

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund

www.ergoterapeuten.no



Nasjonal helse- og samhandlingsplan 6

Arbeider i fengsel **10** Det er lettere å høre en fugl kvitre enn terapeuten snakke **34**

Kreftfri, men ikke frisk – hvordan møte den nye arbeidshverdagen? **46** Unios klimakonferanse **60**

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 Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 3 – 3. juni. / 28. juni

Nr. 4 – 1. aug. / 31. aug.

Nr. 5 – 1. okt. / 31. okt.

Trykkeri Aksell

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29

Merethe Hustoft / 48 03 78 40



Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær

Anne Kathrine Devik

Forhandlingsjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Fagsjef

Kristin Jess-Bakken

Rådgiver

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Rådgiver

Thomas Andersen

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Kontomedarbeider

Nurdjihan (Nuna) Aliu

Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færeststrand

Nina Røstad

Tina Brustuen Uri

Monica Skadsem

Petter Mansverk Dahle

Didrik B. Kristiansen

1. vararepresentant May Solveig Svendsen

2. vararepresentant Siv Iren Gjermstad

June Rondestvedt, varamedlem

Malin Andrea Midjo, varamedlem

Birte Sandal Rikstad, varamedlem

Maria Haven, varamedlem

Lene Kalvik, varamedlem

Guro Aakerholt, varamedlem

Caroline Mostue, varamedlem



6



19



34



60

REPORTASJE

- 6 Nasjonal helse- og samhandlingsplan**
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 10 Arbeider i fengsel**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 12 Representerer 33 ergoterapeuter**
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

- 14 Rehabiliteringspasienter fortjener bedre**
Av Karl Eirik Schjøtt-Pedersen

FORBUNDET

- 16 Sjekk dette før du reiser på ferie**
Av Roar Hagen
- 17 Minneord om Solrun Nygård**
Av Toril Laberg
- 18 Minneord for Wigdis Hoff**
Av Sissel Horghagen og Sissel Alsaker
- 18 Hvordan blir kontingenten din i år?**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

- 19 Søk godkjenning som ergoterapispesialist**
Av Kristin Jess-Bakken
- 19 Thomas Andersen ansatt som rådgiver på forbundskontoret**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 20 Didrik B. Kristiansen valgt som forbundsstyremedlem fra Ergoterapeutene Øst**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 20 Har du en kandidat til Tillitsvalgtprisen 2024?**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 22 Ergoterapistudentenes nye landsstyre**
Av Maria Iselin Rodriguez Christensen

FAGLIG

- 24 Ergoterapeutar sine beskrivingar om kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag – ein kvalitativ studie**
Av Anna Igland, Rebekka Tytingvåg Skard, Espen Johan Valle og Tina Taule
- 34 Det er lettere å høre en fugl kvitre enn terapeuten snakke**
Av Julie Sletten Langeland, Åshild Jenssen og Tove Carstensen

VITENSKAP

- 46 Kreftfri, men ikke frisk – hvordan møte den nye arbeidshverdagen?**
Av Tone Høien, Aleksandra Latinovic og Ellinor Christin Haukland
- 56 Forsker i farten: Jan Marius Gathen**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 58 Bokanmeldelse: Psykisk Helsearbeid – Medborgerskap, menneskerettigheter og økologi**
Av Vegard Eide Dall

PÅ DE SISTE SIDENE

- 60 Unios klimakonferanse 2024**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 62 Kursannonse**
- 63 Produktregister**

Jeg velger meg april

Da Bjørnstjerne Bjørnson ble bedt om å skrive et dikt til kalenderen Souvenir i 1869, var alle de andre månedene opptatt unntatt april. Derfor moret det han å starte diktet med «Jeg velger meg april».



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Dette bladet når leserne

samtidig med at april gir stafett-pinnen videre til mai. Jeg gjengir likevel de første linjene av Bjørnsons dikt:

*Jeg velger meg april
I den det gamle faller,
i den det ny får feste;
det volder litt rabalder.*

Det er noe eget med våren og de mulighetene som ligger i nye begynnelse. For eksempel har regjeringen endelig levert stortingsmeldingen «Nasjonal helse- og samhandlingsplan». Riktignok har Ingvild Kjerkol gått av som statsråd, men rapporten har fremdeles verdi.

«Styringsdokumenter som dette er alltid nyttige. De gir oss informasjon om hva som vil bli prioritert fremover. Jeg oppfordrer tillitsvalgte og medlemmer til å bruke planen strategisk», uttaler forbundsleder Tove Holst Skyer i reportasjen om nettopp denne meldingen.

Ergoterapeuten har også deltatt på Unios klimakonferanse

2024. Målet med konferansen var å gi kunnskap om fremtidens klima- og bærekraftspolitikk.

«Vi vet at vi skal erstatte fossil energi med fornybar energi, og vi har den teknologien vi trenger. Det er heller ikke mangel på penger. De største utfordringene er politisk lederskap og oppslutning fra folk», sa Kristin Halvorsen. Hun satt i Klimautvalget 2050, som utredet hvilke veivalg Norge må ta for å bli et lavutslippsland innen 2050.

Bjørnstjerne Bjørnsson var en god venn av Edvard Grieg, som blant annet satte musikk til flere av diktene hans.

Jeg avslutter derfor med ett av disse diktene: «God morgen», og med det ønsker jeg alle Ergoterapeutens lesere en solfylt vår og forsommer.

*Dagen er oppe, gleden er tent
mismotets skyborg stormet og
brent
over de glødende fjelle
lyskongens hærskarer tjelde.
«Oppe, oppe!» fugl i lund,
«oppe, oppe!» barnemunn,
oppe mitt håp med solen.*

Riksrevisjonens knusende dom over rehabiliteringsfeltet må føre til systematiske endringer

Uten gode rehabiliteringstjenester til alle som har behov for det, sløser vi bort menneskelige og økonomiske ressurser. Riksrevisjonen har igjen slått fast at innbyggerne ikke er sikret de rehabiliteringstjenestene de trenger, hverken i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Dere, landets ergoterapeuter, gjør en formidabel innsats hver eneste dag. Det finnes gode rehabiliteringstjenester både i spesialisthelsetjenesten og kommunene, men det er mangler i styringen og store variasjoner i tilgangen.

I dokument 3:12 (2023-2024) konkluderer Riksrevisjonen med at nesten ingenting har blitt bedre siden forrige gjennomgang, i 2012. Helse- og omsorgsdepartementet får blant annet kritikk for at

- mange ikke får rehabiliteringstjenestene de har behov for
- samhandlingen mellom tjenestenivåene ikke fungerer
- svakhetene får store konsekvenser for menneskene det gjelder
- styringen er mangelfull på alle nivåer

Jeg er ikke overrasket over Riksrevisjonens knusende dom. Rehabiliteringsfeltet har blitt forsømt gjennom tiår. Dette har ført til høy arbeidsbelastning, ventelister og fristbrudd. Flere steder mangler innbyggere et rehabiliteringstilbud. Potensialet som ligger i å prioritere rehabilitering utnyttes ikke.

Det finnes gode eksempler på velfungerende rehabiliteringstjenester, men flaks og tilfeldigheter kan ikke få avgjøre hva slags tje-

nester du får. Riksrevisjonen har avdekket at seks av syv kommuner mangler kjernekompetanse innen rehabiliteringsfeltet. Det er også svært bekymringsfulle forskjeller både mellom helseforetakene og innad i hvert enkelt helseforetak. Dette er variasjoner som er helt uakseptable.

Nok tverrfaglig rehabiliteringspersonell er en forutsetning for et tjenestetilbud som kan møte innbyggernes behov for rehabilitering, til rett tid. Rehabilitering bidrar til bærekraftige helsetjenester ved å fremme mestring, økt livskvalitet og hjelpe flere tilbake til utdanning og arbeid. Vi har lenge understreket en annen gevinst ved rehabilitering, som Riksrevisjonen nå bekrefter: Rehabilitering demper behovet for andre, mer varige og ressurskrevende tjenester. 90 prosent av kommunene oppgir at de har opplevd økt belastning på andre kommunale tjenester, som en direkte konsekvens av mangler i rehabiliteringstilbudet.

Manglende prioritering, dårlig ledelsesforankring og manglende rehabiliteringskompetanse oppgis som sentrale årsaker til utfordringene i rehabiliteringsfeltet. Dette er fullt forståelige årsaker. Det som ikke er forståelig, er at

rehabiliteringsfeltet neglisjeres stortingsperiode etter stortingsperiode, på tross av at utfordringene er godt kjent.

Man sier gjerne at gode råd er dyre. Det blir aller dyrest om ikke rehabiliteringsfeltet prioriteres med ressurser og konkrete tiltak som sørger for nok rehabiliteringskompetanse, lik tilgang på rehabilitering og gode rehabiliteringsforløp.

Eksempelvis må koordinerende enheter ledes av personer med rehabiliteringskompetanse, helsefelleskapene må jobbe systematisk og bredt med rehabiliteringsfeltet, kommunene må innføre en stilling jeg vil kalle Faglig Ansvarlig for Rehabilitering (FAR) og stillingen må kreve ergo- eller fysioterapikompetanse. I tillegg trengs det forskning som kan gi oss økt kunnskap, for å sikre riktige grep.

Nasjonalt helse- og samhandlingsplan ble en gedigen skuffelse når det kommer til rehabiliteringsfeltet. Rehabilitering nevnes knapt. Potensialet i å prioritere rehabilitering er stort i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Dette må vi fortsette å gjenta. Vi har ikke råd til å la være å prioritere rehabiliteringsfeltet.

VÅR FELLES HELSETJENESTE

NASJONAL HELSE- OG SAMHANDLINGSPLAN

– Kommunehelsetjenesten og sykehusene er to super-tankere med budsjetter på omtrent 200 milliarder kroner hver. Det er ingen smal sak å sy dem sammen, og det er grunnen til at regjeringen presenterer en plan som ser tjenesten samlet, sa Ingvild Kjerkol. Hun gikk av som helse- og omsorgsminister fredag 12. april.

Av Else Merete Thyness



1. mars presenterte Ingvild Kjerkol Stortingsmelding 9 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027.

Kjerkol la frem Nasjonal helse- og samhandlingsplan på en pressekonferanse på Lovisenberg sykehus 1. mars.

– Vi har utfordringer som dårlig sammenheng mellom tjenestene, mangel på personell og at befolkningen ikke har likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester. Derfor må vi endre dagens måte å organisere oss på slik at vi sikrer syke bedre oppfølging, sa hun.

SEKS HOVEDGREP

I planen presenteres seks hovedgrep som skal sørge for en helsetjeneste som er rustet for fremtiden. Målet er mer integrerte og helhetlige tjenester. Nå skal kompetanse og kapasitet i stor grad sees i sammenheng, både mellom kommuner og sykehus og innad i tjenestene.

– For pasientene er det viktigst å få riktig behandling til rett tid. De er ikke opptatt av hvem som har ansvaret, men at de får rask tilgang

på god helsehjelp når de trenger det, sa Kjerkol.

De seks grepene er:

- Rekruttere og beholde personell blant annet gjennom et fagarbeiderløft, hensiktsmessig oppgavedeling og strukturert kompetanseutvikling.
- Endring av finansieringsordningene hvor rammefinansieringen økes, og det settes en stopp for urealistiske forventninger om hvor mye som kan effektiviseres.
- Utprøving og innføring av nye organiseringsformer der kompetanse og ressurser skal sees på tvers av kommuner og sykehus.
- Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenesten. De store IT-prosjektene er over, nå skal digitalisering bli en del av tjenesteutviklingen.
- Forenkle og tydeliggjøre regelverket for å understøtte en felles helsetjeneste som støtter fagfolks arbeid uten å føre til unødvendig merarbeid.



Nasjonal helse- og samhandlingsplan gir overordnede føringer for hele helse- og omsorgssektoren. Foto: Karine Thyness.

- En attraktiv og framtidrettet allmennlegetjeneste.

– Vi kan ikke be allerede presedede fagfolk om å springe enda forttere, men vi vil gjøre det mulig for den enkelte å jobbe smartere. Arbeidsdagen må utformes sånn at fagfolk får brukt kompetansen sin på kjerneoppgaver og trives i jobben. Vi trykker på gassen for å beholde og rekruttere fagfolk, sa Kjerkol.

FOREBYGGING OG MESTRING

I kapittel 3 *En helse- og omsorgstjeneste som fremmer forebyg-*

ging og mestring, peker planen på tre spor som skal dempe behovet for helse- og omsorgstjenester:

- En forebyggende helse- og omsorgstjeneste som prioriterer tidlig innsats og bistår folk med livstilsendinger.
- Å støtte pasienter, brukere og pårørende i å ivareta egen helse blant annet ved å sørge for at brukerne finner frem til riktig tilbud, og at informasjonen blir tilpasset slik at brukerne kan dra nytte av den.
- Habilitering og rehabilitering som for eksempel arbeidsrettet rehabilitering.

FORSTERKE SAMARBEID

Etter pressekonferansen var det tid for individuelle intervjuer. På spørsmål om hvilke løft Nasjonal helse- og samhandlingsplan gir rehabiliteringsfeltet, svarte Kjerkol:

- Regjeringen vil ha økt oppmerksomhet på rehabilitering. Vi mener at rehabilitering og tilrettelegging for mestring er viktig i helsefelleskapenes arbeid med å planlegge og utvikle gode tjenester til de prioriterte pasientgruppene. Vi vil forsterke innsatsen for å øke helsekompetansen i befolkningen og skape en forebyggende helse- og omsorgstjeneste.



- Nasjonal helse- og samhandlingsplan utnytter ikke det potensialet som ligger i å stimulere til mer bruk av ergoterapeuters kompetanse, sier Ergoterapeutenes forbundsleder Tove Holst Skyer.

Hun viste til at Nasjonal helse- og samhandlingsplan tar opp innspillene fra Norsk Ergoterapeutforbund og Norsk Fysioterapeutforbund om et tettere samarbeid mellom rehabiliteringstjenesten og NAV.

- Vi vil inkludere flere med helseutfordringer i arbeid og forsterke samarbeidet mellom helsesektoren og arbeids- og

velferdssektoren. Et godt eksempel er en ny modell for tettere samhandling mellom personell fra helsesektoren og NAV om felles pasientgrupper. Dette prøver vi ut gjennom en samfinansiering med Arbeids- og inkluderingsdepartementet på 18,7 millioner kroner i årets budsjett. Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet utreder hvordan vi kan styrke

og samordne kompetanse og kvalitet innen arbeid- og helsefeltet på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Målet er å etablere en kompetansemodell med en struktur der det samles kunnskap og drives god formidling til fagfolk i begge sektorer.

Hun pekte også på at pasienter kan ha god nytte av behandling gjennom tverrfaglige nettverk med blant annet ergoterapeuter, fysioterapeuter, logopeder og sykepleiere.

- Det gir kompetansedeling på tvers av yrkesgruppene og mellom de ulike helsetjenestene. Parkinson Net er et eksempel på en slik organisering, svarte hun.

- Ergoterapeuter jobber for deltakelse og hverdagsmestring, noe som kan redusere behovet for pleie og behandling. På hvilken måte vil denne planen stimulere til mer bruk av ergoterapikompetanse?

- En utfordring på rehabiliteringsfeltet er at vi vet lite både om innholdet i tilbudet til pasientene, hvem som bruker tjenestene i sykehus og kommuner og hvilke rehabiliteringstilbud som gir best effekt for ulike pasientgrupper. Derfor ønsker vi å prioritere arbeidet med å få mer informasjon og bedre data om tjenestene. Helsedirektoratet har allerede fått oppdrag om bedre datagrunnlag for informasjon om rehabiliteringsfeltet. Dette arbeidet fortsetter i et samarbeid mellom direktorat og fagpersoner som arbeider med rehabilitering, svarte Kjerkol.

Hun trakk også frem at arbeidsrettet rehabilitering bidrar til arbeidsinkludering.

- Å være i arbeid er helsefremmende. Regjeringen vil at alle som kan og vil jobbe, skal få mulighet til det. Arbeid og helse

«Jeg oppfordrer tillitsvalgte og medlemmer til å bruke Nasjonal helse- og samhandlingsplan strategisk»

Tove Holst Skyer

er derfor viktig i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

UTNYTTER IKKE ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE

Ergoterapeutenes forbundsleder Tove Holst Skyer mener at intensjonene med planen er gode, men at den ikke utnytter potensialet som ligger i å stimulere til mer bruk av ergoterapeuters kompetanse.

- Det er imidlertid bra at tverrfaglighet og god oppgavedeling løftes frem som en viktig del av løsningene, sier hun.

Hun mener at det beste med planen er at finansieringsordningen for sykehusene endres, slik at de blant annet skal få full dekning for demografiske endringer, for å kunne dekke behovet i befolkningen.

- Jeg håper dette vil gjøre at sykehusene i større grad prioriterer ergoterapeutstillinger som en viktig del av løsningene. Det er også veldig bra at et helt kapittel fokuserer på fremming av forebygging og mestring. Ergoterapeuter har en selvsagt rolle i den innsatsen.

Samtidig er hun skuffet over at det var lovet et kapittel om rehabilitering, men at dette ligner mer på et avsnitt enn et kapittel.

- Dette gjenspeiler det som er en manglende prioritering av rehabiliteringsfeltet, gjennom tiår.

- Er det likevel noe nyttig ergoterapeuter kan bruke denne planen til?

- Styringsdokumenter som

dette er alltid nyttige. De gir oss informasjon om hva som vil bli prioritert fremover. Jeg oppfordrer tillitsvalgte og medlemmer til å bruke planen strategisk. For eksempel er regjeringen tydelig på at den vil vektlegge forebygging, mestring, habilitering og rehabilitering i videreutviklingen av helsefelleskapene. Her må vi ta plass fordi vi har et viktig budskap, og den muligheten er det ergoterapeutene i praksisfeltet som må gripe.

- Kjerkol sier selv at regjeringen har tatt høyde for innspill fra Ergoterapeutene og Fysioterapeutene om et tettere samarbeid mellom rehabiliteringstjenesten og NAV. Er du enig i at Nasjonal helse- og samhandlingsplan fremmer ergoterapi og arbeidshelse?

- Jeg er enig i at planen løfter frem viktigheten av arbeidsrettet rehabilitering og arbeidsinkludering, men den fremmer på ingen måte ergoterapeuters kompetanse i det momentet. Det at vi har ekspertkompetanse på å se menneskers forutsetninger i sammenheng med arbeidsoppgaver og omgivelser, burde vært lagt frem som et premiss for innsatsen. Her har vi helt klart et mulighetsrom.

Nå følger en muntlig høring om planen i Stortinget. Her vil Ergoterapeutene være til stede.

- Den plattformen skal vi bruke til å synliggjøre hvorfor ergoterapeuters kompetanse er viktig for å gjennomføre tiltakene og oppnå målsetningene som omtales. I tillegg blir det viktig å formidle at rehabiliteringsfeltet må prioriteres.



Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal opp til en muntlig høring på Stortinget før den endelig vedtas.



KRIMINALOMSORGEN

NAVN

Erik Ege

STILLING

Miljøterapeut

HVOR

Kriminalomsorgen
Sør-Vest

Arbeider i fengsel

Av Else Merete Thyness

- Hvor jobber du?

- Jeg arbeider i fengsel under Kriminalomsorgen Sør-Vest.

Kriminalomsorgen skal gjennomføre de reaksjonene som påtalemyndighet eller domstol har avgjort. Dette skjer gjennom bruk av fengsel, strafferettslige særreaksjoner, forvaring, samfunnsstraff og varetektsfengsling.

- Hva jobber du som?

- Jeg er ansatt som miljøterapeut i et aktiviseringsteam.

- Hvor lenge har du hatt jobben?

- Jeg startet ved årsskiftet 2024 og er med det helt ny i kriminalomsorgen.

- Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

- Aktiviseringsteamet har som ansvar å forebygge isolasjonsskader. Vi skal aktivisere innsatte som av ulike årsaker ikke kan eller klarer å delta i ordinær arbeidsdrift og ellers ville vært

uten tilbud. Arbeidshverdagen min består derfor mye av aktiviteter både individuelt og på gruppenivå. Vi tilbyr blant annet fysisk aktivitet, spill, sosial trening, ADL-trening og lufting.

- Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

- All aktivitet må tilrettelegges etter innsattes ønsker og behov. Det innebærer kartlegging av risiko, behov og interesser. Av ulike årsaker må vi tilpasse hvem, hva, hvor og hvordan, alt ettersom hvem som har størst prioritet ut ifra satte kriterier.

Vi har ulike fagbakgrunn i aktiviseringsteamet. Etter to måneder begynner jeg å se hvordan kompetansen om samspillet mellom person, omgivelser og aktivitet kan bidra til mestring og inkludering, samt refleksjoner under planlegging av større tilbud slik at utførelsen blir best mulig for alle.

- Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

- Jeg tror absolutt det er en fordel med ergoterapeuter i aktiviseringsteam i kriminalom-

sorgen. Fagbakgrunnen kan bidra til å fremme mestring, inkludering og utvikling, selv under strenge rammer. Jeg opplever at det ergoterapeutiske tankesettet er fleksibelt, nytenkende og legger til rette for det andre ville sett på som kreative løsninger.

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

- Jeg stortrives på en ny arbeidsplass som legger til rette for en aktiv og spennende hverdag. Det er gøy å komme med en for mange ukjent bakgrunn og med det bidra til å fremme aktivitet, deltakelse og nytenking i utvikling av tjenestetilbudet.

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

- Dersom man ønsker og trives med å arbeide med en utfordrende brukergruppe og i et system man må tenke sikkerhet og gjennomførbarhet knyttet til strenge rammer, er kriminalomsorgen en givende arbeidsgiver hvor man føler man kan gjøre en forskjell.



En fengselsbetjent låser en celle. Foto: Kriminalomsorgen (Flickr).



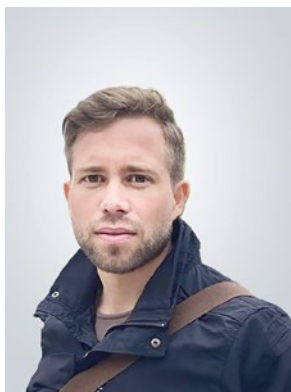
medemagruppen



MC 1144 forhjulsdrevet elektrisk rullestol med Spinalus-3 sete. Gå inn på www.medema.no eller bruk QR koden for å se hele vårt sortiment på el-rullestoler og scootere.

Medema Norge AS - tlf 67 06 49 00



**NAVN**

Johannes Lindeløv

VERV

Hovedtillitsvalgt for 33 ergoterapeuter i Bodø kommune

**TARIFFOMRÅDE
KS**

Representerer 33 ergoterapeuter

Av Else Merete Thyness

- Hvor jobber du?

- De siste syv årene har jeg hatt gleden av å arbeide i ergoterapitjenesten i Bodø kommune. Jeg gleder meg over å være en del av en gjeng som jobber med stor iver, og tar eierskap og ansvar for samfunnsoppdraget vi er gitt.

De siste årene har vi gjennomgått en enormt spennende omstillingsprosess, hvor vi har arbeidet målrettet for å levere kvalitativt gode tjenester samtidig som vi har effektivisert driften. Dette har vært essensielt for at vi skal kunne håndtere den stadig økende henvisningsmengden. Selv om vi ikke er i mål, opplever jeg at vi er på et godt sted.

- Hvilket tariffområde tilhører du?

- Jeg tilhører KS-området.

- Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

- Jeg ble hovedtillitsvalgt i 2018.

- Hvor mange er du tillitsvalgt for?

- Sammen med to andre tillitsvalgte er vi et team som representerer 33 ergoterapeuter.

- Hvorfor ble du tillitsvalgt?

- I helsevesenet har vi utfordringer som krever løsninger på både individ- og systemnivå. Som en langrennsløper trenger to spor for å skape framdrift, må vi jobbe med begge disse sporene for å oppnå progresjon og utvikling. I rollen som tillitsvalgt får jeg styrke medlemmet, og jeg får bidra til å forme strukturene som påvirker vår arbeidshverdag. Jeg har et kall fra Gud om å bidra der jeg kan gjøre en forskjell. Jeg opplever at min personlighet og mine ferdigheter er godt tilpasset oppgavene som tillitsvalgtrollen krever. Når man lykkes med å skape utvikling er det utrolig givende!

- Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

- Som tillitsvalgt er min hovedoppgave å fungere som et bindeledd mellom mine kolleger og arbeidsgiver. Dette innebærer å representere medlemmene i ansettelsesprosesser, konfliktsituasjoner og omstillingsprosesser samt å sikre at deres rettigheter blir ivaretatt. Dette oppnås ved å overvåke at medlemmene blir behandlet rettferdig og at deres stemmer blir hørt. I omstillingsprosesser må vi være





Bodø er en by og kommune i landskapet Salten i Nordland fylke.

lagspillere for å bidra til å finne de beste løsningene gjennom samarbeid og dialog, og for å sikre at alle stemmer blir hørt i beslutningsprosessen.

- Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

- Som tillitsvalgt står man overfor mange utfordringer, men en av de største er kanskje det å ikke alltid kunne oppnå det som føles rett og rimelig for våre medarbeidere. Det kan være vanskelig å akseptere når resultatene ikke møter forventningene, spesielt i situasjoner hvor man sterkt mener at medarbeiderne fortjener bedre.

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

- En viktig kvalitet hos en tillitsvalgt er integritet. Medlemmene må ha tillit til at tillitsvalgtes handlinger spiller deres interesser og verdier. En sterk rettferdighetssans er også essensiell, slik at alle behandles likt og rettferdig i henhold til regelverket. Uten disse egenskapene kan man ikke anses som verdig til den tilliten som er blitt tildelt.

- Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

- Mitt beste minne som tillitsvalgt er fra de tillitsvalgtkursene som forbundet tilbyr. Der opplever man et godt fellesskap som gir en sterk følelse av tilhørighet. Kvaliteten på disse kursene er imponerende. De har bidratt til økt innsikt og trivsel, og er noe jeg ikke ville vært foruten.

- Vil du anbefale andre å bli tillitsvalgt?

- Man opplever så mye læring gjennom rollen som tillitsvalgt at det er en fantastisk investering i ens personlige utvikling. Forbundet legger virkelig til rette for at tillitsvalgte skal være godt utrustet til tjenesten de utfører, gjennom kurs og gode ressurspersoner på forbundskontoret. Dersom du er opptatt av personlig utvikling, ønsker å gjøre en forskjell, og ikke frykter å ta på deg et ekstra ansvar, anbefaler jeg på det varmeste å bli tillitsvalgt.

- Hva har du ennå ikke oppnådd som tillitsvalgt?

- Jeg har ikke klart å finne en etterfølger til tillitsvervet ennå. Det betyr at min tid som tillitsvalgt ikke er over, og det synes jeg helt ærlig er veldig bra!

Rehabiliteringspasienter fortjener bedre

De fleste tar det som en selvfølge at vi får helsehjelp når vi trenger det. Heldigvis. Men trenger du rehabilitering, er det ingen selvfølge at du får det.

Av Karl Eirik Schjøtt-Pedersen



*Karl Eirik Schjøtt-Pedersen er riksrevisor og daglig leder i Riksrevisjonen.
Foto: Mathias Fossum/
Riksrevisjonen.*

Livet blir ikke alltid som vi hadde tenkt. Blir du utsatt for en ulykke, får slag eller rammes av en kronisk sykdom som gir deg nedsatt funksjonsevne, har du krav på rehabilitering. Rett på hjelp til å trene deg opp igjen. Hjelp til å trene opp kroppen og hodet. Hjelp til å ta vare på den psykiske helsa di.

LAVT PRIORITERT

Riksrevisjonen undersøkte rehabilitering i 2012. Da så vi at helsemyndighetene trengte mer kunnskap om pasientenes behov og helsevesenets kapasitet til å dekke behovene.

Det burde vært mulig å få til noe på tolv år, men nesten ingenting har blitt bedre. Vi har igjen undersøkt rehabilitering. Fire hovedtrekk peker seg ut:

- Mange pasienter får ikke rehabiliteringstjenestene de har behov for. Det gjelder både fra kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Samhandlingen mellom kommuner og sykehus fungerer flere steder ikke til det beste for pasientene.
- Når rehabiliteringen ikke fungerer, får det store konsekvenser for pasientens helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.

- Styringen av rehabiliteringsområdet er mangelfull på alle nivåer.

Kort sagt – rehabilitering blir fortsatt lavt prioritert i helsevesenet. Det får store konsekvenser for mennesker i en krevende livssituasjon. De fortjener bedre.

FLAKS OG TILFELDIGHETER AVGJØR

Kommunen du bor i har ansvar for at du får rehabiliteringen du trenger. Har du behov for spesialisert kompetanse skal du få hjelp på sykehus eller i en privat institusjon som tilbyr rehabilitering. Men det er store nasjonale forskjeller.

I Norge har vi krav på likeverdig helsehjelp, uavhengig av hvor vi bor. Om du bor i en stor eller liten kommune, i nord eller sør, skal ikke avgjøre. Trenger du for eksempel rehabilitering etter en alvorlig ulykke, skal du være trygg på at du får det. Likevel ser vi at flaks og tilfeldigheter avgjør om og hvilken rehabilitering du får.

I vår spørreundersøkelse svarer over 60 prosent av kommunene at det er vanskelig å gi innbyggerne gode rehabiliteringstjenester. Alle kommuner skal ha lege, sykepleier, psykolog,

fysioterapeut og ergoterapeut tilgjengelig for de som trenger rehabilitering. Det er pålagt i lov om helse- og omsorgstjenester. Likevel mangler mer enn 85 prosent av kommunene en eller flere av disse yrkesgruppene i arbeidet med rehabilitering. Det er særlig psykologer som mangler.

Kommunene er også anbefalt å ha tilgang til annen kompetanse i arbeidet med rehabilitering. Eksempler er logoped og sosionom. Ser vi det som er lovpålagt og anbefalt under ett, tilbyr ingen av landets 357 kommuner alt en rehabiliteringspasient kan komme til å trenge fra kommunen. Heller ikke de største kommunene tilbyr alt.

Også når vi ser på spesialisthelsetjenesten i helseregionene, er det tilfeldigheter og stor variasjon i hvor mange som faktisk får hjelp. Helse Midt-Norge leverer mest rehabilitering, mens Helse Vest leverer minst. Også innholdet i tjenestene varierer. Hvor du bor, avgjør hvilken type hjelp du får. Flere sykehus mangler viktige tjenester. Det betyr at pasienter med samme diagnose får svært ulik hjelp.

«HELT ALENE»

At mange pasienter ikke får den rehabiliteringen de trenger og har krav på, får store konsekvenser for hvert enkelt menneskes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid. En pasient vi har snakket med, sier:

«Det å ha et rehabiliteringsbehov som ikke blir dekket, går helt klart utover psyken. Vi må finne ut alt selv, og det er veldig krevende. Vi er helt alene.»

Ingen som har krav på hjelp og oppfølging fra helsevesenet skal være helt alene.



God rehabilitering er en mulighet det offentlige må utnytte bedre. Foto: Colourbox.

OGSÅ TIL DET BESTE FOR FELLESSKAPET

God rehabilitering er først og fremst viktig for hver enkelt pasient og for deres nærmeste, men det er også god samfunnsøkonomi. På sikt reduseres behovet for helsetjenester, og arbeidsevnen øker. Med andre ord – det bidrar til et mer bærekraftig helsevesen.

Velferdssamfunnet står overfor store utfordringer i årene fremover. Vi blir flere eldre som trenger helsehjelp og omsorg, men færre som kan gjøre jobben. Også derfor er god rehabilitering en mulighet det offentlige må utnytte bedre.

Så mange som ni av ti kommuner, opplever økt belastning på andre kommunale tjenester på grunn av mangler i rehabiliteringstilbudet. Ett eksempel er sykehjem. Hvis en pasient ikke får nødvendig rehabilitering, risikerer vedkommende å havne på sykehjem, selv om pasienten ikke hadde trengt det med riktig hjelp. Det er en sykehjemsplass andre mennesker trenger.

DEPARTEMENTET MÅ LØFTE OMRÅDET

Riksrevisjonen mener det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å sørge for at pasienter får det rehabiliteringstilbudet de trenger. Det er bare departementet som kan ta ansvar for helheten innen rehabilitering. At nesten ingenting har skjedd siden 2012, viser at det er behov for større og grunnleggende endringer. Derfor bør departementet vurdere om rehabiliteringsfeltet kan innrettes på en annen måte enn i dag.

God rehabilitering gjør at mennesker som har fått nedsatt funksjonsevne klarer seg bedre i livet. De klarer seg bedre selv. Får mulighet til å delta i samfunnet. Får økt livskvalitet. Derfor er det så viktig at Helse- og omsorgsdepartementet tar rehabilitering på alvor og gir dette området det løftet det trenger. Det er viktig for pasientene og det er viktig for fellesskapet.

Sjekk dette før du reiser på ferie

Med noen enkle grep kan du redusere risikoen for at huset ditt får uvedkommende på besøk når du er på ferie. Her er 10 tips til hvordan du gjør huset ditt ferieklart.

Av Roar Hagen

1. POST

Ikke la posten hope seg opp i postkassen. Avtal med naboen at han henter posten din, eller stopp posten mens du er borte. Et godt råd er også å sette lås på postkassen slik at uvedkommende ikke har tilgang til posten din.

2. TELEFON

Har du fortsatt hustelefon bør du viderekoble denne til mobilen din. Tyven ringer gjerne hjem til deg for å sjekke om noen er hjemme.

3. PLEN OG PLANTER

Be naboen klippe plenen og vanne plantene når du er bortreist.

4. TIDSUR

Monter tidsur på lys og radio, slik

at det ser og høres ut som du er hjemme.

5. SØPPEL

Sett søppelkassen på riktig plass, og få gjerne naboen til å kaste litt søppel i den mens du er bortreist. Pass på at du ikke har kastet sensitive opplysninger om deg eller familien i papirsøppelet. En eventuell ID-tyv vil lete i søppelet ditt for å finne informasjon han kan utnytte.

6. LUKK VINDUER OG LÅS DØREN

Gå gjennom hele boligen og sørg for at alle vinduer er lukket. Lås alle dører når du forlater hjemmet ditt.

7. RESERVENØKKELE

Sørg for at noen gode venner

eller en nabo har en reservenøkkel til hjemmet ditt, slik at de kan låse seg inn hvis noe skulle skje. Gi dem også opplysninger om hvor du er, og hvordan de kan nå deg.

8. IKKE GJEM NØKKELEN UNDER MATTEN

Ikke gjem nøkkelen utenfor huset ditt. Det første en tyv vil gjøre er å lete etter en nøkkel under mattem, i postkassen, i en blomsterpotte eller over døren.

9. NABOENS BIL

Få naboen til å parkere sin bil nr. 2 i innkjørselen din når du er borte.

10. SOSIALE MEDIER

Tenk deg om før du deler opplysninger på sosiale medier om at du er på ferie og hvor lenge du blir borte. Sørg eventuell for å endre innstillingene slik at kun familie og venner kan lese hva du skriver.

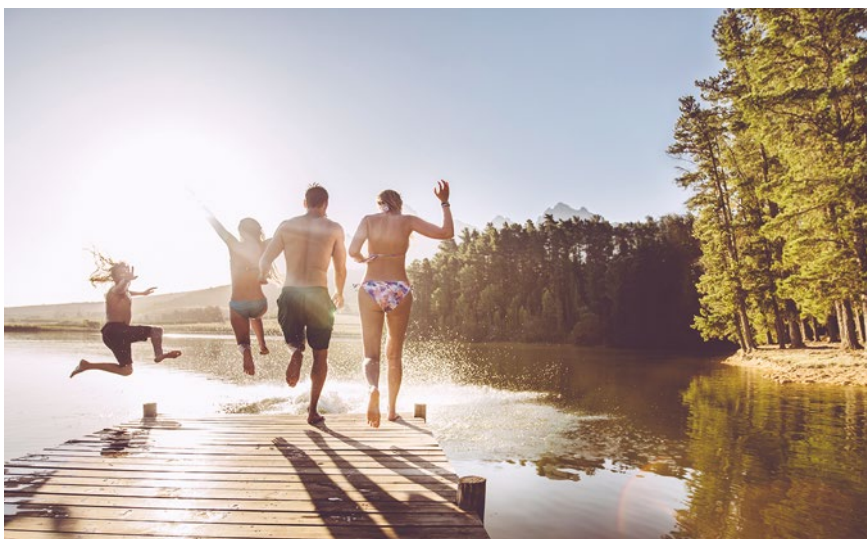
HUSK OGSÅ

- å dra ut støpselet til tv-en, kaffetrakteren og andre mindre elektriske apparater
- å stenge hovedstoppekranen
- å ha innboforsikring og reiseforsikring i orden før avreise

Ergoterapeutenes forsikringskontor ønsker alle medlemmer en god sommer.



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.



Minneord om Solrun Nygård

Solrun Nygård, ergoterapeut og tidligere seniorrådgiver i Ergoterapeutene, døde brått 21. februar i år. Hun ble 66 år.

Av Toril Laberg

Solrun ble ansatt i Ergoterapeutene i 2016 og gikk av med alderspensjon i 2022. Hun kom til forbundet med lang erfaring som ergoterapeut. Hun hadde vært leder både i Skedsmo og Nittedal kommune i over 20 år. Hun hadde master i helsefag.

Solrun var forbundsleder i Ergoterapeutene på 1990-tallet.

Hun var kunnskapsrik, trygg, reflektert og hadde bred erfaring. Hun var svært engasjert i sakene hun hadde ansvar for og var et tydelig talerør for ergoterapi.

Stillingen som seniorrådgiver i Ergoterapeutene inneholder en rekke oppgaver for å iverksette forbundets program og handlingsplaner. Solrun ble blant annet svært dreven i utforming av høringsinnspill på vegne av forbundsstyret, en ferdighet forbundet benyttet seg av også etter at hun gikk av med pensjon.

Solrun var sentral i forbundets utviklingsarbeid. Hun var en viktig bidragsyter i utvikling av det nye tilbudet om digitale fagkurs. Det stilte krav til oppdatert faglig innhold og til gode, digitale løsninger. Solrun gikk inn i arbeidet med nysgjerrighet og pågangsmot, og det resulterte i mange lett tilgjengelige kurs med aktuelle temaer og svært mange deltakere.

Hun var seriøs og hun ble lyttet til, både av medlemmer, kollegaer og av samarbeidspartnere utenfor forbundet. Hun var for eksempel Ergoterapeutenes tydelige talerør i flere perioder i Rådet for Psykisk Helse.

Solrun stilte gjerne spørsmål ved temaer og vedtak og utfordret oss i sekretariatet på en positiv måte. «Hvorfor må det være slik?» «Kan det være nødvendig det, da?» var starten på gode diskusjoner på Solruns initiativ. De ga ofte bedre kvalitet på det vi skrev og sa.

Solrun var en positiv bidragsyter i arbeidsmiljøet. Hun kom med gode innspill til meg som leder, om alt fra administrative rutiner til arbeidsmiljøet vårt. Hun gjorde det når hun var tillitsvalgt, og hun gjorde det

heldigvis ellers også. Hun viste interesse for alle sine kollegaer, både rent jobbmessig, men også om livet utenfor jobben. Hun lyttet, var interessert, personlig og nær når vi delte løst og fast i lunsjen, for eksempel.

Solrun hadde håndlagde notatbøker som viktige arbeidsredskaper. Omslaget var en gang en Pippi-bok og en annen gang en bok om Frøken Detektiv. Gode valg, fordi både Pippi og Nancy Drew hadde sammenfallende kvaliteter med Solrun: Modig, sterk og nysgjerrig.

Og nå har jeg ikke nevnt latteren hennes, som også vil bli husket lenge.

Solrun satte spor. Vi er mange som minnes Solrun med stor respekt og i dyp takknemlighet.



Tidligere seniorrådgiver i Ergoterapeutene, Solrun Nygård, døde 21. februar i år.

Minneord for Wigdis Hoff

Ergoterapeut Wigdis Hoff døde i sitt hjem på Ørlandet 4. mars 2024, nesten 80 år gammel. Vi ble kjent med Wigdis på ergoterapiavdelingen på Regionsykehuset i Trondheim på 1980-tallet. Med Wigdis fikk vi del i hennes internasjonale erfaring og store engasjement for ergoterapi og for det enkelte mennesket.

Av Sissel Horghagen & Sissel Alsaker

Wigdis Hoff arbeidet på Nevrokirurgisk og Fysikalsk medisinsk avdeling. Det var her vi ble kjent med henne for første gang. Sissel Horghagen som student i for-praksis, og Sissel Alsaker som leder for ergoterapeutavdelingen.

Wigdis var internasjonalt orientert. Hun leste forskningstidsskriftet *American Journal of Occupational Therapy* og andre internasjonale tidsskrifter og tilførte ergoterapiavdelingen forskningsbasert kunnskap i tillegg til praksiserfaring. Hun så den enkelte, både pasienter, studenter og kollegaer, og hun var unik i sin tilnærming til det enkelte menneskets utvikling, både faglig og terapeutisk. Samtidig

var hun jordnær og fargerik i det daglige og bidro til at arbeidsmiljøet fikk et sterkt søkelys på å dele kunnskap og erfaring med hverandre. Hun var befriende ukonvensjonell og humørfyllt, og ideene boblet fram i forhold til hva som kunne gjøres for at pasientene skulle få være i aktivitet i alle former, selv på sykehuset. Hun bidro sterkt til å skape motivasjon for trening og utvikling for pasientene – langt over det man vanligvis fikk muligheter til på et sykehus.

Wigdis, vi minnes deg som et sterkt, godt, livsbejaende og klokt menneske, og vi minnes den gode latteren din! Vi ærer ditt minne.

Sissel Horghagen og Sissel Alsaker



Den livsbejaende Wigdis Hoff, fotografert av bror Sturle Alfred Hoff.

Hvordan blir kontingenten din i år?

Landsmøtet i Ergoterapeutene vedtok i oktober at kontingenten for yrkesaktive medlemmer fra årsskiftet reduseres fra 1,6 prosent til 1.5 prosent av brutto lønn.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Samtidig har forbundstyret satt makskontingent for yrkesaktive medlemmer til 739 kroner per måned. Dermed får alle yrkesaktive medlemmer en lavere kontingent.

Dersom du er usikker på hva

kontingenten din blir i 2024, og hva våre kontingentsatser betyr for deg, vil kontingentkalkulatoren gi deg svaret.

Den viser også kontingenten etter skatt og den reelle kontingent-prosenten din.

Kontingentkalkulator

Skriv inn brutto månedslønn (før skatt):

Ta hensyn til skattefordelen

Søk godkjenning som ergoterapispesialist!

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

Av Kristin Jess-Bakken

Du kan søke godkjenning som ergoterapispesialist elektronisk. Du kan påbegynne registreringen av din søknad, lagre den underveis og levere den på et senere tidspunkt. Dette forenkler søkeprosessen og gir deg bedre oversikt over hvilken kompetanse du mangler for å kunne sende inn søknaden. Dette gjelder også fornyet godkjenning.

Søknadsfrist er 15. september hvert år. Mer om ordningen og hvordan søke finner du her: ergoterapeutene.org/spesialist/



Thomas Andersen er ansatt som rådgiver på forbundskontoret

2. april tiltrådte ergoterapeut Thomas Andersen som rådgiver i fagavdelingen på forbundskontoret. Thomas kommer fra stilling som fagkoordinator for kompetanseområdene ergo- og fysioterapi Fredrikstad kommune.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Thomas Andersen var inne i sin andre periode i regionstyret i Ergoterapeutene Øst, tidligere Viken. Han trer nå ut av dette styrevervet. På forbundskontoret vil han sammen med fagsjef Kristin Jess-Bakken utgjøre forbundets fagavdeling.



Didrik B. Kristiansen valgt som forbundsstyremedlem fra Ergoterapeutene Øst

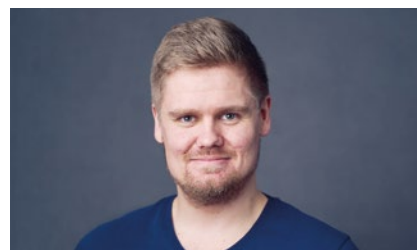
Kamilla Lemb Herbjørnsen fratradte sine verv som hovedtillitsvalgt i NAV og forbundsstyreprerentant for Region Øst, da hun ble ansatt som rådgiver i forhandlingsavdelingen på forbundskontoret. Ergoterapeutene Øst dekker fylkene Akershus, Østfold og Buskerud.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Regionstyret i Ergoterapeutene Øst og forbundsstyret har konstituert regionstyremedlem Didrik B. Kristiansen som forbundsstyremedlem fra regionen. Det endelige valget vil skje på regionens

årsmøte senere i år. Didrik arbeider til daglig med rehabilitering i Moss kommune.

På et forbundsstyremøte møtte Thomas Andersen som regionens representant, før han også ble tilsatt på forbundskontoret.



Har du en kandidat til Tillitsvalgtpriisen 2024?

Du kan nominere kandidater til Tillitsvalgtpriisen 2024. Mer informasjon finner du på hjemmesiden.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

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

- langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser
- å være en viktig rollemodell for kollegaer og andre tillitsvalgte
- svært god forståelse for sammenhengen mellom ergoterapi som fag og betingelser i arbeidslivet
- har stått i spesielt krevende prosesser på vegne av sine medlemmer

- har utvist mot og handlekraft i krevende saker eller prosesser på vegne av sine medlemmer.
- har gjort en særlig innsats for å aktivere, rekruttere og beholde medlemmer





Aktivitet og
deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

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

www.ergoterapeutene.org/innmelding



Ergoterapistudentenes nye landsstyre

Helgen 26. til 28. januar 2024 var det landsmøte og full oppstart for det nye styret i Ergoterapistudentene. Møtene ble holdt i Storgata 2, hvor Ergoterapeutene og Unio har hovedkvarter.

Av Maria Iselin Rodriguez Christensen

Flertallet hadde flydd inn til Oslo samme morgen for å rekke møtet, som startet klokken 10.00. Det kom representanter fra ergoterapiutdanningene i Oslo, Gjøvik, Tromsø, Bergen og Stavanger. Det var

mange av de nye medlemmene i landsstyret som fikk hilst på studenter fra andre studiesteder for første gang. Det ble en helg med nye inntrykk, forventninger, planlegging for det kommende året og opplæring i verv.

VERV

I år er det nye styret sammensatt av tolv representanter hvor alle sammen har fått tildelt egne roller. Tre av medlemmene fra det forrige styret fortsetter også. Alexander Sviggum og Martine



Maria Iselin Rodriguez Christensen er Ergoterapistudentenes Ergoterapeutenkontakt.



Avtroppende leder Kristine Nilsen Vassnes og påtroppende leder Ida Victoria Rindal studerer begge ved utdanningen i Tromsø.

Klevstad Røkke fortsetter i sine tidligere verv som tillitsvalgtkontakt og studentrepresentant i Nasjonalt fagorgan for forskning og utdanning innen ergoterapi og ortopediingeniørfag (NFO-EO). Malin Østeby trer inn som Unio-vara.

Det nye styret består av:

- Victoria Rindal, leder
- Isak Haukland Tornes, nestleder
- Åshild Rosland Mjøltnes, sekretær
- Tina Legøy Craigen, økonomiansvarlig
- Frida Andreassen, kommunikasjonsansvarlig
- Pia Sjumarken, internasjonal-kontakt/SPOT-kontakt
- Maria Iselin Rodriguez Christensen, Ergoterapeuten-kontakt
- Helle Sophie Jager, Unio-representant
- Sofie Halsør Skaalerud, NFO-EO vara

GODT PROGRAM

Vi hadde til sammen tre møtedager i Oslo, både i Unio og Norsk Ergoterapeutforbund sine lokaler.

Den første dagen gikk til generell informasjon om hvordan Ergoterapistudentenes landsstyre arbeider. Vi gikk gjennom årsrapporter, beskrivelser av vervene i styret og ikke minst informasjon om standup-showet vi skulle på senere på kvelden.

Lørdag reviderte vi først Ergoterapistudentenes håndbok. Deretter ble det gjennomført valg av nye styremedlemmer. Til slutt holdt det avtroppende styret en workshop der det påtroppende styret fikk opplæring i vervene sine.

Den siste dagen fikk det avtroppende styret sine attester, deretter holdt det nye styret sitt første møte. Det ble foretatt en evaluering av de to første møtedagene, og vi planla budsjett,

møteplan, målprogram og årshjul. Kontaktinformasjon måtte også på plass, i tillegg til at vi skrev under på kontrakter og taushetsserklæring.

TEAMBUILDING

Landsstyret vil fokusere på teambuilding. Det lover godt for at dette kommer til å bli en sammensveiset og god gjeng. Teambuilding er essensielt for å skape et bra miljø i styret, der alle blir inkludert og kan delta på lik linje. Forslag til aktiviteter som bygger samhold og samarbeid, er escape room og , som vi kan delta på etter selve møtedagene.

Vi gleder oss til å se hvilke mål det nye styret setter, og hva vi får gjennomført!



Ergoterapistudentene hadde landsmøte helgen 26. til 28. januar i år. Fra venstre: Tina Legøy Craigen, Pia Sjumarken, Maria Iselin Rodriguez Christensen, Alexander Sviggum, Isak Haukland Tornes, Åshild Rosland Mjøltnes, Ida Victoria Rindal, Sofie Halsør Skaalerud, Helle Sophie Jager, Martine Klevstad Røkke og Malin Østeby.

Ergoterapeutar sine beskrivingar om kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag – ein kvalitativ studie

Av Anna Igland, Rebekka Tytingvåg Skard, Espen Johan Valle & Tina Taule

Samandrag

Bakgrunn: Gjennom litteratursøk identifiserte vi eit kunnskapshol grunna lite tilgjengeleg forskning om ergoterapeutisk kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Forsking og retningslinjer syner at ergoterapeuten ofte er involvert i kartlegging og behandling av handødem.

Formål: Å belyse korleis ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta beskriv kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Datamaterialet er basert på semistrukturerte gruppe- og individuelle intervju med fire ergoterapeutar. Systematisk tekstkondensering vart nytta for å analysere datamaterialet.

Funn: Tre funn vart identifisert: *Handødem avgrensar aktivitet og behandling, Kartleggings- og behandlingsmetodar ved handødem og Kunnskapsbasert praksis og «ergofagleg påfyll».*

Oppsummering: Informantane påpeiker at handødem avgrensar pasientane si moglegheit til deltaking i kvardagsaktivitetar og er difor viktig for ergoterapeutar å behandle. I studien kom det fram at ergoterapeutane verdsett å inkludere aktivitet i behandling av handødem. Grunna lite forskning og utydelege retningslinjer for behandling av handødem etter hjerneslag, var det utfordrande for ergoterapeutane å utøve kunnskapsbasert praksis.

Nøkkelord: Ergoterapi, handødem, kunnskapsbasert praksis, rehabilitering, hjerneslag.



Anna Igland er tidlegare ergoterapeut ved Ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune og tidlegare student ved ergoterapiutdanninga, Høgskulen på Vestlandet, Bergen. E-post: annaigl22@gmail.com



Rebekka Tytingvåg Skard er tidlegare ergoterapeut på Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Stord sjukehus og tidlegare student ved ergoterapiutdanninga, Høgskulen på Vestlandet, Bergen.



Espen Johan Valle er ergoterapispesialist i somatisk helse ved Haukeland universitetssjukehus, Bergen.



Tina Taule er førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet, Bergen.

Det er ingen interessekonfliktar knyttet til denne fagartikkelen.

Innleiing

I 2021 fekk om lag 9000 personar akutt hjerneslag i Noreg (1). Etter hjerneslag kan ulike funksjonsnedsettingar førekomme (2), eksempelvis nevrologiske følgetilstandar som hemiparese. Hemiparese gir redusert muskelaktivitet og nedsett kontroll ved rørsler i handa og kan i om lag 33 prosent av tilfella føre til væske-samlingar i form av handødem (3). Handødem oppstår grunna ubalanse av trykk i kapillærene og vevet rundt eller som følgje av hinder i lymfesystemet (4). Sjølv om omlag ein av tre pasientar utviklar ødem i den paretiske handa (5) opplyser Artzberger & White (4) at behandling av ødem ofte vert nedprioritert i rehabilitering etter hjerneslag. Handødem kan påverke pasienten si evne til å delta i kvardagsaktivitetar (4). For å oppnå mest mogleg sjølvstende og deltaking i eigen kvardag vert handrelaterte funksjonsnedsettingar, som handødem viktig å behandle (6). Kapittel 4.3 i Helse- og omsorgsdepartementet (5) sine *Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag* framhevar likevel at behandling av ødem er vanskeleg.

I det ergoterapeutiske kunnskapsgrunnlaget er samspelet mellom menneske, aktivitet og omgjevnadar sentralt for å auke pasienten si meistring, livskvalitet og deltaking i kvardagen (7). I den forbindelse er hovudmålet med ergoterapi at alle skal ha moglegheit til å delta i kvardagsaktivitetar (8), også omtalt som Activities of Daily Living (ADL) (9). Kunnskapsgrunnlaget syner i tillegg at ergoterapeutar har eit aktivitetssentrert perspektiv som omhandlar å bruke aktivitet terapeutisk for å betre helse og livskvalitet hos pasienten (7). Ein

slik tankegang plasserer aktivitet i sentrum av ergoterapeuten si resonnering (10).

Ergoterapeutar skal, som andre helseprofesjonar, arbeide i tråd med lover og retningslinjer samt utøve kunnskapsbasert praksis (8). Kunnskapsbasert praksis tyder at kliniske val skal takast på bakgrunn av forskingsbasert-, erfaringsbasert- og brukarkunnskap (11). Der- som det er lite forskning på eit tema er det viktig å ta i bruk erfaringsbasert kunnskap. I tillegg kan ein etterlyse ny kunnskap som kan bidra til å underbygge praksis samt utvikle retningslinjer og prosedyrar for behandling (12), eksempelvis ved ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag.

Eit strukturert kunnskapsbasert pyramidesøk etter relevant forskning om handødem gav treff på forskingsartiklar og retningslinjer. I behandling av handødem etter hjerneslag vert elevasjon av handa, funksjonell elektrisk stimulering av muskelpumpa og kompresjon ved bruk av elastisk bandasje anbefalt av Helsedirektoratet (5). Funksjonell elektrisk stimulering skaper ifølgje Artzberger & White (4) rørsle i musklar ved hjelp av elektriske impulsar. Kapittel 4.3 i retningslinja frå Helsedirektoratet (5) er oppdatert i 2017, men baserer seg på eldre forskning utgitt før 2007. Ei nyare systematisk oversikt av Giang et al. (13) viser at tiltak som kompresjonsterapi, ortose og mobilisering kan bidra til å redusere handødem. Forfattarane presiserer likevel at det er lite tilgjengeleg forskning på effekt av ergoterapitiltak for behandling av handødem. Dette er problematisk for ergoterapeutar involvert i behandling av handødem etter hjerneslag.

Litteratursøket syntte eit av-

grensa utval forskning med vage konklusjonar om ergoterapeutisk kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Med bakgrunn i kunnskapsholet er forskingsspørsmålet for studien: *Korleis beskriv ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag?*

Metode

DESIGN

Når det føreligg lite tilgjengeleg forskning med vage konklusjonar om eit tema, eksempelvis behandling av handødem etter hjerneslag, er kvalitativ metode eigna (14). Bruk av kvalitativ metode kan identifisere nye spørsmål og bidra til ny forskning på feltet (14).

UTVAL

Ergoterapeutar frå spesialisthelsetenesta med minst eitt års erfaring med behandling av handødem blei inkludert i studien. For å sikre rask respons og nok deltakarar til planlagt intervjustart, vart 13 tilfeldig rehabiliteringsavdelingar ved dei fire helseføretaka i Noreg kontakta per telefon. Dei tre første rehabiliteringsavdelingane som gav respons, fekk delta. Dette er, ifølgje Malterud (14), tilstrekkeleg tal informantar for å svare på eit forskingsspørsmål. Det vart sendt e-post til dei resterande avdelingane med ein takk for interesse. Ei av avdelingane tilbydde eit intervju med tre ergoterapeutar som arbeider saman. Dei to andre avdelingane deltok ved individuelle intervju. Med bakgrunn i dette valde vi å inkludere eitt gruppeintervju og to individuelle intervju. Ifølgje Malterud (15) kan gruppeintervju kombinerast med andre forskingsmetodar, eksempelvis

individuelle intervju. Ein deltakar i gruppeintervjuet trakk seg grunna behov for ergoterapeut på avdelinga. Fire informantar frå tre ulike rehabiliteringsavdelingar deltok difor i studien. Informantane er presentert med fiktive namn og arbeidserfaring i tabell 1.

Informantar	Arbeidserfaring
Ylva	4 år i spesialisthelsetenesta
Ragnhild	2 år i kommunehelsetenesta 8 år i spesialisthelsetenesta
Stine	8 år i spesialisthelsetenesta
Johanne	13 år i spesialisthelsetenesta

Tabell 1: Oversikt over informantar og deira arbeidserfaring.

DATAINNSAMLING

Eit kvalitativt forskingsintervju handlar om å forstå eit aktuelt tema ut frå informantane sine egne perspektiv (16). Vi gjennomførte forskingsintervjua med semistrukturert form. Slik kunne intervjuaren nytte intervjuguiden som hugseliste for å sikre henting av ønskja datamateriale (14). Intervjuguiden som er presentert i tabell 2, bestod av innleiande-, hovud- og avsluttande spørsmål. Innleiande spørsmål vart nytta for å skape ein god relasjon til informanten og introdusere forskingsspørsmålet som hovudspørsmåla bidrog til å svare på. Avsluttande spørsmål vart nytta for å summere informantane sine svar og gi informantane moglegheit til å tilføre informasjon som vi ikkje hadde spurt om. Intervjuguiden inneheldt også oppfølgingsspørsmål som vart nytta ved behov for meir utdjupande svar frå informantane. Oppfølgingsspørsmål kunne til dømes vere om informantane kunne gi eksempel på kva avgrensingar handødem kan føre til og kvifor dei nyttar ulike strategiar ved behandling. Spørsmåla og rekkefølgja vart tilpassa informantane sine svar undervegs i intervjuet, då intervjuarane opna for at informantane kunne snakke fritt ved kvart spørsmål. Dette førte til at informantane fekk formidle informasjonen dei ønskja innan tema i den rekkjefølgja dei sjølv formidla det.

I tråd med Krumsvik (17) sine anbefalingar gjennomførte vi eit

Innleiande spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Kor lenge har du jobba som ergoterapeut, og kor lang arbeidserfaring har du innan spesialisthelsetenesta? • Kor ofte møter du pasientar med handødem etter hjerneslag? • Kva andre profesjonar har du erfaring med at bidreg ved behandling av handødem?
Hovudspørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Korleis opplev du/dykk at handødem avgrensar aktivitetsutføring til pasientane i rehabiliteringsprosessen? • Korleis kartlegger du/dykk ødem? • Kva strategi brukar du/dykk ved behandling av ødem? Med dette tenkjer vi på både framgangsmåte og behandlingsmetode. • Kva erfaringar har du/dykk gjort deg på fagområdet? • Synes du/dykk behandling av ødem er viktig som ergoterapeut? Kvifor/Kvifor ikkje • Korleis oppdaterer du/dykk deg på informasjon om behandling av ødem?
Avsluttande spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Ønsker du/dykk å legge til noko?

Tabell 2: Intervjuguide.

pilotintervju. Nokre av spørsmåla vart omskrive etter pilotintervjuet, då dei ikkje vart tolka slik vi ønskja. Eksempelvis viste det seg naudsynt å presisere at spørsmålet angåande ergoterapeutiske strategiar i behandlinga både omfatta framgangsmåte og behandlingsmetode. Grunna geografisk avstand mellom intervjuarane og informantane vart intervjuarane gjennomført på digitale plattformer. Video gav moglegheit til å observere nonverbal kommunikasjon. Det vart også teke notat av nonverbal kommunikasjon, eksempelvis demonstrasjon av behandling, for å supplere til datamaterialet. Lydopptak av intervjuarane vart teke på mobiltelefon i flymodus.

DATAANALYSE

Datamaterialet vart analysert av første og andre forfatar. Dataanalyseprosessen bestod av

transkribering av intervjuarane etterfølgd av systematisk tekstkonsensering (STK) for å analysere meningsinnhaldet i intervjuarane. Ved transkribering vart datamaterialet samanfatta til tekst og gjort handterbart til å nytte i STK (14). I samhøve med Malterud (14) si anbefaling transkriberte vi datamaterialet med små endringar.

Vår kunnskap om ergoterapeutisk behandling av handødem etter hjerneslag ved studien sin start vert omtalt som føreforståing og hadde kontinuerleg innflytelse på analyseprosessen (14). Føreforståinga vår var prega av litteratur lest ved henting av informasjon til studien samt ergoterapeuten sitt kunnskapsgrunnlag. Etter å ha lest på tema hadde vi eit inntrykk av at behandling av handødem er nedprioritert blant ergoterapeutar og utfordrande å behandle.

Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4
Utvikling av 4-8 førebelse tema som intuitivt vekka vår merksemd.	Utviklar temaa til kodegrupper og sorterer ut meiningsberande einingar.	Forme subgrupper for kodegruppene og lage kondensat. Gullsitat vart henta ut.	Forme analytisk tekst ut ifrå kondensata til kodegruppene for å identifisere hovudfunna.

Tabell 3: Stega i systematisk tekstkondensering.

Dette med grunnlag i at retningslinjer og mykje av litteraturen baserer seg på ødem generelt og ikkje spesifikt handødem etter hjerneslag. Føreforståinga vår gav også motivasjon til å undersøkje meir om tema.

STK er ein fleksibel prosess som tillét forskaren å gå mellom dei ulike stega i analysen (tabell 3) og slik bidra til å oppdage nye element i datamaterialet (14). Dei fire stega i analyseprosessen er presentert i tabell 3.

Vi har nytta dei fire stega i STK av Malterud (14) i analyseprosessen. I første analysesteg vart vi kjend med datamaterialet og nytta forskingsspørsmålet som referanseramme for å utvikle fire til åtte førebelse tema individuelt. Deretter møttest vi og samla desse til førebelse tema: *behandlingsmetodar, kva kan ergoterapeuten gjere?, individuelle forskjellar, informasjon og opplæring, samarbeid og ergoterapeuten sin refleksjon*. I det andre analysesteget vart dei førebelse tema diskutert med mål om å forstå kva kvart tema innebar og korleis tema kunne bidra til å svare på forskingsspørsmålet. Tema vart i dette steget utvikla til kodegrupper som kontinuerleg var under endring, samt at meiningsberande einingar vart sortert ut frå transkripta. I tredje analysesteg nytta vi datamaterialet frå førre steg og forma to til tre subgrupper under kvar kodegruppe. Eksempelvis var ergoterapeuten si rolle ei

kodegruppe som danna subgruppene tverrfagleg samarbeid og kunnskapsgrunnlaget til ergoterapeuten. I tredje analysesteg vart også gullsitat henta ut direkte frå transkriptet. Gullsitata er direkte sitat frå informantane som gir ei god beskriving og konkretiserer hovudfunna. Kondensat vart utforma i tredje analysesteg og er eit kunstig sitat skrive i eg-form basert på ein eller fleire informantar sine utsegn. Vidare i fjerde analysesteg vart kondensata i kvar subgruppe satt saman til tekst og samla under den tilhøyrande kodegruppa som danna ein analytisk tekst skrive i tredje person. Funna utvikla seg gjennom stega i STK frå seks tema i første steg til tre hovudfunn som seinare vart presentert under «Funn».

ETISKE BETRAKNINGAR

Studien er godkjend av Norsk senter for forskingsdata (meldeskjemanummer: 156908 frå 2022). Skriftleg informert samtykke vart innhenta frå alle informantane før gjennomføring av intervju. Informantane kunne når som helst trekkje samtykket i samsvar med helseforskningslova (18). Personvern og anonymitet vart teke omsyn til for å beskytte informantane sine utsegn, samstundes som vi har vore opptatt av at informantane bør kunne kjenne seg igjen i det analyserte datamaterialet. Lydfila vart lagra sikkert på to passordbeskytta datamaskiner og vart sletta etter at data var analysert.

Funn

Gjennom intervju har ergoterapeutane beskrive sine arbeidsoppgåver og rutinar ved behandling av handødem etter hjerneslag. Funna syner at informantane er einig i at handødem avgrensar pasientane si moglegheit til deltaking i kvardagsaktivitetar, og at handødem difor er viktig for ergoterapeutar å behandle. Likskapar og ulikskapar i ergoterapeutane sine erfaringar med behandlinga vart identifisert og danna tre hovudfunn: *Handødem avgrensar aktivitet og behandling, kartleggings- og behandlingsmetodar ved handødem og kunnskapsbasert praksis og «ergofagleg» påfyll*.

HANDØDEM AVGRENSAR AKTIVITET OG BEHANDLING

Informantane opplev handødem som ei vanleg problemstilling i rehabilitering etter hjerneslag. Dei er einig i at behandlinga er viktig og nemner fleire aktivitetsavgrensingar handødem kan føre til. Eksempel på dette er utfordringar med knepping av knappar og å halde gjenstandar grunna nedsett finmotorikk og gripeevne.

Ragnhild fortel om hennar oppfatning av pasientar si oppleving av å miste funksjon i henda slik: «Altså hender har ein veldig stor påverknad. Det er jo sånn som pasientane ofte seier sjølv, at dei [pasientane] aldri har tenkt over kor mykje dei [pasientane] nyttar henda sine før dei [pasientane] plutselig ikkje kan nytte dei [hendene] lenger». Nokre av informantane beskriv at handødem kan føre til utfordringar med sjølvstendig grep og finmotorikk. Dette kan påverke pasienten si evne til å utføre ADL, til dømes knepping av knappar og opne ei tannkremtube. Ved utfordringar

med sjølvstendig grep og redusert finmotorikk opplev somme av informantane at affisert hand ofte ikkje er medverkande i ADL. Ylva presiserer at handødem ofte er ein av fleire ulike utfordringar etter hjerneslag, og at behandlinga difor er ein samansett prosess. For å lukkast, påpeiker informantane at pasientane treng oppfølging frå eit tverrfagleg team i tillegg til at pasientane må følgje opp behandlinga sjølv.

KARTLEGGING OG BEHANDLING AV HANDØDEM

Rolla til ergoterapeuten i den tverrfaglege innsatsen for kartlegging og behandling av handødem vert beskrive av informantane på ulike måtar. Initiativet til å kartlegge og behandle handødem kjem ifølgje Ragnhild og Stine i hovudsak frå ergoterapeuten. Ylva og Johanne opplev derimot at også fysioterapeutar tek initiativ, i tillegg til at sjukepleiarar og helsefagarbeidarar følgjer opp tiltaka.

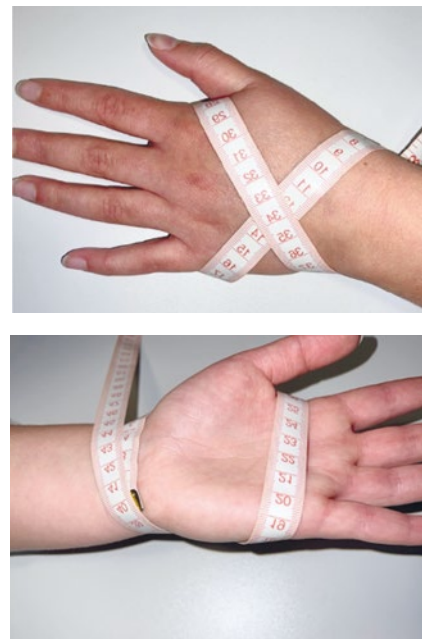
Informantane nytta i hovudsak subjektive observasjonar for å kartlegge utviklinga til handødemet. I tillegg fortel Johanne at ho nyleg starta å nytte kartleggingsmetoden «figure of eight». Ved bruk av metoden, vert det som vist i Figur 1, strekt eit tynt måleband over handleddet, inn i handflata og tilbake til handleddet slik at målebandet formar eit åttetal.

Grunna nyleg oppstart av «figure of eight» har ikkje Johanne opparbeida seg erfaring med metoden. Ragnhild og Stine har også vurdert å kartlegge ved å nytte eit måleband for å måle omfanget av handødemet. Dei snakka i tillegg om å nytta foto.

Målet med behandling av handødem er ifølgje Ylva å oppattrette funksjon i ADL ved å

senke hevelsen. Stine og Ragnhild beskriv at både funksjon og grad av hevelse spelar ei rolle for val av behandlingmetode. Eksempel på dette kan vere at pasienten ikkje har aktiv rørsle, noko ergoterapeuten må ta omsyn til ved å velje passende behandlingmetode ut ifrå pasienten sin funksjon. Ylva reflekterer rundt forskjellar på ulike rehabiliteringsavdelingar angående val av behandlingmetodar, då avdelingane kan ha forskjellige perspektiv og arbeider på ulike måtar. Kva behandlingmetodar som vert nytta av dei ulike informantane er presentert i tabell 4.

Ylva, Ragnhild og Stine opplev at aktiv og passiv guiding i ADL senkar ødemet og nyttar difor desse behandlingmetodane mest. Ergoterapeutane nytta guiding ved å inkludere affisert arm i morgonstell, eksempelvis aktiv guiding av arm og hand ved påføring av deodorant og passiv guiding av arm og hand ved vask av ansikt. Somme av informantane synes likevel at behandling av handødem kan vere utfordrande og Stine beskriv det slik: «Det [behandling av handødem] er litt vanskeleg, altså ofte er det [behandlinga] ikkje gjort på ei veke å få det [handødemet] vekk. At det [behandlinga] tar litt tid (lita tenkepause) og ein må vere konsekvent med tiltaka». Ut ifrå sitatet opplev Stine at handødem er tidkrevjande å behandle, noko som gjer det viktig å følgje opp til ei kvar tid, eksempelvis ved bruk av elevasjon av handa gjennom døgnet. Rutinar med tverrfagleg fokus vert i den forbindelse nemnd av alle informantane som vesentleg for god behandling og oppfølging av tiltak. Ylva beskriv behovet for samarbeid mellom dei ulike yrkesgruppene gjennom følgjande sitat: «Det hjelp ikkje



Figur 1: «Figure of eight».
(Bergen 11.05.2022)

at det kun er ein ergo [ergoterapeut] eller ein fysio [fysioterapeut] som gjer det [elevasjon i form av leiring og gjennombeveging] ein time om dagen. Så det er veldig fint å ha det tverrfaglege samarbeidet og eit 24-timers perspektiv på det [behandlinga]». Informantane påpeika også at kontinuerleg oppfølging er avhengig av at sjukepleiarar og helsefagarbeidarar følgjer opp tiltaka gjennom døgnet, då ergoterapeuten som oftast arbeidar kun på dagtid.

Ragnhild og Stine nyttar ofte kompresjon i form av ødemhanske i behandlinga for å dempe ødemet. Hansken gir ifølgje Giang (13) kompresjon som fører væska riktig veg og kan dermed bidra til å minske handødem. I følgje informantane har hansken frie fingertuppar og er mogleg å nytte i aktivitet. Samstundes uttrykkjer Ragnhild at ho er oppteken av at pasienten skal behalde følelsen i handa, eksempelvis ved berøring av gjenstandar i aktivitet: «Vi tenkjer oss alltid om eit par gongar

Behandlingsmetodar	Informantar som nyttar metoden
Elevasjon i form av leiring.	Ylva, Ragnhild, Stine og Johanne
Guiding; medverknad av handa i kvardagsaktivitet	Ylva, Ragnhild, Stine og Johanne
Gjennombeveging ved passiv rørsle	Ylva, Ragnhild, Stine og Johanne
Øvingar med pumperørsle	Ragnhild, Stine og Johanne
Massasje	Ragnhild, Stine og Johanne
Fokus på naturleg røslmønster og medverknad av handa i aktivitet	Ylva
Bruk av ødemhanske	Ragnhild, Stine og Johanne
Kompresjons-sleeve i kombinasjon med ødemhanske.	Johanne
Ortoser; handleddstøtte og kvileortose.	Ragnhild, Stine og Johanne

Tabell 4: Behandlingsmetodar dei ulike informantane nyttar.

før vi plottar på [tar i bruk] eit hjelpemiddel på ei hand, fordi du tar vekk litt av det sensoriske». I motsetning til Ragnhild har Johanne grunna fagleg oppdatering på avdelinga, nyleg auka bruk av ødemhanske frå eit par timar om dagen til å nytte det gjennom heile døgnet. I tillegg har ho starta å nytte kompresjons-sleeve som gir kompresjon frå handledd til skulder, saman med ødemhanske på pasientar.

KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS OG «ERGOFAGLEG PÅFYLL»

Informantane i denne studien baserer i hovudsak sine val av behandlingsmetodar på eigne erfaringar om tiltak som minskar handødemet. Sjølv om informantane har ulike erfaringar og nyttar forskjellige behandlingsmetodar, etterlys dei meir tilgjengeleg forskingsbasert kunnskap og anbefalingar for personar som har handødem etter hjerneslag. Informantane gjer sitt beste for å oppsøkje ny kunnskap for å halde seg fagleg oppdatert.

Ylva og Johanne fortel at fagutvikling vert arrangert for alle ergoterapeutane på deira sjukehus,

noko Ylva omtaler som «ergofagleg påfyll». Fagutvikling omtalar dei som egna for å tileigne seg ny kunnskap eller oppdatere kunnskapen dei har frå før av. Johanne beskriv at fagleg oppdatering på avdelinga nyleg har bidrege til eit større fokus på handødem, eksempelvis auka ho intensiteten ved bruk av ødemhanske og starta å nytte kompresjons-sleeve saman med ødemhanske i behandlinga. Ylva, Stine og Ragnhild opplyser at tiltaka dei utfører er basert på eigne erfaringar, innspel frå andre ergoterapeutar og profesjonar, men også gjennom faglege diskusjonar med ressurspersonar tilsett ved andre avdelingar på sjukehuset. Informantane påpeiker at mykje fagstoff er utforma med bakgrunn i behandling av ødem som lymfatisk problem, og at kunnskapen difor ikkje er direkte overførbar til pasientar med hjerneslag.

Vidare syner Ylva behovet for meir forskning. «Det er veldig greitt å få ting litt meir strukturert og skriftleggjort, meir kunnskapsbasert praksis tenkjer eg, i staden for at det [behandlinga] er tilfeldig og erfaringsbasert. At ein har måtar ein kan gjere det [behandlinga] på

som er forska på, og som det står «det her verkar». Det kan jo vere at det er det, at det er noko som er forska på og det her [behandlingsmetodar] verkar, men kanskje berre få det litt meir synleg».

Drøfting av funn

Denne studien utforska korleis nokre ergoterapeutar i spesialisert rehabilitering beskriv kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Eitt hovudfunn i denne studien viser at informantane stort sett baserer yrkesutøvinga på erfaringsbasert kunnskap. Vidare syner hovudfunna at informantane forsøker å behandle handødem med fokus på aktivitet. Samstundes beskriv informantane at behandling av handødem er komplekst og at tverrfagleg samarbeid er ein viktig faktor i behandlinga. Hovudfunna vert vidare drøfta opp mot aktuell teori, tilgjengeleg forskning og aktuelle retningslinjer.

KARTLEGGING OG BEHANDLING I EIT KUNNSKAPSBASERT PERSPEKTIV

Subjektiv kartleggingsmetode i form av observasjon vert nytta av alle informantane. I tillegg til subjektiv observasjon syner funna bruk av den validerte kartleggingsmetoden «figure of eight» (Figur 1). Validerte kartleggingsmetodar er forska på og bidreg til kunnskapsbasert praksis (11), noko som dessutan er eit krav for helsepersonell (8). Det kan tenkast at subjektiv observasjon kan vere utfordrande å nytte i tverrfaglege team, då personar kan ha ulik oppfatning av handødemet si grad. Bruk av «figure of eight» kan derimot gi eit meir objektivt mål då ein kartlegg handødemet med måleband, noko ei systematisk oversikt av



Informantenes behandlingsmetodar baserer seg på å skape rørsle i handa, eksempelvis ved aktiv og passiv guiding i ADL.
Foto: Colorbox.

Llanos et al. (19) underbyggjer betydinga av «Figure of eight» eller foto kan truleg gjere det enklare for det tverrfaglege teamet å dokumentere grad og endring av handødem. Funna kan tyde på at forskingsbaserte og validerte kartleggingsmetodar som «figure of eight», er hensiktsmessig for å kunne følge opp handødemet i eit tverrfagleg team.

Som vist i tabell 4 nyttar informantane behandlingsmetodar som baserer seg på å skape rørsle i handa, eksempelvis ved aktiv og passiv guiding i ADL. Slike aktivitetsbaserte behandlingsmetodar er underbygd av forskning (5, 13). Til tross for dette opplev informantane vage retningslinjer for ergoterapeutisk behandling av handødem som følgje av hjerne­slag. Funna presiserer eit ønskje

om meir forskning på tema etter­som behandling av handødem ofte fell under ergoterapeuten sitt ansvarsområde. Samstundes trekk Helsedirektoratet (5) i sine retningslinjer fram funksjonell elektrisk stimulering som be­handlingsmetode for ødem etter hjerneslag. Funna i denne studien syner at ingen av informantane nytta dette tiltaket. Det kan tenkjast at opplæring, kunnskap og utstyr for å drive denne typen behandling er mangelfull og slik fører til at behandlingsmeto­den ikkje er gjennomførleg for ergoterapeutar. Dessutan ba­serer ikkje funksjonell elektrisk stimulering seg på aktivitet, og behandlingsmetoden viker frå ergoterapeuten sitt aktivitetssen­trerte perspektiv (7). Ved mangel på forskingsbasert kunnskap på

gjennomførlege ergoterapitiltak kan det tenkjast at ergotera­peutane sine erfaringar vert den beste referanseramma dei har når behandlingsmetode skal veljast. Grunna lite tilgjengeleg forskings­basert kunnskap og utydelege retningslinjer for behandling av handødem etter hjerneslag, er det utfordrande for ergoterapeutar å utøve kunnskapsbasert praksis.

FOKUS PÅ AKTIVITET I BE­HANDLING AV HANDØDEM

Ifølgje funna fokuserer ergotera­peutane på å inkludere aktivitet i behandling av handødem. Dette samsvarer med ergoterapeuten sitt kunnskapsgrunnlag som presiserer at aktivitet er sentralt i ergoterapi (10). Eksempelvis syner funna at guiding i kvardagsaktivitetar er ein behandlingsmetode som vert

nytta av alle informantane. Ryrson (3) fortel at ødem kan vere ein konsekvens av mindre rørsle i handa. I den forbinding er det truleg viktig at handa som er affisert vert inkludert i ADL, då målet med behandlinga er at handa vert funksjonell i kvardagsaktivitetar. I tillegg vert behandlingsmetodar som skapar rørsle i handa, eksempelvis naturlege rørslemønster og medverknad av handa i aktivitet, underbygd av forskning (5, 13). Ergoterapeutane vi har snakka med forsøker etter beste evne å plassere aktivitet i sentrum av behandlinga, sjølv om dette til tider kan vere utfordrande grunna pasienten si reduserte evne til deltaking i kvardagsaktivitetar.

Funna i denne studien syner at det er viktig å vurdere om pasienten har behov for kompresjon i form av ødemhanske. I behandling av handødem vert kompresjon som behandlingsmetode anbefalt av forskning (13) og tilgjengelege retningslinjer (5). Derksom det er vurdert at pasienten har behov for ødemhanske i tillegg til behandlingsmetodar som fokuserer på deltaking i aktivitet, kan følelsen i handa verte påverka. Sannsynlegvis kan det vere ein fordel å oppretthalde kontakt med omgjevnadane i behandling av handødem, ved eksempelvis berøring av gjenstandar i ADL. Ved bruk av ødemhanske kan det tenkast at frie fingertuppar er vesentleg for å behalde kontakt med omgjevnadane i aktivitet samt å bevare fokus på aktivitet i behandling. Sjølv om forskning støtter bruk av ødemhanske kan det truleg vere viktig å vurdere intensiteten gjennom døgnet.

BEHANDLING AV HANDØDEM ER EIN SAMANSETT PROSESS

Studien sine funn tyder på at

formålet med behandling av handødem er at pasienten si hand vert mest mogleg funksjonell i kvardagsaktivitetar fortast mogleg. Samstundes opplev nokre av informantane at behandlinga kan vere utfordrande slik også Helsedirektoratet (5) opplys om. I tillegg beskriv Artzberger & White (4) at behandling av ødem ofte vert nedprioritert i rehabilitering etter hjerneslag. Eit viktig funn i denne studien er at behandlinga kan vere ressurskrevjande og kompleks. Dette kan vere ein mogleg grunn til at behandlinga er vanskeleg og vert nedprioritert slik Helsedirektoratet og Artzberger & White opplys om (4, 5).

Til tross for at nokre informantar opplev behandling av handødem som utfordrande, syner funna at ergoterapeutane vi har intervjuet, prioriterer behandling av handødem med fokus på aktivitet. Ei mogleg forklaring på at ergoterapeutane synes behandlinga er utfordrande, kan vere at ergoterapeutane opplev utydelege retningslinjer, slik som tidlegare er drøfta.

Ifølgje funna i denne studien er tverrfaglege tiltak som eksempelvis elevasjon og bruk av kompresjon, nytta blant informantane. Helsedirektoratet (5) støttar elevasjon og kompresjon som tiltak i behandling av handødem. Det kan tenkast at eit 24-timers tverrfagleg perspektiv er vesentleg for å bidra til kontinuitet ved slike behandlingsmetodar. Dessutan framhevar Solvang (20) at samarbeid mellom ulike profesjonar kan bidra til å kombinere ulike perspektiv frå det tverrfaglege teamet. I den forbinding kan fordeling av arbeidsoppgåver mellom ulike profesjonar skape eit godt tverrfagleg samarbeid på avelingane ved behandling av

handødem, då dette er ein del av rehabiliteringsprosessen.

Drøfting av metode

Med utgangspunkt i omfanget av studien bestod utvalet av fire informantar fordelt på tre intervju. Eit lite utval informantar kan ha ført til at funna i studien syner lite breidde av ergoterapeutar sine erfaringar. Dette er ein svakheit med studien og det er difor viktig at resultatata vert tolka med varsamheit.

I denne studien vart individuelle intervju og gruppeintervju nytta, noko som ifølgje Krumsvik (17) kan bidra til å gi ei sikrare og breiare forståing om tema, eksempelvis behandling av handødem. Ein kombinasjon av intervjumetodane kan ifølgje Malterud (14) gi datamaterialet fleire synspunkt. Truleg kan informantane i gruppeintervjuet spele kvarandre gode og gi kvarandre moglegheita til å fremje ulike synspunkt på tema, noko Kvale og Brinkmann (16) påpeiker er formålet med gruppeintervju. På den andre sida kan individuelle intervju sannsynlegvis skape meir flyt i samtalen då informantane kan snakke fritt utan påverknad frå andre informantar, slik som i eit gruppeintervju. Kombinasjonen av ulike intervjumetodar kan ha bidrege til at fleire tankar og synspunkt har blitt inkludert, noko som kan ha styrka validiteten til studien.

Føreforståinga vår om ergoterapi og behandling av handødem var forsøkt satt til side med ønske om å oppdage ulike perspektiv av datamaterialet i første analysesteg i STK. Å sette føreforståinga til side vart opplevd som utfordrande, då føreforståinga er ein del av vårt faglege tanke sett. Som eksempel kan dette ha ført til at tema som er tett knytt til ergo-

terapi, kan ha blitt meir fremma i funna til studien. I den forbindelse kan føreforståinga ha påverka funna frå analysen.

Oppsummering

Kvalitativ metode ved semis-strukturerte intervju i form av eitt gruppeintervju og to individuelle intervju vart nytta for å svare på forskingsspørsmålet: «Korleis beskriv ergoterapeutar i spesialisthelsetenesta kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag?». Malterud sin metode for systematisk tekstkondensering vart nytta for å analysere data-materialet frå intervju. Funna er drøfta opp mot kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, tilgjengeleg forskning og aktuelle retningslinjer for behandling av handødem.

Målet med behandling av handødem er ifølgje informantane at pasienten fortast mogleg klarer å nytte handa i meningsfulle kvardagsaktivitetar. For å nå målet vert kartlegging av handødem sentralt. Funna syner at to ulike kartleggingsmetodar vart nytta. Både subjektive observasjonar og ein meir objektiv metode med namn «figure of eight» vart beskrive av informantane. Vidare beskriv informantane at dei ønsker å nytte behandlingmetodar som skapar rørsle, kontakt med omgjevnadane og inkluderer handa i aktivitet. Tverrfagleg samarbeid med eit 24-timars perspektiv vert påpeika som vesentleg for å fremme ulike synspunkt og skape kontinuitet i behandling av handødem. Funna indikerer at informantane i hovudsak støtter seg på erfaringsbasert kunnskap ved behandling av handødem etter hjerneslag, då dei opplev lite tilgjengeleg forskingsbasert kunnskap og utydelege retningslinjer. Likevel er det i løpet av studien

identifisert at behandlingmetodane som informantane nyttar vert underbygd av tilgjengeleg forskning og aktuelle retningslinjer.

IMPLIKASJONAR FOR PRAKSIS

- Det er viktig at ergoterapeutar som arbeider med handødem har tydelege og oppdaterte retningslinjer på ergoterapeutisk kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag.
- Det er behov for meir forskning om kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag. Det hadde vore interessant med nyare effekt- og oversiktsstudiar på kartlegging og behandling av handødem etter hjerneslag.

Litteraturliste

1. Nasjonalt sekretariat for Norsk Hjernslagregister. Hjernslag i Norge 2021 Kvalitetsregistre.no: Norsk hjernslagregister; 2021 [Available from: <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-07/Pasientrapport%202021.pdf>].
2. Edmans J, Coupar F, Gordon A. Introduction. In: Edmans J, editor. Occupational Therapy and Stroke. 2 ed: Wiley-Blackwell; 2010.
3. Ryerson SD. Hemiplegia. In: Umphred DA, editor. Neurological Rehabilitation. 5 ed. Missouri: Mosby Elsevier; 2007. p. 827-901.
4. Artzberger SM, White J. Edema Control. In: Gillen G, editor. Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach. 4. ed. Missouri: Elsevier; 2016. p. 511-29.
5. Helsedirektoratet. Hjernslag 2017 [updated 21.12.2017. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjernslag>].
6. Olsen MSK, Boel S. Identifikation af behov for ergoterapeutisk intervention. In: Hansen AØ, Boel S, editors. Lærebog i håndterapi: Munksgaard; 2020.
7. Kielhofner G. Ergoterapi i praksis :

- det begrepsmæssige grundlag. 3. ed. København: Munksgaard; 2013.
8. Dahl-Michelsen T, Groven KS, Aadland E. Profesionsetikk i ergoterapi og fysioterapi: Samlaget; 2018.
9. Gillen G, Schell BAB. Introduction to Evaluation, Intervention, and Outcomes for Occupations. In: Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME, editors. Willard & Spackman's Occupational Therapy. 12 ed: Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2014. p. 606-52.
10. Fisher AG. Powerful practice : a model for authentic occupational therapy. Fort Collins, Colorado: Ciots; 2019.
11. Kristensen HK, Peoples H. Evidensbaseret ergoterapi og kvalitetsudvikling af ergoterapi. In: Brandt Å, Peoples H, Pedersen U, editors. Basisbog i Ergoterapi. 4 ed: Munksgaard; 2019. p. 441-57.
12. Bonsaksen T, Ellingham B. Klinisk resonnering i ergoterapi: Mankoni Media; 2017.
13. Giang TA, Ong AWG, Krishnamurthy K, Fong KN. Rehabilitation interventions for poststroke hand oedema: a systematic review. Hong Kong Journal of Occupational Therapy. 2016;27:7-17.
14. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 ed: Universitetsforlaget; 2017.
15. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag: Universitetsforlaget; 2012.
16. Kvale S, Brinkmann S. Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk. 3 ed: Hans Reizes Forlag; 2015.
17. Krumsvik RJ. Forskingsdesign og kvalitativ metode - ei innføring: Fagbokforlaget; 2014.
18. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, LOV-2008-06-20-44 (2008).
19. Llanos C, Gan EY, Chen J, Lee M-J, Kilbreath SL, Dylke ES. Reliability and Validity of Physical Tools and Measurement Methods to Quantify Hand Swelling: A Systematic Review. Physical Therapy. 2020;101(2).
20. Solvang PK. (re)habilitering: Terapi, tilrettelegging, verdsetting: Fagbokforlaget; 2019.



På avtale med NAV

Arcona H-pute



iFLOAT NG armstøtte

- hjelp til svake armer



iEAT spiserobot

- frihet til å spise uten hjelp fra andre



www.ovrebo.no

Øvrebo rehab

Det er lettere å høre en fugl kvitre enn terapeuten snakke

TERAPI I DET FRI - ERFARINGER FRA FRILUFTSLIV OG NATUREN SOM BEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN

Av Julie Sletten Langeland, Åshild Jenssen & Tove Carstensen

Sammendrag

Friluftsliv er en satsning innen den nasjonale folkehelsen og kan ha overføringsverdi i behandling av voksne med psykiske lidelser i psykisk helsevern. Det finnes lite forskning som konkretiserer faktorene for at friluftsliv kan benyttes i større grad. Hovedformålet med studien er å finne faktorer som kan bidra i behandling av voksne med psykiske lidelser.

Artikkelen baseres på kvalitativ metode og intervjuer av tre informanter: en ergoterapeut, en helsefagarbeider og en person med pasienterfaring. Informantene deler erfaringer fra friluftsliv og sitt forhold til å være ute. Datamaterialet analyseres med inspirasjon fra induktiv innholdsanalyse. Gjennom intervjuer identifiseres fire kategorier/faktorer: *tilstedeværelse, mestring, relasjon og å være ute*.

Faktorene fra friluftsliv kan bidra i behandling i psykisk helsevern dersom ergoterapeuten har troen på at naturen fungerer i terapeutisk sammenheng, er sikker i sin rolle, håndterer uforutsigbarhet og gjennomfører tilstrekkelig kartlegging av pasientene.

Nøkkelord: Friluftsliv, psykisk helsevern, ergoterapi, den transaksjonelle modellen for aktivitet



Julie Sletten Langeland ble utdannet ergoterapeut våren 2023 og jobber på St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern, Trondheim.



Åshild Jenssen ble utdannet ergoterapeut våren 2023 og jobber på Byåsen BOA (Bo- og Aktivitetstilbud) for funksjonshemmede i Trondheim kommune.



Tove Carstensen er førstelektor ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, ved Program for ergoterapeututdanning, NTNU, Trondheim. E-post: tove.carstensen@ntnu.no

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne fagartikkelen.

Innledning

Naturen er en viktig del av vår kultur. Både de som er oppvokst nord for polarsirkelen og resten av Norges befolkning, er etterkommere av samlere og jegere, som levde fra hånd til munn i naturen (Solbakken, Moe & Lund, 2021). Historisk sett har vi også lenge hatt et forhold til friluftsliv. Fra Fritjof Nansen og Roald Amundsens polarekspedisjoner, til nyere populærkultur og TV-serier som «Mina og Meg» (Nordli-Mathisen, 2021-2021) eller «Med Monsen på villspor» (Monsen, 2013). Vi kan bare spekulere på om grunnen til at 90 prosent av nordmenn går på tur (Miljødirektoratet, 2023) stammer fra Norges geografi og heldige platetektonikk, eller fordi mange av oss er mer glad i tursko enn dressko.

Skogen, fjellet og villmarken er så viktig for norsk kultur at Norge i 1957 skrev friluftsløven (2021) inn i norske lover. Friluftsløven (2021) sikrer vern og allmenhetens ferdsel, opphold og mulighet for deltakelse i friluftsliv, med et formål om helsefremmende og meningsfull aktivitet (Friluftsløven, 2021, § 1). Men hvordan er friluftsliv helsefremmende for pasienter, og hvorfor skal vi som framtidens ergoterapeuter benytte oss av naturen?

BAKGRUNN OG FORFORSTÅELSE

Villmarksterapi, uteterapi, adventure therapy, ecotherapy, nature guided therapy, outdoor therapy, friluftsterapi, nature talking therapy, er alle begreper som har sammenheng med friluftsliv. Cooley, et al. (2020, s. 1) definerer dette som å tilbringe tid i naturlige uterom, og videre at naturen gir næring til vår fysiske, emosjonelle og åndelige eksistens. Vi har videre i artikkelen valgt å bruke begrepet friluftsliv, som favner alle disse områdene.

Eget interessefelt har vært viktig for valget av artikkelens tema. Personlig har vi gjennom vår oppvekst og år på folkehøyskole kjent på naturens beroligende effekt. Vår forforståelse og oppfattelse av friluftsliv inneholder tanker om at naturen påvirker oss, og kan være med på å fremme god fysisk og psykisk helse.

Friluftsliv som behandling i psykisk helsevern ble introdusert for oss gjennom en prosjektpraksis. Der deltok pasienter med psykiske lidelser i utendørsaktiviteter sammen med sine terapeuter. Utendørs var det terapeutiske fokuset flyttet fra behandlingsrommets fire vegger til ute i det frie og åpne rom. Observasjonene av pasienter sammen med deres ansatte ble tolket som en mulighet for pasientene å være sosiale og til stede i en gruppe på en naturlig



Friluftsliv er en viktig del av den norske kulturen.

Foto Julie Sletten Langeland.

måte. Gjennom prosjektpraksisen fikk vi mulighet til å delta på «Nettverkssamling for utendørsterapi i Trøndelag», noe som ga oss et nettverk med personer innenfor fagfeltet i landsdelen.

SAMFUNNSAKTUALITET

Miljødepartementets handlingsplan om friluftsliv (2018) inneholder en satsing på friluftsliv for psykisk og fysisk helse og presenterer naturen som en kilde til helse og livskvalitet. Dette følges videre opp i handlingsplanen (2018) der friluftsliv løftes som en sentral del av landets folkehelsearbeid. Regjeringen prioriterer natur i nærmiljøet slik at flere har mulighet til å være aktive, uansett livssituasjon (Klima- og Miljødepartementet, 2023, s. 45). Det er en tydelig føring at friluftsområder skal være lett tilgjengelig og helst i en avstand på 50-1000 meter fra bolig eller institusjon (Meld. St. 18, 2015-2016, s. 45) Det framheves videre at landets lavterskeltilbud bør inkludere friluftsliv for å fremme arbeidet med den nasjonale folkehelsen (Klima- og miljødepartementet, 2023).

PROBLEMSTILLING

Beskrevet bakgrunn, forforståelse og samfunnsaktualitet har ført oss fram til følgende problemstilling:

Hvilke faktorer ved friluftsliv kan bidra i behandling av voksne med psykiske lidelser i psykisk helsevern?

Fokus for artikkelen vil være elementer ved fri-

luftsliv som kan inkluderes i en behandling av voksne med psykiske lidelser. Problemstillingen besvares ved bruk av kvalitativ metode og tre semistrukturerte intervjuer. I arbeidet med temaet ble det hensiktsmessig å gjennomføre et innledende litteratursøk. Vi presenterer videre to artikler og en bok som har betydning for tema friluftsliv og gir faglig relevant bakgrunnsinformasjon.

TIDLIGERE KUNNSKAP PÅ FELTET

Artikkelen *Når terapeuten forlater kontoret – Erfaringer fra å drive psykisk helsearbeid ute i det fri* (Gabrielsen et al., 2018) presenterer erfaringsbasert empiri fra å bruke naturen i gruppebehandling. Forskningen baseres på kvalitative intervjuer av fagpersoner som deler sine erfaringer fra terapi utendørs. Funn fra Gabrielsen et al., (2018) tyder på at bruk av friluftsliv krever terapeuter som er trygge i rollen og som takler å miste kontrollen. I tillegg nevnes kjemiske endringer i kroppen og naturens evne til å fremme kontakten med tanker og følelser. Fagpersonene uttrykker at det å være ute oppleves positivt og behagelig for terapeutene, noe som kan smitte over til pasientene. Friluftsliv bringer mulighet for utfordring, mestringstro og fremmer mellommenneskelige forhold (Gabrielsen et al., 2018).

Into the Wild: A meta-syntesis of talking therapy in natural outdoor spaces (Cooley et al., 2020) har gjennomført et omfattende litteratursøk fra 1994-2019. Artikkelen er den første som har en gjennomgang og review av klienter og terapeuters erfaringer med å kombinere samtaleterapi og friluftsliv. Litteratursøket tar for seg et bredt spekter av ulike naturbaserte tilbud i Storbritannia. Forfatterne hevder at turer i parker eller lengre villmarks-ekspedisjoner er effektivt både for pasienter og terapeuter. Naturen beriker relasjonen mellom pasient og terapeut, samt setter fokus på en helhetlig tankegang og gjensidighet. Artikkelen tar opp menneskets medfødte biologiske trekkraft mot naturen. Dette begrunnes av tidligere forskning, hvor pasienter på sykehus med utsikt til natur, har en raskere bedring enn de som hadde utsikt til urbane områder (Cooley et al., 2020, s. 12).

Boken *Utendørsterapi - en introduksjon* (Fernee et al., 2023) omhandler sammenhenger mellom natur, terapeutisk arbeid og psykisk helse. Boken gir både en introduksjon til terapi utendørs som behandlingsform, samt inneholder en oversikt over forskningsfeltet og forklarer hvordan man kan starte og gjennomføre terapi utendørs. Forfatterne av

boken ønsker blant annet å opplyse om friluftslivets muligheter for naturbasert terapi og naturens helsefremmende faktorer for psykisk og fysisk helse (Fernee, et al., 2023, s. 9). Forfatterne presenterer hvordan menneskets ytre og indre velbehag balanseres ved hjelp av et komplekst samspill mellom mentale og fysiske dimensjoner, sosiale og miljømessige samt økonomiske, åndelige og eksistensielle faktorer (s.40). Videre tas naturen inn som en viktig del av menneskets helse og velvære.

Teori

Teori og aktivitetsperspektiv i denne artikkelen er Fisher & Marterellas Transaksjonelle modell for aktivitet (heretter forkortet TMA) (s. 17). TMA er valgt fordi det er et verktøy som brukes av ergoterapeuter, og fordi den er relevant for kartlegging av hvordan aktivitet, eller friluftsliv i denne sammenhengen, påvirkes av ytre og indre faktorer. Modellen har en visuell framstilling av syv elementer, som kan synliggjøre hvordan ergoterapeuter tilrettelegger for deltakelse, aktivitetsutførelse og aktivitetsopplevelse hos pasienten i friluftsliv eller annen aktivitet (Figur 1).

Aktivitetsperspektivet begrunnes videre med modellens brukervennlighet i å kartlegge det som påvirker aktivitet og blir også inkludert i analysen av datamaterialet. TMA anses hensiktsmessig fordi illustrasjonen er bygget på et helhetlig perspektiv, slik at ergoterapeuten ser hele pasienten, og kan legge til rette for mestring og deltakelse i aktiviteter utendørs. Hovedfokus vil være geopolitiske-, klientmessige samt omgivelselementer. Disse delene vil nå bli beskrevet.

GEOPOLITISKE ELEMENTER

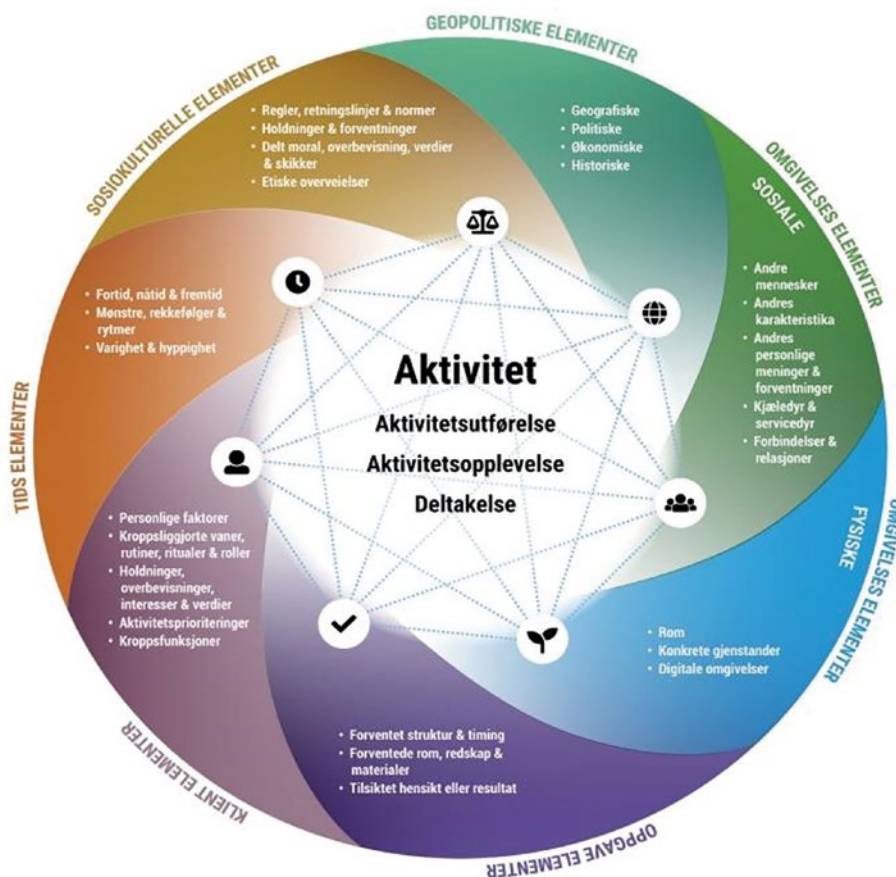
Geopolitiske elementer omhandler geografiske og politiske, økonomiske og historiske aspekter rundt aktivitet. Dette er elementer som ergoterapeuten kan kartlegge og vurdere hvordan aktiviteten kan variere ut fra bosted og tilbud i nærområdet. Politikken legger for eksempel føringer for ergoterapeutens retningslinjer i forhold til økonomi og bestemmelser i tilknytning til behandling. (Fisher & Marterella 2019, s. 24). Et geopolitisk element som beliggenheten til psykisk helsevern (St. Meld. 18, (2015-2016), s. 45, 88) er av interesse fordi det påvirker hvor tilgjengelig bruken av friluftsliv er i behandling av psykiske lidelser.

KLIENTMESSIGE ELEMENTER

Klientmessige elementer tar for seg personlige fak-



Transaksjonell Modell for Aktivitet



Figur 1: Fisher & Marterellas Transaksjonelle modell for aktivitet.

Fisher, A. G., & Martella, A. (2019) *Powerful practice: A model for authentic occupational therapy*. 2019:

torer ved aktivitet. Dette inkluderer vaner, rutiner, roller, holdninger, interesser, verdier, aktivitetsprioriteringer og kroppsfunksjon (Fisher & Marterella 2019, s. 26). Elementene inneholder både terapeuten og pasientens egne personlighetstrekk, som kan være et godt utgangspunkt for å planlegge behandling.

Når det gjelder psykisk helsevern vil det være hensiktsmessig å kartlegge klientmessige elementer for å tilrettelegge for friluftsliv. Et godt grunnlag kan være å finne ut om pasienten har en interesse for natur, friluftsliv eller et ønske om å tilegne seg mer kunnskap om utendørsaktiviteter.

OMGIVELSESMESSIGE ELEMENTER

Aktivitet påvirkes av fysiske og sosiale elementer, også kjent som omgivelsesmessige elementer i TMA. Sosiale elementer, ifølge Fisher & Marterella, handler om andre mennesker, deres karakteristika, personlige meninger og forventninger, dyr, forbindelser og relasjoner i forhold til en gitt aktivitet. De fysiske

omgivelselementene tar for seg rom, konkrete gjenstander og digitale omgivelser.

Dersom ergoterapeuten ønsker å ta i bruk natur i terapeutisk sammenheng er omgivelsesmessige elementer viktige å bruke til sin fordel. Har pasienten tilgang til friluftsliv på en enkel måte, eller er det noen i pasientens nære krets som driver med friluftsliv? Dette er spørsmål som kan avdekke om det omgivelsesmessige har betydning eller oppleves meningsfullt for pasienten (Fisher & Marterella 2019, s. 25).

Metode

KVALITATIV TILNÆRMING

Vårt hovedfokus var å finne ut hvilke faktorer ved friluftsliv som påvirker personer med psykiske lidelser i psykisk helsevern. Derfor var det nødvendig å ha en kvalitativ tilnærming for å få dybdekunnskap samt finne svar på problemstillingen. Forfatterne ønsket å være utforskende, i den forstand at sammenhenger



«Det er lettere å høre en fugl kvitre enn å høre på terapeuten snakke», sa en av informantene. Foto Colourbox.

og forståelser som ikke er tydelig formulert i nåværende forskning eller litteratur skulle settes lys på (Sverdrup, 2021, s. 58, 59).

VALG AV INFORMANTER TIL INTERVJU

Forfatterne har bevisst valgt ut noen få informanter. På den måten kan vi være sikre på at vi får den informasjonen vi er interessert i (Jacobsen, 2022, s. 196). Jacobsen (2022) presiserer at gjennom kvalitative intervjuer innsamles mye informasjon som må transkriberes, derfor var det utenfor våre tids- og ressursmessige begrensninger å intervju flere informanter (s.203). En ergoterapeut, en helsefagarbeider og en person med pasienterfaring, med interesse for friluftsliv, er artikkelens informanter. Vi har videre valgt å gi dem fiktive navn, henholdsvis Ellen, Hans og Ida.

INTERVJUGUIDE

Den semistrukturerte intervjuguiden inneholdt en liste med åpne spørsmål, der rekkefølge og tema kunne variere (Sverdrup, 2021, s. 62). Spørsmålene ble formulert ved hjelp av TMA (fig.1) på en slik måte at svarene inneholdt kunnskap, holdninger, meninger og erfaringer om friluftsliv. En viktig del av intervjuguiden var å oppfordre informanten til å snakke fritt om naturen og sin opplevelse med å være ute.

GJENNOMFØRING AV SEMISTRUKTURERTE INTERVJUER

Intervjuet med ergoterapeuten Ellen og helsefagarbeideren Hans ble gjennomført separat i et møterom på informantens arbeidsplass. På forhånd var det avtalt hvem av forfatterne som skulle ta notater, og hvem som skulle intervju.

Det siste intervjuet med Ida ble gjennomført på Teams. I forkant av intervjuet var det viktig å vurdere Idas sårbarhet i forhold til sykdom og kjennskap til en av forfatterne. Ida vurderte selv perioden sin som god og stabil og uttrykte et ønske om å dele sine tanker og erfaringer fra å være ute i naturen. Den som ikke var i Idas nettverk, stilte spørsmålene, mens den med kjennskap til henne tok notater. Hun snakket fritt og åpent om temaet, derfor var det ikke nødvendig å stille henne alle spørsmålene fra intervjuguiden.

INDUKTIV INNHOLDSANALYSE

Datamaterialet fra de tre intervjuene ble analysert med inspirasjon fra Jacobsens (2022) *Induktiv innholdsanalyse* og *Åpen koding*. Induktiv analyse- ring (Jacobsen, 2022, s. 216) skapte en forståelse av friluftsliv som en dynamisk og unik behandlingsmetode. Forfatterne startet med å analysere hvert intervju med *Åpen koding*, hvor vi begynte med or-

Kategorier	Nøkkelord fra materialet:	Sitater:
1 Tilstedeværelse	«Glemmer det vanskelige», «ro til å åpne seg», «er mer her og nå»	«det er lettere å høre en fugl kvitre enn å høre på terapeuten snakke», «den stressende verden forsvinner ute»
2 Mestring	«Frisk nok», «ta alle diskusjoner individuelt på hver pasient»	«Mitt år starter når sola snur»
3 Relasjon	«Maktforholdet endres», «samtales endres», «Være en del av gruppen»	«Vi glemmer oss, og det har vi litt godt av»
4 Å være ute	«Pasienter prater», «Være i en uvanlig situasjon»	Terapi ute fungerer like bra som terapi inne (...) det er ingenting som holder deg inne»

Tabell 1. Kategorier i induktiv analysering av empiri, inspirert av Jacobsen (2022, s 216-218)

dene for seg selv og delte setninger og sitater i ulike kategorier, for å kode informasjonen med fellestrekk (Jacobsen, 2022, s. 219). Forfatterne kom fram til fire ulike kategorier fra empirien (tabell 1). Analyseringens hovedoppgave var å undersøke informantenes erfaringer og finne frem til faktorer ved friluftsliv i behandling av psykiske lidelser. For eksempel fant vi ut at alle informantene nevnte at pasientene og terapeutene kunne *glemme seg selv*. Dette ble analysert som et mønster og en sammenheng i empirien, og bidro til å forme kategorien *tilstedeværelse*.

Analyse og resultat fra intervjuer

Dette kapitlet tar for seg resultat og analysering av kvalitative, empiriske data. En tabell med fire ulike kategorier, tilhørende nøkkelord og sitater fra intervjuene vil representere våre funn. Tilstedeværelse, fremme mestring, relasjon og å være ute plukkes ut som fire kategorier fra intervjuene. Det er sammenheng mellom alle intervjuene, hvor informantene mente at friluftsliv og natur bidrar til at pasientene er mer til stede i øyeblikket, og at utendørsaktiviteter bidrar til mestring og fremmer relasjonsbygging. Det å være ute er den siste kategorien fordi miljøskifte for pasientene er noe alle informantene tar stilling til.

Tabell 1 viser kategorier og faktorer ved å være ute, nøkkelord fra materialet samt utvalgte sitater fra intervjuene. De ulike kategoriene analyseres i egne avsnitt.

1 TILSTEDEVÆRELSE

En tydelig tendens fra analysering av datamaterialet viser at tilstedeværelse, eller det å være oppmerksom på omgivelsene, er en faktor av friluftsliv. *Det er lettere å høre en fugl kvitre enn å høre på terapeuten snakke*, forteller ergoterapeuten Ellen, noe som kan tyde på at tilstedeværelse påvirker pasienten.

Helsefagarbeideren Hans forteller at det finnes mye negativ stimuli inne i avdelingen. *Når man går ut slipper man telefonen, TV, støy [...] det er fint både for personalet og pasientene*. Videre forklarer han at et miljøskifte ut i naturen kan hjelpe med å fjerne negativ stimuli fra institusjonen, og pasienten kan bli komfortabel samt finne ro til å åpne seg. Ida, med pasienterfaring, maler et bilde på det å være til stede i øyeblikket: *Vi satt på en knatt og stekte ørreten [...] wow er dette virkelig, skjer dette nå? [...] å være helt for seg selv, i et område det ikke skjer så mye [...] den stressende verden forsvinner ute*. Så forklarer Ida om hvorfor hun husker akkurat denne turen, og trekker frem viktigheten av å oppleve noe der man føler seg alene, men samtidig knytter seg tettere sammen med turfølget.

En fellesnevner i alle intervjuene handler om naturens innvirkning på å glemme seg både i forhold til sykdom, behandling og maktforskjell. Ida beskriver: *Jeg tror jeg glemmer det vanskelige [...] jeg tenker ikke så mye [...] jeg kverner ikke så mye når jeg går tur [...] det slutter*. Denne følelsen av at pasientene glemmer vanskelige tanker erfarer også Ellen. Hun kommer med et eksempel der det virker som pasienten i et øyeblikk glemmer at hun er terapeut, og kroppsspråket tolkes som: *Shit, det var faktisk en ansatt jeg sa dette til*.

2 MESTRING

Mitt år starter når sola snur, svarer Ida på spørsmålet: *Hva betyr det å være ute for deg*. Hun forklarer videre at sykdommen gjør det tyngre å være ute på vinterhalvåret når det er mørkt og kaldt. Ellen påpeker at en mulig løsning for friluftsliv når pasienter er i tyngre sykdomsperioder, er å gjennomføre en individuell kartlegging. Hun mener at kartlegging der fokuset ligger på pasientens personlige faktorer, kan være nøkkelen for å oppnå mestring: *[...] pasienten*

var egentlig ikke frisk nok til å bli med på tur, men avdelingen fikk ordnet slik at hun kunne bli med til en stille og fin plass i skogen. Hun forteller at å tilpasse aktiviteten til akkurat dette individet fikk pasienten til å åpne seg: *Praten med pasienten, den turen var magisk.* Ellen forteller videre om et annet eksempel, der kartlegging av pasientens fortid avslører en historie om pasientens liv på gata. I det eksemplet kan det bli utfordrende å skape mestring i friluftsliv fordi naturen kan trigge vanskelige følelser.

Ida blir spurt om hva naturen betyr for henne, og hun snakker om mestringsfølelse: *Noen ganger er det stress og herk å gå ut med hunden, men etterpå er man ganske fornøyd med at man har gjort det.* Ved spørsmål til helsefagarbeideren Hans om hvordan han tilrettelegger for mestring, forteller han:

[...] ikke gå de lengste turene med en pasient som ikke vil klare det. Heller kjøre opp i marka, gå en kort tur der fokuset ligger i å brenne bål og være ute i naturen. Det er mer mestring og glede med frisk luft og et stort rom. For pasienter er det mestring i å bare ta på seg turbukse og tursko og vite at man skal gå ut. De kan vise sine egne kunnskaper for eksempel fyre bål eller bære tung sekk.

Både Ida, Ellen og Hans legger vekt på at pasientene må være friske nok for å få utbytte av friluftsliv. Fra Ida får vi et eksempel på at det å være ute kan bidra til stress hvis hun ikke er frisk nok: *På sommerhalvåret hjelper det [å være ute] veldig mye, på vinterhalvåret er det mer et stressmoment [...] jeg blir veldig påvirket av lys, vær og sol.* Ellen snakker også om tilrettelegging i forhold til pasientens sykdomsforløp: *Det er verdt å ta alle diskusjoner individuelt på hver pasient, uansett hvilket nivå de er på,* noe som Hans også er enig i: *Man må legge opp løpet til hver pasient.*

3 RELASJON

Et av både ergoterapeutens og helsefagarbeiderens viktigste poeng handler om naturens innvirkning på relasjonsbygging, maktforhold og sosialt samhold. Ellen og Hans legger vekt på at settingen forandrer seg når terapeutene ikke går i uniform. *Vi blir mere lik. Vi har på oss litt mer like klær,* forteller Hans, noe som gjenspeiles av Ellen: *Jeg tar gjerne ikke på meg de dyreste turklærne, helst litt rare klær faktisk [...] det skal nesten ikke se ut som at vi er behandlere.*

Ida blir spurt om hun kommer nærmere de hun er sammen med ute, sammenlignet med inne, og hun snakker om en endring i samtaledynamikken: [...]

når vi er på fjellet driter vi i spesifikke tema, det blir mer rolig, harmonisk dynamikk. Denne dynamikken snakker også Hans om: *De [pasientene] prater om hverdagslige ting som ikke handler om å ruse seg [...] det å gå på tur sammen skaper sosial deltakelse [...] man kan si at «vi klarte det sammen» [i etterkant av turen].*

Et annet aspekt av relasjon kommer frem ved spørsmål om den største forskjellen med å ta pasientene med ut i naturen, i motsetning til å være inne. Ellen svarer: *De som er med på turen skal føle seg som en del av gruppen, det vil skape nærhet og ta vekk distansen mellom terapeut og pasient [...] lettere å snakke mens man gjør noe.* Hans fokuserer også på relasjonsbyggingen mellom terapeut og pasient. Han mener at han kommer nærmere pasienten når de er i bevegelse: [...]*alle er like slitne [...] bålet gir lav puls, kjenner varme alle sammen.* Opplevelsen de deler sammen kan de snakke om i senere tid. Han legger til at det å føle på lik tretthet, etter å ha gått en tur i en gruppe, skaper samhold på tvers av pasienter og terapeuter. Hans forteller også at han selv: *slipper smelling, låsing opp og igjen dører og mas om medisin og energidrikker [...]* Disse tingene er utilgjengelig ute. Ellen forklarer at når hun selv blir sliten ute på tur, kan det bidra til å minske maktforholdet og distansen mellom terapeut og pasient.

4 Å VÆRE UTE

Både Ellen og Hans tar opp at terapeuten ikke mister noe av å ta behandlingen utendørs, Hans sier: *Terapi ute fungerer like bra som terapi inne [...] det er ingenting som holder deg inne!* Han understreker med sikkerhet at det ikke er noe negativt med å bevege seg ut, spesielt når muligheten for tilpasning og gradering av aktivitet i større grad kan være til stede ute enn inne. *Det trenger ikke bestandig bety at man skal gå langt inn i skogen.* For eksempel kan et miljøskifte til institusjonens egne benker i hagen være et bedre alternativ. Ida forteller om konkrete faktorer hun opplever av å være ute: *Jeg får frisk luft, blir mer våken og klar i hodet gjennom dagen.* Noe som også kan understøttes av Ellen og Hans.

I intervjuet med Hans minnes han bålpraten, og forteller at samtaler ofte er mer tullete ute enn når de er inne: *Det kommer frem mye mer når man beveger seg ute, [...] bålet har en beroligende effekt på pulsen, og varmen fra bålet bringer oss sammen,* utdypes han. Videre mener han at det å være ute påvirker bruken av beroligende medisiner: *Jeg er helt*

sikker på at man kan se inne på datoen, at når det er tur-dager, er det mindre forbruk av benzo [beroligende medikamenter] [...] tankene er en annen plass, og de [pasientene] trenger ikke medisiner tankene.

Ida forteller om de fysiske faktorene naturen gir henne, og hvordan hun synes det å være ute påvirker helsen hennes: *Jeg blir jo fysisk sterkere av å være ute, tåler å bære mer eller klarer å gå lengre.* Ellen og Hans antyder også at pasientene deres blir fysisk slitne i etterkant av å være ute: *De finner roen og er slitne, ofte har de behov for å slappe av etterpå,* sier Ellen, og Hans kan tilføye: *Mange trenger å hvile etter tur.*

Hvilke ansatte som er på jobb i psykisk helsevern har mye å si for bruken av friluftsliv, og Hans er tydelig når han sier at: *Det er mye stillesitting inne, vi trenger mer bemanning for å ta med pasientene ut for å være mer fysisk aktive sammen [...] og de riktige folkene må være på jobb! [...] de som ønsker å dra på tur med pasientene.*

Diskusjon

Diskusjonen er sentrert rundt problemstillingen: *Hvilke faktorer ved friluftsliv kan bidra i behandling av voksne med psykiske lidelser i psykisk helsevern.* Diskusjonen er strukturert ved å bruke kategoriene å være ute, mestring, relasjon og tilstedeværelse i egne avsnitt og drøftet opp mot den transaksjonelle modellen, bakgrunnskunnskap og tidligere forskning.

Etter diskusjonen drøftes metodiske betraktninger og etiske refleksjoner.

Å VÆRE UTE

Ifølge Handlingsplanen for friluftsliv (2018), Stortingsmeldingen om friluftsliv (St. Meld. 18, 2015-2016, s. 45) og Friluftsliv i Norge (2023) er tilgjengelighet til uteområder av betydning. Institusjonenes geografi og plassering er viktig i sammenheng med deltakelse i utendørsaktiviteter for pasienter. Tatt i betraktning nåtidens sentralisering av institusjonene, og at alt blir plassert i urbane områder er det bekymringsfullt. Friluftslovens (2021, § 1) formål om helsefremmende aktivitet og Handlingsplanen (2018, s. 6), påvirker hvordan økonomiske midler (Fisher & Marterella, 2019, s. 24) blir distribuert fra kommunen til psykisk helsevern. Siden friluftsliv og natur er en viktig del av folkehelsearbeidet for øvrig (Klima- og miljødepartementet, 2018, s. 6), bør friluftsliv i psykisk helsevern prioriteres i fordelingen av midler til

institusjonene. Fernee, et al. (2023, s. 39-40) forklarer en sammenheng mellom friluftsliv og folkehelse, som virker positivt for befolkningens eller pasientenes trivsel og helse. Kunnskap om naturens muligheter og faktorer som kan påvirke pasientene i psykisk helsevern, kan bidra til å yte et bedre helsetilbud. Det å øremerke midler for friluftsliv kan høyne kompetansen om naturens positive faktorer til ansatte, og bidra til at annet helsepersonell også løfter fokus på utendørsterapi.

Klima- og Miljødepartementets stadsmelding (St. Meld. 18, 2015-2016, s. 88) prioriterer lavterskeltilbud for friluftsliv. Lavterskeltilbud er en form for aktivitet, og kan anses som en del av Fisher & Marterellas (2019, s. 24) geopolitiske elementer. Friluftsliv kan være et tilnærmet gratis tilbud for pasienter i psykisk helsevern, dersom ergoterapeuter tar i bruk tilbud som allerede finnes. Hvis psykisk helsevern benytter seg mer av slike tilbud, kan kommunen observere at det trengs ytterligere midler for naturbaserte lavterskeltilbud. Kan et mulig samarbeid mellom institusjonene og lavterskeltilbudene gagne begge parter? Institusjonen har med seg pasientene på et allerede planlagt opplegg ute, og lavterskeltilbudene får mer popularitet og flere argumenter for hvorfor ressursene for tilbudet skal prioriteres i pengefordelingen.

Ida forteller at formen for friluftsliv hvor hun er ute i øde natur, er mer meningsfullt enn å sitte i institusjonens park. Villmarkspreget og urørt natur får pasienten enda lengre bort fra inntrykk og mas fra hverdagen (Fernee et al., 2023, s. 165). Da kan en mulighet være å kjøre lengre avstander eller å kartlegge for overnattingsturer. Hans uttrykker at det er vanskelig for terapeutene å løsrive seg fra redselen for at pasientene kan stikke av, være voldelige eller falle tilbake til rusen. Likevel bør terapeutene ikke la redselen bremse utviklingen av bedre tilbud innen psykisk helsevern, fordi naturen kan påvirke pasientene på en annerledes måte enn inne (Fernee et al., 2023, s. 172). Muligvis kan en god risikovurdering sørge for hensyn og trygghet, både for terapeut og pasient.

En mulig utfordring med friluftsliv i psykisk helsevern er tidsaspektet (Gabrielsen et al., 2018, s. 48). Det kan være utfordrende i en allerede knapp arbeidsdag å ta seg den ekstra tiden å komme seg ut sammen med pasienten, og vaktskifte kan være et vanskelig element. Helsefagarbeideren Hans forklarer at de riktige ansatte må være på jobb, altså de som vil prioritere å være ute på tur. Det kan



*Det er viktig å kartlegge pasientenes kroppsfunksjon og fysiske helse for å forsikre seg om at de er friske nok for tur og friluftsliv.
Foto Colourbox.*

tenkes at arbeidsgiveren heller ønsker å prioritere tiden med pasienten og bemanningen innendørs, uten behov for transport, utstyr og logistikk, enn å planlegge en tur i skogen. Igjen kan det være fordelaktig å ha et samarbeid med lavterskeltilbud, da de ofte har tilstrekkelig turutstyr for å kunne delta i utendørsaktivitet.

Utendørs kan det være utfordrende å avklare hva som er sensitiv eller taushetsbelagt informasjon, og det kan være vanskelig for ergoterapeuten å skjerme samtaler som det ikke er ment for andre å høre (Ferneet al., 2023, s. 214). Ellen nevner at pasientene kan være oppmerksomme på slik informasjon mot utskrivelsen, eller på steder hvor man kan møte mennesker fra tidligere miljøer. I slike tilfeller burde ergoterapeuten være påpasselig med å øke avstanden mellom pasienten og turfølge, og samtidig passe på å ikke snakke for høyt om temaet. Rundt bålet kan pasienter fortelle om personopplysninger, sykdomshistorie eller annet, og det kan hende at pasienten i etterkant angrer på å dele slik sensitiv informasjon. På en annen side kan pasientene oppnå en dypere relasjon seg imellom, hvis de åpner seg for hverandre.

MESTRING

Ellen og Hans vektlegger viktigheten av å kartlegge pasientenes kroppsfunksjon og psykiske helse, for å forsikre seg at de er friske nok til tur og friluftsliv (Ferneet al., 2021, s. 152). Ellen kommer med et eksempel der en pasient som ikke var frisk nok, hadde godt utbytte av å være ute i naturen likevel. På den andre siden kan ikke terapeuten vite at det går like bra neste gang. Det er terapeutens ansvar å gjøre en god nok vurdering før pasienten kan delta på tur (Gabrielsen et al., 2018, s. 49). Ida er også enig i at friluftsliv vil hjelpe pasienter som er i en frisk periode, og forteller at hun i psykisk dårligere perioder blir stresset av å være ute. Igjen kan det tenkes at en grundig kartlegging fra ergoterapeuten er essensiell for å sikre at pasientene er friske nok til et miljøskifte ut i naturen. Et viktig aspekt for ansatte som benytter seg av friluftsliv, er ifølge Fisher & Marterella (2019, s. 28), å ikke ta valg etter personlige preferanser, men fokusere på pasientens ønske og medbestemmelse om det å være ute.

Klientmessige elementer (Fisher & Marterella, 2019, s. 28) kan benyttes for å kartlegge pasienter med psykiske lidelsers aktivitetshistorie og fortid. Med tanke på Ellens tidligere eksempel, om en pasient med historie som uteligger, vil en slik kart-

legging fremme eller hemme bruken av friluftsliv. På den ene siden, kan eksempelvis påkledningen av uteklær, føre til negative assosiasjoner, mens på den andre siden vil det å kunne vise pasientene en ny side av friluftslivet, langt bort fra rennesteinen, være med på å øke motstandsdyktighet og livsmestring (Ferneet al., 2023, s. 37). Aktivitetshistorien kan også avdekke et ubehag for tradisjonell terapi innendørs, og da kan det å være utendørs fungere som et alternativ for å yte bedre helsehjelp.

Bakgrunn og kultur (Fisher & Marterella, 2019, s. 28) kan påvirke pasienters evne til å oppleve tilknytning til eller få mestring av å være ute, spesielt for de som ikke er oppvokst i Norge. I midlertidig kan det hende at eksempelvis innvandrere i psykisk helsevern får innsikt og forståelse av friluftsliv som en del av den norske kulturen, og at friluftsliv kan bidra til integrering i samfunnet og sosial kontakt (Meld. St. 18, (2015-2016) s. 19). Helsefagarbeideren Hans fortalte med skråsikkerhet at friluftsliv er noe som passer for alle, men at tilrettelegging for gruppen eller pasienten er nødvendig for å lykkes med mestring for den enkelte.

RELASJON

Likhet i klientmessige elementer hos både pasient og terapeut bør være til stede for å få fullt utbytte av friluftsliv (Cooley et al., 2020, s. 4). Med andre ord er det viktig for pasientene at terapeuten har tro på at det kan fungere for sin turgruppe, og at ergoterapeuten må være sikker i sin rolle, noe som påpekes av Ferneet al. (2023, s. 84-85).

Til forskjell kan grunnen for at noen terapeuter velger bort friluftsliv være at de er usikre i sin rolle eller synes terapi utendørs er ubehagelig og utenfor komfortsonen. Hvor mye pasientene i psykisk helsevern er ute, mener Hans igjen, avhenger av hvem som er på jobb.

Psykisk helsevern og friluftsliv påvirkes av relasjon (Gabrielsen et al., 2018, s. 46). Det å være ute i naturen sammen med pasienten vil i seg selv være en faktor for å danne en tilknytning (Ferneet al., 2023, s. 147-148). Hans forteller om sine opplevelser av det å være i bevegelse, og at sjansen for at pasienter åpner seg øker. Både Ellen og Hans deler synspunkter angående arbeidsuniform, relasjon og maktforhold. I friluftsliv har begge parter på seg uteklær, maktforskjellen viskes ut og man kan snakke mer åpent. Ellen mener at det er positivt for relasjonen, fordi begge parter får mulighet til å observere hvem den andre er på utsiden av institusjonen.

TILSTEDEVÆRELSE

Friluftsliv kan bidra til rolige pasienter (Ferne et al., 2023, s 114), og ifølge Gabrielsen et al. (2018, s. 45) har naturen i seg selv en beroligende effekt på mennesket.

Helsefagarbeideren Hans avdekker at etterspørselen for beroligende medisiner (benzodiazepiner) minskes betraktelig de dagene pasientene har vært på tur. En mulig forklaring kan være at pasientene får en plan for dagen, miljøskifte, blir fysisk slitne eller en blanding av disse. Ellen forteller at det å komme bort fra negativ stimuli fra institusjonen gjør pasientene roligere til sinns, og de må ofte slappe av på rommene sine etter tur. Ida sier også at den stressende verden forsvinner når hun er ute, men at det ikke er det samme å gå en kort tur i institusjonens nærmeste park som å dra på en lengre tur til et øde område. Det kan tyde på at omgivelsesmessig støy kan virke negativt for pasienter, eller at de ikke mestrer å stenge ut uønsket stimuli grunnet sykdommen.

METODISKE BETRAKTNINGER OG ETISKE REFLEKSJONER

Kvalitative forskningsdata er utfordrende å generalisere grunnet få informanter (Sverdrup, 2021, s.76), men svarene kan tolkes som overførbare til de som driver med friluftsliv og den generelle befolkningen. Tre informanter med erfaringskunnskap innen friluftsliv bidrar til å svare på problemstillingen, og peker i riktig retning av gode grunner for at ulike terapeuter skal ta i bruk nyttige faktorer fra å være ute. Flere intervjuer fra uavhengige kilder øker gyldigheten og påliteligheten (Jacobsen, 2022, s. 243), men det er ikke sikkert at flere informanter ville resultert i ny informasjon, da våre informanter delte like tanker og erfaringer om friluftsliv og naturen.

Den tredje informanten med pasienterfaring er kontaktet via en av forfatterens nettverk. Vi er fortsatt kritiske til valget, da hennes kjennskap kan begrense måten hun svarer på spørsmålene. Det er mulig at hun føler seg presset til å gi oss de svarene vi er ute etter, men vi argumenterer for at hun forteller både positive og negative sider om det å være ute. Det å intervjuer en person med erfaringskunnskap fra psykisk helsevern gir problemstillingen en verdifull førstehåndskilde (Jacobsen, 2022, s. 241), og resultatene får en ytterligere dybde og validitet da informasjonen kommer direkte fra pasientopplevelser.

Oppsummering og konklusjon

Faktorene fra friluftsliv er tilstedeværelse, mestring, relasjon og å være ute. Disse faktorene kan bidra i behandling for pasienter med psykiske lidelser i psykisk helsevern, dersom ergoterapeuten er sikker i sin rolle, takler naturens uforutsigbarhet, kartlegger pasientene tilstrekkelig og har troen på at dette fungerer. Friluftsliv er helsefremmende for pasienter i psykisk helsevern fordi naturen har en beroligende effekt, bidrar til fysisk aktivitet og legger til rette for relasjoner på tvers av terapeuter og pasienter.

HVA BETYR DETTE FOR ERGOTERAPEUTISK PRAKSIS?

Ergoterapeuter skal ha et helhetlig perspektiv i arbeidet sammen med pasienter. Naturen kan bidra til å se hele mennesket ved å ta bort distansen mellom terapeut og pasient, minke maktforholdet og bygge relasjoner gjennom utendørsaktiviteter. Friluftsliv handler om miljøskifte, å skape nye samtaler og positive opplevelser, distansere seg fra negativ stimuli og kjenne på tilstedeværelse i naturen. Det å være ute er en gylden mulighet for ergoterapeuter til å utnytte allerede eksisterende, helsefremmende ressurser på en kostnadseffektiv måte for å fremme motstandsdyktighet og livsmestring hos pasientene. For eksempel kan de benytte seg av lavterskeltilbud eller en spasertur i nærområdet. Ergoterapeuter som er trygge i sin rolle og som føler tilknytning til naturen, kan få utbytte fra friluftsliv hvis de gjør en god kartlegging, for å forsikre seg om at pasientene er friske nok. Ergoterapi som fag, er i stadig utvikling, og videre forskning bør gjøres for å få ytterligere tyngde i argumentasjonen for at andre kan sette fokus på friluftsliv.

Siden friluftsliv er en del av den norske kulturen, og aktiviteter ute er meningsfulle for nordmenn, kan friluftsliv også appellere for pasienter med psykiske lidelser i psykisk helsevern. Det er allerede et faktum at friluftsliv og naturen er en stor satsning innen folkehelsen, og våre funn: tilstedeværelse, mestring, relasjon og å være ute, kan ha overføringsverdi til andre helsesektorer, men spesielt i psykisk helsevern. Det kan være vanskelig å vite med sikkerhet om terapi i det fri har bedre effekt enn tradisjonell behandling inne. Likevel kan resultatene fra vår kvalitative tilnærming, tyde på at noen pasienter og ergoterapeuter får en bedre terapeutisk opplevelse utendørs enn innendørs.

Ida, med pasienterfaring fra psykisk helsevern, sier konkluderende i slutten av intervjuet: *Den stres-*

sende verden forsvinner ute. Kanskje kan psykisk helsevern bli mer beroligende og mindre stressende, hvis fokuset skifter fra å sitte ansikt til ansikt på et behandlingsrom, til side om side med opptenningsved og kaffe i sekken, på vei til den uforutsigbare skogen?

Litteratur

- Cooley, S. J., Jones, C. R., Kurtz, A. & Robertson, N. (2020) «Into the Wild»: A metasyntesis of talking therapy in natural outdoor spaces. *The Journal of Clinical Psychology Review*, 2020(101841), Volume 77/ 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101841>
- Ferneer, C. R., Palucha, V., Olsen, I, A & Gabrielsen, L, E. (2023). *Utendørsterapi - en introduksjon*. (1. Utgave). Cappelen Damm Akademisk
- Fisher, A., G. & Marterella, A. (2019). *Powerful practice, a model for authentic occupational therapy*. Center for innovative OT Solutions, Inc
- Folkehelseinstituttet. (2017, 7. juni). *Ikke-dødelige sykdommer koster samfunnet mest*. FHI. <https://www.fhi.no/nyheter/2017/ikke-dodelige-sykdommer-koster-samfunnet-mest/>
- Friluftslivloven. (2021). *Lov om friluftslivet*. (LOV-2021-05-07-34). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1957-06-28-16>
- Gabrielsen, L. E., Storsveen, E. L. & Kerlefsen, R. (2019). *Når terapeuten forlater kontoret - Erfaringer fra å drive psykisk helsearbeid ute i det fri*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volume 15, issue 1, 40-51. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-0105>
- Helsedirektoratet (2022, 4. mars). *Hva er psykisk helse?* Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/hva-er-psykisk-helse/>
- Helsedirektoratet (2021, 21. desember). *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykiskhelsevern/tvungent-psykisk-helsevern/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2023). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-2022-11-25-86). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/>
- Jacobsen, D. J. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? - Innføring 1, samfunnsvitenskapelig metode*, (4. Utgave). Cappelen Damm Akademisk.
- Klima- og miljødepartementet. (2023, 14. februar). *Friluftsliv i Norge*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/klima-og-miljo/friluftsliv/innsiktsartikler/friluftsliv/friluftsliv/id2076252/>
- Klima- og miljødepartementet. (2018). *Handlingsplan for friluftsliv - Natur som kilde til helse og livskvalitet*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce805bb-da07b40d184115b512d1c0de0/t1564.pdf>
- Meld. St. 18. (2015-2016). *Friluftsliv: Natur som kilde til helse og livskvalitet*. Klima- og miljødepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20152016/id2479100/?ch=1>
- Miljødirektoratet. (2023, 24. mars). *Miljøstatus - Friluftsliv* <https://miljostatus.miljodirektoratet.no/tema/friluftsliv/>
- Monsen, L. (Programleder). (2013-2022). *Med Monsen på villspor* (TV-serie). NRK.
- Norsk psykiatrisk forening (2023). *Hvilke forhold øker risikoen for å utvikle en psykisk lidelse?* Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/om-psykiskelidelser/sporsmal-og-svar-om-psykiske-lidelser/#41345>
- Nordli-Mathisen, V. (Produsent). (2021-2021) *Mina og Meg*. (TV-serie). TV2
- NTNU. (u.å). *IMRoD-struktur*. Norges Teknologiske Naturhistoriske Universitet. <https://i.ntnu.no/oppgaveskriving/imrod-struktur>
- Psykisk helsevernloven (2022). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-2022-12-20-115). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62/>
- Sverdrup, S. (2021). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag - Råd og vink. Skritt for skritt*. (1. Utgave). Cappelen Damm Akademisk
- Solbakken, H. M., Moe, M, J. & Lund, C. (2021, 22 mars). *Hvem er nordmannen?* Nasjonal Digital Læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:af91136f-7da8-4cf1-b0ba0e-a6acdf1489/topic:0933e7b2-45fb-4e7f-bb13-64d7c2cd-5da3/topic:be4ef2bd-7694-4a2abeee-699cb754c4c2/resource:3478af30-276b-4186-8d83-2414298cd124>
- Skogedal, M. N. (2021). *Verdens utendørsterapeuter kommer til Agder for å lære*. Universitetet i Agder. <https://www.uia.no/nyheter/verdens-utendørsterapeuter-kommertil-agder-for-aa-laere>

FYSIKALSKE HJELPEMIDLER FOR BARN, UNGDOM OG VOKSNE

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



Nå med
instruksjonsvideoer
på helt ny nettside!

www.bamseprodukter.no



Kreftfri, men ikke frisk – hvordan møte den nye arbeidshverdagen?

- EN KVALITATIV STUDIE OM OPPLEVELSER OG ERFARINGER TIL KVINNER BEHANDLET FOR BRYSTKREFT

Av Tone Høien, Aleksandra Latinovic & Ellinor Christin Haukland

Abstract

Background: The aim of this study is to explore how breast cancer patients experience returning to work after completing treatment. 40 percent of those diagnosed with cancer are still in working age, leading to a significant number being outside the workforce both during and after treatment.

Method: Qualitative data were collected through eight semi-structured individual interviews with women aged 40-54 years previously diagnosed with breast cancer within a timeframe of 1-7 years. Malteruds Systematic Text Condensation was used to analyse the data.

Results: Four main themes emerged for the analysis: a new everyday life with reduced capacity, motivation to stay employed, the value of workplace accommodations and limited information about life after cancer diagnosis. The findings indicate that returning to work is primarily perceived as positive, as many expresses a longing for a «normal» everyday life. However, it is also evident that this is a challenging process, as the late effects of cancer treatment diminish work capacity.

Conclusion: Returning to work is often a significant goal for breast cancer survivors, but they are limited by the late side effects. At the same time, the study shows that openness with the employer, socializing with colleagues, the joy of working and the value of accommodations such as flexible hours and remote work are emphasized as positive factors for successfully managing the return to work.

Keywords: Breast cancer, return to work, late effects, accommodation



Tone Høien er utdannet ergoterapeut med master i helsevitenskap og arbeider på Nærland Re-habilitering. E-post: tone.hoien@hotmail.com.



Aleksandra Latinovic er utdannet sykepleier med master i helsevitenskap og arbeider ved Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger. Hun var ansatt ved kreftforeningen da studien ble gjennomført.



Ellinor Christin Haukland er kreftlege ved Avdeling for kreft og lindrende behandling, Nordlandssykehuset og forsker ved Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, Universitetet i Stavanger.

Artikkelen ble mottatt 23.10.2023 og godkjent for publisering 11.02.2024. Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.

Introduksjon

Deltakelse i yrkeslivet blir i samfunnet i dag forstått som svært positivt og vesentlig for vår sosiale integrering (Borg & Kristiansen, 2008). Yrkesdeltakelse har også innvirkning på menneskers fysiske og psykiske helse, samt det økonomiske. Flertallet av voksne i Norge er enten i arbeid eller utdanning, samtidig er det en stor del som står utenfor arbeidslivet (Lande With, 2018). Det kan være mange årsaker til at mennesker i perioder står utenfor arbeidslivet, der en av dem er knyttet til sykdom og behandling av sykdom. En sykdom som ofte har medført et slikt periodevist fravær fra arbeidslivet, er kreft. I 2022 ble det registrert over 38 000 nye krefttilfeller, og tallet er stigende (Kreftregisteret, 2023). Brystkreft er den vanligste krefttypen blant kvinner og utgjør nesten en fjerdedel av alle krefttilfellene.

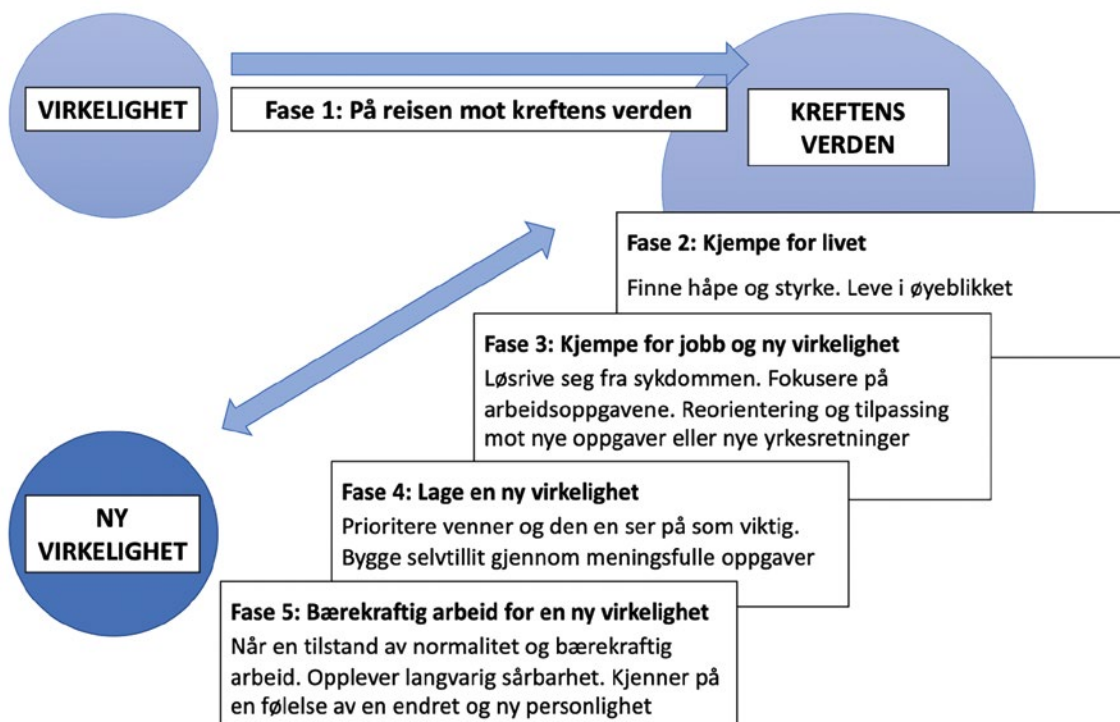
40 prosent av de som får kreft er fortsatt i arbeid før alder, noe som gjør at flere står utenfor arbeidslivet både under og i ettertid av behandlingen. Samfunnskostnadene forbundet med kreft viser at produksjonstapet er høyere enn helsekostnadene, noe som viser viktigheten av å forebygge uførhet og sykefravær (Oslo Economics, 2022, s. 27). I Folkehelsemeldingen (Meld. St. 15 (2022–2023)) fremmer Regjeringen et ønske om å styrke samarbeidet mellom helse- og arbeidssektoren for å kunne gi bedre tjenester til personer som trenger oppfølging fra flere instanser, for å kunne komme i eller stå i arbeid. En av profesjonene som jobbet tett med denne gruppen er ergoterapeuter. Dette gjelder både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I møte med pasientene vil det være verdifullt med mer informasjon om erfaringene og opplevelsene knyttet til det å komme tilbake til arbeidslivet etter en kreftbehandling.

Kreftbehandling kan være lang og krevende og mange vil slite med seneffekter etter behandlingen (Hess et al., 2018, s. 21). Fatigue er en av de vanligste seneffektene og 20–35 prosent av alle kreftoverlevende har fatigue (Kreftforeningen, 2023). Fatigue forårsaker at man må hvile ofte, har lite krefter, trenger å lytte til sin egen kropp og må planlegge hverdagen nøye. Etter fullført kreftbehandling blir ofte målet til pasientgruppen å ta tilbake hverdagen (Brusletto et al., 2018). For mange utgjør arbeid en stor del av hverdagen, noe som gjør det å komme tilbake til arbeidslivet et stort ønske. Arbeid ses på som en betydningsfull faktor for folkehelsen, både ved at det kan gi mening, mestring, økt materiell levestandard og bedre helse (Meld. St. 15 (2022–2023)). Likevel har flere

ferdigbehandlede kreftpasienter utfordringer med å komme tilbake til arbeidslivet.

Å komme tilbake til arbeid etter kreftbehandling er et område med økende fokus, og derfor har også flere forsket på det. Det finnes flere studier på området fra andre land, men færre som representerer Norge. Dette er noe som gjenspeiler seg i helsetjenestene ettersom det blir rapportert om begrenset informasjon om hverdagslivet i etterkant av en kreftbehandling (Bærheim, 2018). Brusletto et al. (2018) sin studie er fra Norge og undersøker opplevelsene til kreftpasienter tilbake i arbeidslivet. Resultatene viser at veien fra kreftdiagnosen tilbake til arbeidslivet er en kompleks dynamisk prosess som tar tid. Denne prosessen deles inn i fem ulike faser og blir nærmere beskrevet i oppgaven som «femtrinnsmodellen», se figur 1. Tan & Shorey (2022) sin kunnskapsoppsummering viser at tidligere brystkreftrammede kvinners vei tilbake til arbeid preges av tap av mening, bekymringer før tilbakekomsten og ulike motivasjonsfaktorer for arbeidslivet. King et al. (2023) sin studie er en kunnskapsoppsummering som gir en omfattende oversikt over hovedtemaene angående erfaringer med brystkreftoverlevelse. Studien løfter frem temaer som søken etter normalitet, usikkerhet, tap og endring av identitet, misforståelser og støttebehov. Videre trekker tre kvalitative studier fra Spania (Aguilar-Fernández et al., 2021), Canada (Fadhlaoui et al., 2021) og Tyrkia (Aengun Anan et al., 2020) frem ulike motivasjonsfaktorer for arbeidslivet, fysiske og psykiske konsekvenser av behandling, søken etter det normale og støtte i prosessen som viktige funn.

Aktivitetsbalanse er et kjernebegrep innen ergoterapi og aktivitetsvitenskap (Kaae Kristensen et al., 2017, s. 111). Begrepet er dynamisk og handler om at en skal finne den rette variasjonen og balansen mellom aktiviteter i hverdagslivet. Opplevelsen av aktivitetsbalanse påvirkes av omgivelsene, men også av aktivitetens krav og personens ressurser og evner. For at mennesker skal kunne kjenne på aktivitetsbalanse er variasjon mellom aktiviteter, en opplevelse av at aktivitetene er meningsfulle og at den totale mengden aktivitet er tilpasset tid, energi og kapasitet viktig. En endring i aktivitetsbetingelsene påvirker videre aktivitetsbalansen. Personer med sykdommer som begrenser egne ressurser opplever ofte en manglende aktivitetsbalanse (Kaae Kristensen et al., 2017, s. 117). Med utgangspunkt i dette vil det være hensiktsmessig å benytte dette begrepet, da bivirkningene av kreftbehandling ofte medfører



Figur 1. Femtrinnsmodellen. Oversatt fra engelsk og deles med tillatelse fra Birgit Brusletto.

endringer i en persons energinivå og kapasitet, noe som igjen kan resultere i en følelse av ubalanse i daglige aktiviteter.

Femtrinnsmodellen er et teoretisk fundament utviklet av Brusletto, et al, (2018) som beskriver kreftforløpet gjennom fem faser, se figur 1. I de første fasene ser man at kreftdiagnosen tar stor plass, og arbeidslivet ofte blir satt til side. Når man derimot er forbi dette stadiet, er tanken på å få tilbake hverdagen et stort mål. Dette kan ofte føre til at flere går for raskt tilbake til sine tidligere arbeidsoppgaver, som gjør at belastningen kan bli for stor både fysisk og psykisk (Brusletto et al., 2018).

For å rette mer søkelys mot utfordringene knyttet til tilbakekomst i arbeidslivet etter en kreftbehandling, vil det være nyttig å se på erfaringene denne gruppen har knyttet til det å komme tilbake til arbeid. Studien har en deduktiv tilnærming med utgangspunkt i femtrinnsmodellen og aktivitetsbalanse. Vi skal i denne studien å se på hvordan kvinner etter fullført brystkreftbehandling opplever det å komme tilbake til arbeidslivet. Videre ønsker vi også å undersøke hvilke faktorer som har betydning for at individet mestrer eller ikke mestrer overgangen til arbeidslivet.

Metode

Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Forskningsspørsmålet omhandler men-

neskers subjektive opplevelse, og det er derfor brukt kvalitativ metode for innhenting av data. Studien ble gjennomført fra april 2022 til juni 2023. For å samle inn data ble det gjennomført åtte (n=8) semistrukturerte individuelle intervju med ferdigbehandlede brystkreftpasienter. Inklusjonskriteriene var at informantene måtte være i arbeidsfør alder (20-64 år (FHI, 2022)), at de hadde vært i arbeid før kreftsykdommen ble påvist samt prøvd seg i arbeidslivet etter at de ble ferdigbehandlet. Antall informanter ble påvirket av studiens tidsbegrensninger og en forhåndsdefinert målsetning om å inkludere mellom syv og ti deltakere.

DATAINNSAMLING

Syv av informantene ble rekruttert gjennom pasientgrupper og bruker- og interesseorganisasjoner for brystkreft gjennom Facebook. Siste informant så oppslaget om prosjektet på et arrangement via en bruker- og interesseorganisasjon. Seks av intervjuene ble gjennomført fysisk og to via Teams og Face Time, grunnet geografiske avstander. Intervjuene var semistrukturerte, og intervjuguiden ble utviklet med bakgrunn i femtrinnsmodellen. Det ble også gjennomført et pilotintervju med en ergoterapeut i forkant av intervjuene. Dette for å teste ut spørsmålene og for å få tilbakemeldinger. Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter Høien i perioden oktober til desember 2022. Intervjuene hadde en

varighet mellom 30-50 minutter. I etterkant av intervjuene ble lydopptakene transkribert ordrett for å videre gjøres tilgjengelig for analyse. Arbeidet med datamaterialet resulterte i 74 sider med tekst.

Totalt var det åtte (n=8) kvinner som deltok i prosjektet med en gjennomsnittsalder på 47 år (40-54 år). Informantene hadde blitt diagnostisert med brystkreft for 1-7 år siden. Alle kvinnene er blitt fulgt opp hyppig på sykehuset, samt behandlet med hormondempende medisiner i etterkant av behandlingen. Informantene har alle vært i arbeid i forkant av diagnosen og representerer yrker innenfor helse, økonomi og rådgivning. Ytterligere brukerinformasjon vises i tabell 1.

DATAANALYSE

Dataanalysen ble gjennomført ved bruk av Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) (Malterud, 2017, s. 97). STC deler analyseprosessen inn i fire ulike trinn: Helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntese. Analyseprosessen begynte med gjennomlesning av materialet og markering av utsagn og informasjon som ble vektlagt som viktig for å svare på problemstillingen. Etter å ha gått gjennom datamaterialet og systematisert de meningsbærende enhetene var det totalt 18 kodegrupper. Etter å ha studert gruppene ble flere av kodegruppene forkastet eller slått sammen. Etter analyseprosessen endte det opp med fire kodegrupper med to til tre subgrupper hver (tabell 2).

Videre ble det utformet kondensat for å hente ut meningen med den sorterte informasjonen. I syntesen ble resultatene rekontekstualiserte og sammenlignet med råmaterialet. Dette for å se om sammenfatningen av kodegruppene fortsatt var lojale mot informantene.

ETISKE OVERVEIELSER

Tidligere brystkreftpasienter er en særlig sårbar gruppe. Når man bryter inn i privatområdet deres og bruker det til forskning, er det viktig at man overholder individets personvern. Før oppstart vurderte kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) prosjektet i samsvar med personvernregelverket. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurderte studien som utenfor helseforskningslovens virkeområde, jamfør paragraf 2 og 4. Deltakelse i studien er basert på frivillig samtykke der alle signerte samtykkeskjema med informasjon om formålet til studien og ivaretagelse av personvern.

Alder ved intervju tidspunkt	
40-45	3
46-50	2
51-55	3
Behandling	
Operasjon og cellegift	3
Operasjon, cellegift og strålebehandling	3
Operasjon og stråling	1
Cellegift og stråling	1
Arbeidsandel	
Heltid i forkant av behandling*	8
Heltid i etterkant av behandling	2
Deltid i etterkant av behandling	6
Arbeidsplass etter behandling	
Samme arbeidsplass som før behandling	4
Byttet arbeidsplass etter behandling	4
<i>*En av deltakerne var ikke i arbeid i forkant av kreftdiagnosen på grunn av annen sykdom, men har tidligere arbeidet heltid.</i>	

Tabell 1. Deltakerinformasjon.

Kodegrupper	Subgrupper
Ny hverdag med mindre kapasitet	Balanse mellom aktivitet og hvile Dårlig samvittighet Opp og ned i stilling
Motivasjon til å stå i arbeid	Betydningen av arbeid Opplevelser
Verdien av tilrettelegging	Fleksitid og hjemmekontor Åpenhet Arbeidsgiver
Begrenset informasjon om livet etter kreften	Informasjonsbehov Rehabilitering

Tabell 2. Oversikt over kodegrupper og subgrupper.

Resultat

Resultatene er oppsummert i fire hovedtema; ny hverdag med mindre kapasitet, motivasjon til å stå i arbeid, verdien av tilrettelegging og begrenset informasjon om livet etter kreften.

NY HVERDAG MED MINDRE KAPASITET

Arbeidslivet blir ansett som en viktig del av livet for informantene, og flere velger ofte å bruke store deler av energien på å stå i arbeid. Flere forteller at i perioder kan arbeidet ta så mye energi at de ikke har overskudd til familie og venner. Flertallet av informantene sier at etter arbeid vil de bare sitte i et rom helt alene. Flere forteller at de sliter med å høre på andre, og at de selv må prøve og feile for at de skal lære. En av informantene forteller om høyere feilprosent på arbeidet på grunn av utmattelse. En annen forteller at hun skrapet opp bilen med vilje siden hun ikke orket å ta hensyn til det. Noen av infor-

mantene sier at de får mer energi av å arbeide enn å gå hjemme. Likevel forteller informantene at alt tar energi, både fysiske og psykiske anstrengelser. Det å kunne sette begrensninger for både arbeid og sosiale aktiviteter ses på som vanskelig, men nødvendig for å kunne ha en god hverdag. Halvparten av informantene forteller at det å arbeide i en redusert stilling gjør at de også kan være sosiale utenfor arbeidet. En informant beskriver det slik;

«Jeg kan ikke jobbe hver eneste dag, jeg må ha energi igjen til familien og meg selv for å si det slik»

Flere av informantene beskriver seg selv som veldig pliktoppfyllende og tenker alltid at ting kommer til å gå bra. En av deltakerne beskriver at hun indirekte føler at hun må være på arbeid ettersom ingenting blir gjort når hun er borte, og kan dermed føle på dårlig samvittighet. Videre beskriver tre av informantene at de ikke ønsket å belaste kollegaene sine ekstra dersom det enten handlet om å gå ned i stilling eller spørre om hjelp. Flere av informantene beskriver seg som «flink pike» og at de ønsker å være «hun som kom tilbake til arbeid etter kreftbehandling». Halvparten av deltakerne føler at de ikke klarer å gjøre en god nok jobb, ettersom de har et eget tankekjør inni hodet. Enkelte av informantene trekker også frem at de har dårlig samvittighet fordi de ikke nyter å være kreftfri. Dette blir illustrert i følgende sitat;

«Det der at du hele tiden tenker at, åh, jeg skal gå rundt å være kjempeglad fordi at jeg er kreftfri og det ble oppdaget tidlig og det ikke var spredning, altså alt mulig, og så bare føler man så ofte de månedene etterpå at en er bare helt ferdig liksom»

Informantene ble alle anbefalt av sykehuset å begynne rolig på arbeid, noe som flere av dem hadde vanskeligheter for å akseptere og tro på. Noen mestret å høre på dette og startet rolig, mens andre begynte i en høyere stillingsprosent. Den ene informanten forteller at hun startet i 10 prosent, og at hun syntes dette var «latterlig». Flere av informantene forteller om stresset rundt det å komme på arbeidsavklaringspenger (AAP), og at de ville komme tilbake til 100 prosent arbeid før sykemeldingen gikk ut, noe som ble vanskelig. Alle informantene forteller at de har gått gradvis opp i stilling, og at det hadde vært nødvendig for å kjenne hva kroppen klarer. En informant sier det slik:

«Jeg begynte jo i 20, og syntes jo at det var lite, og jeg trodde jo at jeg skulle opp fort, men jeg gikk veldig lenge å vaka på 20, opp i 30, nei det

ble for mye, og så måtte jeg ned i 20 igjen ... Det spiller ikke noe rolle hvor lang tid det tar fordi at hvis du bruker tid, så er det større sjanse for å faktisk klare å stå i jobb»

MOTIVASJON TIL Å STÅ I ARBEID

Det å ha et arbeid å gå til er noe som har stor betydning for alle deltakerne unntatt en kvinne som sier hun arbeider kun for det økonomiske. Flere trekker frem den økonomiske delen, men at det også er godt å ha et arbeid å gå til og føle at noen trenger deg og din kompetanse. De fleste ser på det å arbeide som meningsfullt, samt at det er viktig i forhold til det sosiale. Enkelte trekker også frem at arbeidsplassen er en del av identiteten og personligheten deres. Halvparten av informantene sier at de er så takknemlige for alt det de har fått gjennom behandlingsforløpet at det er godt å kunne betale skatt og bidra til fellesskapet igjen. Flere forteller at de presser seg ekstra ettersom arbeidet er en viktig del av livet og hverdagen deres. Likevel er tapet i forhold til det å ikke arbeide så mye, noe som flere kjenner på. Noen forteller at de føler en sorg for at de ikke er den de var før kreften. En av informantene forteller det slik:

«Det er jo en sorg å ikke kunne gjøre det du vil, jeg kjenner at jeg har måttet jobbe mye med å godta det»

Alle deltakerne syntes det var godt å komme seg ut og begynne å arbeide igjen. De siste månedene hadde fokuset kun vært sykdom og behandling og flere ønsket å flytte fokuset bort fra kreftdiagnosen. Enkelte forteller at de var lei av å være «hun med kreft», samtidig som de stadig ble minnet på at kreften fortsatt var en del av dem. Tre av informantene forteller at det var skummelt og tøft, fordi man vet ikke hva kroppen tåler og hvordan man håndterer arbeidsoppgavene. Noen merket at de ikke håndterte stress og arbeidsoppgaver på samme måte som før. Enkelte trekker frem at de føler en viss verdi i forhold til det de utfører og det å mestre arbeidsoppgavene sine. Det å delta i arbeidslivet blir sett på som det «normale» å gjøre, noe som flere syntes var godt å kunne være en del av. Flere nevner også at det var godt å kunne være en del av kollegaene, og at den sosiale delen av arbeidet ble satt pris på. Dette blir illustrert i følgende sitat:

«Det der med å komme seg ut og treffe folk og kunne bruke kunnskapen sin, bruke meg selv på andre ting enn det du gjør hjemme, det er kjempeviktig»

VERDIEN AV TILRETTELEGGING

Flere av deltakerne forteller om tilrettelegging i jobben og betydningen av dette. Flere beskriver at de har fleksitid, og at de derfor kan tilpasse dagene selv ettersom alle dager ikke er like. Denne friheten ses på som verdifull for å komme tilbake til arbeidslivet. Andre forteller at de ikke går fulle dager, men heller fordeler timene utover uken. Noen av informantene forteller at de setter arbeidsplassen sin ganske høyt, og tror derfor at de blir enda bedre tatt hensyn og tilrettelagt for. Enkelte har arbeid der man må være på arbeidsstedet, mens andre forteller at de også kan ha hjemmekontor. Det å kunne sitte alene å arbeide uten avbrytelser er noe som flere beskriver at de trenger. For mye stimuli gjør at de blir mer slitne i hodet. En av informantene beskriver det slik:

«Hvis kroppen ikke er der, så er det bare en melding og så kan jeg ta hjemmekontor eller jobbe på ettermiddagen, så det er veldig fleksibelt etter hvordan kroppen min fungerer ... Så det er alfa omega med tilrettelegging for å komme tilbake»

Alle deltakerne forteller at de har vært åpne om kreftdiagnosen helt fra start. Nesten alle informantene beskriver at de ønsket å være åpne for å slippe at andre skulle gå rundt å lure og lage sine egne historier. De beskriver denne åpenheten som positiv, og alle tilbakemeldingene fra kollegaer og de rundt var veldig støttende og positive. Godt arbeidsmiljø er noe som flere trekker frem som viktig. Flertallet har vært åpne om seneffektene etter kreftbehandlingen, mens andre beskriver at de kjenner så mye på de i hverdagen at de ikke orker å snakke om det i tillegg. En av informantene beskriver åpenheten slik:

«Jeg har vel egentlig alltid vært litt slik at jeg bare sier ting som de er, så slipper de å lure og så lage sine egne historier, mye bedre å bare si det som det er»

Tilpassingene som informantene har fått, er det i hovedsak arbeidsgiverne som har lagt til rette for. Flere forteller at de ble godt ivaretatt av ledelsen med tanke på tilrettelegging, mens andre hadde dårlige opplevelser. To informanter forteller at allerede under behandling måtte de gi beskjed om når de var tilbake 100 prosent, eller om de ville si opp eller bli sagt opp. Flertallet derimot forteller at lederne har vært fleksible, noe som har vært alfa og omega for å kunne komme tilbake til arbeid. Enkelte trekker også frem at de ikke føler seg presset til å arbeide mer, noe som har gitt dem ro til å ta prosessen i eget tempo.

Spredningen i hvordan arbeidsgiver tilrettelegger blir illustrert i følgende sitat av to informanter:

«Jeg har fått mye tilpassing egentlig, og det er uten at jeg har spurt om så mye, det har liksom bare blitt servert»

«Kommunen viste ikke så veldig vilje til å prøve å tilrettelegge til meg, det var bare å bli kvitt det problemet fort og gale»

BEGRENSET INFORMASJON OM LIVET ETTER KREFTEN

Alle informantene forteller at de syntes bivirkningene etter kreftbehandlingen er underkommunisert. De fikk høre om seneffektene på sykehuset, men forsto ikke hvor ille det faktisk kunne være. Tre av informantene forteller at de hadde en optimistisk plan om å være i 100 prosent arbeid før sykemeldingen gikk ut for å slippe arbeidsavklaringspenger (AAP), noe som ikke gikk etter planen. Flere la merke til at alt tar energi, og at kontakten med Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og lønnskontoet var elementer som også tappet energi. Flere trekker frem at de savnet informasjon og oppfølging etter behandlingen, ettersom det er litt tabu å snakke om varige plager etter behandlingen siden man er kreftfri og skal være glad for det. En av informantene kommer med følgende sitat som beskriver informasjonsbehovet:

«Det er klart at det er mye som følger med det her som jeg ikke var forberedt på, jeg i hvert fall, og det hører jeg mange andre og si, det er jo ingen som har sagt det til oss, nei det er ikke det ... Jeg trodde jeg skulle være i full stilling etter påske, jeg ble operert 5./6. januar, så, men det skjedde jo selvfølgelig ikke»

Halvparten av informantene forteller at de har deltatt på rehabiliteringsopphold, og at det har vært veldig verdifullt med tanke på det å komme tilbake til arbeidslivet. Noen hevder til og med at rehabilitering etter kreftbehandling burde være obligatorisk. Flere trekker også frem at trening har blitt en del av hverdagen etter oppholdet. En informant trekker frem at det også var verdifullt for pårørende å bli med på rehabilitering. Verdien av rehabilitering illustreres slik av en informant:

«Hadde det ikke vært for mitt opphold på Røros rehabilitering så tror jeg at jeg hadde vært helt ute av arbeidslivet i dag»

Diskusjon

Tilbakekomst til arbeidslivet og deltakelse i arbeid

blir sett på som en stor del av hverdagen for kvinner som har gjennomgått en brystkreftbehandling. Funnene viser at arbeid representerer normalitet og er derfor et viktig element for brystkreftpasienter med tanke på å finne tilbake til hverdagen etter kreftbehandlingen. Søken etter det normale og savnet etter sitt gamle liv er noe som også går igjen i oversiktsartiklene til King et. al (2023) og Tan & Shorey (2022). I femtrinnsmodellen beskriver Brusletto et. Al. (2018) jaget etter sitt gamle liv som en fase på veien mot en ny hverdag etter kreftbehandlingen. Funnene fra studien til Tan & Shorey (2022) viser at fatigue og utmattelse blir sett på som det mest utfordrende etter behandlingen. Informantene fra denne og Fadhlaoui et. al (2021) sin studie forteller at de ikke lenger ønsket å være «hun med kreft» og presset kroppen ekstra av den grunn. Det å finne aktivitetsbalansen igjen etter behandlingen er noe som tar tid (Kaae Kristensen et al., 2017, s. 112). Når personens ressurser blir begrenset som en følge av kreftbehandlingen, blir man derfor nødt til å sette ned forventningene i form av tid og egen oppfatning av aktivitetsutførelsen for å videre finne tilbake aktivitetsbalansen med nåværende kapasitet (Kaae Kristensen et al., 2017). Dette er noe denne studien også understøtter ettersom flere rapporterer om usikkerhet rundt hvor mye kapasitet de har til rådighet, og at de ofte bruker opp all energien på jobb. Ergoterapeuter kan ved hjelp av kartlegging bidra til at tidligere brystkreftpasienter finner tilbake til en aktivitetsbalanse og et aktivitetsnivå som passer personens nåværende kapasitet. Hensikten er å kunne bidra til mestring av helserelevante og arbeidsrelaterte utfordringer som hindrer deltakelse i arbeidslivet. Målet er at ferdigbehandlede brystkreftpasienter skal klare å komme tilbake til arbeid og forbli i arbeid over tid. Slik oppfølging kan mottas gjennom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Det som også var bemerkelsesverdig, var at halvparten av informantene byttet arbeidsplass i etterkant av kreftbehandlingen. Dette ses også i forskningen til Aguiar-Fernández et al. (2021) som skriver at etter kreftbehandlingen fant informantene ulike veier å gå, alt etter typen arbeid de hadde. Enkelte hadde blitt sagt opp i løpet av behandlingsforløpet, noe vi også så i vår studie. Videre skriver Aguiar-Fernández et al. (2021) at tilbakekomsten til arbeidslivet avhenger av typen arbeid informantene hadde i forkant av behandlingen. Enkelte karrierebytter ble i vår studie også gjort på bakgrunn av bivirkningene av behandlingen og som et resultat av oppholdet på arbeids-

plassen. Karrierebytte er også et element som kan knyttes til fase fire i femtrinnsmodellen ettersom man her er opptatt av å lage en ny virkelighet og sette realistiske forventninger til en selv (Brusletto et al., 2018). Dette kan ofte gjøres gjennom å bytte arbeidsplass eller innse at man må arbeide redusert.

Halvparten av informantene følte seg presset til å begynne å arbeide på grunn av økonomien. Dette går også igjen i studien til Aguiar-Fernández et. al (2021). Her ble økonomien sett på som en av hovedgrunnene for å komme tilbake til arbeid igjen. Selv om det kan trekkes likheter til vår studie kan også de samfunnsøkonomiske forskjellene mellom Norge og Spania være grunnen til at informantene i studien til Aguiar-Fernández et al (2021) vektlegger økonomien som en høyere motivasjonsfaktor for arbeidslivet. Dette fører til at enkelte kan føle på presset til å komme seg ut i arbeid og går gjerne for raskt ut i arbeidslivet grunnet økonomien (Aguiar-Fernández et al., 2021).

Åpenhet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker ser også ut til å være en viktig faktor for å lykkes i tilbakekomsten til arbeidslivet, noe som også støttes av Hatton et al. (2021). Alle informantene forteller at de har vært åpne om kreftdiagnosen fra start, og at dette kun har blitt sett på som positivt. Dette resultatet kan derimot være preget av rekrutteringsprosessen ettersom informantene selv tok kontakt for å være med i studien, noe som tyder på at de allerede er åpne som personer. Alle informantene i denne studien trekker frem at de kun har møtt på støttende og forståelsesfulle kollegaer. Studien til Aengun Anan et al. (2020) viser derimot til diskriminerende adferd rundt individene ettersom kreft er en stigmatiserende sykdom i Tyrkia. Dette viser hvordan de ulike kulturene preger tilbakekomsten til arbeidslivet for ferdigbehandlede kreftpasienter.

Det er flere av informantene som har fleksitid for at de skal kunne tilpasse arbeidstidene. Denne friheten ses på som verdifull for å kunne komme tilbake til arbeidslivet (Tan & Shorey, 2022). Ordningen kan derimot ses på som uforutsigbar for arbeidsgiver. På den andre siden er det heller ikke alle typer arbeidsplasser som gir mulighet for en slik fleksibel løsning. Fadhlaoui et al. (2021) skriver at de også så forskjeller i hvor mye arbeidsgiver tilrettela, spesielt med tanke på fleksitid. Funnene viser at arbeidsgiveren blir sett på som en viktig rolle i deres tilbakekomst ettersom flere er avhengige av tilpassinger for å stå i arbeid. Videre ser vi at det derimot er variasjoner i hvor mye arbeidsgiver tilrettelegger, noe som har

innvirkning på om den enkelte mestrer det å komme tilbake til arbeid. Regjeringen ytrer i en stortingsmelding for 2022-2023 at de ønsker å styrke samarbeidet mellom helse- og arbeidssektoren for å kunne gi bedre tjenester til de personene som trenger innsats fra flere sektorer for å kunne komme i eller stå i arbeid (Meld. St. 15 (2022–2023)). Dette viser at det å komme tilbake til arbeidslivet har fått et økende fokus, og at det i fremtiden vil være et større fokus på å få personer med helseutfordringer tilbake til arbeidslivet. Denne studien viser at tidligere brystkreftpasienter trenger bedre oppfølging rundt livet etter kreften, også etter avsluttet behandling. Her spiller ergoterapeuten en viktig rolle på grunn av sin kjernekompetanse knyttet til person, aktivitet og omgivelser og hvordan dette samspillet kan bidra til deltakelse og inkludering. Likevel ser man i oversiktsartikkelen til Wallis et al. (2019) at ergoterapeutens rolle i kreftomsorgen anses som uklar. Samarbeidende faggrupper kjenner lite til bredden i ergoterapifaget utenfor hjelpemidler og boligtilpassning. Dette gjør at det kun er en liten andel kreftpasienter som blir henvist til ergoterapeuter i kommunen og sykehusene (Glesnes et al., 2022). Forskning viser at ergoterapi kan bidra til økt livskvalitet hos kreftpasienter (Pergolotti et al., 2016).

Informantene viser til en optimistisk plan om å ta tilbake hverdagen etter kreftbehandlingen, som gjorde at flere kjente på skuffelsen av å ikke strekke til. Dette kan også ses i kunnskapsoppsummeringen til Tan & Shorey (2022). Her kommer det frem at de ferdigbehandlede kreftpasientene trodde at alt skulle bli som før, noe som det ikke ble. Videre ser man fra et ergoterapeutisk perspektiv i studien til Hatton et al. (2021), at det er kontraster mellom forventningene til pasientene og hva som blir den faktiske realiteten. Funnene fra denne studien, samt oversiktsartikkelen til King et al (2023), viser at flere savner mer informasjon om livet etter kreften. Likevel kommer det motstridende utsagn fra vår studie der enkelte beskriver at de sliter med å høre på råd fra andre, og at de selv trenger å prøve og feile for at de skal lære. Dette kan handle om at personer i fase 3 i femtrinnsmodellen har en så tungtveiende tanke at de skal tilbake til der de var før kreftbehandlingen, at de ikke hører på det andre råder dem til (Brusletto et al., 2018).

I denne studie kommer det frem at det oppleves som om det ikke er en standard for hvilken informasjon man får som ferdigbehandlet kreftpasient. Livet etter kreften preges av uvitenhet, forvirring og uforutsette seneffekter (King et al., 2023). Informa-

sjonsbehovet som kommer frem i denne studien og tidligere forskning, underbygger nødvendigheten av en standardisert oppfølging av kreftpasienter, også i etterkant av behandlingen. I 2018 kom det et 3-års oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet om å utarbeide og implementere pakkeforløp hjem for kreftpasienter (Helsedirektoratet, 2022). Pakkeforløpet har som mål å «sikre forutsigbarhet og trygghet for pasientene og kvalitet i utredning, behandling og oppfølging, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgstjeneste» (Helsedirektoratet, 2022). Funnene viser behovet for et standardisert pakkeforløp som følger kreftpasientene lenger enn kun gjennom behandlingen av selve kreften på sykehuset. Studien viser behovet for hverdagsrettet oppfølging også etter behandlingen er avsluttet. Dette understreker nytten samfunnet kan ha av ergoterapeuter som følger opp pasientene etter behandlingsperioden på sykehuset. Med sin kjernekompetanse om tilrettelegging av hverdagsliv kunne ergoterapeuter i større grad bidratt til en bedre tilbakeføring til hverdagslivet for ferdigbehandlede kreftpasienter.

METODOLOGISKE BETRAKTNINGER

Det har vært en utfordring å rekruttere informanter, og måten dette har blitt gjort på kan være en begrensning av studien. Informantene har selv vist interesse for studien og tatt initiativ på egenhånd for å delta i studien. Dette tyder på at informantene er åpne og resurssterke og kan være et element som har vært med å forme studien, samt svekket overførbareheten av studien. I tillegg kan det ha påvirket resultatene at halvparten av informantene har deltatt på rehabilitering. Videre kan det ses på som en begrensning at syv av åtte informanter ble rekruttert gjennom Facebook-grupper. Videre kan man drøfte om metningen i studien er nådd. Grunnet utfordringer med rekruttering og tidsbegrensninger ble det gjennomført åtte intervju, noe som gjerne kunne vært høyere for å få en bedre metning i studien. Videre kan også egne forforståelser ha vært med på å forme studien i en bestemt retning.

Konklusjon

Funnene fra studien viser at tilbakekomsten til arbeidslivet ofte er et stort mål for brystkreftoverleverne, men at seneffekter som redusert kapasitet begrenser dem og preger prosessen negativt. Samtidig har funnene vist at åpenhet med arbeidsgiver, sosialisering med kollegaer, gleden av å arbeide og verdien av tilrettelegging i form av fleksitid og

hjemmekontor vektlegges som positivt for å mestre tilbakekomsten til arbeidslivet. Funnene fra studien er basert på bare åtte informanter med brystkreft, noe som gjør at man fullt ut ikke kan vise hvordan returen til arbeidslivet oppleves generelt hos kreftpasienter. Resultatene kan derimot være med å bidra til økt kunnskap og innsikt om tilbakekomst til arbeidslivet etter fullført brystkreftbehandling.

Informasjonen som kommer frem i studien kan være verdifull for ergoterapipraksis, spesielt innenfor arbeidsrettet rehabilitering. Funnene viser også behovet for hverdagsrettet oppfølging etter at behandlingen er avsluttet. Dette understreker nytten samfunnet kan ha av ergoterapeuter som følger opp pasientene også etter behandlingsperioden på sykehuset. For videre forskning kunne det vært interessant å se nærmere på arbeidsgivers perspektiv, og hva som ligger til grunn for at de velger å tilrettelegge/ikke tilrettelegge for at ferdigbehandlede brystkreftpasienter skal mestre det å komme tilbake til arbeidslivet igjen.

Referanseliste

- Aengun Anan, F., GunuAen, N., Ozkul, B. & Akturk, N. (2020). A Dimension in Recovery: Return to Working Life After Breast Cancer. *Cancer Nurs*, 43(6), E328-E334. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000757>
- Aguiar-Fernández, F., Rodríguez-Castro, Y., Botija, M. & Martínez-Román, R. (2021). Experiences of Female Breast Cancer Survivors Concerning Their Return to Work in Spain. *Behavioral sciences*, 11(10), 135. <https://doi.org/10.3390/bs1100135>
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2008). Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability & society*, 23(5), 511-523. <https://doi.org/10.1080/09687590802177072>
- Brusletto, B. (2019, 30.01.2019). *Tilfeldigheter når på veien tilbake til arbeidslivet etter kreft*. Forskning. <https://forskning.no/arbeid-helse-kreft/tilfeldigheter-rar-pa-veien-tilbake-til-arbeidslivet-etter-kreft/1287594>
- Brusletto, B., Torp, S., Ihlebæk, C. M. & Vinje, H. F. (2018). A five-phase process model describing the return to sustainable work of persons who survived cancer: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*, 34, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.03.003>
- Bærheim, A. L. (2018). Helsepersonell mangler kunnskap om seneffekter. *Sykepleien*, 106(72213).
- Fadhlaoui, A., Mrad, H., Vnette, B. & Bilodeau, K. (2021). The post-treatment return-to-work transition experience for breast cancer survivors under 50 years of age. *Canadian oncology nursing journal*, 31(4), 393-398. <https://doi.org/10.5737/23688076314393398>
- FHI. (2022, 10.06.22). *Alder i seg selv trenger ikke å være en byrde*. Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/nyheter/2022/alder-i-seg-selv-trenger-ikke-a-vare-en-byrde2/>
- Glesnes, A., Revheim, T., Morland, A.S., Haugen, D.F. & Taule, T. (2022). Ergoterapeutens rolle for voksne kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten. *Ergoterapeuten*. 65(4-2022)
- Hatton, R., Wallis, A., Chew, A., Stanley, M. & Smith, A. (2021). Return to work and cancer: Perspectives of occupational therapists. *Aust Occup Ther J*, 68(4), 298-307. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12727>
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonale plan for implementering (IS-3015)*. Helsedirektoratet https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjem-for-pasienter-med-kreft/om-pakkeforlopet/Nasjonale%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforlop%20hjem%20for%20kreftpasienter%202022-2023.pdf/_/attachment/inline/7f90f356-7149-4253-a5b3-3772fdde60fb:e-488138c9502ff9d7d4cfc4377c3ceb8fba298d2/Nasjonale%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforlop%20hjem%20for%20kreftpasienter%202022-2023.pdf
- Hess, S. L., Dahl, A. A. & Kiserud, C. E. (2018). *Seneffekter etter kreftbehandling*. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (72626), e-72626. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72626>
- Kreftforeningen. (2023, 11.08.23). *Fatigue (utmattelse)*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskaer-voksne/fatigue-utmattelse/>
- Kreftregisteret. (2019, 10.05.23). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- King, Stafford, Butow, Giunta & Laidsaar-Powell. (2023). Psychosocial experiences of breast cancer survivors: a meta-review. *J Cancer Surviv*. <https://doi.org/10.1007/s11764-023-01336-x>
- Kaae Kristensen, H., Schou, A. S. B. & Mærsk, J. L. (2017). *Nordisk aktivitetsvidenskab*. Munksgaard.
- Lande With, M. (2018, 29.08.18). *Arbeid og utdanning*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/arbeid-og-utdanning>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Meld. St. 15 (2022–2023). *Folkehelsemeldinga-Nasjonale strategier for utjamning av sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf>
- Oslo Economics. (2022). *Arbeid, helse og kreft – Nye behandlingsmetoder, økt mulighet for deltakelse i arbeidslivet og bedre helse* (OE-rapport 2022-81). Oslo Economics. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/11/Rapport-Arbeid-helse-og-kreft-1.pdf>
- Pergolotti, M., Williams, G. R., Campbell, C., Munoz, L. A., & Muss, H. B. (2016). Occupational therapy for adults with cancer: why it matters. *The oncologist*, 21(3), 314-319.
- Storebrann-Næss, E. (2021). Det er på jobben livet er normalt. *Kreftforeningen*. <https://kreftforeningen.no/aktuelt/det-er-pa-jobben-livet-er-normalt/>
- Tan, F. S. I. & Shorey, S. (2022). Experiences of women with breast cancer while working or returning to work: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Support Care Cancer*, 30(4), 2971-2982. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06615-w>
- Wallis, A., Meredith, P., & Stanley, M. (2020). Cancer care and occupational therapy: A scoping review. *Australian occupational therapy journal*, 67(2), 172-194.

Vår nye unike
innendørsrullator
nå på avtale



Delkontrakt 1
Vinner
Rullator innendørs
med smal bredde

■ Med **oppreisningshåndtak**

■ Smal og liten: for **enkel navigering**
og støtte på trange steder som for
eksempel badetrom

■ Svingradius **kun 78 cm**

■ **Høydejusterbar** uten verktøy

■ Lett å **folde sammen**

Mer informasjon:



TOPRO Hestia

Stilig, sammenleggbart og plassbesparende:
Vår rullator for uavhengighet og komfort hjemmet.

Forsker i farten



NAVN:
Jan Marius Gathen

STILLING:
Høgskolelektor
med Ph.d. ved
VID vitenskapelig
høgskole

Forsker på bruker- organisasjoner og brukermedvirkning

Av Else Merete Thyness

- Hvem er Jan Marius Gathen?

- Jeg er ergoterapeut og har tidligere jobbet med psykisk helse i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. I dag jobber jeg på bachelor- og masterutdanningen i sosialt arbeid ved VID i Oslo. Jeg er også tilknyttet ergoterapiutdanningen ved OsloMet. Foruten jobb har jeg en travel hverdag med barn på skole og i barnehage. Jeg forsøker også å få tid til løping, ski og andre aktiviteter innimellom slagene.

- Hva forsker du på?

- Jeg forsker på interesseorganisasjoner, også kalt brukerorganisasjoner, og brukermedvirkning. Jeg har hatt spesielt fokus på representasjon, strategier og betydningen av brukermedvirkning knyttet til interesseorganisasjoner for sårbare grupper. For tiden arbeider jeg med å ferdigstille et bokkapittel om hva som har betydning for brukermedvirkning gjennom disse organisasjonene. Jeg gleder meg også til at jeg denne våren skal i gang med et prosjekt om ungt utenforskap sammen andre på VID og flere eksterne partnere. I dette prosjektet skal vi se på tjenester som lykkes med å følge opp ungdom som har barnevernserfaring. I tillegg har jeg begynt å interessere meg for helsekompetanse knyttet til arbeidsrehabilitering, så det er nok å fordype seg i.

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

- Hva som en opplever som best, skifter vel kanskje litt med hva en er opptatt av og inne i akkurat når en blir spurt. En artikkel jeg husker godt og som jeg vil beskrive som veldig god, er skrevet av Jongsma et al. (2017) med tittelen «Epistemic injustice in dementia and autism patient organizations: An empirical analysis». Artikkelen inspirerte meg veldig i arbeidet med doktorgraden og belyser hvordan brukere med demens og autisme er representert gjennom interesseorganisasjoner. Jeg ble spesielt opptatt av distinksjonen mellom representasjon for og av personer med egenerfaring. I tillegg belyser forfatterne blant annet hvilke faktorer som påvirker hvem som blir ansett som legitim representant for en brukergruppe. De trekker blant annet frem at personer kan anses å være for mye eller for lite påvirket av sykdom eller funksjonshemming til å bli sett på som legitime representanter. Tematikken er viktig fordi vi ønsker at mangfoldet av stemmer skal representeres, og at brukere i større grad også skal delta direkte i tjenesteutvikling.

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

- Jeg tenker at det hadde vært bra med mer forskning på ergoterapi og psykisk helse, kanskje spesielt i kommunehelsetjenesten. Ergoterapeuter gjør en svært viktig jobb her, og jeg mener at dette området burde få større oppmerksomhet. Kunnskapen herfra vil også være viktig for ergoterapeuter som arbeider innenfor andre felt, siden alle har en psykisk helse. Vi vet også at funksjonsnedsettelse, funksjonstap og sykdom har påvirkning på den psykiske helsen og kan medføre ulike psykiske plager og lidelser. I tillegg er det jo mye søkelys på psykisk helse og press blant ungdom og studenter. Jeg tror derfor mange kan ha nytte av mer kunnskap om hvordan ergoterapeuter kan jobbe med psykisk helse.

Referanse

Jongsma, K., Spaeth, E., & Schicktanz, S. (2017). Epistemic injustice in dementia and autism patient organizations: An empirical analysis. *AJOB Empirical Bioethics*, 8(4), 221-233. <https://doi.org/10.1080/23294515.2017.1402833>

Permobil F3 er optimal til inne- og utebruk

med høy kvalitet og
moderne design.

Tettere på

med 30° fremover-tilt

Deltakelse på samme nivå

med 300 mm seteløft

Personlig stil

med 13 valgbare farger

F3 Corpus er tilgjengelig i NAV's
rammeavtale i både voksen- og
juniorkonfigurasjoner.

Vil du vite mer?

Kontakt oss på tlf. 67070400

eller besøk



permobil



Psykisk Helsearbeid

– Medborgerskap, menneskerettigheter og økologi

Når menneskerettigheter blir nevnt i relasjon til psykisk helsearbeid, blir vi som arbeider i feltet ofte usikre og vet ikke helt hva det innebærer. Hva betyr det at vi skal arbeide i tråd med menneskerettighetene? Bengt Karlsson og Marit Borgs nye bok forsøker å svare på akkurat dette.

Av Vegard Eide Dall



Vegard Eide Dall er spesialergoterapeut i Trondheim kommune, grunnlegger av Recoverybloggen og behandler hos Trondheim Psykologsenter.



Bengt Karlsson er professor i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge. Han har erfaring med psykisk helsearbeid tilrettelagt for barn, unge og voksne og utdanning og forskning innen psykisk helse og Recovery.



Marit Borg er professor emirata i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge. Hun har arbeidet med forskning og utdanning innen psykisk helse, samarbeidsbasert forskning, Recovery og lokalbasert psykisk helsearbeid.

Når det er snakk om menneskerettigheter, er det fort gjort å tenke på krig og hungersnød, og at sånne hendelser heldigvis ikke ofte rammer oss i Norge. Når det gjelder medborgerskap vet man kanskje ikke helt hva man skal tenke. Det er ikke noe det snakkes mye om hvis man ikke er forsker eller helt spesielt interessert. Og økologi, er ikke det når man dyrker gulrøtter uten sprøytemidler?

Nå er nok jeg en av de helt spesielt interesserte som har forsøkt å ha et menneskerettighetsfokus i arbeidet mitt i kommunalt psykisk helsearbeid, og som har prøvd å forstå hva medborgerskap dreier seg om og hvordan man kan omsette dette i praksis. Men økologi? Nei, jeg kjøper de billigste gulrøttene, og jeg er ikke akkurat den som trækker ned bymarka i helgene.

Bengt Karlsson og Marit Borg forklarer i denne boken begrepene medborgerskap, menneskerettigheter og økologi på en forståelig måte. De kommer med eksempler som både forklarer betydningen av begrepene, og de viser til konkrete praksisek-

sempler. De foreslår hva som bør gjøres og endres på ulike nivåer. Hva må skje på politisk nivå, og hva kan den enkelte psykisk helsearbeider gjøre?

Forfatterne definerer økologi på følgende måte: «Økologi innebærer at alle organismer lever i et miljø som påvirkes av levende og ikke-levende faktorer». Vi mennesker eksisterer altså i en kontekst. Vi lever i relasjon til alt som er rundt oss.

Klimakrisen er stadig mer relevant for oss som arbeider innenfor psykisk helsefeltet. Dette er en krise som rammer oss alle. Andre steder i verden er mennesker på flukt fra ødeleggelse og raserte livsgrunnlag som skyldes menneskeskapte klimaendringer. Her i Norge opplever mange sterke følelser knyttet til dette. Det fører til opprør og aktivisme for å gjøre nødvendige endringer før det er for sent, og til angst og håpløshet når man stadig ser mer dramatiske resultater av klimaendringene. Det å ikke vite hvor verden er på vei, eller å ha en stadig sterkere synkende følelse av at verden er i ferd med å gå under, er åpenbart viktig for

hvordan vi har det inni oss, og i relasjoner til andre rundt oss og til samfunnet og verden.

Norge har gjentatte ganger fått kritikk for brudd på menneskerettighetene innenfor psykisk helsevern. Det er ikke bare tvangsbruken på lukket avdeling på psykiatriske sykehus som er relevant i denne sammenhengen. I boken gis det eksempler på brudd på menneskerettigheter som når en rusavhengig person blir tildelt bolig i en container i skogen eller en pasient i psykisk helsevern får beskjed om at hen ikke er mulig å hjelpe. Hvordan kan man føle seg som en del av sitt lokalmiljø når man bor i en container langt fra folk, og hvordan skal du oppleve medborgerskap når du blir avskrevet av de som skal hjelpe deg? Og er det ikke et brudd på menneskerettighetene når vi lar ett av ti norske barn vokse opp i fattigdom?

EN BOK Å BLI KLOK AV

Disse tre begrepene er langt fra det eneste som gjennomgås i boken. Personlig ble jeg klokere både når det gjelder recovery, fattigdom i Norge, språklige praksiser i psykisk helsearbeid, klimaangst og økosorg, for å nevne noen få punkter. Jeg har alltid tenkt at språket vi bruker, både overfor brukere og pasienter og mellom fagpersoner, er viktig. Men det har ikke slått meg i hvilken grad det kan påvirke andre mennesker. Som forfatterne skriver i kapittel fire: «Ord og uttrykk kan bidra til å holde mennesker fast eller frigjøre dem fra andres og egne forståelser». Bruker vi et språk som bidrar til å holde de vi skal hjelpe fast i en rolle som «syk», eller bidrar språket vårt til å bygge opp under en positiv selvforståelse hos personen det gjelder? Her vises det blant annet til *Recoveryorientert*

Språkguide fra 2022, som er fritt tilgjengelig på nettet.

Forfatterne inkluderer stadig konkrete punkter og anbefalinger med tanke på hva som kan og bør gjøres. De anbefaler en rekke konkrete metoder og verktøy, samt e-læringsressurser og nettsteder for videre lesning. Spesielt interessant er e-læringsprogrammet *QualityRights* som er utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO), og helt gratis. Dette er en ressurs mange ikke kjenner til.

Det er interessant lesning når forfatterne viser til sentrale politiske føringer, både norske og internasjonale. Her forklarer de betydningen av dokumentene de omtaler, de viser til de punktene som er sentrale i sammenheng med bokens tema og diskuterer hvordan planer og veiledere har blitt, eller ikke blitt, fulgt opp. Selv kjente jeg for eksempel ikke til at *Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006)* hadde en svært helhetlig tanke om hvordan helsetjenestene bør se på en person med psykiske helsevansker.

Gjennom de ulike kapitlene blir leserne med på en historisk reise i psykisk helsefeltet. Vi sitter igjen med en tydeligere forståelse av hva psykisk helse kan defineres som, og hvilke faktorer som påvirker den. Forfatterne slår et slag for et helhetlig syn på psykisk helse og psykiske helsevansker, hvor vanskene ikke stammer fra biologiske eller genetiske forhold som kan fanges opp av en blodprøve, men hvor hele personens liv spiller inn på hvordan de har det.

ET BEDRE STED

Jeg vil si at Bengt Karlsson og Marit Borg med denne boken har åpnet øynene mine for flere forhold. De forklarer på en forståelig måte at økologi er mer enn



Forfattere: Bengt Karlsson og Marit Borg
Forlag: Fagbokforlaget, Vigmostad & Bjørke
ISBN: 9788245043730
Utgitt: 2024
Utgave: 1
Sider: 187

bare gulrøtter, hvorfor det er noe som angår oss alle og hvordan det påvirker vår psykiske helse. Etter å ha lest boken sitter jeg igjen med en forståelse av hva økologi og medborgerskap er, og betydningen av begge deler for psykisk helsearbeid. Det har blitt tydelig for meg hvordan menneskerettigheter og psykisk helsearbeid henger sammen. Det er viktig at hver enkelt av oss som driver med psykisk helsearbeid gjør vårt beste for å praktisere en vennligsinnet og medmenneskelig språkbruk, at vi er bevisste på hvordan vi som enkeltpersoner og system kan bidra til personers forståelse av seg selv og at vi legger menneskerettigheter og tanken om medborgerskap og tilhørighet til grunn for jobben vi gjør. Like viktig er det at vi tør å varsle om urett når vi ser den, og at vi forsøker å gjøre verden til et bedre sted å være for alle!



Kristin Halvorsen og Ragnhild Lied på Unios klimakonferanse 2024.
Foto: Hedvig Bjørqum/Unio.

Unios klimakonferanse

11. april inviterte Unio til klimakonferanse. Hensikten var å få mer kunnskap om klima- og bærekraftspolitikk og hvilken rolle offentlig sektor og partene i arbeidslivet bør ta i det grønne skiftet.

Av Else Merete Thyness



Erik Aasheim ledet konferansen.

Møteleder Erik Aasheim startet med å fortelle at timingen for Unios konferanse ikke kunne vært bedre.

– I går fikk klima- og miljøminister Andreas Bjelland Eriksen overlevert rapporten *Klimatiltak i Norge – kunnskapsgrunnlag 2024* fra Miljødirektoratet. Som direktør Ellen Hambro sa det: «Vi har en sykt stor omstilling foran oss, og det må speedes veldig opp hvis vi skal ha en sjans i havet.»

OFFENTLIG SEKTOR SPILLER EN VIKTIG ROLLE

Unios leder Ragnhild Lied ønsket deretter alle velkommen.

– Målet med denne konferansen er å vi skal få mer kunnskap

om klima- og bærekraftspolitikken, hvilke drivere og målsettinger som finnes på området og hvilken rolle politikere, forskere og partene i arbeidslivet skal ha, sa hun.

Lied pekte på at Unio er engasjert i klima og bærekraft.

– Offentlig sektor spiller en viktig rolle i en grønnere omstilling, derfor har Unio lenge hatt bærekraftskrav med i våre innspill til statsbudsjettet. Vi er opptatt av en grønn og rettferdig klimapolitikk, og at overgangen til lavutslippssamfunnet ikke skal skape større forskjeller.

HVA SKJER I EU?

Alf Ole Ask, journalist og Brüssel-

«Når arbeidsgiverne, arbeidstakerne og myndighetene sammen finner løsninger, står de seg over tid»

Andreas Bjelland Eriksen

korrespondent, satte tilhørerne inn i EUs klimapolitikk.

- Da EU startet sin *Green Deal* i 2019, ble klimapolitikk integrert i absolutt alle ulike samfunnsområder. Norge ligger håpløst langt etter, sa han

Han fortalte at med krigen i Ukraina ble det iverksatt en rekke krisetiltak, som igjen førte til økt pris på olje og gass.

- Da kunne man frykte at EU ville slakke av på klimakravene, men i stedet ble de strammet til. Klimapolitikken og energipolitikken blir nå sett på som en del av i EUs sikkerhetspolitikk.

KLIMAUTVALGET 2050

Klimautvalget 2050 utredet hvilke veivalg Norge må ta for å bli et lavutslippsland innen 2050. Kristin Halvorsen, direktør for Cicero, satt i utvalget.

- Vi vet at vi skal erstatte fossil energi med fornybar energi, og vi har den teknologien vi trenger. Det er heller ikke mangel på penger. De største utfordringene er politisk lederskap og oppslutning fra folk, sa hun.

Halvorsen pekte på at vi står overfor utfordringer som å redusere utslipp og ta bedre vare på arealene våre. Jordsmonnet på våre breddegrader er viktig både når det gjelder naturmangfold og karbonlagring.

- Vi må foreta prioriteringer, og dette må politikerne invitere folk med på, sa hun.

GRØNN BOK

Klima- og miljøminister Andreas Bjelland Eriksen fortalte

om regjeringens *Grønn bok*, en plan for omstilling som revideres årlig.

- Hittil har Norge løst mange av klimamålene ved å kjøpe klimakvoter i andre land. Det har vært en deilig måte å omstille oss på, uten å egentlig gjøre det. I *Grønn bok* planlegger vi å øke omstillingstakten betydelig i løpet av noen få år.

Statsråden kom også inn på rettferdig omstilling.

- Rettferdig omstilling handler om at kostnadene og konsekvensene av tiltakene må være rettferdig fordelt, og det samme må mulighetene.

Han pekte på at hittil har de rike fått mest støtte til å gjennomføre energieffektiviseringstiltak.

- For eksempel ga Oslo kommune 5000 kroner i støtte til å kjøpe el-sykel dersom du selv betalte 80 prosent. De fleste som søkte om pengene hadde egentlig råd til å kjøpe hele sykkelen, mens folk med dårligere økonomi ikke kunne nyttiggjøre seg ordningen.

Han refererte også til betydningen av trepartssamarbeidet.

- Når arbeidsgiverne, arbeidstakerne og myndighetene sammen finner løsninger, står de seg over tid.

LANGT FREMME I SKOENE

Også næringsminister Jan Christian Vestre fant veien til Unios klimakonferanse.

- Jeg opplever Unio som langt fremme i skoene i klimapolitikken. Dere er utålmodige pådrivere og bruker trepartssamarbeidet godt. Det vil jeg takke dere for, sa han.



Brüsselkorrespondent Alf Ole Ask fortalte om EUs klimaarbeid. Foto: Hedvig Bjørgum/Unio.



Unio-leder Ragnhild Lied og klima- og miljøminister Andreas Bjelland Eriksen.

Foto: Hedvig Bjørgum/Unio.



Næringsminister Jan Christian Vestre takket fagbevegelsen for å være en pådriver i klimaarbeidet. Foto: Hedvig Bjørgum/Unio.

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

Nettkurs - Ergoterapi til barn og unge



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

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

Modul 1: Samfunnets utfordringer og ergoterapeuters kompetanse.

Modul 2: Kartlegging og målsetting.

Modul 3: Intervensjon og evaluering.

Modul 4: Utvikling av ergoterapitjenesten.

Målgruppe: Medlemmer av Ergoterapeutene

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Nettkurs med digitale/fysiske nettverksgrupper

Påmelding: Kontinuerlig via Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org,

Kurset er gratis!



Ergoterapeutens produktregister – nå kun på nett

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

[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.](#)

Behandling/trening

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

Personlig stell og klær

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

Forflytning

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

- 1836 - Oppbevaringsmøbler

- K 1 - Kontor-/institusjonsmøbler

Kommunikasjon/informasjon/varsling

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

Transportering (flytting, løfting)

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

Hjelpemidler for barn

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

”En stor fordel med Eloflex er at den lett kan tas med i bilen.”

Synnøve -
Eloflex-bruker



ELOFLEX

En ny generasjon elektriske rullestoler

- Liten, lett og sammenleggbar
- Enkel å ha med på reise
- Gir friheten tilbake



INTERESSERT?

Skann for å lese mer



BANO LIFE
post@banolife.com | tlf. 64 91 80 60