten

Når annen medisinsk behandling ikke fører frem, kan benamputasjon være en aktuell behandling til pasienter med perifer karsykdom gjerne forårsaket av diabetes eller røyking.

Av Tyri Karoline Aukland, Eli Færevaaag Jacobsen, Julianne Morken Haukeland & Tina Taule

Hvor mange som opereres i Norge hvert år er uklart, men en studie fra Trondheim angir en årlig insidens på 33 personer per 100.000 (1). 80 prosent av de som blir amputerte er over 60 år (2).

Behandlingen kan være livreddende, men pasienten ofrer også funksjon. Til tross for at benamputasjon innebærer store utfordringer for pasientene og er ressurskrevende for helsevesenet, finnes det ingen nasjonale retningslinjer for rehabiliteringsforløpet etter benamputasjon. Likevel følger gjerne tilbud om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten hvor pasienten møter et tverrfaglig team som vanligvis inkluderer lege, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut.

Ergoterapeuten gir et viktig tilbud til pasienter etter benamputasjon der målet er å fremme pasientens deltakelse i meningsfulle aktiviteter (3). Forskning viser at benamputasjon gir nedsatt balanse og påvirker evnen til å utføre daglige aktiviteter (4). Pasientens evne til aktivitet utførelse vil blant annet påvirkes av alder og amputasjonsnivå (5). Ofte vil et høyt amputasjonsnivå som låramputasjon, gi større utfordringer enn leggamputasjon, og bilateral amputasjon større utfordringer enn unilateral amputasjon. Videre viser forskning at pasienter som er bekymret for å falle, gjør færre daglige aktiviteter og er mindre selvhjulpne enn pasienter som ikke er bekymret (6). Det er lite kunnskap om hvordan pasienter vurderer sin bekymring for fall i aktivitet utførelse etter benamputasjon (7). Pasienters følelse av mestring og kontroll ser imidlertid ut til å påvirke motivasjonen til å delta i meningsfulle aktiviteter (4).

Tyri Karoline Aukland, Eli Færevaaag Jacobsen, Julianne Morken Haukeland og Tina Taule arbeider ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus, Bergen.

Tyri Aukland deltok på sesjonen «Tilbake til hverdagen» på den norske fagkongressen i ergoterapi.

FORMÅL

Hensikten med dette prosjektet var å undersøke selvpoplevd bekymring for fall hos personer med benamputasjon tidlig i et rehabiliteringsforløp.

METODE

Et kvalitetsforbedringsprosjekt ble utført i en rehabiliteringsavdeling i spesialisthelsetjenesten fra mars 2020 til juni 2022. Aktuelle for deltakelse var pasienter som var på sitt første opphold ved en rehabiliteringsavdeling etter benamputasjon. Pasienter med tilpasset protese som var prøvd ut i daglig aktivitet, ble inkludert. Bekymring for fall ble målt ved bruk av selvrappoterings-skjemaet Falls Efficacy Scale International (FES-I) (8). Skjemaet ble fylt ut få dager før utreise fra avdelingen. Data ble analysert ved bruk av deskriptiv statistikk.

FES-I, vist i tabell 1, er et internasjonalt selvrappoterings-skjema som brukes på ulike diagnosegrupper og av ulike yrkesgrupper innen helse. Skjema er oversatt til flere språk, deriblant norsk (8). Det består av 16 spørsmål knyttet til daglige aktiviteter. Både personlige daglige aktiviteter som å kle av seg, og mer komplekse, instrumentelle daglige aktiviteter som å gå i butikken, kartlegges. Pasienten skal skåre på en skala fra 1- 4 hvor bekymret de er for å falle. 1 indikerer at de ikke er bekymret i det hele tatt og 4 at de er veldig bekymret. Hvis det er noen aktiviteter pasienten ikke utfører for tiden, blir pasienten bedt om å angi om de tror de ville være bekymret for å falle hvis de utførte aktiviteten (8). FES-I har vist gode måleegenskaper og er et screeningverktøy anbefalt for bruk i klinikken og i forskning (9).

RESULTAT

Av 25 aktuelle pasienter ble 18 testet med FES-I. Gjennomsnittsalderen var 65 år, og 15 deltakere var menn. Amputasjonsnivå var unilateral legg (n=11), unilateralt lår (n=5) og bilateral legg (n= 2). Gjennom-

snittskåre på FES-I var 26 poeng. De fleste deltakerne rapporterte moderat eller stor bekymring for fall i en eller flere av aktivitetene (n=15). Av disse var de fleste bekymret for å gå på glatt underlag (n= 17), gå på ujevnt underlag (n= 14) og/eller i trapp (n= 12). Mange var bekymret for fall ved gange opp/ned skråning (n= 13), gå på steder der det er mange mennesker (n= 11) eller gjøre rent i huset (n=8). Noen var litt eller ganske bekymret for å falle når de gjennomførte innendørs-aktiviteter som å ta telefonen før den stoppet å ringe (n=3) (skynde seg for å nå telefonen), bade eller dusje (n= 5) og/eller å gå i butikken (n= 7). Se tabell 2.

KONKLUSJON

Deltakerne i denne studien var bekymret for å falle hovedsakelig i instrumentelle aktiviteter utendørs, men også i noen aktiviteter innendørs.

BETYDNING FOR PRAKSIS

FES-I er et nyttig verktøy for å kartlegge selvopp-levd bekymring for fall tidlig i rehabiliteringsforløpet hos personer med benamputasjon. Ved skårer som indikerer bekymring for fall, bør pasienten henvises videre til kommunal ergoterapeut for aktivitetstrening og/eller fallforebygging.

VEIEN VIDERE

Pasienter som har vært på sitt første rehabiliterings-opphold vil etter cirka tre måneder få tilbud om tverrfaglig poliklinisk vurdering eller et nytt opphold i rehabiliteringsklinikken. I senere studier kan det være nyttig å undersøke pasienters vurdering for fall i aktivitet etter at de har vært hjemme disse tre månedene. Det kan gi svar på grad av bekymring og i hvor stor grad pasientene deltar i daglige aktiviteter på lengre sikt etter endt rehabilitering.

Kilder:

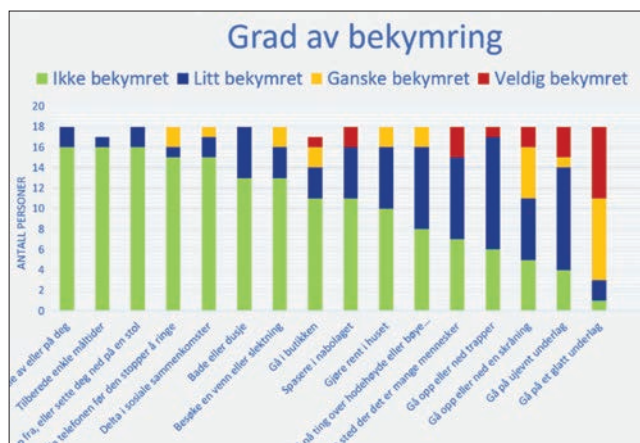
1. Witsø E, Lium A, Lydersen S. Lower limb amputations in Trondheim, Norway. Acta Orthop. 2010;81(6): 737-744.
2. Deans SA, McFadyen, A, Rowe PJ. Physical activity and quality of life: A study of a lower-limb amputee population. Prosthet Orthot Int. 2008;32(2): 186-200.
3. Peterson E, Kielhofner G, Tham K, von Koch L. Falls self-efficacy among adults with MS: A phenomenological study; OTJR: Occupation, Participation and Health. 2010: 148-157
4. Sions JMP, Manal TJ, Horne JR, Sarlo FB, Pohlig RT. Balance-confidence is associated with community participation, perceived physical mobility, and performance-based function among individuals with a unilateral amputation Physiotherapy Theory and Practice. 2018;36(5): 607-614.
5. Raya MA, Gailey RS, Fiebert IM, Roach KE. Impairment variables

FES-I

De følgende spørsmålene handler om hvor bekymret du er for at du kan komme til å falle. Vi ber deg om å svare ut fra hvordan du vanligvis utfører aktiviteten. Hvis du for tiden ikke utfører aktiviteten (for eksempel hvis noen andre går i butikken og handler for deg), vil vi be deg angi om du tror at du ville være bekymret for å falle HVIS du utførte aktiviteten. Kryss av for utsagnet som ligger nærmest opp til din egen opplevelse av, i hvor stor grad du er bekymret for å falle.

	Ikke bekymret i det hele tatt 1	Litt bekymret 2	Ganske bekymret 3	Veldig bekymret 4
1 Gjøre rent i huset (f.eks. tørke stov, støvsuge eller vaske)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 Kle av eller på deg	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 Tilberede enkle måltider	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4 Bade eller dusje	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 Gå i butikken	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6 Reise deg opp fra, eller sette deg ned på en stol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7 Gå opp eller ned trapper	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8 Spasere i nabolaget	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9 Strekke deg for å nå ting over hodehøyde eller bøye deg for å ta opp ting fra golvet	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10 Ta telefonen før den stopper å ringe	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11 Gå på et glatt underlag (f.eks. vått eller isete)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12 Besøke en venn eller slektning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13 Gå på steder der det er mange mennesker	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14 Gå på ujevnt underlag (f.eks. dårlig vedlikeholdt fortau, grusvei)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15 Gå opp eller ned en skråning	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16 Delta i sosiale sammenkomster (f.eks. gudstjeneste, familiesammenkomst, møte)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Tabell 1.



Tabell 2.

predicting activity limitation in individuals with lower limb amputation. Prosthetics and Orthotics International. 2010; 34(1): 73-84

6. Powell LE, Myers AM. The Activities-specific Balance Confidence (ABC scale). Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences. 1995;50(1):28-34.
7. Schepens S, Sen A, Painter JA, Murphy SL. Relationship Between Fall-Related Efficacy and Activity Engagement in Community-Dwelling Older Adult. Am. J Occup. Ther. 2012;66 (2).
8. Yardley L, Beyer N, Hauer K, Kempen, G, Ziegler CP, Todd C. Development and initial validation of the Falls Efficacy Scale-International (FES-I). Age Ageing. 2005 Nov; 34(6).
9. Delbaere K, Close JCT, Mikolaizak S, Perminder SS, Brobaty H, Lord SR. The Falls Efficacy Scale International (FES-I) A comprehensive longitudinal validation study. Age and ageing 2010 39:210-2

Kvalitet eller kvantitet? – Hvilken fot skal du skyte deg i?

«Når ventelistene stiger, kjenner vi behovet for å jobbe raskere, noe som også påvirker kvaliteten. Men jobber vi grundigere, stiger ventelisten, det handler også om kvalitet for brukerne. Så hvilken fot skal du skyte deg i?»

Av Yrkesetisk utvalg



Yrkesetisk utvalg består av fra venstre: Astrid Gramstad, Tone Magna Torgersen, Anette Eidesen, Sigrild Beate Olausen og Grete Tørres. Utvalget arbeider for at yrkesutøvelsen er i tråd med forbundets yrkesetiske retningslinjer og utvalgets arbeid baseres på forbundets program vedtatt av landsmøtet.

Dette uttalte en av deltakerne på Yrkesetisk utvalgs rundebordskonferanse om begrepet *Ergoteratid*. Deltakerne var fra store deler av landet og representerte både kommune, spesialisthelsetjenesten, NAV og utdanning. Et av formålene med konferansen var å skape debatt rundt etiske utfordringer som skulle gi grunnlag for et debattinnlegg.

FAGLIG KVALITET INNENFOR STRAMME TIDSRAMMER?

Tidspress knyttet til arbeidsoppgavene ergoterapeuter skal utføre, synes å være gjennomgående uavhengig av hvor en arbeider. Det stilles krav til faglig forsvarlighet, samtidig som det er forventninger fra pasienter, brukere, pårørende, samarbeidspartnere og arbeidsgivere. Hva skal tiden fylles med? Hvor lang tid er det forventet at arbeidsoppgavene skal ta? Uenighet om slike spørsmål kan skape en lite tilfredsstillende arbeidssituasjon, og det kan også få konsekvenser for pasientsikkerhet og kvalitet i arbeidet.

Tidspresset fører til at man blir tvunget til å ta snarveier. Kartlegging ble nevnt som en av prosessene som ble forsøkt gjennomført raskere for å spare tid. Dette hadde for flere ført til konsekvenser, eksempelvis at man bommet på tiltak. Dermed ble tiden man opprinnelig hadde spart, spist opp av tiden man brukte på å rette opp feilen.

Vi spurte deltakerne: *Når vet du at du har vært en effektiv ergoterapeut?* Det var enighet om at både når en har fornøyde brukere og når en har fått tatt unna en del oppgaver, kunne en oppleve seg selv som effektiv. Det ble understreket at effektivitet og kvalitet ikke er motsetninger.

En av deltakerne sa at «Hvis vi skal overleve må

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

vi bruke halvparten av tiden vi gjør nå». Det ble reist problemstillinger omkring hvem som skal være fornøyd med den jobben vi gjør, er det ergoterapeuten eller brukeren? Det ble også stilt spørsmål ved om vi gjør ting som vi egentlig ikke hadde trengt å gjøre? Det var delte meninger om hvorvidt ergoterapeuten skal inn tidlig i hjelpemiddelsaker, eller om de skal ivareta de mere komplekse sakene.

DIGITALISERING

- EN LØSNING ELLER EN UTFORDRING?

En undersøkelse fra Norsk eHelsebarometer viser at om lag halvparten av helsepersonell opplever at digitalisering ikke gir mer tid til pasientkontakt, og at brukerne deler denne oppfatningen. Deltakerne på rundebordskonferansen var delte i om digitalisering ville løse noe av tidsklemma. Innenfor NAV ble det fremhevet at digitaliseringen hadde vært en nødvendighet. Deltakere fra andre tjenester var splittet i sine oppfatninger omkring hvorvidt digitalisering var et gode.

Eldre er den fremtidige brukergruppen, det er kanskje nå innenfor et lite tidsvindu at de eldre ikke har den digitale kompetansen. 68-generasjonen som kommer nå, vil kanskje kreve mere av oss som ergoterapeuter da de vil ha digital tilgang til å se oss i kortene. De vil ikke ringe til oss for å spørre oss om hjelp til å sjekke ut noe for dem på NAV. Nei, de vil ringe oss og si de har sett på «mitt NAV» at vi ikke har gjort det vi skulle.

Kan en av løsningene være at ergoterapeuter må være med på å utvikle de digitale løsningene slik at de er til hjelp både for oss og brukeren?

LOVPÅLAGT

- MEN HVA SKAL TJENESTENE INNEHOLDE?

Faglig kvalitet og forsvarlighet innebærer blant annet et ønske om å gjøre en best mulig jobb. God utredning, behandling og oppfølging forutsetter en god relasjon mellom pasient/bruker og helsepersonell, og også mellom pårørende og helsepersonell. Alle disse faktorene er innbakt i ergoterapeuters yrkesetiske retningslinjer, og gjennom disse har vi også forpliktelser overfor pasienter, brukere, pårørende, arbeidsgiver og kollegaer. Ifølge helsepersonelloven innebærer helsepersonells yrkesutførelse en rekke plikter, eksempelvis dokumentasjonsplikt, meldeplikt, opplysningsplikt, ivaretagelse av barn som pårørende samt å iverksette behandling på bakgrunn av en forsvarlig utredning.

Samtidig plikter helsepersonell å unngå unødig

ressursbruk, hvilket innbefatter både penger og tid, en vurdering som til en viss grad må baseres på skjønn. Dette for at pasient eller bruker ikke skal påføres unødvendig tidstap.

Nå er ergoterapi lovpålagt, men hva er det som konkret lovpålegges? En av deltakerne hadde en stilling på 10 prosent i en kommune og 20 prosent i en annen. Begge kommunene har imøtekommet lovpålegget, men hvordan skal ergoterapeuten svare på forventningene til innholdet i disse stillingene? I lys av dette kom det opp betraktninger om at det mangler noe som definerer hva innholdet i tjenesten minimum skal være, og det ble etterspurt kvalitetsgarantier.

AVDEKKER ERGOTERAPEUTER ETISKE DILEMMAER?

Det var få deltakere som hadde noen fora for å diskutere etiske dilemmaer. Samtidig mottar Yrkesetisk utvalg svært få saker. Yrkesetisk utvalg ønsker å få saker fra ergoterapeuter. Ikke for at vi skal løse dem, men for å være med å drøfte sakene. Utvalgets mandat er blant annet å sette av tid til å drøfte etiske utfordringer som ergoterapeuter har i hverdagen sin. Yrkes etisk utvalg ønsker å være en bidragsyter for alle medlemmene.

Dersom ergoterapeuter lettere kan identifisere etiske dilemmaer ved egen yrkesutførelse, i denne sammenhengen tilgjengelig tid og prioriteringer, vil de samtidig kunne adressere eventuell opplevd slitenhet, utilstrekkelighet eller utilfredshet i samtale med overordnet. Først når vi avdekker årsakene, kan vi finne løsninger.



Yrkesetisk utvalg arrangerte rundebordsdiskusjon rundt begrepet ErgoteratID på den norske fagkongressen i ergoterapi.



ergoterapeuten

er ditt fagblad



- Din mening teller
- Ta vår digitale undersøkelse



ERGOTERAPEUTEN ER DITT FAGBLAD

Leder av Redaksjonskomiteen, Cathrine Hagby, ved siden av rollupen som ledet kongressdeltakerne rett til en spørreundersøkelse. Foto: Linda Stigen.

Din mening teller

Fagkongressen fristet med mer enn 400 ergoterapeuter samlet på ett brett, og redaksjonskomiteen kunne ikke la den sjansen gå fra seg. Rustet med egen rollup med QR-kode som ledet rett til en spørreundersøkelse, inntok vi Clarion hotell i Stavanger.

Av Else Merete Thyness

Først vurderte vi om vi skulle stille spørsmålet: *Ønsker du en digitalisering av fagbladet?* Men for det første kan ergoterapeuter si opp papirutgaven og laste ned PDFen fra nettsiden, og for det andre henger en videreutvikling av Ergoterapeutens nettside sammen med om vi skal søke om å bli et Open Access fagtidsskrift. Det er ikke hensiktsmessig å foreta kjappe forandringer uten å først utrede behov og konsekvenser grundig.

Så – vi bestemte oss for å undersøke hva medlemmene ønsker å lese i fagbladet sitt, og hva de selv mener de kan bidra med.

ROLLUP MED QR-KODE

Her kom den praktiske rollupen inn, som kan beskrives som et sammenleggbart reklameskilt eller poster. Rullet sammen tok den ikke mer plass enn en paraply.

En QR-kode på rollupen brakte kongressdeltakerne rett inn til vår spørreundersøkelse, som vi laget i Microsoft Forms.

SPØRSMÅLENE

Vi stilte følgende spørsmål:

- Hvor jobber du?
- Hva leser du i Ergoterapeuten?
- Hva kan du tenke deg å bidra med?
- Hva ønsker du mer av i bladet?
- Har du forslag til tema-nummer?

HVOR JOBBER DU?

Av de som svarte på spørreundersøkelsen kom de fleste fra kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller fra en utdanningene.

HVA LESER DU?

Her kom fagartikler på absolutt førsteplass, tett etterfulgt av

vitenskaplige artikler, Aktuelt og reportasjer.

HVA KAN DU BIDRA MED

Til vår store glede så vi at det ergoterapeuter først og fremst vil bidra med er å skrive fagartikler. Etter det fulgte små artikler til Aktuelt-sidene og vitenskapelige artikler. Vi bet oss også merke i at flere gjerne vil bidra med debattinnlegg. Det oppfordrer vi dere virkelig til å gjøre. Fagbladet vil gjerne være en arena for levende debatter.

HVA ØNSKER DU MER AV?

De fleste ønsket seg flere fagartikler. Deretter fulgte vitenskapelige artikler, oppsummert forskning og reportasjer.

Under dette spørsmålet hadde vi også åpnet opp for «Annet» med fritekst. Her var det noen som skrev: «Bladet er bra som det er», og det var hyggelig.

TEMANUMMER

Dette var et spennende spørsmål. Hva ønsker ergoterapeuter å fordype seg i gjennom fagbladet. Her er noen av forslagene:

- bærekraft, konkrete eksempler fra praksis
- universell utforming
- forskning opp mot praksisfeltet
- ergoterapi og ledelse
- etikk og moral
- hvordan ergoterapeuten jobber med kognitive hjelpemidler for voksne og eldre i kommunen
- ergoterapeuter i miljøterapeutstillinger
- aktivitetsbaserte metoder

TAKK FOR INNSPILL

Vi takker for responsen. Det er fremdeles mulig å delta i undersøkelsen, og vi kommer til å ta resultatene med i planleggingen av 2023-utgavene.



Det er fremdeles mulig å delta på undersøkelsen. Ta opp kamera-appen og sørg for at koden vises i søkeren. Deretter følger du bare lenken som kommer opp.



Forsikring til medlemspris

Som medlem av Ergoterapeutene får du svært gunstige betingelser på forsikring. Du får blant annet:

- ✓ Gjennomsnittlig 60 % besparelse på livs- og uføreforsikring
- ✓ Kollektiv innbo-, reise- og barneforsikring med gode vilkår til stabilt lave priser
- ✓ Inntil 27 % rabatt på individuelle skadeforsikringer som bil-, hus- og hytteforsikring
- ✓ Rådgiving når du trenger det
- ✓ Profesjonell bistand ved eventuell tvist om skadeoppgjør



Bruk
medlems-
fordelene
dine

Kurs i the Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP)- på norsk!



Velkommen til det første norske kurset i PRPP. Kurset vil foregå fysisk, på Hamar, og du vil få tilgang til noe digitalt materiell i forkant, og det vil foregå en nettverkssamling i etterkant.

PRPP er et standardisert system som ble utviklet av og for ergoterapeuter, for å identifisere menneskers bruk av kognitive strategier, og for å igangsette relevante tiltak for å benytte disse mer effektivt i utførelse av hverdagsaktiviteter. Basert på kartleggingen gjør PRPP intervensjonen det mulig å igangsette tiltak relatert til utfordringene som ble identifisert. Les mer om praktisk bruk av PRPP her: <https://ipaper.ipapercms.dk/Ergoterapeuten/ergoterapeuten-nr-4-2022/?page=20>

Femdagers kurs med oppfølging på Teams i etterkant.

Kurset gir sertifisering til bruk av PRPP og er meritterende med 55 timer til ergoterapispesialistordningen.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangør: Ergoterapeutene Innlandet

Tid: 28.august - 1.september 2023

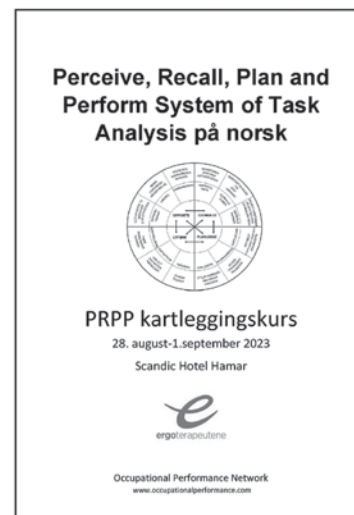
Sted: Hamar og oppfølging på Teams

Påmelding: <https://ergoterapeutene.org/kurskalender/>

Påmeldingsfrist: 1. august 2023

Pris: medlemmer 8 000,-, ikke-medlemmer 16 000,-.

Dette inkluderer kursmateriell og dagpakke med måltider på hotellet.



Ergoterapeutenes nettbaserte kurs



UTFASING AV TO KURS

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

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

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

ERGOTERAPI TIL BARN OG UNGE

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

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

Digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering



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

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

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

MODUL 1. ERGOTERAPEUTER OG FØRERKORTVURDERING.

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

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

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

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

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

MODUL 2. PRAKTISK KJØREVURDERING OG P-DRIVE

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

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

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

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

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

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

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

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

KALIBRERING

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

Følg med i kurskalenderen.



Ergoterapeutens produktregister – nå kun på nett

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

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

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

[Ring eventuelt Erik Sigurdsson tlf. 900 30 943 eller send en mail til \[erik@addmedia.no\]\(mailto:erik@addmedia.no\).](#)

Behandling/trening

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

Personlig stell og klær

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

Forflytning

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

- 1836 - Oppbevaringsmøbler

- K 1 - Kontor-/institusjonsmøbler

Kommunikasjon/informasjon/varsling

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

Transportering (flytting, løfting)

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

Hjelpemidler for barn

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



NAV kan innvilge senger med høye grinder/lukkesystem som er direkte avhjelpende.



Men hva betyr egentlig dette?

Les hele artikkelen!

NAV kan innvilge senger med høye grinder/lukkesystem som er direkte avhjelpende

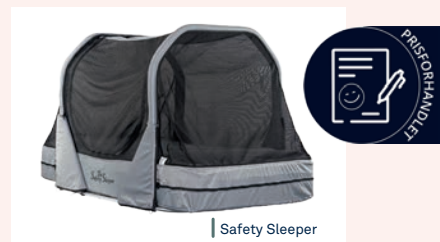
Tidligere i år var det stans i behandlinger av søknader om senger med høyegrinder/lukkesystem. Årsaken var at Arbeids- og velferdsdirektoratet skulle avklare om sengene kunne defineres som hjelpemiddel i samsvar med folketrydloven. I følge direktoratets vurderingen av trykderettens kjennelser, vil det bero på omstendighetene i den enkelte sak om seng med høy grind/lukkesystem utgjør et "hjelpemiddel" eller ikke.



| Lukas



| Lisa



| Safety Sleeper

"Jeg håper nå at flere barn som har utfordringer med uro og utrygghet vil få innvilget en seng som et avhjelpende hjelpemiddel."

- Marianne Jørstad-Fjellaker, ergoterapeut og fagansvarlig for barnehjelpemidler hos Bardum

Bardum