

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



– En fantastisk arbeidsplass! 6

Sertifisert håndterapeut **12** Gruppebasert kognitiv stimuleringsterapi (KST) til personer med demens – en aktivitetsbasert tilnærming **18** En undersøkelse av forskningserfaring og prioriteringer blant ergoterapeuter i Norge **26** Vil inn på Stortinget **46**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness
Mobil 95 73 93 13
emt@ergoterapeutene.org

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

Annonser
Erik Sigurdsson
Mobil 90 03 09 43
erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse
Nr. 5 – 1. okt. / 31. okt.
Nr. 6 – 2. des. / 31. des.
Nr. 1 – 3. feb. / 28. feb.

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

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



10



14



46

REPORTASJE

- 6 En fantastisk arbeidsplass!**
Av Jartrud Høstmælingen
- 10 Tegninger fra arbeidshverdagen**
Av Else Merete Thyness

MIN ARBEIDSHVERDAG

- 12 Sertifisert håndterapeut**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 14 Plasstillitsvalgt på Øya helsehus**
Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

- 16 Flere får vannskader på kjøkkenet**
Av Roar Hagen
- 17 Lovendring om arbeidsavtale**
Av Kamilla Lemb Herbjørnsen

FAGLIG

- 18 Gruppebasert kognitiv stimuleringsterapi (KST) til personer med demens – en aktivitetsbasert tilnærming**
Av Rita Weum og Torhild Holthe

VITENSKAP

- 26 En undersøkelse av forskningserfaring og prioriteringer blant ergoterapeuter i Norge**
Av Liv Elisabeth Hinderaker, Tina Taule, Inger Hellem, Irmelin Smith Eide, Kristin Gjelvik, Ingvild Kjekken, Bianca Rolfsnes-Flock og Merethe Hustoft
- 38 Forsker i farten: Ida Goplen Gulliksen**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 40 Presseklipp**
Av Else Merete Thyness
- 42 Nye og nyttige hjelpemidler**

DEBATT

- 44 Mulig nedlegging av studieplasser i ergoterapi ved NTNU Gjøvik**
Av Linda Stigen og Guri Einbu

PÅ DE SISTE SIDENE

- 46 Vil inn på Stortinget**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 48 Kursannonser**
- 51 Produktregister**

Da kan vi brette opp ermene igjen

Høsten kommer alltid som en gledelig overraskelse etter late og varme sommerdager. Luften blir klarere, de gode rutinene setter seg igjen og på mange måter føles den som en ny start.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

I Ergoterapeutens redaksjon ønsker vi å utnytte høstens momentum og introduserer en ny spalte. I stedet for «Ny arena», vil vi heretter presentere forskjellige ergoterapeuter gjennom spalten «Min arbeidshverdag». Her spør vi blant annet om arbeidsoppgaver, samarbeidspartnere og ikke minst: *Hvordan forklarer du ergoterapi til andre?*

Ellers har vi flere innlegg som viser en ergoterapeuts arbeidshverdag. I reportasjen «En fantastisk arbeidsplass» møter vi Monica Holten-Andersen som jobber på Meierigården i Lillehammer. Her tar de imot personer med demens og deres pårørende. Av tilbud kan nevnes måltidsprosjekter og snekkerverksted, men du kan også bare komme innom, drikke en kopp te og treffe andre. Målsettingen er at folk skal bo hjemme så lenge som mulig – med god livskvalitet.

Også fagartikkelen om kognitiv stimuleringsterapi (KST) av Rita Weum og Torhild Holthe

beskriver et behandlingstilbud til mennesker med demens. KST er et gruppebasert tilbud med aktiviteter som skal stimulere til språklige og praktiske ferdigheter, oppmuntre til nye tanker og fremme trivsel.

Den vitenskapelige artikkelen er et resultat av en spørreundersøkelse gjennomført på ergoterapikongressen i Stavanger. Målet var å undersøke forskningserfaringer og prioriteringer blant norske ergoterapeuter. Studien viser blant annet at kjernesporsmål i ergoterapeuters forskning er utvikling og evaluering av ulike intervensjoner og effekten av ergoterapi.

Vi introduserer også litt humor. Tina Sofie Gover er både ergoterapeut og tegner. I de kommende månedene vil vi trykke minst en av hennes tegninger. «Inspirasjon til tegningene finner jeg i morsomme situasjoner som oppstår i arbeidshverdagen», sier hun selv.

Og med det ønsker jeg dere velkommen tilbake til hverdagen.

Er du klar for oppgavedeling?

Helse- og velferdstjenestene er under hardt press, og belastningen vil fortsette å øke i takt med den demografiske utviklingen. Vi har lenge kommunisert at ergoterapeuters kompetanse er en viktig del av løsningene for mer bærekraftige tjenester, men er vi også beredt til å være en del av nye måter å fordele og prioritere oppgaver på?



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

De siste årene har det blitt mer og mer snakk om oppgaveglidning og oppgavedeling. Selv om det legges litt ulik betydning i de ulike begrepene, dreier det seg om at oppgavene skal fordeles på en måte som bidrar til smartest mulig bruk av kompetanse. Den helt ferske perspektivmeldingen gav oss nok en bekreftelse på at helsepersonell blir en mangelvare i tiårene som kommer.

Som forbund og profesjon skal vi fortsette å synliggjøre at ergoterapeuter bidrar til bærekraften i helse- og velferdstjenestene gjennom å fremme samfunnsdeltakelse og dempe behovet for sykehusinnleggelse, pleie og institusjonsplasser. Samfunnsoppdraget vårt er å skape mestring og deltakelse og gjøre hverdagslivet mulig. Det er til det beste for innbyggerne, og det lønner seg for samfunnet. Men er vi beredt til å gå oss selv etter i sømmene og se om oppgaver kan løses på nye måter?

Dette spørsmålet tror jeg alle profesjoner og faggrupper i helsesektoren vil bli utfordret med. Helsepersonellkommissjonen har sagt at vi må slutte å gjøre det vi ikke vet har effekt, og at det ikke kan bli flere fagpersoner per pasient. Vi kan ikke forvente at vi skal kunne fortsette akkurat som før. Det trengs definitivt flere ergoterapiressurser for at tjenestene skal bli bærekraftige, men også vi blir nødt til å prioritere hardere enn i dag og utvikle profesjonsutøvelsen.

Jeg mener det er klokt å være tidlig ute med disse faglige diskusjonene. Har du oppgaver i din arbeidshverdag som kan gjøres av andre, gjøres på nye, smartere måter eller kuttes ut? Disse samtalene bør vi starte nå, og jeg mener de må tas på hver enkelt arbeidsplass.

Kunnskap og forskning er avgjørende når vi skal prioritere oppgaver og utvikle yrkesrollen i et samfunn i rask endring, og

jeg er utrolig glad for all god kunnskapsutvikling som foregår innenfor ergoterapifaget. Studier som gir oss kunnskap om nye måter å gi tjenester på, effekt og kost-nytte, vil gjøre det enklere å prioritere og fordele oppgaver på en smartere måte. Jeg heier på alle som bidrar til ny kunnskap.

Mer og tettere tverrfaglig samarbeid er også en viktig del av løsningene fremover. Som profesjoner er vi aller best når vi utfyller hverandre med ulike kjernekompetanse og spesialistkompetanse. At oppgavedeling blir en hetere og hetere potet betyr ikke at faglighet skal kastes på bålet. Profesjonsspesifikk kompetanse må tvert imot verdsettes enda bedre enn før. Vi må stå støtt i hva som er vår ekspertise, hvordan kompetansen vår best brukes og hva vi ikke har kompetanse til å gjøre. Innbyggerne må være sikret rett kompetanse til rett tid.

- EN FANTASTISK ARBEIDSPASS!

Ergoterapeut Monica Holten-Andersen stortrives i et tverrfaglig team på ti, på Meierigården i Lillehammer. Stedet er et åpent møte-, være- og lærested for alle som direkte eller indirekte berøres av demenssykdom, og et kompetansesenter for resten av kommunen.

Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen



Meierigården ligger i Wieses gate på Lillehammer, bare et steinkast fra gågata, og er åpent for alle som er interessert å bidra til et mer demensvennlig samfunn.



- Vi er et høykompetent lavterskeltilbud, sier ergoterapeut Monica Holten-Andersen og ønsker velkommen til Meierigården.

Monica Holten-Andersen synes det er givende å få jobbe med demens.

- Det er et fagfelt jeg har stor respekt for. Det er en svært viktig målgruppe og et veldig meningsfylt arbeidsområde. Det er mye fagkunnskap om hvordan personer med demens og deres nærmeste best kan ivaretas gjennom de ulike fasene, og det er mange aspekter å ta hensyn til, forklarer Monica Holten-Andersen.

Monica har alltid visst at hun ville jobbe med mennesker og det kreative, og etter litt nøling ble det ergoterapistudier ved Københavns universitet. Det har hun ikke angret på. Hun ble uteksaminert i 2005, samme år som eldstemann Aslak ble født. Ikke lenge etter bar det til Lillehammer, hvor ektemannen hadde fått jobb ved sykehuset.

Etter å ha jobbet noen år på Lillehammer rehabiliteringssenter, begynte hun i Hukommelsestemet, som er en del av ergoterapeuttjenesten i Lillehammer kommune. For seks år siden gikk hun over til sin nåværende stilling

i Miljøbehandlingsteamet ved Meierigården, et møtested for personer med demens og deres nære. Her tilhører hun tjenestområdet Aktiv Aldring.

HUSKOORDINATOR

Nå arbeider hun først og fremst som huskoordinator i Meierigården, samt at hun jobber mye opp mot bo- og servicesentrene i kommunen. Der har hun mest fokus på økning av aktivitet og tilbud, samtidig som det siktes inn mot en sammensetning av friske og syke.

- Dette er et prosjekt som vil komme hele bydelen til nytte, og ikke bare de som bor der. Jo flere aktive eldre vi får, jo bedre, sier hun.

I rollen som huskoordinator skal Monica få huset til å fungere i det daglige. Hun har overblikk over den daglige driften og koordinerer blant annet de frivillige og de andre som er i miljøet.

NYBROTTSARBEID

Hun forteller at Meierigården bedriver nybrottsarbeid. De



- Det er faste aktiviteter mandag til fredag kl. 12.00, med sang og musikk, enkel trening og foredrag. Det er ingen påmelding og alle er like velkomne, sier Monica Holten-Andersen. Frivillige i bakgrunnen av bildet sørger for enkel servering.

spiller på mange strenger og har varierte og mange tilbud. De tilbyr blant annet opplæring i fagfeltet demens til andre yrkesgrupper, som sykepleiere, og de når bredt ut. De fanger også opp folk i målgruppen, uansett alder, lenge før de blir diagnostisert, og følger dem hele veien gjennom ulike støttetiltak og aktivitetstilbud, ofte i samarbeid med andre yrkesgrupper i kommunen. Det dreier seg om alt fra konserter hjemme hos folk som kanskje har gitt litt opp, for å få dem på beina igjen, til arbeidsgrupper på Maihaugen og idrettsplassen for

de som kan og gjerne vil utføre en jobb.

- Og så tilbyr vi opplæring av hele servicebransjen i byen om hva demens er og hvordan best yte service til en person med demens, sier hun.

ET LAVTERSKELTILBUD

Lavterskeltilbudet innebærer at folk kommer og går som de vil, da tilbudet ikke er vedtaksbasert. Det legges vekt på å ha en mest mulig blandet sammensetning, slik at det ikke er en ensartet gruppe som trekker hverandre ned, men at tilstedeværelsen av



De to stuene i første etasje er adskilt med en glassvegg. I den ene foregår diverse aktiviteter, som allsang og foredrag, i den andre er det rolige omgivelser for samtale, avislesing og lett servering, forklarer Monica.



- Det er viktig å ha tid i en jobb som dette. Det er en gave at jeg kan dedikere meg til en person og noen oppgaver over tid, som når vi setter inn «ytelseskicket», sier Monica. Her er hun i det avskjermede samtalerommet i Meierigården.



Meierigården ligger i kulturkvartalet i Lillehammer, og vegg i vegg er biblioteket, som de også samarbeider med, forteller Monica. Biblioteket ses bak vinduet. Til høyre ses en fargerik taktil sansepute for personer med demens, som er blant hjelpemidlene i Meierigården.

de friskere personene heller bidrar til å gi et løft til de svakeste.

- De som kommer, trenger ikke ha demens, selv om mange av dem faller inn under risikotrekanten ensomhet/ernæring/fallrisiko for å utvikle demens. Det skal være godt å være her, enten man vil sitte i den delen av stua hvor det foregår en aktivitet, eller den andre delen, kun skilt med en glassvegg, der det bare er å sitte ned og slappe av, sier hun.

GØY OG FAGLIG UTVIKLENDE

I teamet på Meierigården er det, foruten Monica Holten-Andersen, musikkterapeut, sykepleier, musiker, vernepleier, møbelsnekker, musiker, barnehagelærer og helsefagarbeider.

- Det er rett og slett gøy å være ergoterapeut i team med så stor bredde blant kollegaene, og jeg synes jeg får brukt min kompetanse til fulle. Vi arbeider forebyggende og oppfølgende både på person-, gruppe- og samfunnsnivå. Vi er flinke til å komme i gang og like flinke til å slutte med ting. Vår største frykt er å stagnere, forklarer hun.

Det er åpne dører i Meierigården, og et tilsvarende lavterskeltilbud er det få andre kommuner som har, forteller hun. Sammen med den enkelte, deres pårørende og nære nettverk utvikler Miljøbehandlingsteamet dagaktivitetstilbud for personene i målgruppen, helst så tidlig som mulig i sykdomsutviklingen. Det kan være

«Vi er et høykompetent lavterskeltilbud»

Monica Holten-Andersen

bilturer, måltidsprosjekter, snekkerverksted og lignende. Underveis i prosessen tar de kontakt ut mot enkeltpersoner, nærmeste familie, øvrige familie og venner, helsepersonell og øvrige interne og eksterne samarbeidspartnere som lag og foreninger.

YTELSESKICK

Noen ganger setter de inn det de kaller et «ytelseskick». Da går de inn med en større innsats, som kan vare fra et par uker til noen måneder. Det skjer som regel etter at de har vært på noen hjemmebesøk og får mistanke om for eksempel et veldig ensidig kosthold eller fallrisiko, at vedkommende ikke får handlet i butikken eller tatt medisiner sine eller mangler et nettverk. I starten går de tett på og roer etter hvert ned til en eller to ganger per uke, noen ganger hele dager.

– Jeg bidrar da som ergoterapeut med en vurdering av behov

for hjelpemidler eller velferdsteknologi, samt at jeg vurderer samspillet mellom personen, omgivelsene og aktivitetsnivået. Dersom vi ser at vedkommende helt mangler initiativ og ikke har noen meningsfulle aktiviteter, kan vi for eksempel bygge opp nettverket til vedkommende, og få inn musikkstudenter som kommer hjem og spiller og synger. Vi har mye kontakt med bo- og servicesentrene og prøver å få trygget innbyggere inn på det nærmeste senteret der vi ser et behov, forteller hun.

SKAL BLOMSTRE

Målet er at folk skal bo hjemme lengst mulig, men ikke på bekostning av veldig dårlig livskvalitet.

– Vi skal få dem til å blomstre, ikke ved å gjøre noe for dem det gjelder, men sammen med dem. Ergoterapeuter er jo flinke til å jobbe med hendene på ryggen og samtidig være støttende, sier Monica Holten-Andersen med et smil.



– Jeg har vært heldig! Dette er en fantastisk arbeidsplass, bedyrer Monica (til høyre), og understreker spesielt et veldig godt kollegialt samarbeid på tvers av yrkesgrupper.

Fra venstre: Musikkordinator Karin Aaen, deltakerkoordinator Anne Kine Rønning, frivilligkoordinator Nora Kolaas Stavri Munthe, avdeingsleder Øyvind Granaasen Fougner og musikkordinator Jakob Lund Paulsen.

OM MEIERIGÅRDEN

Meierigården har åpent fra kl. 11.30 til 14.30 alle hverdager, med mulighet for å kjøpe seg en kopp med varm drikke, lese aviser og ha sosialt samvær med andre. Det er faste aktiviteter mandag til fredag kl. 12.00, innenfor sang og musikk, enkel trening og foredrag. Det er ingen påmelding, og alle er like velkomne!

Meierigården i Lillehammer baserer seg på undervisningsopplegget «Demensvennlig samfunn» fra Aldring og Helse. (aldringoghelse.no)

Mer info om Meierigården og Aktiv omsorg her:
lillehammer.kommune.no/helse-og-velferd/helsetilbud/demensomsorg/dagaktivitetstilbud/#aktiviteter-paa-meierigaarden

Mer info om Miljøbehandlingsteamet her:
lillehammer.kommune.no/helse-og-velferd/helsetilbud/demensomsorg/miljobehandlingsteamet/

Tegninger fra arbeidshverdagen

**Tina Sofie Gover er ergoterapeut og tegner.
- Inspirasjonen til tegningene mine finner jeg på jobben og i samtaler med kolleger og venner, sier hun.**

Av Else Merete Thyness



Tina Sofie Gover er veldig fornøyd med jobben som gir henne mulighet til å kombinere arbeidet som ergoterapeut og det å kunne tegne.

Tina Sofie Gover var ferdig utdannet ergoterapeut i 2017. Etter studiet jobbet hun i fem år på UNN, Universitetssykehuset Nord-Norge, først på terapeutavdelingen og deretter på rehabiliteringsavdelingen. Så tok livet en ny vending. Hun fikk barn, og da fødselspermisjonen var over, ønsket hun seg en jobb som gjorde det enklere å kombinere arbeid og familieliv.

- Jeg har en svigersøster som anbefalte meg å jobbe nattevakt, så jeg søkte og fikk en stilling som 70 prosent nattevakt ved UNN Åsgård, sikkerhetspsykiatrisk seksjon, forteller hun.

Her kan hun kombinere ergoterapi og tegning.

- Jeg kommer fra en kreativ familie, og jeg har tegnet og malt siden jeg var liten. Nå kan jeg sette meg ned med tegnesakene mine når det er rolig på avdelingen, sier hun.

INSPIRASJON TIL TEGNINGENE

Tina henter inspirasjonen til tegningene fra morsomme situasjoner som oppstår i arbeidshverdagen. Noen har hun opplevd selv. Det kan være hendelser fra tidligere jobber, eller episoder som oppstår når hun tar ekstravakter på dagtid.

- Det betyr mye å ha humor i livet, og det skjer mye komisk på en arbeidsplass som jeg prøver å få frem, sier hun.

Hun får også ideer fra venner og kolleger.

- Jeg diskuterer ideene mine med andre, og da viser det seg at mange kan fortelle om morsomme hendelser.

Hun viser til tegningen med rullestolen som var for liten.

Det har både jeg og en kollega opplevd. Alt jeg tegner har faktisk skjedd.

men det e ikke sånn
man bruke leggprotesa



Tina Sofie Gyver
basert på Idas erfaring

Når pasienten finner ut at protesen fungerer best som en blomsterpote.



Tina Sofie Gyver
basert på både egen og kollegas erfaring

Det er ikke alltid rullestolen passer, selv om man har tatt riktige mål.

**NAVN**

Thomas Guldvik

STILLING

Ergoterapeut

HVOR

Sykehuset Namsos

Sertifisert håndterapeut

Av Else Merete Thyness

- Hva jobber du som?

- Jeg arbeider som ergoterapeut og seksjonsleder, fordelt cirka 50/50.

- Hvor arbeider du?

- Jeg jobber på Avdeling for fysio- og ergoterapi ved Sykehuset Namsos, som er et lokalsykehus for 40 000 innbyggere i nordre del av Nord-Trøndelag. Sykehuset har funksjoner innenfor de fleste felt med for eksempel akuttmottak, medisinske og kirurgiske klinikker og psykiatri.

På Fysio- og ergoterapiavdelingen er hovedoppgaven vår å undersøke, vurdere og eventuelt igangsette behandling, før pasientene skrives ut til videre oppfølging i sin hjemkommune.

- Hva er de viktigste arbeidsoppgavene dine?

- Fysio- og ergoterapiavdelingen jobber opp mot somatiske avdelinger som Nevrologisk avdeling sengepost, Ortopedisk poliklinikk, Slagenheten, Geriatrisk sengepost og Geriatrisk poliklinikk. Vi har også noen få pasienter på Hjersteovervåkning og Intensiven.

- Mine viktigste oppgaver er håndterapi, det vil si at jeg jobber med håndrehabilitering, ortose-tilpasning, opptrening, funksjonsvurdering og veiledning. Jeg er en av få sertifiserte håndterapeuter i Norge.

Pasientene kommer til vår avdeling av ulike årsaker. De fleste er traumepasienter, men jeg har også noen artrosepasienter, noen pasienter med revmatoid artritt og noen som har behov for spastisitetstiltak.

Som seksjonsleder er jeg ansvarlig for seksjonens drift, det vil si at jeg jobber med budsjett og har fag- og personalansvar for til sammen 13 fysio- og ergoterapeuter. For øvrig er vi to seksjoner i avdelingen fordelt på to Sykehus (Namsos og Levanger). Noen av arbeidsoppgavene er også å samkjøre seksjonene med tanke på prosedyrer, rutiner og kvalitetsarbeid i samarbeid med kvalitetsrådgiver og avdelingsleder i avdelingen.

- Hvilke metoder for kartlegging bruker du mest?

- Innen håndterapi er det mest konkrete vurderinger basert på operasjonsbeskrivelser og vurdering av grep og funksjon ut fra skadeomfang og anatomi.

Når jeg kartlegger, bruker jeg for eksempel Jamar dynamometer for å kontrollere og vurdere grepstyrke og håndfunksjon og Jamar pinch gauge for å vurdere fingerstyrke.

Hvis det dreier seg om spastisitet brukes modifisert Asworth skala, som måler økning av muskeltonus. Ved nevrologiske skader kan vi blant annet bruke MoCA test eller klokketesten på kognitivt svikt.

- Hvordan dokumenterer du det du har gjort?

- Jeg dokumenterer skriftlig i elektronisk pasientjournal.

- Hvordan holder du deg faglig oppdatert?

- Jeg prøver å få med meg noen kurs i året, samt hospitering en gang iblant. Blant annet har jeg hospitert på håndterapien på St. Olav HF for fagutvikling og fagutveksling. I seksjonen har vi internundervisning og faglunch. To ganger i året har vi fagdag med seksjon Levanger. For øvrig prøver jeg å lese noen fagartikler.

- Hvem er dine nærmeste samarbeidspartnere?

- Mine nærmeste samarbeidspartnere er ergo- og fysioterapeuter, ortopeder, nevrologer, sykepleiere og logoped. Noen ganger også ortopedteknikker og ortopediingeniører.

- Hvordan forklarer du ditt arbeid som ergoterapeut for andre?

- Jeg sier at jeg jobber med pasienter som har skadet hendene sine på grunn av enten ulykker eller uhell. Hvis det dreier seg om slag og nevrologiske skader foretar jeg utredninger og kartlegging av funksjon og gir forslag til videre rehabilitering.



Sykehuset Namsos.



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

Enkel styrke- og balansetrening forebygger fall. Hjelp eldre med å leve stødigere liv gjennom dette gratis e-læringskurset.

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

Sjekk ut e-læringskurset på basis-fallforebygging.no



**NAVN**

Jim Cato Pedersen Jensen

VERV

Plasstillitsvalgt på Øya helsehus

TARIFFOMRÅDE

KS

Plasstillitsvalgt på Øya helsehus

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider på Øya helsehus i Trondheim kommune. Helsehuset er lokalisert som nærmeste nabo til St. Olavs hospital med broforbindelse mellom sykehuset og helsehuset.

– Hvilket verv har du som tillitsvalgt?

– Jeg er plasstillitsvalgt for fire stykker, og jeg sitter i arbeidsmiljøutvalget og deltar blant annet på medbestemmelsesmøter.

– Hva motiverte deg til å ta dette vervet?

– De viktigste og avgjørende faktorene for min motivasjon til å inneha vervet var mulighet for egenutvikling og å bidra til endringer, delta i prosesser og fremme ergoterapi.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har vært tillitsvalgt siden 2021.

– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

– Mine viktigste oppgaver er å ivareta og sikre

gode lønns- og arbeidsforhold for mine medlemmer. Det å utvikle faget, fremme positiv lønnsutvikling og beholde kompetanse er kontinuerlige oppgaver.

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Den største utfordringen er å øke ergoterapiressursene og beholde kompetanse samtidig som kommunen gjennomfører store og betydelige kutt for å minimere merforbruket for alle enheter i kommunen. Dette er spesielt viktig og krevende i perioder der det skal spares penger, samtidig som man skal samarbeide med ledelsen om å ta de beste valgene.

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

– Det er mange egenskaper og kvaliteter som er viktige, men jeg tenker tillit og lojalitet er naturlig å nevne som essensielle egenskaper for en tillitsvalgt. Det er også viktig å ha et genuint ønske om å bedre lønns- og arbeidsforhold for sine medlemmer og å fremme faget. Samtidig skal en tillitsvalgt samarbeide med ledelsen for å innfri politiske krav. Det krever gode samarbeidsegenskaper, en forståelse for økonomi og kunnskap om hvordan fremme bærekraftige helsetjenester.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Det å beholde stillinger og lyse ut nye stillinger etter tøffe forhandlinger er alltid gode minner.



Øya helsehus er lokalisert som nærmeste nabo til St. Olavs hospital, med broforbindelse mellom sykehuset og helsehuset. Foto: Vibeke Leistad.



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

Flere får vannskader på kjøkkenet

Tryg Forsikring advarer mot flere og mer alvorlige vannskader på kjøkkenet. – Kjøkkenet er blitt det nye våtrommet, men det er få eller ingen krav til sikring mot vannskader her, advarer forsikringsselskapet.

Av Roar Hagen

De siste årene har kjøkkenet gradvis fått en rekke nye innretninger tilknyttet vann. Kjøleskap med isbitmaskiner, vannkoke- og kaffemaskiner tilkoblet vann og plassering av vaskemaskiner på kjøkkenet har medført en endring i skadebildet. Nå flommer det oftere enn noensinne over på kjøkkenet.

HVORDAN VANNSIKRE KJØKKENET

Forsikringsselskapet oppfordrer boligeiere til å være på vakt når maskiner som skal kobles til vann, monteres på kjøkkenet. Det har følgende råd:

For å minimere eventuelle vannskader på kjøkkenet, er det viktig å sikre alle løse, vanntilkoblede maskiner over og under kjøkkenbenken. Det enkleste er å montere et vanntett golvbelegg eller en prefabrikkert trauløsning/oppsamlingsbakke i kjøkkenbenken, under oppvaskmaskin, kjøleskap og kaffemaskin. Alt dette kan du fikse selv.

For å stoppe en eventuell lekkasje raskt, bør det monteres lekkasjestoppere under alle installasjoner. Dette er «rørlegger-mat». Lekkasjestopperen registrerer lekkasje og stenger vanntilførselen til skadestedet. Den kan ikke hindre at lekkasjen oppstår, men den kan effektivt redusere vannutstrømningen og dermed begrense skadene. Og det viktigste av alt; er du usikker, ta kontakt med en rørlegger som kan sørge for at maskinen blir riktig tilkoblet.

DU HAR FORDELER AV DITT MEDLEMSKAP I ERGOTERAPEUTENE

Gjennom ditt medlemskap i Ergoterapeutene har du tilbud om flere kollektive medlemsforsikringer til faste, fremforhandlede priser, blant annet innbo-, reise-, barn-, livs- og uføreforsikringer.

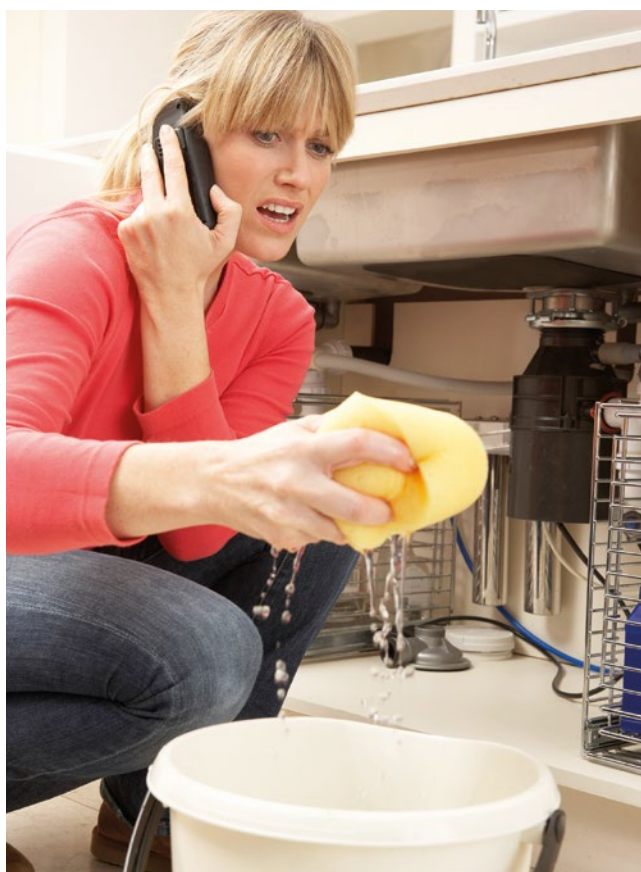
I tillegg har du flere fordeler om du velger å ha dine individuelle skadeforsikringer (for eksempel

bil, båt, hytte) i Tryg. Du får inntil 27 prosent rabatt på alle individuelle skadeforsikringer, og du blir fordelskunde fra første forsikringen du kjøper. Dette innebærer at du blant annet får gratis tilgang til Trygs bolighjelpstelefon. Her kan du ringe og spørre profesjonelle fagfolk om alt knyttet til bolig og eiendom.

På www.ergoterapeuteneforsikring.org finner du mer informasjon om forsikringstilbudet. Du kan også ringe ergoterapeutenes forsikringskontor på telefon 22 05 99 15.



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.



Det flommer oftere enn noensinne over på kjøkkenet.

Lovendring om arbeidsavtale

1. juli ble kom det flere krav til hvordan er arbeidsavtale skal utformes. Alle arbeidstakere skal ha en skriftlig arbeidsavtale, og det er arbeidsgivers ansvar å utarbeide den. Både under utarbeidelse og ved endringer i arbeidsavtalen, har du rett til å få hjelp av din tillitsvalgte. En korrekt og tydelig arbeidsavtale er viktig for å vite hvilke avtaler og vilkår som ligger til din stilling.

Av Kamilla Lemb Herbjørnsen



Kamilla Lemb Herbjørnsen er rådgiver i Ergoterapeutene.

1. juli 2024 kom det strengere krav til hva en arbeidsavtale skal inneholde. Dine rettigheter og trygghet skal styrkes av endringene som har trått i kraft.

Arbeidsavtalen skal inneholde opplysninger om forhold som er av vesentlig betydning for ditt arbeidsforhold. I arbeidsmiljøloven paragraf 14-6 er det en oppdatert minimumsliste for hva den skriftlige arbeidsavtalen skal inneholde. Arbeidsavtalen kan aldri være dårligere enn det arbeidsmiljøloven regulerer.

Arbeidsavtalen skal alltid være skriftlig. En muntlig avtale er like bindende som en skriftlig avtale, men det kan være problematisk om det oppstår uenighet om hva man faktisk avtalte. Arbeidsavtalen skal i hovedsak foreligge snarest mulig og senest innen syv dager etter oppstart. Unntaket er om arbeidsforholdet varer inntil én måned, da skal arbeidsavtalen foreligge samme dag som arbeidet starter. Dette betyr at arbeidsgiver bør oppdatere malene til arbeidsavtaler i god tid før 1. juli 2024.

ARBEIDSAVTALER INNGÅTT FØR 1. JULI 2024

Alle endringer som ikke er en følge av lovendringen i arbeidsmiljøloven paragraf 14-6 skal føre til at arbeidsavtalen oppdateres senest dagen endringen trer i kraft. Om du for eksempel går fra 100 prosent stilling til 80 prosent stilling eller motsatt, så skal du ha en ny arbeidskontrakt senest den dagen endringen inntreffer.

Om din arbeidsavtale mangler opplysninger om ditt arbeidsforhold, som nå er regulert i arbeidsmiljøloven paragraf 14-6, kan du be om at din arbeidsavtale oppdateres. I disse tilfellene har arbeidsgiver to måneder på seg til å oppdatere avtalen.

Du kan lese mer om endringen på arbeidstilsynets sider, med liste over hva en arbeidsavtale skal inneholde, mal på arbeidsavtale og lovhenvvisninger.



Arbeidsmiljøloven regulerer arbeidsavtalens innhold.

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



Gruppebasert kognitiv stimuleringsterapi (KST) til personer med demens – en aktivitetsbasert tilnærming

FOKUSGRUPPEINTERVJU MED GRUPPELEDERE

Av Rita Weum & Torhild Holthe



Rita Weum er ergoterapeut, masterstudent og fagkonsulent ved Nasjonalt senter for aldring og helse.

Foto: Martin Lundsvoll.



Torhild Holthe er ergoterapeut, PhD, og arbeider ved Nasjonalt senter for aldring og helse. Foto: Eva Kylland.

Sammendrag

Bakgrunn: Kognitiv stimuleringsterapi (KST) er en evidensbasert metode som har vist seg å ha en rekke positive utfall som bedret språk og livskvalitet, og den anbefales i Nasjonal faglig retningslinje om demens.

Mål: Å få kunnskap om hvordan gruppeledere opplevde å drive KST-grupper for personer med demens.

Metode: Gruppeintervju med fire ansatte i en kommune; en ergoterapeut og tre sykepleiere.

Resultat: Gruppelederne mente at KST var et verdifullt tilbud til personer med demens som ikke mottok andre tjenester. KST var en møteplass med trygge rammer for samvær og aksept for å være den man er. KST-programmet var lett å tilpasse til deltakerne og muliggjorde engasjement og glede. I tillegg opplevde de KST som inspirerende og nyttig for egen faglig utvikling.

Konklusjon: Gruppelederne opplevde at KST ble en arena for sosial tilhørighet og trygghet hos gruppedeltakerne. KST kunne med fordel inkluderes som et behandlingstilbud i kommunens lavterskeltilbud for personer med demens. Gruppeledere i KST opplevde KST som et nyttig verktøy i arbeidshverdagen, som bidro til faglig vekst og arbeidsglede.

Nøkkelord: Aktivitet, ikke-medikamentell behandling, mestring, livskvalitet og Alzheimers sykdom

Det er ingen uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til denne artikkelen.

De fire informantene er gjort kjent med og har godkjent innholdet.

Takk til KST-gruppelederne som stilte som informanter i denne studien.

Introduksjon

De demografiske endringene i Norge, med flere eldre, medfører økt press på helsetjenestene. Andelen personer med demens vil stige, og i 2025 er det forventet at mer enn 116.000 personer i Norge har en demenssykdom (GjØra et al., 2020; Helsedirektoratet, 2022). Hittil er det ingen kur som kan reversere demens, men forskning har vist at ulike ikke-medikamentelle intervensjoner kan gjøre det lettere å leve med sykdommen. En psykososial intervensjon som har evidens for å bedre kognisjon og livskvalitet er gruppebasert kognitiv stimuleringsterapi – KST (Spector et al., 2003). Metoden ble introdusert i Norge i 2019, og hensikten med denne artikkelen er å informere kolleger om KST, som er en aktivitetsbasert intervensjon som kan stimulere språk og fremme tro på egne ressurser (Spector et al., 2010; Woods et al., 2023). KST er således et godt verktøy for ergoterapeuter som arbeider med personer med demens.

Kognitiv stimuleringsterapi (KST) ble utviklet i Storbritannia, som et gruppebasert behandlingstilbud for personer med mild og moderat demens, fordi man anså at inaktivitet kunne fremskynde kognitiv tilbakegang, både ved normal aldring og ved demens (Breuil et al., 1994; Small, 2002). KST kan også benyttes en-til-en, men må ikke forveksles med kognitiv trening eller kognitiv rehabilitering, som er intervensjoner basert på pasientens individuelle målsettinger (Clare et al., 2019; Gobet & Sala, 2023).

Nøkkelprinsippene i KST (Boks 1) baserer seg på de fire elementene i personsentrert omsorg:

- 1 verdsette mennesker
- 2 behandle personer som enkeltindivider
- 3 forstå verden fra perspektivet til personen med demens
- 4 etablere et støttende sosialt miljø (Kitwood & Brooker, 2019)

KST-programmet er utformet basert på erfaringer fra ulike psykososiale intervensjoner som realitetsorientering, validering og reminisens (minnearbeid).

Det er oversatt to manualer for gruppeledere i KST som presenterer henholdsvis 14 og 24 aktivitetsforslag med en innledning, dagens hovedaktivitet og en avslutning (Aguirre et al., 2022; A. Spector et al., 2018). Manual 1, som på norsk har fått tittelen *Hukommelsesstimulerende terapi*, har 14 aktiviteter som anbefales gjennomført 45 minutter to ganger per uke i syv uker (A. Spector et al., 2018). Manual 2, vedlikeholdsprogrammet, inneholder 24 aktivi-

- 1 Mental stimulering
- 2 Nye ideer, tanker og assosiasjoner
- 3 Orienterer på en indirekte og hensynsfull måte
- 4 Meninger framfor fakta
- 5 Reminisens – en hjelp til «her og nå»
- 6 Fysisk bevegelse
- 7 Bruke triggere som hjelp til å huske
- 8 Kontinuitet og sammenheng mellom sesjonene
- 9 Indirekte læring
- 10 Stimulere språk
- 11 Stimulere utførelse av praktiske oppgaver og aktiviteter
- 12 Personsentrert
- 13 Respekt
- 14 Involvering og inkludering
- 15 Valg
- 16 Moro
- 17 Maksimere potensialet
- 18 Bygge og styrke relasjoner

Boks 1: Nøkkelprinsipper i KST.

teter og følger samme struktur som manual 1 med oppstart, hovedaktivitet og avslutning, og anbefales gjennomført en gang per uke¹ (Aguirre et al., 2019). Aktivitetene varierer fra gang til gang og stimulerer språklige og praktiske ferdigheter, fremmer glede og trivsel, og oppmuntrer til nye tanker og assosiasjoner. Eksempler på aktiviteter er tallspill, kreative oppgaver, lytte til og gjenkjenne lyder og å diskutere aktuelle hendelser. Det er som regel fem til åtte faste gruppedeltakere og to gruppeledere i hver gruppe (Woods et al., 2023).

Flere studier viser til en rekke positive utfall som forbedring av kommunikasjon, mer våkenhet, sosial tilhørighet, glede og samhold, og de konkluderer med at flere personer med demens bør få tilgang til KST (Woods et al., 2023).

Forskning på KST vedlikeholdsprogram viser at dette er en kostnadseffektiv behandlingsmetode (Knapp et al., 2022) og at forbedret selvrapportert livskvalitet opprettholdes i omtrent seks måneder (Woods et al., 2023). Det er behov for større studier for å avdekke andre mulige langtidseffekter. Samtidig er det behov for kvalitativ forskning som utforsker og utvikler andre utfallsmål som kan fange opp hva personer med demens selv opplever som fordeler eller ulemper ved behandlingen (Gibbor et al., 2021; Orrell et al., 2014; Orrell et al., 2005).

Alle helseprofesjoner som arbeider med personer

med demens, helsefagarbeidere, ergoterapeuter, sykepleiere, vernepleiere, aktivtører miljøterapeuter med flere, kan være gruppeledere i KST. Gruppeledere som gjennomfører gruppelederkurs får innblikk i hvordan demenssykdom påvirker aktivitetsutførelsen og kan dermed legge til rette for individuell mestring, både i og utenfor en gruppesituasjon. Nasjonalt senter for aldring og helse har siden 2019 holdt kurs for helsepersonell som ønsker å bli gruppeledere, og KST er nå utbredt i flere kommuner i Norge. I forbindelse med implementeringen av KST

EKSEMPEL

Et eksempel er aktiviteten «Mat». Etter den faste oppstarten av gruppa presenterer gruppeleder dagens tema, som tilrettelegges etter gruppedeltakernes funksjonsnivå. En oppgave kan være å ramse opp matretter og kategorisere dem etter hva som er supper, kjøttretter, desserter osv. Eller oppgaven kan være å vise bilder av matvarer eller tom emballasje og vurdere prisen på varene og sette prislapper på dem. For å gjøre oppgaven litt mer krevende, kan deltakerne få et beløp de skal handle varer for. For å gjøre oppgaven enklere, kan man gi smaksprøver av ulike matvarer som sviskekompott, saltpølse, brunost og makkabønner, for deretter å be gruppedeltakerne om å beskrive smaken eller peke på hvilken smaksprøve de liker best.

3 Mat



Oppstart (10 minutter)

- Hver deltaker ønskes velkommen i gruppa med navn.
- Snakk om navnet på gruppa (skriv gruppenavnet på tavla).
- Minn alle om hva vi gjorde sist.
- Syng gruppesangen, velg en som kan være forsanger (bruk sangbok eller CD/mobil).
- Finn ut sammen hvilken dag, måned, år, årstid, værtype og klokkeslett det er samt navn og adresse på stedet dere befinner dere (skriv det på tavla).
- Snakk sammen om siste nytt (bruk en avis, et ukeblad eller et bilde).

som et behandlingstilbud til personer med mild og moderat demens, ønsket vi å få kunnskap om hvordan noen gruppeledere jobbet med KST og hvilke erfaringer de hadde med KST programmet.

Forskningsspørsmålet var: *Hvilke erfaringer har de fire gruppelederne med å drive KST som et gruppebasert behandlingstilbud til personer med demens?*

Metode

Forfatterne (RW og TH), ansatt på Nasjonalt senter for aldring og helse, har arbeidet med å implementere KST i Norge og var derfor interesserte i å få kunnskap om gruppeledernes erfaringer. Fire ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste som hadde deltatt på gruppelederkurset og gjennomført flere KST-grupper, ble rekruttert til å delta i et fokusgruppeintervju. Samtykkeskjema ble signert av informantene, en ergoterapeut og tre sykepleiere, før intervjuet fant sted. Alle arbeidet fulltid enten i hukommelsesteam eller ved lavterskeltilbud til personer med demens i tidlig fase.

Fokusgruppeintervjuer er godt egnet til å få frem ulike personers erfaringer og meninger, og på den måten gi ny kunnskap om det som studeres. I slike gruppeintervjuer kan dialogen rundt et gitt tema gi kvalitative data som igjen kan bringe frem dybdekunnskap om fenomener (Malterud, 2012).

Da informantene ønsket å forberede seg til intervjuet, ble den semistrukturerte intervju-guiden sendt til informantene en ukes tid før intervjuet, som foregikk fysisk på arbeidsplassen deres og varte omtrent i en time. Det ble gjort lydopptak av samtalen, som senere ble transkribert av første-forfatter (RW). Informantene er anonymisert og bokstavene A, B, C og D brukes ved gjengivelse av sitater.

Dataanalyse

Vi gjorde en tematisk, refleksiv analyse i seks trinn (Braun et al, 2019):

- 1 bli kjent med dataene
- 2 generere koder
- 3 konstruere tema
- 4 revidere tema
- 5 definere tema
- 6 skrive ut rapporten

I fase 1 leste begge forfatterne transkriptet flere ganger for å sikre inngående forståelse av innholdet. I fase 2 noterte vi koder hver for oss ved en ny foku-

- 1 Hvilke erfaringer har dere med å drive KST-grupper?
- 2 Har KST bidratt til bedring av arbeidsmiljøet /relasjonelle konsekvenser for dere som er kolleger? Hvilke?
- 3 Har KST medført at ansatte tenker annerledes om personer med demens?
- 4 Hva tenker dere om den nye manualen Å gjøre en forskjell 2 – generelt sett?
- 5 Innledningen på manual 2 – flere nøkkelp prinsipper – synspunkter på dette?

Intervjuguide: Erfaringer med å drive KST.

Hovedtema	Undertema
1 KST-programmet gav gruppelederne et verktøy for aktivitetsbasert terapi	- KST opplevdes meningsfullt for deltakerne - Tro på at gruppedeltakerne får noe viktig
2 Å drive grupper krever kunnskap om hensikten med KST	- Å legge til rette for mestring, inkludering, aksept og respekt - Et sosialt møtested for tilhørighet og glede - Utfordringer med gruppesammensetninger og tilpasninger - Med erfaring gikk gruppeledelsen lettere

Tabell 1: Oversikt over hovedtema og undertema.

sert gjennomlesning av transkriptet. Vi møttes for å diskutere koder og konstruere foreløpige tema. Her benyttet vi kodene som byggesteiner for å identifisere mønstre som fortalte noe om datasettet. Det var en god hjelp å lage et kart med de foreløpige temaene og tegne relasjonene mellom dem. En ny gjennomgang av temaene førte til revisjon av det enkelte tema, slik at vi deretter kunne definere dem som «meningsbaserte mønstre» og rydde dem i hovedtema og undertema. Til slutt skrev vi funnene under hvert tema, vurderte innholdet mot forskningsspørsmålet og tok en siste kontroll på at vi hadde klart å fange hva som var meningsfullt i dataene. Hovedtemaene og undertemaene vises i tabell 1.

Resultater

1. KST-PROGRAMMET GAV GRUPPELEDERNE ET VERKTØY FOR AKTIVITETSBASERT TERAPI KST opplevdes meningsfullt for deltakerne

Informantene hadde gått et gruppelederkurs der de lærte om metoden og hvordan manualen kan brukes som et verktøy for å skape stimulerende aktivitet.

Det er en sånn MENINGSFULL måte å være fagperson på! Hva det gjør med meg. [...] en bevisstgjøring på å være fagperson sammen med dem [brukerne], [...] det ER en veldig god opplevelse å jobbe på den måten her! [...] Det handler om det som skjer i gruppa og om hvordan jeg kan bidra til at det blir bra da! (C)

Informantene hadde fått et verktøy for å bruke ulike

aktiviteter som stimulerer kognitive funksjoner hos personer med mild og moderat demens. Oppgavene i manualene har et nivå A og B, med litt ulik vanskelighetsgrad. Gruppelederne valgte nivået de mente passet for gruppa, satte søkelys på glede og mestring og vektla at meninger er viktigere enn fakta. Det ble lagt til rette for at alle kunne bidra med sine synspunkter. De beskrev at de hadde opplevd mye glede og engasjement sammen med gruppedeltakerne, og de fortalte at deltakerne gav uttrykk for at disse møtene var meningsfulle. KST var en møteplass der de sammen skapte trygge rammer for samvær og aksept for å være den man er. Informantene mente at det «ligger en omsorg i programmet», da det er personsentrert og vektlegger raushet, omsorg, smil, inkludering og det å bli sett og hørt. En av informantene uttalte:

Det at alle blir sett, at alle blir takka for bidraget sitt og for at de kom. Den varheten som vi [gruppelederne] har om hvordan deltakerne har det i dag [...] Du værder med en gang om det er én det er noe rundt, eller ikke. Og hvordan du kan få inkludert [deltakerne], hvordan du kan få tilpassa [aktivitetene] ... at ingen skal gå herfra i dag uten å ha fått noe bra med seg for resten av dagen (C)

Tro på at gruppedeltakerne får noe viktig

Informantene mente at hele KST-konseptet skaper samhold, glede og stor grad av aksept blant deltakerne. De sa også at rammene for gruppemøtene skapte trygghet og forutsigbarhet, samhold og tilhørighet, på tross av ulikheter i funksjonsnivå.

Gruppemøtene ble etter hvert en arena der deltakerne våget å åpne opp om sin kognitive svikt og oppnådde bekreftelse og ivaretagelse fra gruppedeltakerne. Informantene snakket med hverandre:

I forhold til det der med aksept, – jeg tenker at KST-konseptet på en eller annen måte legger opp til at folk blir rause (D). STOR raushet (A). Og omsorg (C). Og jeg tenker at det ligger i KST-opplegget. At måten vi snakker sammen på, at vi snakker rundt ting, at vi alle bidrar, har jeg tenkt at det må være det som gjør det (D).

2. Å DRIVE GRUPPER KREVER KUNNSKAP OM HENSIKTEN MED KST

Å legge til rette for mestring, inkludering, aksept og respekt

Å drive KST-grupper krevde at gruppelederne forsto hensikten med KST, og på hvilken måte de kunne bidra til å stimulere kognisjonen hos deltakerne, samt at de var trygge i rollen som gruppeledere. Under gjennomføringen av KST oppdaget informantene stadig mer om hvordan de kunne utnytte programmet for å møte behovene for stimulering hos deltakerne. Etter å ha kjørt programmet flere ganger var det lettere å gjøre tilpasninger av aktivitetene, og de følte seg friere til å improvisere slik at deltakerne fikk bedre utbytte av opplegget.

Etter hvert som du har kjørt temaet noen ganger da, så ser vi at det [aktiviteten/oppgaven] kanskje kunne vært gjort på en litt annen måte, eller så kommer du på litt ideer etter hvert og gjør det litt til ditt eget (A).

Det kunne være utfordrende for gruppelederne å forberede aktiviteter som passet for alle i en gruppe der funksjonsnivået sprikte. Informantene fortalte at de lagde eget materiell til gruppemøtene, selv om de hadde manualer til inspirasjon. Gruppelederne hadde faste møter der de snakket om hvilke aktiviteter som ble godt mottatt, og hvordan de best kunne legge til rette for at alle deltakerne hadde glede av sesjonen.

Gruppedeltakerne og gruppelederne deltok «på like vilkår», og man skulle unngå lærer-elev situasjoner. KST-programmet var lagt til rette for dialog og for å motivere deltakerne til å komme med egne synspunkter og assosiasjoner. Informantene fortalte at de fikk erfaringer underveis som viste at det var viktig å være åpne, kreative og fleksible. Å spille på lag med personer med demens og deres pårørende var en forutsetning for at opplegget ble vellykket.

Det krever jo veldig varsomhet fra oss [...] for vi ser jo at de ulike oppgavene slår ulikt ut hos deltakerne. Og det å fange opp når noen strever veldig, og liksom være der og balansere det her liksom. Og det kan være ulik person fra gang til gang. Man blir utrolig berørt altså! Noen ganger så kan jeg tenke: «tenk, at det betyr så mye!» og [jeg er] helt sånn ydmyk i forhold til hva slags INNSATS de legger inn i den ene timen, eller i den ene oppgaven, altså, virkelig går inn for det med alt de har (B).

Et sosialt møtested for tilhørighet og glede

Informantene understreket at KST-gruppen ble en arena der deltakerne opplevde å være en del av noe særskilt. Her kunne de komme, gjøre en innsats og være seg selv. De fortalte at deltakerne ofte sørget den dagen gruppa ble avsluttet.

Det er jo det vi legger veldig opp til, ikke sant, at det er gruppens liv og dem som ser hverandre. At dette er en time som er for DEM, ikke dem i forhold til deres pårørende eller i forhold til verden... så det her det er en tid for dem, – det sosiale, og glede og humør og å treffe hverandre og komme sammen altså (D)

Ja, de gleder seg til hver onsdag og. Også den gleden over å komme sammen. Med den gruppa du etter hvert blir veldig godt kjent med (A).

Enkelte deltakere hadde følt seg usikre i starten, for de visste ikke helt hva de gikk til. Derfor var det viktig at gruppelederne la til rette for en sosial møteplass med stor grad av aksept, der deltakerne kunne slappe av og trives.

Ja, jeg husker en som var så utrygg på å begynne, var veldig usikker på alt, og å komme her og vise fram svikten sin. Og [jeg] så den tryggheten som [personen raskt fikk] fordi selve gruppesamlinga var så trygg. Det at gruppemøtet ikke varer så lenge, at det er gjenkjennbart, det er faste plasser, det er de samme smila og velkomsten ... (C). Det har vært rørende hvor glade de er for å treffe hverandre altså! (A).

Informantene mente å ha observert en utvikling hos deltakerne, fra å være usikre til å få mer grep om det å leve med en demenssykdom.

Jeg har sett at deltakerne – før de starter, ikke vet at de har behov for å møte andre i samme situasjon. Det blir noe av det viktige i gruppa. Det med å finne seg i at «jeg har kognitive vansker, jeg husker ikke, du husker heller ikke, vi husker ikke». Vi

har litt humor på det og. Vi tenker ofte at personer med demens ikke har innsikt, men kan det komme av mangel på muligheter til å snakke om det, på sin måte (D).

Utfordringer med gruppesammensetninger og tilpasninger

Det å sette sammen personer i en gruppe kunne være krevende, da informantene forsøkte å finne folk som var på noenlunde samme nivå kognitivt. Det var ikke uvanlig at sykdommen progredierte ulikt hos deltakerne i løpet av perioden, og spriket i funksjonsnivået ble veldig tydelig under vedlikeholdsprogrammet som går over 24 uker.

Det var jo en endring fra de første gruppene vi hadde [over 7 uker] og til nå [24 uker] (D). Da blir spriket veldig stort innad i den gruppa. Og da måtte vi tilpasse en del [av aktivitetene] på slutten for å klare å holde [gruppa] sammen (C).

Med erfaring gikk gruppeledelsen lettere

Informantene fortalte at de etter å ha jobbet med KST-programmet var blitt mer oppmerksomme på KST som metode og potensialene til å «trimme hjernen». Det var enklere å velge ut oppgaver som kunne fungere godt, og de brukte noen av aktivitetene til andre grupper på dagsenteret også.

Når vi er sammen med de i lavterskeltilbudet i flere timer, så forstår vi kanskje enda bedre at det er ikke bare om å gjøre å fylle på med ting hele tida, fordi det er krevende å ta inn så mye. Det må være pauser og litt gode overganger i forhold til hva vi driver med, – ja, en balanse på ting da kanskje? (B).

Diskusjon

Siden antall personer med demens er økende, er det behov for mer differensierte behandlingstiltak innen helse- og omsorgstjenestene. Å få muligheten til å delta i samtaler og i sosiale fellesskap med andre er viktig for følelsen av tilhørighet, og det er også et satsingsområde som kommer til syne i ulike reformer som for eksempel Leve hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) og Bu trygt heime-reformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Svarene fra intervjuet tyder på at KST introduserer mange ulike aktiviteter som kan bidra til engasjement, mestring, stimulering, håp og glede for personer med demens. Metoden er anbefalt i nasjonal faglig retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2022) som en av de psykososiale behandlingsme-

todene med best evidens. En Cochrane review fra 2023 fastholder at KST gir bedret kognisjon og andre positive effekter, som for eksempel bedret tankevirksomhet, økt konsentrasjon og styrket utførelse av daglige gjøremål, særlig for personer med demens i mild fase (Woods et al., 2023). Derfor anses KST å være en viktig psykososial intervensjon for eksempel som del av lavterskeltilbud for personer med mild til moderat demens.

KST-grupper er som nevnt en arena for meningsfull aktivitet og sosial tilhørighet for personer med demens. Dette er i tråd med aktivitetsvitenskapen som omtaler sosial tilhørighet som en viktig helsegevinst (Hocking, 2017). Dersom mennesker ikke får muligheter til deltakelse i aktivitet som de ønsker eller trenger, kan dette forklares med det ergoterapeutiske begrepet aktivitetsdeprivasjon. Aktivitetsdeprivasjon oppstår i spennet mellom helseutfordringen en person har og omgivelsesnes mangel på å tilby muligheter for deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Kristensen et al., 2022). Et eksempel er når de ansatte tar det for gitt at personer med demens ikke vil ha utbytte av en aktivitet. Dette kan resultere i ekskludering og tapte muligheter til å utnytte sitt potensiale.

I KST er gruppeledernes evne til å tilpasse aktivitetene, skape trygghet og forutsigbarhet viktig. Det å ikke unngå å snakke om ømtålige tema som demens, kan åpne for å dele følelser og meninger hos gruppedeltakerne og hjelpe dem til å håndtere sin sykdom. Informantene erfarte at de oppdaget samhold i gruppa, og de så nye sider ved gruppedeltakerne. Disse observasjonene resulterte i at de bedre kunne tilpasse for aktivitet og deltakelse, også på andre arenaer. For informantene som drev KST-grupper var relasjonskompetanse sentralt. Relasjonskompetanse handler om de ansattes evne til å lytte, være til stede og til å vise interesse og respekt for deltakerne. Dette er i tråd med ivaretagelse «personhood», som handler om å anerkjenne personen og å vise respekt og tillit. *Personhood* kobles ofte mot selvtiliten og selvfølelsen hos individet, som del av en gruppe, i utøvelse av bestemte roller og når det gjelder opplevelsen av selvet (Kitwood & Brooker, 2019). Fra tidligere forskning er det rapportert at deltakerne i løpet av KST-programmet fikk mer grep om sykdommen og ble tryggere med hensyn til å leve med demens. Dette understøttes av kvalitativ forskning som sier at deltakelse i KST-grupper kan bidra til bedre språk, bedre kognisjon og mer årvåkenhet. I tillegg kan det å bli sosialt sterkere bidra til

økt deltakelse i aktiviteter utenfor hjemmet (Spector et al., 2011).

Informantene mente det var behov for å starte opp flere KST-grupper i kommunehelsetjenesten. Ergoterapeuter som har kunnskap om tilrettelegging av aktivitet for ulike grupper og har utdanning i å bruke aktiviteter for stimulering, er aktuelle som gruppeledere i KST til personer med demens, særlig med tanke på tidlig intervensjon og forebygging.

IMPLIKASJONER FOR KLINISK PRAKSIS

Informantene var enige om at KST var verdifullt i arbeidet med personer med demens. De oppdaget hvordan de kunne utnytte nøkkelprinsippene i KST i andre situasjoner i sin arbeidshverdag. KST gav en ekstra dimensjon i jobben, og de ervervet nye kunnskaper og ferdigheter som bidro til gode gruppeprosesser og selvutvikling.

KST virker positivt både for personer med demens og for ansattes arbeidsglede. Fra et arbeidsgiverperspektiv vil det være tilfredsstillende at KST-tilbudet er vellykket. Kommuner som tilbyr psykososiale intervensjoner for personer med demens i en tidlig fase, får ofte godt ord på seg for å ha egne behandlingstilbud til en sårbar gruppe, noe det hittil har vært lite søkelys på.

Det vil alltid være noen omkostninger for en kommune å komme i gang med et KST-tilbud. Helsepersonell må ha opplæring i metoden, og de må ha kunnskap og kompetanse om demens. Kommunen må også ha rom til rådighet, kanskje transporttjeneste og ansatte som kan drive tilbudet. Denne studien antyder at dersom denne innsatsen blir etablert, vil det være mye å hente av gevinster for både personer med demens og ansatte.

Ergoterapeuter har kompetanse om både aktivitet og gruppeprosesser, og vi mener at faggruppen i større grad kan være synlige aktører ved å tilby evidensbaserte tjenester som kan bidra positivt innen hjernehelse.

METODEKRITIKK

En svakhet ved denne studien er at det er et lite utvalg av informanter, og at de ble intervjuet kun en gang. Det er derfor utfordrende å benytte en refleksiv tematisk analyse der målet er å oppnå fylldige data. Men, informantene kom raskt inn på grunnleggende temaer og fikk dermed muligheten til å utdype hva de mente om disse. Informantene ønsket å få tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuet. Dette kan ha bidratt til større grad av

enighet om de ulike temaene, og at vi kan ha mistet noen aspekter som kunne ha vært interessante. Vi kunne ha pilotert intervjuguiden for å spisse den mer, og på den måten kommet mer i dybden på et spesifikt tema.

Intervjusituasjonen bar preg av at begge parter er begeistret for KST, og det er lite av innholdet som dreier seg om å problematisere sider ved denne behandlingsmetoden. Samtidig opplevde vi at intervjusituasjonen bar preg av gjensidig trygghet, og muligheten for å være kritisk var til stede. Vi har undersøkt fenomenet fra informantenes side i en kommune. Dette gav godt innblikk i deres erfaringer, men resultatene kan ikke uten videre overføres til andre kontekster. Med utgangspunkt i denne studien vet vi heller ikke noe om hvordan personene med demens opplevde å være deltakere.

ETIKK

Dette utviklingsprosjektet evaluerer betydningen av egen kursvirksomhet som grunnlag for å tilby en ny ikke-medikamentell gruppeintervensjon til personer med demens ute i kommunene. Prosjektet var ikke fremleggingspliktig for REK jamfør Helseforskningsloven paragraf 2 og 4, og studien kunne derfor gjennomføres uten REK-godkjenning. Personvernombudet ved Nasjonalt senter for aldring og helse har godkjent utviklingsprosjektet.

De fire informantene er anonymisert, og vi har innhentet skriftlig samtykke for å få publisere funn i denne artikkelen. Førsteutkastet og siste versjon av artikkelen ble sendt til informantene for gjennomlesing og godkjenning av innholdet.

Konklusjon

Konklusjonen fra fokusgruppeintervjuet er at det å drive KST-grupper kan ha flere fordeler for både personer med demens og for de ansatte. Det at personer med demens får en sosial tilknytning som tilbyr noe fast å gå til med meningsfullt innhold, kan styrke gjenværende ressurser og kognitive funksjoner. I noen tilfeller vil KST gi mulighet for innsikt i egen sykdom og åpne opp for viktige samtaler som kan være betydningsfulle ved en alvorlig diagnose som demens. For gruppelederne er det å tilby en aktivitetsbasert behandling som er evidensbasert, en styrke, og det underbygger den faglige profesjonsutøvelsen. Samtidig kan de oppleve arbeidsglede, faglig utvikling og at arbeidet med personer med demens oppleves mer meningsfullt.

Fotnote

- ¹ Manualen *Making a difference 2. An evidence-based group programme to offer maintenance cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia. The manual for group leaders, vol 2* ble oversatt til norsk og publisert av forlaget Aldring og helse i 2022. Den norske tittelen *Å gjøre en forskjell 2, Vedlikeholdsprogram for kognitiv stimuleringsterapi. En manual for gruppeledere*, er oversatt og kulturtilpasset norske forhold av Weum, Holthe og Rønqvist.

Referanser

- Aguirre, E., Spector, A., Streater, A., Hoe, J., Woods, B., & Orrell, M. (2019). *Making a difference 2. An evidence-based group programme to offer maintenance cognitive stimulation therapy (CST) to people with dementia. The manual for group leaders*. (Vol. 2). Hawker publications Ltd.
- Aguirre, E., Spector, A., Streater, A., Hoe, J., Woods, B., Orrell, M., Weum, R., Holthe, T., & Rønqvist, T. (2022). *Å gjøre en forskjell 2. Vedlikeholdsprogram for kognitiv stimuleringsterapi til personer med demens. En manual for gruppeledere*. Oversatt og tilrettelagt av Rita Weum, Torhild Holthe og Thale Kinne Rønqvist. Forlaget aldring og helse.
- Breuil, V., De Rotrou, J., Forette, F., Tortrat, D., Ganansia Ganem, A., Frambourt, A., Molin, F., & Boller, F. (1994). Cognitive Stimulation of Patients with dementia: Preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 211-217.
- Gibbor, L., Forde, L., Yates, L., Orfanos, S., Komodromos, C., Page, H., Harvey, K., & Spector, A. (2021). A feasibility randomised control trial of individual cognitive stimulation therapy for dementia: impact on cognition, quality of life and positive psychology. *Aging Ment Health*, 25(6), 999-1007. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1747048>
- Gjøra, L., Kjelvik, G., Heine Strand, B., Kvello-Alme, M., & Selbæk, G. (2020). *Forekomst av demens i Norge* (ISBN 978-82-8061-579-4). F. a. o. helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Oslo: Departementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/id2547684/>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2023). *Felleskap og meistring. Bu trygt heime. Meld. St. 24 (2022-2023)*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfa0c/nn-no/pdfs/st-m202220230024000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens.01.03.24>
- Hocking, C. (2017). Occupational justice as social justice: The moral claim for inclusion. *Journal of Occupational Science*, 24(1), 29-42. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1294016>
- Kitwood, T., & Brooker, D. (2019). *Dementia Reconsidered, Revisited. The person still comes first* (Second Edition ed.). Open University Press. McGraw-Hill Education.
- Knapp, M., Bauer, A., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Cyhlarova, E., Hu, B., Jagger, C., Kingston, A., Patel, A., Spector, A., Wessel, A., & Wong, G. (2022). What are the current and projected future cost and health-related quality of life implications of scaling up cognitive stimulation therapy? *Int J Geriatr Psychiatry*, 37(1). <https://doi.org/10.1002/gps.5633>
- Kristensen, H. K., Schou, A. S. B., & Mærsk, J. L. (2022). *Nordisk Aktivitetsvidenskab* (Second ed.). Munksgaard.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Orrell, M., Aguirre, E., Spector, A., Hoare, Z., Woods, R. T., Streater, A., Donovan, H., Hoe, J., Knapp, M., Whitaker, C., & Russell, I. (2014). Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 204(6), 454-461. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.137414>
- Orrell, M., Spector, A., Thorgrimsen, L., & Woods, B. (2005). A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 20(5), 446-451. [10.1002/gps.1304](https://doi.org/10.1002/gps.1304)
- Small, G. W. (2002). What we need to know about age related memory loss. *British Medical Journal*, 324, 1502-1505.
- Spector, A., Gardner, C., & Orrell, M. (2011). The impact of Cognitive Stimulation Therapy groups on people with dementia: views from participants, their carers and group facilitators. *Ageing & Mental Health*, 15(8), 945-949.
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia [Journal article]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1253-1258. <https://doi.org/10.1002/gps.2464>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., & Orrell, M. (2018). *Hukommelsesstimulerende terapi* (Kari Sofie Kvaal & I. D. Ulstein., Trans.). Universitetsforlaget.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Orrell, M., Kvaal, K., & Ulstein, I. (2018). *Hukommelsesstimulerende terapi. Oversatt og tilpasset norsk språk og kultur ved Kari Sofie Kvaal og Ingunn Dina Ulstein*. Universitetsforlaget.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial [Journal article]. *British journal of psychiatry*, 183, 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>
- Woods, B., Rai, H. K., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., & Spector, A. (2023). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub3>

En undersøkelse av forskningserfaring og prioriteringer blant ergoterapeuter i Norge

Av Liv Elisabeth Hinderaker, Tina Taule, Inger Hellem, Irmelin Smith Eide, Kristin Gjelvik, Ingvild Kjekken, Bianca Rolfsnes-Flock og Merethe Hustoft

*Liv Elisabeth Hinderaker arbeider ved Bachelor i Ergoterapi, Fakultet for helsevitenskap, VID Vitenskapelige høyskole, Stavanger, Norge.
E-post: liv.hinderaker@vid.no*

Tina Taule arbeider ved Bachelor i Ergoterapi, Fakultet for helsevitenskap, VID Vitenskapelige høyskole, Stavanger og Fakultet for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen, Norge.

Inger Hellem arbeider ved Bachelor i Ergoterapi, Fakultet for helsevitenskap, VID Vitenskapelige høyskole, Stavanger, Norge.

Irmelin Smith Eide arbeider ved Avdeling for rehabiliteringstjenester, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Bergen, Norge.

Kristin Gjelvik arbeider ved Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge, Sandnes kommune, Norge.

Ingvild Kjekken arbeider ved ved Diakonhjemmet sykehus, Forskningscenter for behandling innen revmatologi og muskel og skjelettsykdommer (REMEDY), Oslo, Norge og Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi, Oslo Metropolitan Universitet, Oslo, Norge.

Bianca Rolfsnes-Flock arbeider i Ergoterapi og fysioterapiavdelingen, Bømlo kommune, Norge.

Merethe Hustoft arbeider ved Bachelor i Ergoterapi, Fakultet for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet, Bergen, Norge og ved Regionalt senter for habilitering og rehabilitering, Helse Vest, Bergen, Norge.

Abstract

Title: A survey of research experience and priorities among occupational therapists in Norway

Background: Active engagement in research and shared priorities among occupational therapists (OTs) can enhance the quality of occupational therapy practice.

Aims: To explore the research experience and research priorities of OTs in Norway.

Material and methods: An online survey comprising 14 open-ended and closed-ended questions was made available to participants at the seventh Norwegian congress in occupational therapy to fill out.

Results: Out of 633 congress participants, 307 (49 percent) OTs completed the survey. Among the respondents, approximately 40 percent were engaged in research. The most commonly reported area of research was rehabilitation. Research experience was associated with employment in education or specialist healthcare services, and with greater work experience and post-bachelor's degree education. The most frequently prioritised research question addressed the effect of occupational therapy. Unmet needs and factors conducive to increasing OT's involvement in research were identified.

Conclusions and significance: The survey revealed that a considerable, but uneven, distribution of OTs were involved in research. To encourage greater participation in research, researchers, decision-makers, and employee associations should take steps to make research more appealing to OTs. The research priorities highlighted by Norwegian OTs align with those stated by OTs in other countries.

Keywords: Evidence-based practice, occupational therapy, OT, priorities, research.

Dette er en oversatt og tilpasset utgave av artikkelen «A survey of research involvement and priorities among occupational therapists in Norway» som ble publisert i Scandinavian Journal of Occupational Therapy høsten 2023. Den er godkjent for oversetting. Forfatterne oppgir ingen uenighet knyttet til rettighetene til artikkelen.

Introduksjon

Kunnskapsbasert praksis (KBP) skal baseres på oppsummeringer av kritisk vurderte forskningsresultater, klinisk erfaring og brukererfaring (1). Med tilgang til forskning av høy kvalitet, kan ergoterapeuter vurdere de mest effektive behandlingsteknikkene opp mot klinisk erfaring og samarbeide med brukere og pårørende om å ta informerte beslutninger (1). Resultater fra en kvalitativ systematisk oversikt viser at når helsepersonell engasjerer seg i forskning, øker tilgangen til kunnskapsbaserte helsetjenester, og kvaliteten på deres kliniske arbeid forbedres (2). Følgelig etterspørres et økt engasjement for forskning blant ergoterapeuter (3).

Effektstudier innen ergoterapi har økt markant siden begynnelsen av 2000-tallet (4,5). Selv om mange ergoterapeuter er eller ønsker å bli involvert i forskning (6), er det kun et fåtall av norske ergoterapeuter som har formell forskningskompetanse (7). Et søk i PubMed på effekt av ergoterapi viser at antallet publiserte artikler innen dette feltet er begrenset sammenlignet med publikasjoner innen sykepleie og fysioterapi. I en fremtid hvor helsetjenestene antas å ha færre ansatte per pasient, blir det avgjørende at ergoterapeuter kan tilby kunnskapsbaserte, effektive og bærekraftige intervensjoner (8).

Med begrenset tilgang til forskningsressurser er det også viktig at forskere, klinikere og brukere av helsetjenester arbeider sammen og blir enige om hvilke forskningsområder som skal gis høyest prioritet (9). For å imøtekomme denne anbefalingen har World Federation of Occupational Therapists utarbeid-

et en erklæring om prioritering innen forskning. Her fremheves behovet for å undersøke effekten av ergoterapeutiske intervensjoner (10). I en artikkel av Watson et al., kartla forfatterne hvilke ubesvarte spørsmål brukere og helsefagpersoner i Storbritannia hadde om ergoterapi (11). De prioriterte områdene innen forskning var her relatert til ergoterapeuters kjernekompetanse og hvordan ergoterapeuter kan gjøre en forskjell i menneskers hverdagsliv. Prioriteringene har til hensikt å sikre en personsentrert praksis, økt effektivitet og forutsigbar tilgang til ergoterapitjenester for brukere/pasienter, familie og omsorgspersoner (11).

Å stille relevante forsknings-spørsmål kan bidra til å gjøre forskningen nyttig for praksisfeltet. Studier bør utføres med hensiktsmessige metoder og være av høy kvalitet (12). I tillegg bør det gjøres tiltak for å redusere produksjon av forskning med like problemstillinger og sikre at resultatene er tilgjengelige for alle som er interesserte (12). Det er derfor viktig å legge vekt på samarbeid med etablerte forskerteam både nasjonalt og internasjonalt (10,13,14), og slik øke sannsynligheten for å oppnå finansiering og høy kvalitet i studiene som gjennomføres (15).

Et godt samarbeid mellom forskere og klinikere er også viktig for kvaliteten på forskning, samtidig som slikt samarbeid kan være komplekst og utfordrende (16). I tillegg kan ergoterapeuter som er motiverte for å engasjere seg i forskning, møte barrierer som manglende tradisjon for forskning på eget arbeidssted, eller at pasientbehandling har prioritet over forskning (17). Slike barrierer kan overvinnes dersom forskerne er

motiverte, har tilstrekkelig støtte fra kollegaer og ledere og har avsatt tid til å jobbe med forskning (3). Det er imidlertid behov for mer kunnskap angående faktorer som kan bidra til å fremme ergoterapeuters involvering i forskning.

Målet med denne studien var å utforske forskningserfaring og forskningsprioriteringer blant norske ergoterapeuter.

Materiale og metoder

For å sikre en transparent rapportering, benyttet vi en konsensusbasert sjekklister for rapportering av spørreundersøkelser (18).

STUDIEDESIGN

Dette er en tverrsnittsstudie hvor data ble samlet inn ved hjelp av en nettbasert spørreundersøkelse. For å få et nasjonalt perspektiv på ergoterapeuters prioriteringer og engasjement i forskning, ble undersøkelsen gjennomført på den syvende norske ergoterapikongressen, som ble arrangert i Stavanger 19. til 21. september 2022. Dette ga forskerne tilgang til et bredt utvalg av ergoterapeuter og gjorde det mulig å gjennomføre undersøkelse og datainnsamling på kort tid.

RAMMER

I Norge arbeider omtrent 5 200 ergoterapeuter i sykehus, institusjoner og kommuner samt innen utdanning og i privat sektor (7). I 2022 var 3 911 ergoterapeuter medlemmer av Ergoterapeutene, hvorav 171 er spesialister innen følgende syv områder:

- somatisk helse (n=101)
- barns helse (n=20)
- psykisk helse (n=20)
- folkehelse (n=12)
- eldres helse (n=11)

- arbeidshelse (n=6)
- allmennhelse (n=1)

Siden 2020 har det vært krav om mastergrad for å få spesialistgodkjenning i ergoterapi (19). Norsk Ergoterapeutforbunds medlemsundersøkelse fra 2022 viser at 90 prosent av medlemmene er kvinner (20).

DELTAKERE

Alle deltakere ved kongressen ble invitert til å fullføre spørreundersøkelsen. Vi inkluderte spørreskjema som var mottatt innen en uke etter kongressens slutt. Spørreskjema utfylt av personer som ikke var ergoterapeuter, eller av respondenter med uklar utdanningsbakgrunn ble ekskludert.

SPØRRESKJEMA

Siden det ikke eksisterte et spørreskjema om ergoterapi og forskningserfaring, utviklet vi et eget spørreskjema. Skjemaet ble utarbeidet i henhold til Statistisk sentralbyrå sine retningslinjer for visuell utforming av spørreskjema (versjon 1.1), (21). Første utkast ble laget av to av forfatterne (LEH og MH). Utkastet ble deretter vurdert av alle forfatterne og justert før dette ble pilottestet ved at fire av studiens medforfattere, alle ergoterapeuter, fylte ut skjemaet. Pilottestingen førte ikke til noen endringer i spørreskjemaet.

Spørreundersøkelsen inneholdt 14 spørsmål, organisert i tre deler. Første del inneholdt ni spørsmål der respondentene oppga kjønn (kvinne/mann); profesjon (ergoterapeut, ja/nei); årstall for fullført bachelorgrad i ergoterapi; sted for bachelorutdanning (opplisting av de seks ergoterapiutdanningene i Norge og et syvende valg

«i utlandet» med plass for beskrivelse av hvor); utdanning etter fullført bachelorgrad (utdanning på høyere nivå etter en fullført bachelorgrad, mastergrad eller PhD); spesialisering (ja/nei, og hvis ja, kryss av for ett av de syv spesialistområdene); arbeidserfaring som ergoterapeut (i år), praksisområde (kommunehelsetjeneste/spesialisthelsetjeneste/utdanning/NAV/privat sektor/annet); og hovedarbeidsområde (avkryssning for ett av de syv spesialistområdene).

Andre del av spørreundersøkelsen inneholdt tre spørsmål om forskningserfaring og prioriteringer: «Er du eller har du vært involvert i forskning» (ja/nei, med plass for beskrivelse av forskningstemaet); «Hvilke tema mener du det er viktig å forske på for å fremme ergoterapifaget» (svar i fritekst) og «Hvilke kjernes spørsmål mener du det er viktigst å få svar på» fra følgende liste (inntil to valg): Hvorfor får mennesker aktivitetsproblemer (årsak); Hvor mange har ulike typer aktivitetsproblemer (forekomst); Hvordan kan vi vurdere (grad av) aktivitet (kartlegging og vurdering); Hva kan vi gjøre med ulike typer aktivitetsproblemer? (utvikling og evaluering av ulike typer intervensjoner (effekt av ergoterapi)); Hvordan går det med de som har ulike typer aktivitetsproblemer (prognose); Hvordan erfares det å leve med ulike typer aktivitetsproblemer? (erfaringer, opplevelser og holdninger); og Hva vet vi fra forskning om ulike aktivitetsproblemer og nytten av ergoterapi (kunnskapsoppsummeringer), med åpen plass for tilleggskommentarer.

Avslutningsvis fulgte et spørsmål om hva som kunne fremme

ergoterapeuters forskningsdeltakelse. Respondentene ble bedt om å krysse av inntil tre valg for hvilke av de følgende faktorene som kunne bidra til å øke deres fremtidige deltakelse i forskning: tid; interesse; kunnskap; noen å samarbeide med; noen som kan veilede meg (og kolleger); tilgang på oppdatert litteratur; mulighet til å ta etter/videreutdanning; hjelp til å lese og forstå engelsk fagspråk; leder(e) som tilrettelegger for deltakelse i forskning; og økonomisk støtte. I det siste åpne spørsmålet ble respondentene bedt om å beskrive hva de mente at Norsk Ergoterapeutforbund kunne bidra med for å fremme ergoterapifaglig forskning.

DATAINNSAMLING

Deltakerne fikk tilgang til undersøkelsen ved å skanne en QR-kode. QR-koden ble gjort tilgjengelig på flyere og på en roll-up i tilknytning til standen for prosjektet, og promotert muntlig i sesjoner underveis i kongressen. Besvarte spørreskjema ble samlet inn ved bruk av Nettskjema (22), som er et fleksibelt verktøy utviklet for digital innsamling av data. Undersøkelsen ble stengt en uke etter konferansens slutt.

DATAANALYSE

Deskriptiv statistikk ble brukt for å oppsummere demografiske data. Logistiske regresjonsmodeller ble brukt for å undersøke sammenhenger mellom ergoterapeuters forskningsdeltakelse (avhengig variabel) og utdanningssted, arbeidssted, antall år med erfaring, utdanningsnivå og det å være spesialist (uavhengige variabler). Alle modellene var justerte multivariate modeller. Signifikansnivået ble satt til 0,05.

Kjennetegn ved deltagende ergoterapeuter	
Variabler	n=302
Kjønn, kvinne, n (%)	284 (94)
Arbeidserfaring, år, median (SD)	16 (10)
Utdanningssted, n (%)	
Bergen	55 (18)
Gjøvik	6 (2)
Oslo	77 (26)
Sandnes	36 (12)
Trondheim	85 (28)
Tromsø	20 (7)
Annet (utlandet)	21 (7)
Ikke oppgitt	2 (1)
Høyeste fullførte utdanningsnivå, n (%)	
Bachelorutdanning eller tilsvarende	101 (33)
Videreutdanning etter bachelor	116 (38)
Masterutdanning	66 (22)
PhD-utdanning	17 (6)
Ikke oppgitt	2 (1)
Arbeidssted, n (%)	
Kommunehelsetjenesten	156 (52)
Spesialisthelsetjenesten	93 (31)
Utdanning	24 (8)
NAV	9 (3)
Privat arbeidsgiver	6 (2)
Annet	12 (4)
Ikke oppgitt	2 (1)
Hovedarbeidsområde, n (%)	
Allmennhelse	55 (18)
Arbeidshelse	12 (4)
Barns helse	54 (18)
Eldres helse	68 (23)
Folkehelse	3 (1)
Psykisk helse	17 (6)
Somatisk helse	86 (29)
Ikke oppgitt	7 (2)
Ergoterapispesialist, n (%)	
Ja	56 (19)
Nei	244 (81)
Ikke oppgitt	2 (1)

Tabell 1. Kjennetegn ved deltagende ergoterapeuter.
 Forkortelser: PhD-utdanning, doktorgrad; SD, standardavvik.

Statistiske analyser ble gjennomført ved hjelp av Microsoft Excel 2016 for Windows (23) og Stata 17.1 (STATA Corp., College Station, TX) (24).

De kvalitative dataene fra fri-tekstsvarene (forskningserfaring, forskningsprioriteter og rollen til Norsk Ergoterapeutforbund) ble analysert i tre trinn. Respon-

tenes besvarelser ble kopiert inn i tre separate dokumenter (ett for hvert åpent spørsmål). Foreløpige analyser ble gjennomført for hvert av spørsmålene. Uavhengig av hverandre, leste to av forfatterne (LEH og IK) kommentarene og identifiserte og kodet utsagn knyttet til erfaringer, prioriteringer og Norsk Ergoterapeutforbunds

rolle. Hvis en kommentar inneholdt mer enn ett tema eller rolle, ble hver av disse kodet separat. Deretter ble kodene kategorisert før analysene ble sammenlignet og enighet ble oppnådd gjennom diskusjon (25).

Etikk

Studien følger prinsippene i Helsingforsdeklarasjonen (26) og ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (referansenummer 450236). Deltakerne ga sitt samtykke ved å svare på spørreskjemaet. Krypterte data ble sendt til og lagret sikkert hos Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitetet i Oslo. TSD er en integrert løsning for innsamling av sensitive data og tilbyr en plattform hvor forskere kan samle inn, lagre og analysere sensitive forskningsdata på en sikker måte (27). Etter at dataene er analysert og publisert, vil disse bli slettet.

Resultater

Av totalt 633 deltagere på kongressen, deltok 307 (49 prosent) i spørreundersøkelsen. Fire av de 307 respondentene ble ekskludert fordi de ikke var ergoterapeuter, og en respondent fordi fagbakgrunnen var uklar.

OPPLYSNINGER OM DELTAKERNE

De fleste respondentene var kvinner og hadde utdanning ut over bachelorgrad i ergoterapi (se tabell 1). Femtiseks respondenter var ergoterapispesialister, fordelt på somatisk helse (n=36), barns helse (n=5), eldres helse (n=4), psykisk helse (n=4), allmennhelse (n=3), arbeidshelse (n=3) og folkehelse (n=1). Deltakerne var utdannet mellom 1980 og 2022, med en median arbeidserfaring

på 15 år (minimum 1,5 måneder, maksimum 42 år).

FORSKNINGSERFARING

120 av de 303 inkluderte deltakerne (40 prosent) oppga at de hadde forskningserfaring, og mange opplyste at de hadde erfaring fra mer enn ett forskningsprosjekt (se tabell 2).

Habilitering og rehabilitering, inkludert hverdagsrehabilitering, var det forskningsfeltet flest respondenter oppga erfaring fra (n=17). Det var også mange som hadde erfaring med utdanningsforskning og med utprøving og kvalitetssikring av ulike vurderingsinstrumenter. Figur 1 viser forskningsområder rapportert av syv eller flere deltagere.

Flere tema fra respondentene var imidlertid vanskelig å kategorisere (n=23). Dette gjaldt blant annet forskning om pårørendeinvolvering, roller i tverrfaglige team, og kunnskapstranslasjon og implementering.

FAKTORER ASSOSIERT MED FORSKNINGSERFARING

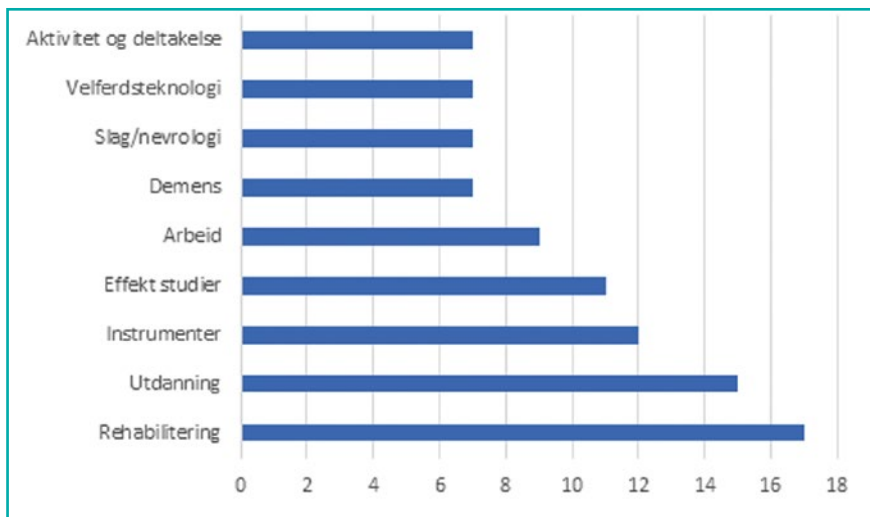
Tabell 3 viser faktorer som er assosiert med forskningserfaring. Resultatet viser at det å ha fullført bachelorgrad i ergoterapi i Bergen, Oslo, Trondheim eller i utlandet og å arbeide i spesialisthelsetjenesten, i en utdanningsinstitusjon eller arbeidsplasser under kategorien «andre», var signifikant positivt assosiert med forskningsdeltakelse. Den sterkeste sammenhengen ble påvist mellom det å ha fullført bachelorgraden i Trondheim eller i utlandet og arbeid i utdanning eller «andre» sektorer. Videre var det en positiv sammenheng mellom lengre yrkeserfaring, høyere utdanningsnivå etter bachelorgrad og økt involvering i forskning.

Forskningsengasjement og faktorer som kan fremme fremtidig forskningsengasjement oppgitt av deltagende ergoterapeuter	
Variabler	n=302
Involvert i forskning, ja, n (%)	120 (40)
Viktige faktorer for individuelt forskningsengasjement, n (%)	
Tid	187 (62)
Interesse	153 (51)
Noen å samarbeide med	140 (46)
Økonomisk støtte	114 (38)
Leder(e) som tilrettelegger for deltagelse i forskning	106 (35)
Noen som kan veilede meg (og kolleger)	82 (27)
Mulighet til å ta relevant etter/videreutdanning	61 (20)
Kunnskap	59 (20)
Tilgang på oppdatert litteratur	36 (12)
Hjelp til å lese og forstå engelsk faglitteratur	29 (10)
Andre faktorer	3 (1)
*Respondentene kunne krysse av for inntil tre faktorer som kunne øke fremme deres fremtidige deltagelse i forskning.	

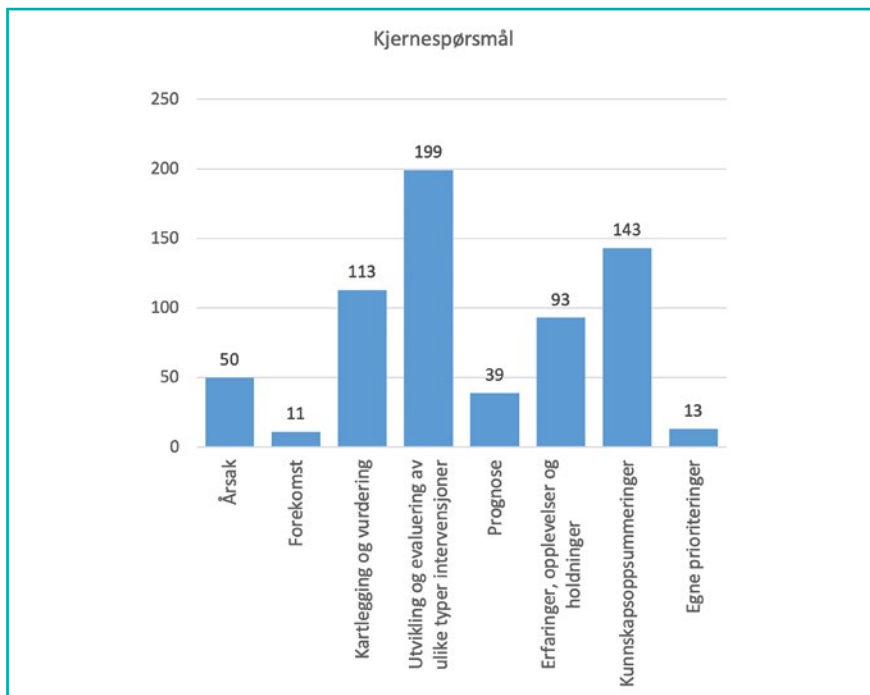
Tabell 2. Forskningsengasjement og faktorer som kan fremme fremtidig forskningsengasjement oppgitt av deltagende ergoterapeuter.

Logistisk regresjonsanalyse mellom prediktorvariabler og utfallsvariabel, (n=290)			
Prediktorvariabel	Utfallsvariabel: Forskningsinvolvering Univariat		
	B	P-verdi	95% KI
Utdanningssted			
Bergen	1.21	0.030	0.12 – 2.31
Gjøvik	1.12	0.254	-0.81 – 3.07
Oslo	1.54	0.004	0.49 – 2.58
Sandnes (ref)	-	-	-
Tromsø	0.73	0.304	-0.66 – 2.11
Trondheim	1.90	<0.001	0.86 – 2.93
Utlandet	2.11	0.001	0.83 – 3.39
Arbeidssted			
Kommune	0.77	0.474	-1.34 – 2.89
Spesialisthelsetjeneste	2.32	0.032	0.20 – 4.44
Utdanning	4.48	0.001	1.94 – 7.01
NAV (ref)	-	-	-
Privat	2.08	0.120	-0.54 – 4.70
Andre	3.18	0.011	0.72 – 5.63
Antall års erfaring som ergoterapeut			
0 – 5 år	-1.40	0.10	-3.05 – 0.26
6 – 10 år (ref)	-	-	-
11 – 20 år	0.87	0.06	-0.05 – 1.79
21 – 35 år	1.20	0.01	0.27 – 2.13
35 år eller mer	2.65	<0.001	1.36 – 3.94
Utdanningsnivå	2.16	<0.001	1.37 – 2.65
Ergoterapispesialist	0.25	0.142	-0.08 – 0.59
Forkortelser: KI - konfidensintervall			

Tabell 3. Logistisk regresjonsanalyse mellom prediktorvariabler og utfallsvariabel, (n=290).



Figur 1. Forskningserfaring etter forskningstema oppgitt av respondentene. Figuren viser tema som er oppgitt av sju eller flere respondenter.



Figur 2. Kjernes spørsmål prioritert av respondentene. Respondentene ble oppfordret til å oppgi to prioriteter.

HVA ER VIKTIG Å FORSKER PÅ? PRIORITERING AV FORSKNINGSOMRÅDER

De tre kjernes spørsmålene for forskning som oftest ble prioritert var «Hva kan vi gjøre med ulike typer aktivitetsproblemer?» (utvikling og evaluering av ulike typer intervensjoner (effekt av

ergoterapi)), «Hva vet vi fra forskning om ulike aktivitetsproblemer og nytten av ergoterapi?» (kunnskapsoppsummeringer) og «Hvordan kan vi vurdere (grad av aktivitet?» (kartlegging og vurdering). Se figur 2.

Totalt 262 (87 prosent) respondenter gav innspill på hva de

ønsket at det skulle forskes mer på i fremtiden. (se figur 3).

Kommentarene var hovedsakelig relatert til forskning på effekt av spesifikke ergoterapiintervensjoner, forskning på aktivitet, deltakelse og aktivitetsbasert ergoterapi og forskning på ergoterapi for barn og unge. Den største kategorien var imidlertid «andre» med 79 kommentarer eller innspill. I denne kategorien ble det pekt på tema som utvikling og organisering av (bærekraftige) ergoterapitjenester i spesialist- og kommunehelsetjenesten (inkludert samarbeid og koordinering mellom tjenestenivåene); ergoterapeutens rolle i ulike tjenester og på ulike områder; ergoterapi for spesifikke pasient- og diagnosegrupper; samt innhold i ergoterapitilbudet og -tjenesten.

FAKTORER SOM ØKER FREMTIDIG FORSKNINGSDELTAELSE

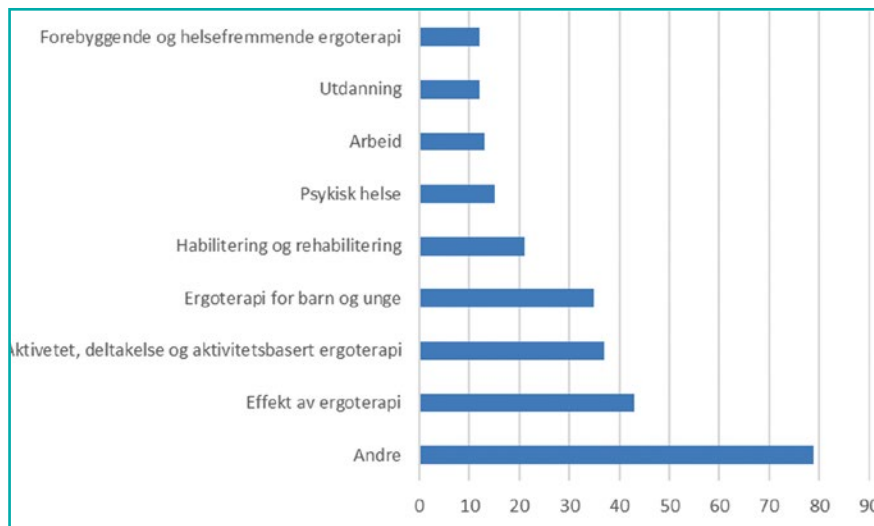
Tid, interesse og samarbeidspartnere var de faktorene som oftest ble nevnt på spørsmål om hva som kan øke fremtidig deltakelse i forskning. (se tabell 2).

Totalt 166 (55 prosent) av respondentene beskrev en eller flere roller eller oppgaver som Norsk Ergoterapeutforbund kunne ivareta for å støtte eller øke forskningsaktiviteten (se figur 4). Økonomisk støtte og andre insentiver var uten sammenlikning nevnt oftest (n=60), herunder både direkte økonomisk støtte eller stipend, tilbud om veiledning for medlemmer som skal skrive søknad om ekstern finansiering og støtte til medlemmer som forhandler om frikjøp på fulltid eller deltid for å forske eller gjennomføre utviklingsprosjekter. Andre forslag som ofte ble nevnt (n=25) gjaldt nettverksbygging mellom forskere og klinikere, mellom ulike

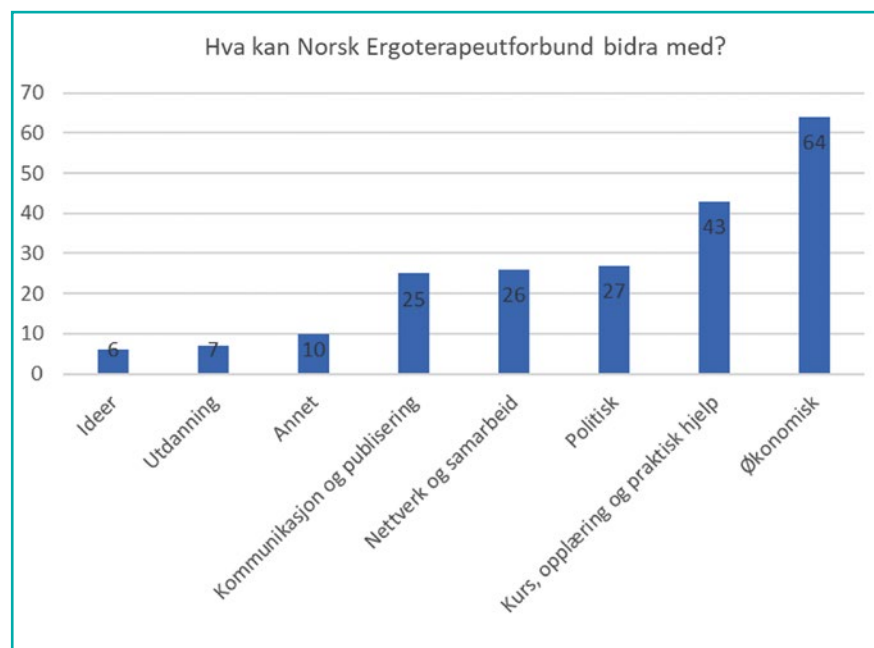
forskningsfelt og på tvers av omsorgsnivå. I tillegg ble støtte til å arrangere konferanser og digitale møter nevnt. Flere respondenter foreslo også at Ergoterapeutene kunne arrangere kurs og foredrag om forskningsmetoder (n=16), og at forbundet skulle bidra til å avdekke kunnskapshull og peke på prioriterte forskningsområder innen ergoterapi (n=13). Andre forslag var hjelp til å forhandle lønnsøkning etter fullført tilleggsutdanning som for eksempel mastergrad eller doktorgrad, og få bistand til å publisere vitenskapelige artikler i Ergoterapeuten. En respondent foreslo å etablere en stilling i Ergoterapeutene spesielt knyttet til forskning. Mange av dem som svarte på spørreundersøkelsen understreket den viktige rollen Norsk Ergoterapeutforbund har i å støtte forskning og synliggjøre ergoterapi for politikere og andre beslutningstakere.

Drøfting

Målet for denne studien var å undersøke forskningserfaring og prioriterte forskningsområder blant ergoterapeuter i Norge. Vi fant at omtrent halvparten av respondentene var involvert i forskning. Rehabilitering var det forskningsområdet flest oppga å ha forskningserfaring fra. Forskningserfaring var hovedsakelig assosiert med å arbeide innen utdanning eller i spesialisthelsetjeneste, å ha lang arbeidserfaring og utdanning ut over grunnutdanning som ergoterapeut. Faktorer som kunne bidra til å øke engasjementet innen forskning var tid, interesse, samarbeidspartnere, økonomisk støtte, lederstøtte og tilgang til veiledere. Det oftest prioriterte forskningsspørsmålet var «Hvordan kan vi øke aktivitet utførelse?» (effekt av ergote-



Figur 3. Kategorier av prioriterte tema for forskning (fritekst). Det var mulig å oppgi flere tema.



Figur 4. Sortering av kommentarer i fritekst etter kategori.

rapi). Respondentene mente også at Norsk Ergoterapeutforbund har en viktig rolle i å støtte og øke forskningsaktiviteten blant ergoterapeuter.

FORSKNINGSERFARING BLANT NORSKE ERGOTERAPEUTER

Kunnskapsbasert praksis er gullstandard i alle helseprofesjoner, inkludert ergoterapi (1). En slik

praksis kan være lettere å implementere for dem som allerede har kunnskap og erfaring med å delta i forskning (2). Tidligere studier har pekt på at forskningsengasjement kan forbedre utførelsen av helsetjenetester (2). At 40 prosent av deltakerne i denne studien var involvert i forskning er derfor positivt. Rehabilitering var forskningsfeltet som ble hyppigst

rapportert. Dette kan skyldes at rehabilitering er en lovpålagt oppgave hvor ergoterapeuter er sentrale, enten de arbeider i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller i NAV. Målet med rehabilitering er å hjelpe mennesker til å bli mest mulig selvstendige i daglige aktiviteter og muliggjøre deltakelse i meningsfulle roller (28). Dette er i tråd med kjernekompetansene i ergoterapi (29) og er derfor trolig lett å ta i bruk for ergoterapeuter. Den høye andelen av ergoterapeuter som arbeider med rehabilitering, kan kanskje også forklares av den forholdsvis nylige implementeringen av hverdagsrehabilitering her i Norge (30). Her er ergoterapeuter sentrale i det tverrfaglige teamet, og mange har dessuten også vært involvert i forskning som har blitt gjennomført for å evaluere hverdagsrehabiliteringsprogrammene (30). Funnene våre antyder dermed at nasjonale initiativer gir muligheter for ergoterapeuter som ønsker å delta i forskning.

FAKTORER SOM HENGER SAMMEN MED FORSKNINGSERFARING

I vår studie fant vi en positiv sammenheng mellom høyt engasjement for forskning og arbeid i utdanning eller spesialisthelsetjenesten, mens det var en negativ sammenheng mellom det å arbeide i kommunehelsetjenesten og å være engasjert i forskning. En mulig årsak kan være at mens forskning er en lovpålagt oppgave for universiteter (31) og sykehus (32), er dette ikke tilfelle for kommunehelsetjenesten (33). Dermed har ansatte i sykehus og utdanningsinstitusjoner sannsynligvis lettere tilgang til økonomiske insentiver og en større aksept for å prioritere forsknings-

aktiviteter, enn ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten. I Helse-Omsorg21 (34) understrekes det imidlertid at helsetjenestenes forskningsinnsats rettet mot kommunehelsetjenesten ikke står i forhold til utfordringene og de betydelige offentlige ressursene som brukes i tjenesten. Videre pekes det på behovet for økt og langsiktig investering i forskning i primærhelsetjenesten og at fremtidige studier bør gjennomføres i samarbeid med andre forskningsmiljø, og da spesielt innen høyere utdanning (34). I tråd med Helse-Omsorg21 og andre anbefalinger, bør ergoterapeuter i kommunene være viktige samarbeidspartnere i forskning initiert av både universiteter og sykehus, og denne formen for samarbeid blir ofte anbefalt (10,13,14). Det bør være et mål at fremtidige forskningsprosjekter i større grad blir initiert av ergoterapeuter fra kommunehelsetjenesten.

Som forventet var forskningserfaring positivt assosiert med lengre arbeidserfaring og utdanning ut over bachelorgrad i ergoterapi. Vi antar derfor at mer erfaring og et høyere utdanningsnivå både øker den individuelle kompetansen og selvtiliten som trengs for å delta i forskning. Videre kan et større nettverk føre til flere muligheter for forskningsdeltakelse og være et insentiv for beslutningstakere til å både legge til rette for og å gjøre det mer attraktivt å ta videreutdanning. Dette gjelder spesielt for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten.

Et uventet funn i studien var mangelen på sammenheng mellom det å være ergoterapispesialist og forskningsdeltakelse. Her kan vi imidlertid stå ved et vendepunkt, ettersom det nå er krav

om mastergrad for å kunne bli ergoterapispesialist. Resultatene i studien viser en positiv sammenheng mellom høyere utdanning og engasjement for forskningsdeltakelse. Videreutdanning kan i seg selv også bidra til å fremme nysgjerrighet og refleksjon, og styrke kunnskapsbasert praksis i klinisk arbeid (2).

PRIORITERING I FORSKNING

I tråd med internasjonale forskningsprioriteringer understreker deltakerne i vår studie behovet for å undersøke effekten av ergoterapiintervensjoner (10,11). Å kunne vise til effekt av ergoterapi er viktig både i møte med pasienter og pårørende, og i forhandlinger med beslutningstakere i diskusjoner om nedskjæringer. I fremtiden vil det bli færre ansatte per pasient (8). For å sikre bærekraftige tjenester er det derfor avgjørende at ergoterapeuter tilbyr effektive intervensjoner.

Deltakerne i vår studie uttrykte en tydelig preferanse for at forskere bør prioritere å gjennomføre systematiske oversikter. Kompleksiteten i pasientomsorg, med økt behov for faglig utvikling, gjør at ergoterapeuter ønsker tilgang til oppsummert kunnskap. Oversiktsartikler gir en utfyllende oversikt som sammenfatter ulike perspektiver og gir tydelige anbefalinger både for klinisk praksis og framtidig forskning (35). Respondenter som kommenterte på prioritering i forskning, understreket også viktigheten av studier som undersøker effekt av ergoterapi, og aktivitet, deltakelse og aktivitetsbasert ergoterapi, noe som reflekterer at deltakerne er kjent med, og opptatt av, fagets aktivitetsparadigme (36).

FAKTORER SOM FREMMER ERGOTERAPEUTERS DELTAKELSE I FORSKNING

Deltakerne i vår studie rapporterte at det å ha tid, interesse, samarbeidspartnere, økonomisk støtte, støtte fra ledere og tilgang til veiledere og veiledning, var faktorer som kunne bidra til å øke deres deltakelse i forskning i fremtiden (se tabell 2). Lig-nende funn er også beskrevet i andre studier. Di Bona et al. (3) argumenterer for at avsatt tid til forskning, positive holdninger og støtte fra ledelsen kan øke ergoterapeuters forskningsengasjement. I en kvalitativ studie utført i Irland, viser forfatterne at ergoterapeu- ters engasjement for forskning er avhengig av deres interesse for temaet som blir studert og deres ønske om å utvikle sine ferdigheter på det aktuelle området (17).

Respondentene i vår studie beskrev også konkrete tiltak rettet mot å øke deres fremti- dige forskningsdeltakelse som: Mulighet til videreutdanning; økt kunnskap om, og erfaring med forskning; tilgang til oppdatert litteratur og veiledning i hvordan man skal lese og forstå engelsk faglitteratur. Dette er i tråd med strategier Yoong et al. foreslår i en scoping review: Å sette sammen team med erfaring fra både klinikk og forskning; å bidra med ressurser og fysisk infrastruktur; å sikre støtte i ledelsen; å tilrettelegge for opplæring og videreutdanning; å tilrettelegge for samarbeid eller skape nettverk og å innarbeide forskningsstrategier i enhetens overordnede lederstruktur (37).

Mange av våre respondenter etterspurte ulike former for støtte fra Norsk Ergoterapeutforbund. Med tanke på at primæroppgaven til Norsk Ergoterapeutforbund er å bedre ergoterapeuters yrkes-

og arbeidsforhold, er det ikke overraskende at mange uttrykte behov for økonomisk støtte til forskning og fagutvikling. Dette er i tråd med muligheter som i større grad er tilgjengelige hos andre norske profesjonsorganisasjoner, som Norsk Sykepleierforbund og Norsk Fysioterapeutforbund.

Respondentene etterspurte også en tydeligere forpliktelse fra Norsk Ergoterapeutforbund til å utvikle insentiver for å fremme ergoterapeuters deltakelse i fremtidige forskningsprosjekter. Dette kunne for eksempel gjøres ved å opprette ulike nettverk for å fremme forskning. En av våre respondenter foreslo også å opprette en stilling i Norsk Ergoterapeutforbund knyttet til forskning. Så langt vi kjenner til, er ikke dette vanlig i denne typen organisasjoner, men er et interessant innspill som kanskje er spesielt nyttig for ergoterapeuter ansatt i kommunehelsetjenesten og andre steder hvor forskning ikke er eksplisitt lovpålagt. På bakgrunn av funn i denne studien og politiske føringer om behov for økt kunnskap om effekt (8), kan en stilling med spesifikt fokus på forskning i ergoterapifaget bidra til å fronte både profesjonell utvikling og forskning innen temaet. Respondentene beskrev også udekkede behov som kan bli møtt av andre aktører, som for eksempel ledere, helseforetak og utdanningsinsti- tusjoner.

METODISKE BEGRENSNINGER

Vår studie har flere styrker og be- grensninger. En styrke er at resul- tatene reflekterer synspunkter fra en bred gruppe ergoterapeuter; fra nyutdannede til de som har nådd pensjonsalder. Kjønnssam- mensetningen sammenfaller med medlemsmassen i Norsk Ergote-

rapeutforbund og er representativ for den totale populasjonen av ergoterapeuter i Norge.

En begrensning er utvalget, som består av kongressdeltakere som har prioritert økonomi og tid til faglig påfyll. Dermed kan vi ha fått svar fra et utvalg av ergote- rapeuter som er spesielt opptatt av forskning og faglig utvikling. Denne skjevheten kan ha bidratt til den høye andelen respondenter med forskningserfaring i vår stu- die. Videre er en relativt høy andel av våre respondenter fra spesi- alisthelsetjenesten (30 prosent) mens den største andelen av ergoterapeuter i Norge er ansatt i kommunehelsetjenesten (20). Det er derfor mulig at viktige priorite- ringer hos en stor gruppe ergote- rapeuter ansatt i kommunene ikke er fanget opp. Disse skjevhetene begrenser muligheten til å ge- neralisere funnene til en bredere ergoterapeutpopulasjon.

En annen begrensning er at spørreskjemaet vi brukte, ble utviklet spesielt for denne stu- dien, noe som betyr at det ikke var validert for formålet. Det er imidlertid utviklet i tråd med gjeldende retningslinjer for utvik- ling av spørreskjema (37) og ble pilottestet av fire ergoterapeuter før det ble brukt på kongressen. Spørsmålene og svaralternativene ble vurdert som relevante og lette å forstå av testpersonene, slik at det ikke var behov for endringer. Den relativt høye responsraten på 49 prosent kan trolig forklares av at det ble benyttet en QR-kode, som gav enkel tilgang til spør- reskjemaet, og at vi ikke samlet inn data som kunne identifisere deltakerne.

Konklusjon

Spørreundersøkelsen avdekket at en betydelig andel ergoterapeuter

er involvert i forskningsaktiviteter, med rehabilitering som det oftest rapporterte forskningsfeltet. Faktorer som hadde positiv sammenheng med forskningsdeltakelse var å arbeide innen utdanning eller spesialisthelsetjenesten, lengre arbeidserfaring og utdanning ut over bachelorgrad. Faktorer som fremmet deltakelse var tid, interesse, samarbeidspartnere, økonomisk støtte, støtte fra ledere og tilgang til veiledere. Det høyest prioriterte forskningstemaet var forskning på effekt av ergoterapi, fulgt av systematiske oversikter og kartleggingsinstrumenter. For å oppmuntre til økt deltakelse i forskning kan forskere, beslutningstakere og fagorganisasjoner bidra med økonomisk støtte, frikjøp fra kliniske oppgaver og ved at forskningserfaring verdsettes i form av økt lønn.

Implikasjoner for praksis

Denne studien viser at forskningsdeltakelse varierer sterkt blant ergoterapeuter. For å utjevne disse forskjellene foreslår vi et tettere samarbeid mellom ergoterapeuter på tvers av sektorer og skillelinjer. Her tenker vi at Norsk Ergoterapeutforbund har en sentral rolle. Vi oppmuntrer også ledere og beslutningstakere, spesielt i kommunehelsetjenesten, til å gi støtte til utdanning ut over bachelorgrad. Beslutningstakere og ledere bør også vie mer oppmerksomhet til og prioritere tiltak som kan øke ergoterapeuters forskningsengasjement. Aktiv deltakelse i forskning vil gi flere svar på ergoterapifaglige spørsmål og bidra til kunnskapsbasert praksis og forbedret kvalitet i vår fagutøvelse.

Takk

Vi ønsker å takke alle ergoterapeuter som svarte på spørreun-

dersøkelsen og delte sine meninger med oss, og professor Anne Therese Tveter for hjelp med å etablere den tekniske datainnsamlingsløsningen.

ØKONOMISK STØTTE

Studien ble gjennomført med økonomisk støtte fra Norsk Ergoterapeutforbund, 31.10.22 (Arkiv: 133.2). Denne norske artikkelen er en oversatt og tilpasset utgave av en artikkel publisert i *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* (38).

Referanser

1. American Physical Therapy Association (2023). Evidence-based practice and research. <https://www.apta.org/patient-care/evidence-based-practice-resources/components-of-evidence-based-practice>.
2. Newington, L., Wells, M., Adonis, A., Bolton, L., Bolton Saghdaoui, L., Coffey, M., et al. (2021). A qualitative systematic review and thematic synthesis exploring the impacts of clinical academic activity by healthcare professionals outside medicine. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 400, doi:10.1186/s12913-021-06354-y.
3. Di Bona, L., Wenborn, J., Field, B., Hynes, S. M., Ledgerd, R., Mountain, G., & Swinson, T. (2017). Enablers and challenges to occupational therapists' research engagement: A qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(11), 642-650, doi:10.1177/0308022617719218.
4. Bennett, S., McKenna, K., McCluskey, A., Tooth, L., Hoffmann, T., & Strong, J. (2007). Evidence for Occupational Therapy Interventions: Effectiveness Research Indexed in the OTseeker Database. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(10), 426-430, doi:10.1177/030802260707001003.
5. Steultjens, E. M., Dekker, J., Bouter, L. M., Leemrijse, C. J., & van den Ende, C. H. (2005). Evidence of the efficacy of occupational therapy in different conditions: an overview of systematic reviews. *Clin Rehabil*, 19(3), 247-254, doi:10.1191/0269215505cr870oa.
6. Bonsaksen, T., Dolva, A.-S., Hagby, C., Sveen, U., Horghagen, S., Thyness, E. M., & Arntzen, C. (2019). Involvement in Research and Development Projects Among Community-working Occupational Therapists in Norway. *Occupational Therapy In Health Care*, 33(1), 22-36, doi:10.1080/07380577.2018.1526434.
7. Ness, N., & Horghagen, S. (2017). Ergoterapi i hundre år. *Ergoterapeuten*, 5, 36 - 42.
8. NOU 2023:4 (2023). Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. In H.-o. omsorgsdepartementet (Ed.). Oslo.
9. Watson, J. (2021). Research priorities for occupational therapy in the UK. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(1), 3-5, doi:10.1177/0308022620976834.
10. Mackenzie, L., Coppola, S., Alvarez, L., Cibule, L., Maltsev, S., Loh, S. Y., et al. (2017). International Occupational Therapy Research Priorities. *OTJR (Thorofare N J)*, 37(2), 72-81, doi:10.1177/1539449216687528.
11. Watson, J., Cowan, K., Spring, H., Donnell, J. M., & Unstead-Joss, R. (2021). Identifying research priorities for occupational therapy in the UK: A James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *British Journal of Occupational Therapy*, 84(12), 735-744, doi:10.1177/03080226211026557.
12. Chalmers, I., & Glasziou, P. (2009). Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*, 374(9683), 86-89, doi:10.1016/s0140-6736(09)60329-9.
13. Meld. St. 18 (2012 - 2013). Lange linjer - kunnskap gir muligheter. In Kunnskapsdepartementet (Ed.).

14. Meld. St. 16 (2020 - 2021). Utdanning for omstilling - Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning. In Kunnskapsdepartementet (Ed.). Oslo.
15. Mayers, C. A., Nilsson, Å. L., Stamm, T., van Nes, F., & Voigt-Radloff, S. (2008). Survey of Occupational Therapy/Occupational Science Research being Undertaken within the European Community. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(1), 17-22, doi:10.1177/030802260807100104.
16. Laustsen, C. E., Petersson, P., Westergren, A., & Haak, M. (2021). Involvement of professionals in research: knowledge integration, development of practice, and challenges: a group concept mapping study. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 115, doi:10.1186/s12961-021-00763-5.
17. Dwyer, C. P., Keane, A., Casey, D., Rogers, F. M., & Hynes, S. M. (2023). A qualitative investigation of influences on occupational therapists' research involvement in Ireland. *British Journal of Occupational Therapy*, 86(4), 320-330, doi:10.1177/03080226221136812.
18. Sharma, A., Minh Duc, N. T., Luu Lam Thang, T., Nam, N. H., Ng, S. J., Abbas, K. S., et al. (2021). A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med*, 36(10), 3179-3187, doi:10.1007/s11606-021-06737-1.
19. Ergoterapeutene (2021). Ergoterapeutenes spesialistordning. <https://ergoterapeutene.org/spesialist/>. Accessed 08.03.2024.
20. Ergoterapeutene (2022). Lønnsundersøkelsen 2022. Oversikt over medlemmenes lønns- og arbeidsforhold 2022. <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/Forms/AllItems.aspx?id=%2FArkiv%2F5%2DInntekts%2D%20og%20arbeidsforhold%2F54%2D-L%C3%B8nn%20og%20tariff%2F541%2DTariffsaker%20%28alle%20tariffomr%C3%A5der%29&p=true&ga=1>. Accessed 08.03.2024.
21. Statistics Norway. Retningslinjer for utforming av spørreskjema. (1.1 ed.).
22. Universitetet i Oslo (2024). Nettskjema. <https://www.uio.no/english/services/it/adm-services/nettskjema/>. Accessed 08.03.2024.
23. Microsoft Cooperation (2016). Microsoft Excel.
24. Stata statistical software:Release 17 (2021). TX: StataCorp LP.
25. Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
26. Association, W. M. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194, doi:10.1001/jama.2013.281053.
27. Universitetet i Oslo (2024). Tjenester for sensitive data (TSD). <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/English/TSD+-+Services+for+Sensitive+Data#:~:text=TSD%20is%20a%20secure%2C%20private%20cloud%20with%20a,researchers%20at%20several%20national%20research%20institutions%2C%20including%20NTNU>. Accessed 08.03.2024.
28. World Health Organization (2023). Rehabilitation 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>. Accessed 08.03.2024.
29. Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being: CAOT*.
30. Langeland, E., Førland, O., Aas, E., Birkeland, A., Folkestad, B., Kjekken, I., et al. (2016). Modeller for hverdagsrehabilitering- en følgeevaluering i norske kommuner. Bergen: Senter for omsorgsforskning Vest.
31. Kunnskapsdepartementet. (2015). Lov om universiteter og høyskoler.
32. Helse- og Omsorgsdepartementet (2024). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Oslo.
33. Helse- og Omsorgsdepartementet (2024). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Oslo.
34. Helse- og Omsorgsdepartementet (2014). HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. In H.-o. omsorgsdepartementet (Ed.). Oslo.
35. Aromataris, E., & Pearson, A. (2014). The systematic review: an overview. *Am J Nurs*, 114(3), 53-58, doi:10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c.
36. Hammel, K. (2020). Engagement in living. Critical perspectives on occupation, rights, and wellbeing: Canadian Association of Occupational Therapists.
37. Statistics Norway (2018). Statistisk sentralbyrå. Statistics Norway. <http://www.ssb.no/en>. Accessed 15.01.2018.
38. Taule, T., Hellem, I., Smith Eide, I., Gjølvik, K., Hinderaker, L. E., Kjekken, I., et al. (2024). A survey of research involvement and priorities among occupational therapists in Norway. *Scand J Occup Ther*, 31(1), 2273271, doi:10.1080/11038128.2023.2273271.

TOPRO



Delkontrakt 1
Vinner
Rullator innendørs
med smal bredde

nå på avtale

TOPRO **Hestia**

Vår nye unike innendørsrullator

- Med **oppreisningshåndtak**
- Smal og liten: for **enkel navigering** og støtte på trange steder som for eksempel badrom
- Svingradius **kun 78 cm**
- **Høydejusterbar** uten verktøy
- Lett å **folde sammen**

www.topromobility.no

made in Norway 

TOPRO
STEP



nå på ny rammeavtale

TOPRO **Step**

Den innovative trappehjelpere

- Nå over **2.500 fornøyde brukere**
- **Egenmestring i eget hjem**
- **Fallsikring og støtte** til å holde seg aktiv
- Kan bidra til å **oppretholde eller forbedre funksjonsnivået**
- Servicefri løsning **som ikke bruker strøm**

www.toprostep.no

made in Norway 

Forsker i farten



NAVN:

Ida Goplen Gulliksen

STILLING:

Stipendiat ved Avdeling Samhandling, utvikling og innovasjon, OsloMet

Retur til arbeid for langtidssykmeldte med en kreftdiagnose

Av Else Merete Thyness

– Hvem er Ida Goplen Gulliksen?

– Jeg er en ergoterapeut som holder på med doktorgrad om retur til arbeid for langtidssykmeldte med en kreftdiagnose. Før dette jobbet jeg som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten. Veien fra å jobbe i praksisfeltet til å ta doktorgrad begynte først under masterstudiet mitt i Edinburgh. Der fikk jeg øynene opp for forskningsarbeid og begynte å tenke på det som en mulig vei videre.

For å lære mer om hva dette innebar, ble veien inn i feltet en stilling som vitenskapelig assistent i forskningsprosjektet NOW WHAT. NOW WHAT-prosjektet ledes av professor Randi Wågø Aas, og det utfordrer hvordan tjenester til sykemeldte er designet, organisert og tilbudt, i tillegg til å sette søkelys på hvordan langtidssykmeldte kan re-starte

sin egen tilbakeføringsprosess. Det som fanget min interesse for dette prosjektet, var fokuset på arbeidsdeltagelse og utviklingen av et nytt oppfølgingsprogram for langtidssykmeldte. Det var utrolig spennende å komme inn i et stort, tverrfaglig forskningsprosjekt som har det ergoterapifaglige fokuset på deltagelse og utviklingen av et nytt oppfølgingsprogram for å øke deltagelse i arbeidslivet. Det er også i dette prosjektet jeg nå tar min doktorgrad.

– Hva forsker du på?

– Jeg forsker på deltagelsesbarrierer for langtidssykmeldte med en kreftdiagnose og effekten av vårt intervensjonsprogram hos denne gruppen. Stadig flere i arbeidsfør alder overlever en kreftdiagnose og påfølgende kreftbehandling. Den nåværende forskningen viser at opplevde

symptomer i relasjon til kreftbehandling er blant de mest fremtredende faktorene som påvirker tilbakeføring til arbeid. Disse symptomene er i stor grad like på tvers av kreftdiagnoser. Jeg skal derfor også se hvilken rolle behandlingsbyrden av kreftbehandling spiller inn i opplevde barrierer for å komme tilbake til jobb. Jeg synes det er viktig å bidra til å øke kunnskapen om opplevde barrierer i veien tilbake til jobb, og utvikle intervensjoner som jobber aktivt med disse barrierene.

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

– Det finnes mye spennende litteratur for ergoterapeuter! Da jeg begynte i NOW WHAT-prosjektet og endret fagområde til arbeidshelse, opplevde jeg at det å lese kunnskapsoppsummeringer var til god hjelp for å gjøre seg kjent med feltet. Jeg vil derfor

trekke fram en meta-review, (kunnskapsoppsummering av andre kunnskapsoppsummeringer) som summerer store mengder forskning. Det gir en god oversikt over relevante artikler på ønsket område og hvilke temaer som er sentrale.

Artikkelen som kommer opp i mitt hode er en meta-review av Butow et al. (2020): *Return to work after a cancer diagnosis: a meta-review of reviews and a meta-synthesis of recent qualitative studies*. Den omhandler retur til arbeid etter en kreftdiagnose. Studien adresserer hvor sammensatt veien tilbake til arbeid er etter alvorlig sykdom slik som kreft. Den gir et innblikk i forskjellige elementer som personlig helse, sosiale aspekter, helsetje-

nester og forhold på arbeidsplassen, som påvirker veien tilbake til arbeid. Studien konkluderer med at langtidssykemeldte med en kreftdiagnose har et sterkt ønske om intervensjoner som bistår dem i veien tilbake til arbeid. Med ergoterapeuters kunnskap om mennesket og dets helse i samspill med aktiviteter og omgivelsene, synes jeg denne artikkelen viser at ergoterapeuters kunnskap er viktig for å bistå i veien tilbake i arbeid. Dette viser at ergoterapeuter bør ha en sentral rolle i veien tilbake til arbeid, både gjennom kartlegging og intervensjon.

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

- Jeg er nok litt preget av eget

interessefelt i min ph.d, og jeg synes det hadde vært spennende med mer forskning om retur til arbeid og ergoterapi. I forlengelse av dette synes jeg det er viktig med forskning på hvordan alvorlig sykdom preger arbeidsdeltagelse etter retur til arbeid, spesielt med tanke på at behandling stadig blir bedre, og flere overlever alvorlig sykdom i arbeidsfør alder.

Referanse:

Butow, P., Laidsaar-Powell, R., Konings, S., Lim, C. Y. S., & Koczwara, B. (2020). Return to work after a cancer diagnosis: a meta-review of reviews and a meta-synthesis of recent qualitative studies. *Journal of Cancer Survivorship, 14*(2), 114-134. <https://doi.org/10.1007/s11764-019-00828-z>



Tilbakeføring til arbeid påvirkes av opplevde deltagelsesbarrierer.

Presseklipp

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

Av Else Merete Thyness

FYSIOTERAPEUTEN 14.08.2024

Hvordan kan rehabiliteringstjenesten bli bedre?

Ergoterapeutene og Fysioterapeutene inviterte til politisk debatt i Arendal med tittelen: Hvordan kan rehabiliteringstjenesten bli bedre?

Panellet satt forbundsleder i Ergoterapeutene Tove Holst Skyer, forbundsleder i Norsk Fysioterapeutforbund, Gerty Lund, nyutnevnt statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Usman A. Mushtaq og leder av Venstres helsepolitiske nettverk, Inger Noer.

Både Mushtaq og Noer ønsker lovpålagte rehabiliteringstjenester for bedre å kunne sikre at kommunene prioriterer rehabilitering. Det var begge forbundslederne særdeles godt fornøyd med, skriver fysio.no.



Gerty Lund (Fysioterapeutene), Tove Host Skyer (Ergoterapeutene), og statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Usman A. Mushtaq møtte hverandre til debatt.

Foto: Jan Frode Rønning

ALDRING OG HELSE 13.08.2024

Bo trygt hjemme

Onsdag var temaet «Bo trygt hjemme» i Aldringsteltet.

Behovet for aldersvennlige boliger er stort, og det vil øke. Men hvordan kan boligutviklere og boligbyggelag tilrettelegge og bygge boliger til en aldrende befolkning?

Representanter fra OBOS, Ergoterapeutene og huseierne kom med en rekke innspill til temaet.



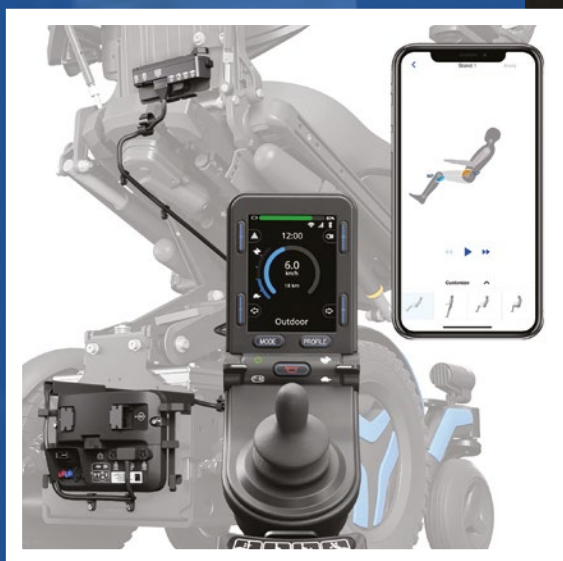
Med i samtalen var Tove Holst Skyer (Ergoterapeutene), Morten Andreas Meyer (Huseierne) og Hanne Løvbrøtte (OBOS).

Foto: Dagny Elisabeth Ulland

Enklere programmering med QuickConfig

Programmeringsendringer går raskere og mer intuitivt med **QuickConfig**, den nye trådløse programmeringsappen for Permobil's elektriske rullestoler utstyrt med Power Platform.

Tilgjengelig på alle M- og F-rullestoler levert etter 1. april 2024



Vil du vite mer?

Finn mer informasjon her
eller kontakt oss på
tlf. 67 070 400

permobil.no



permobil



Nye og nyttige hjelpemidler

Her kan våre aktuelle annonsører selv fortelle om nye hjelpemidler på markedet.

Wombat living

Wombat Living er en funksjonell arbeidsstol med elektrisk høyderegulering for barn, fortsatt på kontrakt med NAV fra andre mai 2024. Nå med ny sort farge på understellet. Wombat Living er en tilpasningsvennlig arbeidsstol som kommer svært lavt ned mot gulvet – for deltagelse i aktiviteter på gulvnivå i barnehage og skole. Leverandør Etac AS.



Josi Wismi E-Drive

Josi Wismi E-drive er en elektrisk vogn til barn og ungdom. Vognen er enkel å få med seg ut på tur og har god fremkommelighet i variert terreng. Den har lang rekkevidde og en stillestående motor. Den integrerte setetilten på 35 grader gjør også at brukeren kan legges ned i en hvilende stilling. Ved hjelp av de flyttbare posisjoneringsputene kan man tilpasse og bygge en god sittstilling for hver enkelt. Du legger vognen lett sammen, og den kan enkelt fraktes i bagasjerommet på bilen. Produktet er prisforhandlet hos NAV og leveres av Bano Life AS.



Collis Curve spesialtannbørste

Enkel rengjøring for bruker eller hjelper! Av ulike årsaker er det for mange vanskelig å få pusset alle tannflater. Den buede tannbørsten er designet for å dekke alle overflater på tennene godt for å gi dyp rengjøring, uten alle de komplekse posisjoneringsendringene som regelmessig er nødvendig for effektiv børsting. Leverandør: Øvrebø Rehabilitering AS.



Automatiske klemmer for tetra!

Ingeniører, ergoterapeuter, fysioterapeuter og brukere har samarbeidet om å utvikle det mest brukervennlige drivaggregatet på markedet: PAWS, forkortelse for Power Assisted Wheelchair Systems. PAWS er perfekte for lengre turer i byen og/eller langs landeveien. PAWS finnes i tre modeller, City, Cruiser og Tourer, og hver modell kjennetegnes av hjulstørrelse og er utviklet med tanke på hvor en ønsker å bruke drivaggregatet. Leverandør Inpo Active.





medemagruppen

Ny lett joggevogn på avtale

KUKINI™ er en lett joggevogn, og perfekt for både lange turer og løpetrening, den har 16-tommers lufthjul og støtdemping bak som gjør kjøring i ujevnt terreng behagelig både for barn og ledsager. Skann QR-kode eller les mer på www.medema.no



Medema Norge AS - tlf 67 06 49 00

Mulig nedlegging av studieplasser i ergoterapi ved NTNU Gjøvik

Ergoterapeututdanningen ved NTNU i Gjøvik har ikke tatt opp studenter denne høsten. Et helt kompetansemiljø som har stor betydning for innbyggers hverdagsliv, står i fare for å forsvinne.

Av Linda Stigen og Guri Einbu



Linda Stigen er førsteamanuensis ved ergoterapeututdanningen, NTNU Gjøvik.



Guri Einbu er universitetslektor og tillitsvalgt ved ergoterapeututdanningen, NTNU Gjøvik.

Ergoterapeututdanningen på Gjøvik ble opprettet i 2013 med bakgrunn i en økt etterspørsel etter ergoterapeuters fagkompetanse i Innlandets kommuner. Etter fusjonen med NTNU i 2016, har vi hatt studieplasser i ergoterapi både i Gjøvik og Trondheim. Fakultet for Medisin og Helsevitenskap ved NTNU ligger nå an til et budsjettunderskudd på 100 millioner kroner i 2024.

For oss ved Bachelor i ergoterapi på Gjøvik har dette rammet svært hardt. Underskuddet har ført til en fullstendig stillingsstopp i fakultetet, og vi har ikke fått tilatelse til å lyse ut en vakant stilling som innehar nøkkelfunksjoner knyttet til studieprogramledelse og emneansvar. På grunn av dette besluttet ledelsen nullopptak av studenter høsten 2024. Framtidsutsiktene for studieplassene i ergoterapi på Gjøvik er nå svært kritiske. I et forslag til endring av studieporteføljen har ledelsen ved Fakultet for Medisin og Helsevitenskap foreslått å legge ned alle de 30 studieplassene. Ansatte ved fakultetet og ergoterapeututdanningen har blitt dårlig ivaretatt,

og omstillingsprosessen er sterkt kritisert (1)

NORGE TRENGER ERGOTERAPEUTER

I rapporten «Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040» anslås det at Norge i 2040 vil mangle 1100 ergoterapeuter. En nedlegging av studieplassene ved NTNU i Gjøvik vil føre til at færre ergoterapeuter utdannes, og det vil bli en enda større mangel på yrkesgruppen. Samfunnsutfordringene i kommunene vil ikke kunne løses uten ergoterapeuters kompetanse, og ergoterapitjenesten er dessuten lovpålagt.

Konsekvenser av at utdanningskapasiteten synker vil blant annet være:

- Betydelig kompetansesvekkelse på tjenesteområder som forebygging, habilitering, rehabilitering og hverdagsmestring.
- Tverrfaglighet i praksis blir redusert både i sykehusene og i kommunene. En lokal tilknytning bidrar til rekruttering. Personer som har behov for ergoterapi, vil oppleve lengre ventetid.

- Kunnskapsoverføring og gode synergieffekter mellom utdanning, forskning og praksisfelt vil tape på at utdanningen blir borte.

En nedleggelse av studieplassene er ikke i tråd med tildelingsbrevet til NTNU fra Kunnskapsdepartementet (20.12.23) om «å prioritere helsefaglige utdanninger, at de skal være tett koblet til praksisfeltet og tilbys i hele landet».

INNLANDET TRENGER ERGOTERAPEUTER

Å ha utdanninger i Innlandet er viktig for å sikre at så mange studenter som mulig forblir i regionen etter endt utdanning. I en reportasje i NRK Innlandet presiseres det at en desentralisert modell for medisin er viktig for rekruttering i regionene (2). Det samme gjelder for utdanningen og rekruttering av ergoterapeuter, men ledelsen er tilsynelatende ikke opptatt av samfunnsansvaret og regionens behov for denne faggruppen. Stadig flere kandidater som har blitt uteksaminert fra Gjøvik, starter sin yrkeskarriere i distriktskommuner i Innlandet og bidrar til å innfri viktige samfunnsoppgaver.

NTNU GJØVIK TRENGER ERGOTERAPEUTUTDANNINGEN

NTNU Gjøvik ble tildelt en desentralisert medisinutdanning med bakgrunn i det brede tilbudet av helsefagutdanninger som allerede fantes på Gjøvik. Ergoterapeututdanningen ble trukket frem som en av disse. Dersom ergoterapeututdanningen blir borte, blir den tverrfaglige bredden i helseutdanningene og særlig kompetanse innen rehabilitering ved NTNU i Gjøvik betydelig redusert.



Ergoterapeututdanningen på Gjøvik står i fare for å legges ned. Hva gjør vi nå?

I framtiden vil dette kunne få konsekvenser for etableringen av andre utdanninger også.

HVA GJØR VI NÅ?

Norsk ergoterapeutforbund ønsker å øke antallet ergoterapeuter, men med nedleggingsforslaget fra ledelsen ved Fakultet for Medisin og Helsevitenskap i NTNU, går utviklingen i feil retning. På Gjøvik har utdanningen blitt en salderingspost i NTNUs budsjettprosess. Vi har forsøkt å gjøre alt for å forhindre at det denne høsten skal bli gjort vedtak om nedleggelse av studieplassene: Ergoterapeutforbundet har bistått oss, UNIO har gjort flere henvendelser, det har vært reportasjer, debattinnlegg og intervjuer i media. Vi har henvendt oss til stortingspolitikere, fylkespolitikere, lokale ordførere, og vi har informert andre tillitsvalgte, ledelse, rektor og styremedlemmer i Fakultet for Medisin og Helsevitenskap.

Vi vet at utdanningssektoren opplever finansieringsutfordringer og vi frykter at flere ergoterapeututdanninger vil oppleve press

i forhold til sine studieplasser. Kan vi stå i fare for at flere utdanninger får problemer med sin finansiering av studieplassene innen ergoterapi? Er det noe vi kan gjøre for å unngå at dette kan skje igjen?

Skal folk være aktive og bli boende hjemme, er det et økende behov for ergoterapeuters kompetanse. Da må det utdannes flere, ikke færre ergoterapeuter.

Referanser

1. Brændvik, SM, Eerola, M, Rosvoldau-net, LG og Lillefjell, M. (2023). NTNU fyller ikke samfunnsoppdraget sitt. Khrono. <https://www.khrono.no/ntnu-fyller-ikke-samfunnsoppdraget-sitt/823622>
2. Bækkeli, Stine. (2024) Stor glede på NTNU i Gjøvik: Får medisinutdanning. Nrk.no. <https://www.nrk.no/innlandet/det-blir-medisinutdanning-pa-ntnu-i-gjovik-1.16540983>

Send debattinnlegg til:
emt@ergoterapeutene.org.
Merk e-posten med **Debatt**.



Kristin Jess-Bakken står øverst på nominasjonslisten for sitt parti.

Vil inn på Stortinget

Ergoterapeutenes fagsjef Kristin Jess-Bakken har tro på en mer helsefremmende og mindre ressurskrevende helsetjeneste. For å få til det ønsker hun seg inn på Stortinget. – Når behovet for bærekraft er så brennende, trenger Stortinget en stemme for tjenester som fremmer aktivitet og deltakelse fremfor sykehjemsplasser, sier hun.

Av Else Merete Thyness

Det var både tilfeldig og ikke tilfeldig at hun ble ergoterapeut.

– Etter videregående vurderte jeg å studere medisin i utlandet, men så sa en venninne at jeg tenkte som en ergoterapeut, derfor burde jeg søke ergoterapi.

Etter å ha undersøkt hva ergoterapi handlet om, startet hun på bachelorstudiet høsten 2009.

– Det var som om å komme hjem. Jeg har alltid hatt en tro på at meningsfull aktivitet i seg selv er helsebringende. Det skjer noe magisk når du engasjerer deg i

aktiviteter som betyr noe for deg, og du kommer i flytsonen. Nå fikk jeg en teori som beskrev og forklarte det jeg allerede følte og tenkte, sier hun.

EGEN ERFARING

Kristin har selv kjent på kroppen hvor viktig meningsfull aktivitet, inkludering og deltakelse er for et menneske. Hun er født med hofteleddsdisplasi, og som liten gjennomgikk hun flere operasjoner der bena ble gipset i posisjon. Først da hun var tre år, lærte hun å gå.

– Det var ingen som bisto

mamma og pappa etter at jeg ble operert, men det var viktig for dem at jeg skulle oppleve det samme som andre unger. De dro meg med overalt og laget sine egne Reodor Felgen-løsninger. Faren min firte meg ned i sandkassen fra verandaen og laget et rullebrett jeg kunne ligge på, slik at jeg kunne bevege meg rundt. Mamma sydde klær som passet. Jeg fikk med meg allerede fra barndommen hvor viktig det er å tilrettelegge slik at personer kan delta i aktiviteter på lik linje med andre, forteller hun.

«Hvis fremtidens helsetjeneste skal være bærekraftig, må den dreies i forebyggende og helsefremmende retning»

Kristin Jess-Bakken

ROLLEN SOM FAGSJEF

Som fagsjef har hun ansvar for å administrere Ergoterapeutenes fagpolitiske arbeid og for fagutvikling i organisasjonen. Akkurat nå er hun blant annet opptatt med nettkurs i folkehelse.

– Dette er i tråd med Ergoterapeutens program for landsmøteperioden 2023 til 2026. Under strategien for å fremme bærekraftige lokalsamfunn, arbeidsliv og helsetjenester nevnes behovet for målrettet folkehelseinnsats, forklarer hun.

Arbeidet med nettkurset er i startgropen, og Kristin ønsker tips fra medlemmene.

– Jeg er avhengig av at medlemmene forteller meg hva som rører seg der ute. Det kan være alt fra gode prosjekter til dyktige fagpersoner.

Hun jobber også med utvikling av faglige råd og nettverk. Landsmøtet har bestemt at behovet for spesialistfaglige grupper skal utredes.

– Det er nedsatt et utvalg som skal legge frem en anbefaling for neste landsmøte. Nå har vi nettopp sendt ut en undersøkelse blant de tillitsvalgte der vi spør dem om behovet for faggrupper. Hvis ønsket er stort, vil vi legge til rette for faglige forum, sier hun.

HVOR ER ERGOTERAPI OM FEM ÅR?

På spørsmål om hvor ergoterapi er om fem år, svarer hun at da er ergoterapeuter mer involvert i byplanlegging og rehabilitering og er ansatt på fastlegekontorene.

– Når du trenger en sykemelding, går du til legen. Der bør du finne den hjelpen som muligst gjør at du kommer tilbake i jobb.

Hun peker på prosjekter fra blant annet Storbritannia som viser at kartlegging av arbeidsplassen og oppgavene du har der, økser sjansen for at folk kommer tilbake i arbeid.

– Arbeidsplassintervensjoner virker, og her har ergoterapeuter en nøkkelrolle, sier hun.

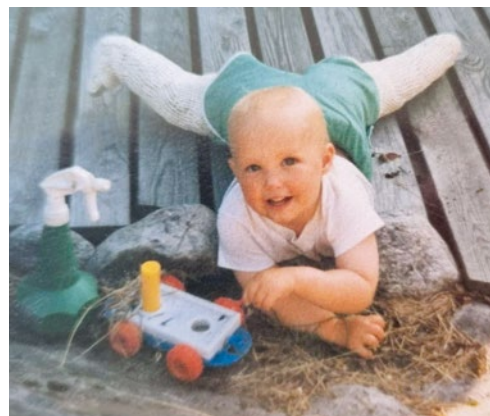
STORTINGET NESTE?

Kristin har stor tro på at hvis fremtidens helsetjeneste skal være bærekraftig, må den dreies i forebyggende og helsefremmende retning. For å få en sterkere påvirkningskraft, har hun lenge engasjert seg politisk. Tidligere satt hun i kommunestyret i Østre Toten.

– Som politiker kan du helt konkret påvirke helsetjenesten i den retningen du ønsker. Da jeg satt i kommunestyret jobbet jeg blant annet for en plan for rehabilitering og habilitering. Den utarbeides nå i kommunen der jeg bor.

Hun er fortsatt aktiv politiker, men har gått ut av kommunestyret. I stedet ønsker hun seg en plass som stortingsrepresentant for partiet sitt.

– Hvis jeg blir valgt inn, blir jeg den første stortingsrepresentanten som også er ergoterapeut. Da har jeg virkelig mulighet til å påvirke helsetjenesten til å bli mer helsefremmende og mindre ressurskrevende, lover hun.



Kristin har selv erfart hvor viktig meningsfull aktivitet, inkludering og deltakelse er for et menneske.



Som politiker kan du helt konkret påvirke helsetjenesten i den retningen du ønsker.

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

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!



Digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering – Modul 2



PRAKTISK KJØREVURDERING OG P-DRIVE

For å kunne melde deg på dette kurset må du ha gjennomført Ergoterapeuter og førerkortvurdering Modul 1.

Modul 2 gir kursdeltakerne en innføring i praktisk kjørevurdering og opplæring i bruk av P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability).

P-Drive er en standardisert observasjonsprotokoll som brukes i praktisk kjøretest for å analysere bilkjøring som aktivitet, og personens utførelse

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

Oppstart 25. september 2024. Deltakerne får lenke og tilgang til kurset med litteratur og videoforelesninger.

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

P-Drive manualen er inkludert i kursavgiften.

Kalibrering: Etter det første året med vurderinger, vil deltakerne har mulighet for kalibrering og kalibreringssertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialistordningen.

Nytt Kurs i Sensorisk Profil 2 (SP2)

Sensorisk Profil 2 er en standardisert og strukturert undersøkelse ved hjelp av spørreskjema for å avdekke sensoriske modulasjonsforstyrrelser hos barn og unge.

Kursdeltakerne lærer om sansebearbeidingsmønster og hvordan aktiviteter og omgivelser kan tilrettelegges så barn og unge får en bedre hverdag hjemme, i barnehagen eller skolen. Kursdeltakerne vil bli introdusert til tegninger og modeller som kan brukes i formidlingsarbeidet, samt skjemaer til de forskjellige aldersgrupper.

Foredragsholder: Ulla Sparholt fra Danmark, spesialergoterapeut, pd i psykologi og Ms i Lærprosesser.

Kurset går over tre dager og veksler mellom forelesninger, praktiske øvelser og case- oppgaver hvor kursdeltakernes praksis trekkes inn. Kursdeltakerne vil få en oppgave i forkant av kurset.

Manualen til Sensorisk Profil 2 må kjøpes inn av kursdeltakerne på forhånd.

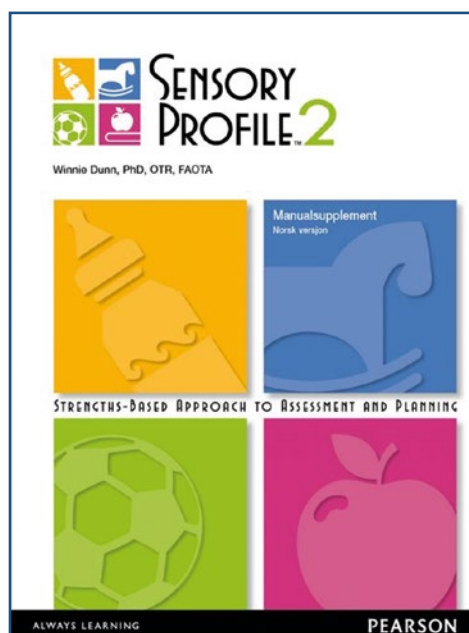
Norsk Ergoterapeutforbund har godkjent kurset som ergoterapifaglig kurs meritterende med 25 timer til ergoterapispesialist.

Sted: Oslo

Tentativt tidspunkt: vinter 2024/2025

Pris: Ikke avklart enda.

Påmelding: Kommer .



Kurs i Perceive, Recall, Plan and Perform (PRPP) kartlegging



PRPP er et aktivitetsbasert standardisert system som ble utviklet av og for ergoterapeuter, for å identifisere menneskers bruk av kognitive strategier, og for å igangsette relevante tiltak for å benytte disse mer effektivt i utførelse av hverdagsaktiviteter. Basert på kartleggingen gjør PRPP intervensjonen det mulig å igangsette aktivitetsbaserte tiltak relatert til utfordringene som ble identifisert.

Kurset vil foregå fysisk, i Stavanger, og du vil få tilgang til noe digitalt materiell i forkant. Det vil foregå en nettverkssamling i etterkant.

Les mer om praktisk bruk av PRPP her: <https://ipaper.ipapercms.dk/Ergoterapeuten/ergoterapeuten-nr-4-2022/?page=20>

Kurset er meritterende med 55 timer til ergoterapispesialistordningen.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangør: Ergoterapeutene Vest

Tid: 28.oktober - 1.november 2024

Sted: Clarion Hotel Stavanger og oppfølging på Teams

Kursledere: Linda Stigen, Kristin Jess-Bakken og Tonje Hansen Guldhav


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

Pris: medlemmer 9500 kr, ikke-medlemmer 19 000 kr, tillitsvalgte 7500 kr.

Dette inkluderer kursmateriell og dagpakke med måltider på hotellet.

Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis på norsk

PRPP kartleggingskurs
28. oktober - 1.november 2024
Clarion Hotell Stavanger


ergoterapeutene

Occupational Performance Network
www.occupationalperformance.com

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 - Lydoverføringsystemer
- 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 fingregrep
- 2436 - Transporthjelpemidler
- 3003 - Leker
- 3006 - Spill
- 3009 - Mosjons- og idrettsutstyr

Hjelpemidler for barn

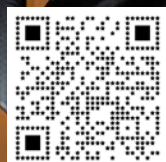
- B.ADL - Adl- hjelpemidler
- B.ERG - Ergonomi for barnehageansatte
- B-LØF - Løftehjelpemidler for barn
- B-KOM - Kommunikasjons-hjelpemidler for barn
- B.MOS - Mosjons- og idrettsutstyr
- B.ROL - Rullatorer
- B.SEN - Senger for barn
- B.SPO - Sport- og fritidsprodukter
- B.STI/SAN - Stimulering/ sansemotorikk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

Ulike rullestoler for ulike behov! Vi har et stort utvalg, både for store og små.

“Jeg har vokst opp med å prøve å fokusere på mulighetene, ikke hindringene.

For når du vil ting nok, er det lite som kan stoppe deg.”

Etac-ambassadør Jesper Saltvik Pedersen



Se vårt utvalg
av manuelle rullestoler